

Doctorat de l'Université de Toulouse

préparé à l'Université Toulouse - Jean Jaurès

Le travail invisible des aides-soignantes en EHPAD : une lecture
par l'analyse de l'activité de la dimension éthique de la charge
de travail et des usages d'un système d'IA.

Thèse présentée et soutenue, le 19 juin 2025 par

Yann LE CHÊNE

École doctorale

CLESCO - Comportement, Langage, Éducation, Socialisation, Cognition

Spécialité

Ergonomie

Unité de recherche

LPS-DT Laboratoire de Psychologie de la Socialisation-Développement et Travail

Thèse dirigée par

Béatrice BARTHE

Composition du jury

Mme Sandrine CROITY-BELZ, Présidente, Université Toulouse - Jean Jaurès

Mme Sandrine CAROLY, Rapporteuse, Université Grenoble Alpes

M. François-Xavier DEVETTER, Rapporteur, Université de Lille

Mme Vanina MOLLO, Examinatrice, IPST-CNAM Toulouse

M. Gaëtan BOURMAUD, Examineur, Université Paris 8 | Vincennes - Saint-Denis

Mme Béatrice BARTHE, Directrice de thèse, Université Toulouse - Jean Jaurès

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Béatrice, sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour ni la fin. Merci pour ton engagement, la confiance que tu m'as accordée et la manière dont tu m'as mis en confiance dès le commencement et tout au long de la thèse, ainsi que pour ton exigence bienveillante, ta ténacité et ta disponibilité tout au long de ces quatre années.

Je remercie Sandrine Caroly et François-Xavier Devetter d'avoir accepté d'être les rapporteurs de ce travail. Merci également aux autres membres du jury : Vanina Mollo, Gaëtan Bourmaud, et Sandrine Croity-Belz.

Un grand remerciement à l'ensemble du laboratoire LPS-DT et des doctorants, pour les échanges scientifiques stimulants et toujours bienveillants ainsi que les nombreux moments de convivialité qui ont jalonné ces années.

Merci à l'équipe qui m'a accueilli en CIFRE, pour ces trois années riches en apprentissages, en kilomètres parcourus (Bretagne-Toulouse et toutes les diagonales de France), et en rencontres. Merci à Gilles, Philippe, Olivier, pour votre confiance, et à tous ceux qui ont croisé ma route au quotidien : François (Tic ou Tac ? On ne saura jamais), Ketty, Aurélie, Maxime, Guillaume, Gaëlle, Vincent et Sylvain.

À vous, les aides-soignantes : Fatima, Sylviane, Audrey, Sarah, Betty, Emmanuelle, Moïse, Carine, Prudence, Karen, Yvonne, Corinne, Virginie, Nathalie, Tarama, Cécile, Anne-Laure, Amélie, Christelle, Vanessa, Anne-Sophie, Nina, Roxane, Soazig et Pauline, merci pour votre temps, votre confiance et nos échanges. Merci également aux directrices d'établissement qui ont accepté de m'accueillir pour cette recherche. Et enfin merci aux résidents, qui m'ont parfois pris pour un petit-fils, un fils, ou un neveu égaré.

Merci à Marlène et Benjamin, qui ont semé l'idée de cette thèse avant même que je m'en rende compte, ainsi qu'à Françoise pour son aide à la recherche de terrain.

Merci infiniment à Marielle pour ta présence, ton soutien jusqu'au bout, ta patience, ton aide, tes rires et bien évidemment nos petites balades.

Cette thèse va bien évidemment à mes parents. Merci de m'avoir soutenu dans ce choix de l'ergonomie, même si je pense que vous ne vous attendiez pas à ce que je passe un quart de ma vie à l'université.

À mes grandes sœurs, Elen et Marie (ordre alphabétique, diplomatie oblige), merci pour vos conseils et votre humour. L'idée d'une thèse ne m'aurait sans doute jamais effleurée l'esprit sans Elen, il faut le dire (juste effleurée). Je n'oublierai jamais ces retranscriptions d'entretiens impayées.

Un grand merci à mes amis de Bretagne qui, même en étant loin, m'ont apporté leur soutien au travers leur humour au quotidien. Une pensée particulière à Thibaut, Mathieu, Romain, Simon, Solène et Anaïs pour vos messages et votre présence. Merci à Mathieu de ne pas lever la main pendant la soutenance.

Merci aux travailleurs de l'ombre pour vos relectures : Marielle, Elen, Mélanie, Laure, Anaïs, Michèle, Lysiane, Julien et Christophe.

Merci à Sarah Legland, ma co-marraine, pour les informations précieuses que tu m'as transmises dans le parcours de cette thèse.

À mes grands-parents, Joseph, Guiguitte, Anne et Robert, je vous envoie un clin d'œil affectueux. Particulièrement toi, Guiguitte, bien présente dans mon bureau (je suis sûr que tu aurais été la chouchoute des aides-soignantes).

Merci aux proches, le parrain Luc et aux cousines Joéva et Audrey.

Et enfin...George et Baboulos, mes compagnons de bureau à quatre pattes : merci pour ces nombreuses pauses imposées autour de la machine à croquettes, vos ronronnements apaisants et vos interruptions évitables.

Résumé

Cette thèse en ergonomie s'attache à rendre visible le travail des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans un contexte fortement marqué par un manque de ressources, humaines et temporelles. Elle s'articule autour de trois principaux enjeux : l'analyse de l'impact des politiques publiques sur les conditions de travail des aides-soignantes, la proposition du concept de charge éthique pour comprendre les liens entre réalités du travail, seuil minimal acceptable et équité dans la prise en charge des résidents, et l'évaluation des usages d'un système d'IA faible pour améliorer le travail de veille et de surveillance des résidents, notamment la nuit.

Depuis les années 1990, les logiques de rationalisation industrielle appliquées au secteur médico-social ont conduit à une sous-évaluation des besoins en soin et en accompagnement des résidents. Ces modalités de financement influent directement sur les ressources disponibles, configurant les conditions de travail des aides-soignantes ainsi que la qualité d'accueil et de soin des résidents. L'analyse de l'écart entre le cadre prescrit et le cadre réel met en évidence l'effet cumulatif des contraintes structurelles et des formes de variabilités du travail, contribuant à une intensification du travail des aides-soignantes.

La mobilisation du cadre théorique de la charge de travail et du modèle de la régulation de la charge de travail de Sperandio (1972) constitue une grille de lecture pour proposer le concept de charge éthique. Pour faire face à l'intensification du travail et tenter de maintenir une qualité de soin en accord avec leurs représentations du métier et leurs valeurs, les résultats montrent que les aides-soignantes ajustent continuellement leur activité et leurs façons de travailler. Lorsque les contraintes sont modérées, elles parviennent à mettre en œuvre dans leur activité une logique de soin individualisé, préservant une qualité des soins soutenable. Ceci étant, à mesure que les contraintes s'intensifient, elles sont amenées à multiplier les compromis dans leur activité, voire à réaliser des arbitrages, jusqu'à être confrontées à des dilemmes éthiques. C'est dans ce basculement que se cristallise ce que nous proposons de nommer la dimension éthique de la charge de travail.

L'analyse de l'activité instrumentée des aides-soignantes par un système d'IA, à travers le prisme de l'approche instrumentale de Rabardel (1995), montre que l'outil peut soutenir l'activité de soin et d'accompagnement des aides-soignantes : en augmentant la réactivité face aux situations critiques (chutes, vomissements, intrusions), en facilitant une prise en charge personnalisée et au plus près des rythmes des résidents, en aidant à la priorisation des

interventions et à la réduction des déplacements inutiles. Il peut contribuer également à mettre en place un lien relationnel avec certains résidents habituellement peu accessibles, notamment lors des postes de nuit. Néanmoins, des limites subsistent, en raison de la surcharge cognitive provoquée par les fausses informations transmises par l'outil, ainsi qu'aux enjeux éthiques d'intrusion et de surveillance perçue par les aides-soignantes.

En articulant une analyse critique des politiques publiques, une modélisation originale de la charge éthique et une étude de l'usage d'un système d'intelligence artificielle en contexte, cette recherche éclaire les défis contemporains auxquels sont confrontés les EHPAD.

Mots-clés : Aides-soignantes, EHPAD, Charge éthique, IA, activité

Abstract

The invisible work of care assistants in nursing homes: an analysis of the ethical dimension of workload and the uses of an AI system through activity analysis.

This thesis in ergonomics focuses on making the work of care assistants in nursing homes for dependent elderly people (EHPAD) visible in a context marked by a lack of human and time resources. It focuses on three main issues: analyzing the impact of public policies on the working conditions of care assistants; proposing the concept of ethical burden to understand the links between work realities, minimum acceptable threshold, and fairness in resident care; and evaluating the uses of a weak AI system to improve resident monitoring, particularly at night.

Since the 1990s, industrial rationalization practices applied to the medical-social sector have led to an underestimation of residents' care and support needs. These funding arrangements directly impact available resources, shaping the working conditions of nursing assistants as well as the quality of care and care provided to residents. Analyzing the gap between the prescribed and actual framework highlights the cumulative effect of structural constraints and forms of work variability, contributing to an intensification of nursing assistants' workload. Using the theoretical framework of workload and Sperandio's (1972) workload regulation model, we propose a framework for proposing the concept of ethical burden. To cope with work intensification and attempt to maintain a quality of care consistent with their representations of the profession and their values, the results show that nursing assistants continually adjust their activities and working methods. When constraints are moderate, they manage to implement a logic of individualized care in their work, preserving a sustainable quality of care. That said, as constraints intensify, they are forced to multiply compromises in their work, even to make trade-offs, to the point of being confronted with ethical dilemmas. It is in this shift that what we propose to call the ethical dimension of workload crystallizes.

The analysis of the instrumented activity of nursing assistants by an AI system through the prism of Rabardel's (1995) instrumental approach shows that the tool can support the care and support activities of nursing assistants: by increasing responsiveness to critical situations (falls, vomiting, intrusions), by facilitating personalized care that is more closely aligned with the residents' routines, by helping to prioritize interventions and reduce unnecessary travel. It can also contribute to establishing a relational bond with certain residents who are usually difficult to access, particularly during night shifts. However, limitations remain due to the cognitive

overload caused by false information transmitted by the tool, as well as the ethical issues of intrusion and surveillance perceived by caregivers.

By combining a critical analysis of public policies, an original model of ethical burden, and a study of the use of an artificial intelligence system in context, this research sheds light on the contemporary challenges facing nursing homes.

Keywords: Nursing Assistants, Nursing Homes, Ethical Burden, AI, Activity

Table des Matières

Table des tableaux	xvii
Table des figures	xx
Introduction	1
Chapitre 1. Les EHPAD à l'épreuve des transformations contemporaines : enjeux structurels, socio-économiques et technologiques	3
1. Modes de financement publics et logiques de tarification.....	3
1.1. Cadre législatif des EHPAD : genèse et effets des réformes depuis 1997	4
1.2. Tripartition du financement des EHPAD	7
1.3. Outils d'évaluation de la dépendance : la grille AGGIR, la coupe Pathos	9
1.3.1. La grille AGGIR et le GIR Moyen Pondéré (GMP)	10
1.3.2. Le référentiel Pathos et le Pathos Moyen Pondéré (PMP)	13
1.4. Les enjeux des indicateurs GMP et PMP	14
1.4.1. Outils d'évaluation de la dépendance : instruments stratégiques.....	14
1.4.2. Traçabilité des soins	15
1.4.3. Tri des résidents et stratégies d'évaluation de la dépendance	17
1.4.4. Un modèle de tarification et de financement limité	17
2. Les EHPAD en quête de sens : de l'idéal d'un lieu de vie à la réalité d'une institution en tension.....	18
2.1. Définitions et missions des EHPAD : entre soin, hébergement et accompagnement	19
2.1.1. Enjeux de la dépendance	19
2.1.2. Dernier lieu de vie pour les résidents	20
2.1.3. Lieu de socialisation.....	22
2.1.4. Garantir la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents.....	22
2.2. Situation financière dégradée en EHPAD	23
2.3. Crises de confiance envers les EHPAD	25
2.3.1. La crise de la COVID-19 : un révélateur des conditions de travail	25
2.3.2. L'affaire Orpéa	27
3. Des conditions de travail dégradées pour le personnel soignant	28

3.1.	Taux d'encadrement en dessous des recommandations	29
3.2.	Effets du nouveau management public en EHPAD	32
3.3.	Entre enjeux économiques et qualité dégradée des soins en EHPAD.....	32
3.3.1.	Impact sur le personnel soignant.....	32
3.3.2.	Quel impact sur les résidents ?	34
4.	Les enjeux des nouvelles technologies en EHPAD	36
4.1.	Réflexion sur l'intégration des nouvelles technologies dans les EHPAD.....	37
4.2.	Etat des lieux de la gérontechnologie	38
4.3.	Les modes de financement des nouvelles technologies	40
4.3.1.	Les financements publics	40
4.3.2.	Les financements privés	41
4.4.	Enjeux éthiques des nouvelles technologies : principe de liberté contre principe de sécurité ?	42
4.5.	Intelligence artificielle et travail : focus sur les transformations majeures.....	44

Chapitre 2. Travailler et prendre soin en EHPAD : les aides-soignantes entre compétences, contraintes et engagement..... 47

1.	Le métier d'aide-soignante : entre formation, <i>care</i> et vocation.....	47
1.1.	Genèse du métier, cadre réglementaire et compétences.....	48
1.2.	Regards croisés sur la profession d'aide-soignante	50
1.2.1.	Le soin comme vocation	51
1.2.2.	Une profession marquée par une faible reconnaissance.....	52
1.2.3.	Le <i>care</i> comme traduction de la vocation	53
2.	Caractéristiques et critères de qualité de l'activité de soin.....	55
2.1.	L'activité de soin	55
2.2.	Définition de la qualité des soins en EHPAD	56
2.3.	Les conditions d'une prise en charge de qualité	58
2.3.1.	La dimension temporelle comme enjeu de soin	58
2.3.2.	Le travail collectif du <i>care</i>	61
2.3.3.	L'expérience et la connaissance des résidents.....	62
3.	Les défis organisationnels du travail d'aide-soignante en EHPAD : tensions et stratégies d'adaptation	63
3.1.	Attractivité du métier : difficultés de recrutement et de fidélisation	64
3.1.1.	Entre stabilité des diplômées et crise des vocations.....	64

3.1.2.	Difficultés de recrutement et recours à l'intérim.....	65
3.1.3.	Le recours aux « faisant fonction »	65
3.1.4.	Glissement de tâches et Validation des Acquis de l'Expérience	66
3.2.	Intensification des conditions de travail des aides-soignantes.....	67
3.3.	Quand la dimension relationnelle est entravée	68
3.4.	Stratégies de soin : les ajustements des aides-soignantes face aux conflits de temporalités	70

Chapitre 3. De la charge de travail aux conflits éthiques : comprendre les mécanismes de régulation 73

1.	Les différentes dimensions de la charge de travail	73
1.1.	La charge physique	74
1.2.	La charge mentale	75
1.3.	La charge psychique.....	76
1.4.	La charge émotionnelle	77
2.	L'approche ergonomique de la charge	78
2.1.	L'émergence du concept de la charge de travail en ergonomie	79
2.2.	Définition de la charge de travail en ergonomie	80
2.3.	Facteurs de charge et surcharge de travail	82
3.	Activité, régulation et charge de travail.....	84
3.1.	Définition de l'activité	84
3.2.	Le schéma à « cinq carrés »	86
3.3.	Activité et variabilités	88
3.4.	Processus de régulation.....	90
3.4.1.	Définitions générales de la régulation.....	90
3.4.2.	Les typologies de régulation	90
3.5.	Le modèle de la régulation de la charge de travail de Sperandio.....	92
4.	Les différentes formes de régulation de la charge en fonction des contraintes	95
4.1.	Compromis face aux exigences de la situation de travail	96
4.1.1.	Le concept de compromis en ergonomie.....	96
4.1.2.	Modèle quadripolaire des relations de services.....	97
4.2.	Arbitrages et dilemme face aux injonctions contradictoires	98
5.	Astreintes : conflits de valeurs, souffrance éthique et sens du travail	100
5.1.	Qualité du travail et qualité empêchée	101

5.1.1.	Qualité « empêchée »	101
5.1.2.	« Qualité empêchée » : les enjeux des activités de service	102
5.2.	Conflits de valeurs	103
5.2.1.	Définitions	103
5.2.2.	Valeurs en situation de travail	104
5.3.	Conflits éthiques	105
5.4.	La souffrance éthique comme résultat de la qualité empêchée.....	106

Chapitre 4. Conception, intégration et différents usages des systèmes d'IA dans les situations de travail 108

1.	Les enjeux de l'IA au travail.....	109
1.1.	Intelligence artificielle : utopie ou dystopie ?.....	109
1.2.	L'intelligence artificielle, une notion aux contours débattus	111
1.3.	Intelligence artificielle et travail : focus sur les transformations majeures.....	112
1.3.1.	Impact de l'Intelligence artificielle sur l'emploi.....	112
1.3.2.	Impact de l'IA sur la santé au travail.....	113
2.	Concevoir des systèmes d'IA : approche constructive et développementale de l'ergonomie de conception.....	115
2.1.	Une conception centrée sur l'activité.....	115
2.1.1.	Concevoir pour le développement des acteurs et des organisations.....	115
2.1.2.	Anticiper, modéliser et accompagner l'activité dans la conception	118
2.2.	Pour une conception située : pouvoir reconnaître les savoirs d'usage et soutenir la discussion	121
2.2.1.	Associer les acteurs : vers une conception participative de l'IA.....	121
2.2.2.	Des espaces de débat : la technologie comme un méta-outil	123
3.	De la théorie de l'activité à l'approche instrumentale : une modélisation de l'usage médiatisé.....	124
3.1.	Contexte historique : les théories de l'activité	124
3.2.	Le sujet capable.....	125
3.3.	L'approche instrumentale.....	126
3.3.1.	L'activité médiatisée : le modèle quadripolaire.....	127
3.3.2.	De l'artefact à l'instrument.....	130
3.3.3.	La genèse instrumentale	131
3.3.4.	Conception continue dans l'usage par la genèse instrumentale	132

Chapitre 5. Problématique et axes de recherche	136
1. Une analyse systémique pour relier les enjeux structurels aux conditions de travail des aides-soignantes.....	136
2. Rendre visible le travail réel des aides-soignantes	137
3. Analyser les usages d'un système d'IA et ses effets sur la qualité du soin	140
 Chapitre 6. Démarche méthodologique de la recherche	 143
1. Progression méthodologique de la recherche par axe, établissement et année.....	143
2. Bilan quantitatif de la totalité des investigations	145
3. Réflexion méthodologique et stratégie de recherche.....	145
3.1. Axe 1 & 2 : premières investigations sur le travail des aides-soignantes.....	146
3.2. Axe 3 : intégration de l'approche ergonomique et boucle itérative	147
3.2.1. Le rôle du doctorant/salarié dans l'accompagnement des aides-soignantes : observations, formations et suivi personnalisé.....	148
3.2.2. Analyse collaborative des retours terrain : le doctorant, médiateur entre aides-soignantes et concepteurs pour l'amélioration continue.....	149
4. Recherche de terrains d'étude.....	149
4.1. Axes de recherche 1 & 2 : limites méthodologiques et posture scientifique	149
4.2. Axe de recherche 3 : co-construction avec l'entreprise conceptrice sur la recherche de l'EHPAD B	150
5. Présentation des terrains de recherche	151
5.1. Axes de recherche 1 & 2 : EHPAD A	151
5.1.1. Les missions du poste d'aide-soignant au sein de l'EHPAD A.....	152
5.1.2. Conditions d'exécution des soins et de l'accompagnement des résidents .	157
5.1.3. Les caractéristiques des aides-soignantes.....	163
5.2. Axe de recherche 3 : EHPAD B	164
5.2.1. Conditions d'exécution des soins et de l'accompagnement des résidents .	165
5.2.2. Caractéristiques des résidents : les niveaux de dépendance.....	170
5.3. Le fonctionnement du système d'IA.....	171
5.3.1. Fonctionnement invisible du système d'IA : décrypter les comportements des résidents	172
5.3.2. Fonctionnement visible du système d'IA	173
6. Méthodologie de recueil des données.....	178
6.1. Axes de recherche 1 & 2 : EHPAD A	180

6.1.1.	Observations ouvertes et systématiques des aides-soignantes	181
6.1.2.	Entretiens semi-directifs et auto-confrontations avec les aides-soignantes	182
6.1.3.	Entretien semi-directif avec la direction de l'établissement	184
6.1.4.	Caractéristiques des participants	185
6.2.	Axe de recherche 3 : EHPAD B	187
6.2.1.	Observations systématiques	188
6.2.2.	Caractéristiques des participantes	192
7.	Méthodologie d'analyse des données	195
7.1.	Traitement des données issues des observations ouvertes et systématiques	195
7.2.	Traitement des données issues des entretiens individuels et collectifs	196
7.2.1.	Analyse thématiques issues des entretiens avec les aides-soignantes de l'EHPAD A et B	197
7.2.2.	Analyse thématique sur le système d'IA avec les aides-soignantes de l'EHPAD B	198
7.2.3.	Analyse thématique avec les directrices (EHPAD A et B)	199
7.3.	Triangulation des données	199

Chapitre 7. Confrontation entre le cadre prescrit et le travail réel des aides-soignantes en EHPAD 201

1.	Les contraintes structurelles	202
1.1.	Comparatif entre les besoins en soins et les ressources humaines	203
1.2.	Calcul des temps directs prescrits	205
2.	La soutenabilité temporelle du cadre prescrit	208
2.1.	Organisation temporelle des temps directs réels	209
2.1.1.	Structuration des temps directs réels sur les postes de matin	209
2.1.2.	Structuration des temps directs réels de l'après-midi	210
2.1.3.	Structuration des temps directs nocturnes	211
2.2.	Morcellement du travail réel des aides-soignantes	213
3.	Situations imprévisibles pour les aides-soignantes dans le soin et l'accompagnement des résidents	215
3.1.	Analyse quantitative des situations imprévisibles	216
3.1.1.	Catégorisation des situations imprévisibles	216
3.1.2.	Proportion des situations imprévisibles	217
3.1.3.	Exemple d'observation révélant la fréquence des situations imprévisibles	219

3.2.	Contraintes liées à la gestion des ressources humaines : absentéisme et formation	220
3.2.1.	Situation de travail en « mode dégradé »	220
3.2.2.	Formation de nouvelles aides-soignantes.....	225
3.3.	Contraintes liées aux caractéristiques individuelles des résidents	229
3.3.1.	Prise en charge des résidents dépendants	231
3.3.2.	Gestion des urgences	234

Chapitre 8. Les représentations du métier d'aide-soignante : valeurs professionnelles et critères de qualité des soins 239

1.	Les valeurs professionnelles des aides-soignantes	239
1.1.	Orientation professionnelle en lien avec le vécu et les valeurs des aides-soignantes	240
1.1.1.	Influence familiale.....	240
1.1.2.	Recherche de sens : orientations et réorientations professionnelles.....	242
1.2.	Représentation du métier par les aides-soignantes	243
1.2.1.	Relation avec les résidents	243
1.2.2.	Vocation et utilité.....	247
1.2.3.	Le manque de temps et la pénibilité.....	249
2.	Les critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents chez les aides-soignantes	250
2.1.	Définition institutionnelle de la qualité des soins en EHPAD	251
2.2.	Représentations de la qualité des soins chez les aides-soignantes.....	252
2.2.1.	Répondre aux besoins fondamentaux des résidents	252
2.2.2.	Personnaliser les soins.....	253
3.	Les ressources nécessaires pour répondre aux objectifs de qualité des soins et d'accompagnement des résidents	257
3.1.	Ressources quantitatives : les ressources humaines et temporelles	257
3.2.	Ressources qualitatives : les compétences	257
3.2.1.	Apports des compétences liées au diplôme d'aide-soignant et des formations spécifiques.....	257
3.2.2.	Apports des compétences liées à la connaissance des résidents	259
3.2.3.	Les ressources humaines	260
3.2.4.	Les ressources temporelles.....	262

4.	Les écarts entre conditions de travail souhaités et expérience vécue des aides-soignantes	263
4.1.	Contraintes quantitatives : manque de ressources temporelles.....	264
4.2.	Contraintes qualitatives : disparités de compétences.....	266
4.2.1.	Disparités de compétences entre les diplômés et les faisant-fonction.....	266
4.2.2.	Disparités de la connaissance des résidents	269
Chapitre 9. Charge éthique des aides-soignantes		274
1.	Panorama des sollicitations et des interventions liées à l'état des résidents.....	275
1.1.	Typologie des interventions liées aux sollicitations des résidents	275
1.2.	Typologie des interventions liées à l'état des résidents	277
2.	Vers une qualité soutenable des soins et de l'accompagnement des résidents	279
2.1.	Répondre aux besoins fondamentaux des résidents.....	279
2.2.	Personnaliser les soins	284
2.3.	Soutenir la dimension relationnelle et sociale.....	293
2.4.	L'analyse de l'activité d'un poste de matin soutenable	295
3.	Une qualité des soins et de l'accompagnement des résidents acceptable : ajustements et compromis	298
3.1.	Ajustements par l'anticipation des besoins des résidents	299
3.2.	Ajustements par la réaction face aux situations imprévisibles	305
3.3.	Compromis : faire des choix au détriment de critères de qualité des soins	310
4.	Mise à l'épreuve de la qualité des soins : entre arbitrages et dilemmes éthiques.....	315
4.1.	Arbitrages pour assurer la prise en charge de l'ensemble des résidents	315
4.2.	Dilemmes éthiques.....	317
4.2.1.	Préserver le bien-être de résidents.....	318
4.2.2.	La préservation de la sécurité et du bien-être des autres résidents au détriment de la gestion d'un résident avec des troubles cognitifs.....	319
4.2.3.	L'impossibilité de préserver la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents : le cas d'un poste de matin en mode dégradé.....	323
4.3.	Astreintes éthiques.....	329
4.3.1.	Altération visible de la qualité des soins	330
4.3.2.	Confrontation des aides-soignantes aux critères de la qualité des soins dans la réalité du travail.....	335
4.3.3.	L'impact sur les aides-soignantes : les conflits éthiques.....	340

Chapitre 10. Démarche participative et genèse instrumentale d'un système d'IA 343

1. Boucle de conception du système d'analyse du contexte sonore : une dynamique circulaire	343
1.1. Rappel de la démarche itérative	344
1.2. Évolution des fonctions constitutives en fonction des retours d'usage.....	345
1.2.1. Les premiers retours d'usage en 2021	345
1.2.2. Les premiers retours d'usage en 2022	347
1.2.3. Les premiers retours d'usage en 2023	348
2. Analyse des déterminants sociaux, financiers et organisationnels de l'intégration du système d'analyse du contexte sonore	351
2.1. Contexte social et financier de l'intégration	351
2.2. Contexte d'intégration et d'adaptation organisationnelle	354
2.2.1. Phases d'intégration de système d'analyse du contexte sonore	354
2.2.2. Phase d'essai : appréhension et adoption progressive.....	355
2.2.3. Une réunion décisive avec les concepteurs	358
2.3. Boucles d'itération : adaptations techniques et organisationnelles.....	360
2.3.1. Attribution et paramétrage des smartphones	360
2.3.2. Répartition de la gestion des alertes	361
2.3.3. L'émergence de nouvelles fonctionnalités	362
3. Analyse de l'activité de soin et d'accompagnement instrumentée	363
3.1. Genèse instrumentale des alertes	364
3.1.1. Schèmes d'usages des alertes	365
3.1.2. Schèmes d'action instrumentée des alertes	371
3.2. Genèse instrumentale des icônes/surbrillance.....	380
3.2.1. Schèmes d'usage des icônes/surbrillances	380
3.2.2. Schèmes d'action instrumentés des icônes/surbrillances	383
3.2.3. Instrumentalisation ponctuelle dans les routines du matin et du soir.....	394
4. Impact sur les objectifs de qualité des soins et d'accompagnement des résidents	398
4.1. Répondre aux besoins fondamentaux via les alertes : améliorer la réactivité face aux situations critiques de santé des résidents.....	399
4.2. Adaptation des interventions en fonction de l'état de sommeil des résidents	401
4.3. Facilitation des priorisations et évitement des déplacements inutiles.....	402
4.4. Anticipation des interventions	403

Chapitre 11. Discussion générale	406
1. Aides-soignantes, résidents, direction d'EHPAD : chronique d'une maltraitance institutionnelle annoncée	406
1.1. Le travail invisible au cœur d'un système sous contraintes.....	406
1.2. Quand la vocation ne suffit plus	408
1.3. Quelles conséquences pour la société ?	409
2. Rendre visible le travail invisible : les apports de l'ergonomie.....	411
2.1. Intégrer l'activité dans la construction des outils de mesure	411
2.2. Charge éthique : d'une logique de soin individualisé à une logique de seuil minimal acceptable	412
3. Un système d'IA faible pour soutenir le travail de surveillance dans un contexte dégradé.....	415
3.1. Humaniser et valoriser les compétences des aides-soignantes	415
3.2. Valoriser le métier, et donner de la confiance aux outils par une conception participative	417
Bibliographie.....	419

Table des tableaux

Tableau 1. Description des six niveaux de dépendance des personnes âgées selon le Code de l'action sociale et des familles, art. 1314-2, 2017	12
Tableau 2. Taux d'encadrement selon les catégories de personnel des EHPAD (DREES, 2020).....	30
Tableau 3. Récapitulatif des missions et compétences des aides-soignantes selon la fiche emploi France Travail (2024).....	50
Tableau 4. Synthèse des différentes techniques utilisées sur l'ensemble des EHPAD.....	145
Tableau 5. Présentation des effectifs d'aide-aides-soignantes et des résidents des quatre EHPAD pilotes du système d'IA et méthodologie du recueil de données	146
Tableau 6. Synthèse des différents dispositifs d'interaction pour le recueil de retours du système d'IA	148
Tableau 7. Répartition des résidents par secteur et sous-secteur.....	151
Tableau 8. Catégories et détails du nursing au sein de l'EHPAD A.....	153
Tableau 9. Répartition des effectifs et des ratios soignants/résidents, EHPAD A.....	161
Tableau 10. Comparaison des niveaux de dépendance des résidents : données nationales moyennes et EHPAD A	162
Tableau 11. Typologie des diplômes parmi les participantes à l'étude, EHPAD A.....	163
Tableau 12. Typologie des aides-soignantes participant à l'étude selon leur ancienneté, EHPAD A	164
Tableau 13. Répartition des résidents par secteurs et sous-secteurs dans l'EHPAD B	165
Tableau 14. Répartition des effectifs et des ratios soignants/résidents, EHPAD B.....	169
Tableau 15. Comparaison des ratios de soignants/résidents entre l'EHPAD A et B.....	169
Tableau 16. Comparaison des niveaux de dépendance des résidents : données nationales moyennes, EHPAD B et EHPAD A.....	170
Tableau 17. Classification des alertes et informations transmises par système d'IA.....	173
Tableau 18. Processus de gestion et d'évaluation des alertes : étapes et fonctionnalités.....	174
Tableau 19. Signification des icônes pour le suivi en temps réel des résidents	175
Tableau 20. Signification des icônes du répertoire pour la communication interprofessionnelle et la gestion des urgences	176
Tableau 21. Signification des fonctionnalités du menu pour une utilisation optimisée de l'IA en EHPAD	177
Tableau 22. Synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude, EPHAD A	181
Tableau 23. Synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude, EPHAD A	186
Tableau 24. Typologie des diplômes des participantes à l'étude, EHPAD A	187
Tableau 25. Typologie du niveau d'ancienneté parmi les participantes à l'étude, l'EHPAD A	187
Tableau 26. Synthèse des caractéristiques des participants à l'étude au sein de l'EPHAD B	188
Tableau 27. Synthèse des caractéristiques des participantes au sein de l'EHPAD B.....	192
Tableau 28. Typologie des diplômes parmi les participantes à l'étude, EHPAD B, comparé à l'EHPAD A.....	194

Tableau 29. Typologie du niveau d'ancienneté des participantes à l'étude, EHPAD B comparé à l'EHPAD A	194
Tableau 30. Synthèse des thématiques et sous-thématiques ressorties de l'analyse du corpus des entretiens recueillis dans les EHPAD A et B.....	197
Tableau 31. Synthèse des thématiques et sous-thématiques ressorties de l'analyse du corpus des entretiens recueillis sur le système d'IA dans l'EHPAD B	198
Tableau 32. Synthèse des thématiques et sous-thématiques ressorties de l'analyse du corpus des entretiens recueillis auprès des directrices d'EHPAD A et B.....	199
Tableau 33. Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR (DREES, 2020).....	204
Tableau 34. Comparaison entre les besoins en soins de base et le temps direct prescrit à l'EHPAD A.....	205
Tableau 35. Répartition des « temps directs » prescrits selon l'organisation temporelle des trois postes (matin, après-midi et nuit) au sein de l'EHPAD A.....	206
Tableau 36. Répartition des « temps directs » prescrits par résident selon les postes au sein de l'EHPAD A.....	208
Tableau 37. Catégorisation des situations imprévisibles survenues lors des 15 observations	216
Tableau 38. Orientations à travers l'influence familiale	241
Tableau 39. Catégorisation selon les liens familiaux, le vécu personnel et la proximité affective avec la personne âgée	242
Tableau 40. Catégorisation des moyens d'atteinte des objectifs de la qualité des soins par la HAS (2024)	251
Tableau 41. Catégorisation des besoins fondamentaux des résidents	252
Tableau 42. Catégorisation de la personnalisation des soins.....	254
Tableau 43. Catégorisation des critères de qualité des soins à partir de l'analyse de la définition de la HAS et des représentations des aides-soignantes.....	256
Tableau 44. Catégorisation de la qualité des soins et dimension temporelle selon les aides-soignantes	262
Tableau 45. Catégorisation des demandes relatives aux sollicitations selon les critères de qualité des soins	276
Tableau 46. Catégorisation des interventions liées à l'état des résidents selon les critères de qualité des soins	277
Tableau 47. Catégorisation des besoins fondamentaux des résidents	334
Tableau 48. Confrontation entre la réponse aux besoins fondamentaux et les déterminants structurels	336
Tableau 49. Confrontation entre la personnalisation du soin et les déterminants structurels	338
Tableau 50. Synthèse des différentes techniques utilisées sur l'ensemble des EHPAD.....	345
Tableau 51. Synthèse des retours terrain de l'utilisation du le système d'IA sur l'année 2021	346
Tableau 52. Synthèse des retours terrain de l'utilisation du le système d'IA sur l'année 2022	347
Tableau 53. Synthèse des retours terrain de l'utilisation du système d'IA sur l'année 2023	348
Tableau 54. Evolution de l'intégration du dispositif dans l'EHPAD B.....	354

Tableau 55. Répartition et ratio d’alertes quotidiennes par poste sur une période de 6 mois	365
Tableau 56. Distribution des alertes par poste et type, avec ratio par professionnel.....	366
Tableau 57. Nombre de consultation des icônes/surbrillance la nuit	381
Tableau 58. Sécuriser les résidents d’après l’AS-B13	401

Table des figures

Figure 1. Sources de financement tripartite des EHPAD	8
Figure 2. Articulation des outils AGGIR et Pathos pour l'évaluation médico-sociale en EHPAD	10
Figure 3. Le conflit de logiques qui définit la relation entre tâche, activité, comportement et performance (Hubault, 1992)	85
Figure 4. « Le schéma à 5 carré » inspiré de Leplat & Cuny (1977) et enrichi par De Terssac et Christol (1978), qui ont mis en évidence les relations entre les éléments du système (cité par Jansou et al., 2024, p.43).....	87
Figure 5. Modélisation de la régulation des modes opératoires en fonction de l'astreinte (Sperandio, 1972).....	94
Figure 6. Modèle de l'activité des relations de service comme compromis entre quatre pôles de l'activité (Flageul-Caroly, 2001)	97
Figure 7. Processus d'arbitrage au cœur de la dynamique des services (du Tertre, 2005).....	99
Figure 8. Modèle de l'activité médiatisée par l'instrument (d'après Rabardel, 1995).....	128
Figure 9. La boucle de conception (Rabardel, 1995)	134
Figure 10. Représentation chronologique de la progression du recueil et traitement de données par axe de recherche.....	144
Figure 11. Organisation temporelle des tâches sur les horaires de matin.....	158
Figure 12. Organisation temporelle des tâches sur les horaires d'après-midi.....	159
Figure 13. Organisation temporelle des tâches sur les horaires de nuit	160
Figure 14. Organisation temporelle des postes du matin au sein de l'EHPAD B	167
Figure 15. Organisation temporelle des postes d'après-midi au sein de l'EHPAD B	167
Figure 16. Organisation temporelle des postes de nuit au sein de l'EHPAD B.....	168
Figure 17. Représentation du processus de détection et de traitement des bruits par système d'IA	171
Figure 18. Représentation des cartes imagées du jeu Dixit présentées aux aides-soignantes.....	183
Figure 19. Chronique temps directs réels de l'AS-A01 lors d'une prise de poste de matin (6h-13h45) avec : en abscisse les horaires, en ordonnée les lieux de présence de l'aide-soignante et en fond les tâches auxquelles se réfèrent les passages en chambre.....	210
Figure 20. Chronique temps directs réels de l'AS-A10 lors d'une prise de poste d'après-midi (13h-20h45) avec : en abscisse les horaires, en ordonnée les lieux de présence de l'aide-soignante et en fond les tâches auxquelles se réfèrent les passages en chambre	211
Figure 21. Chronique temps directs réels de l'AS-A12 lors d'une prise de poste de nuit (19h45-6h15) avec en abscisse les horaires, en ordonnée les lieux de présence de l'aide-soignante et en fond les tâches auxquelles se réfèrent les passages en chambre	212
Figure 22. Représentations des catégories d'évènements survenus lors de l'ensemble des observations.....	213
Figure 23. Représentations des situations imprévisibles survenues dans le travail des aides-soignantes sur l'ensemble des 15 observations	217
Figure 24. Répartition des situations imprévisibles survenues selon les trois postes (matin, après-midi, nuit)	218

Figure 25. Chronique des situations imprévisibles lors d'une prise de poste d'après-midi (13h-20h45) de l'AS-A07 avec en abscisse les horaires et en ordonnée les catégories de situations imprévisibles	220
Figure 26. Représentations des catégories d'évènements survenues lors de l'ensemble des observations.....	223
Figure 27. Chronique de la formation des nouveaux arrivants (stagiaire et nouvelle AS) par l'AS-A10 lors d'une prise de poste de matin (6h-13h45)	229
Figure 28. Chronique de la gestion relationnelle d'une résidente en fin de vie par l'AS-A01	235
Figure 29. Chronique de la gestion d'une urgence par les aides-soignantes de nuit. AS-A11 et AS-A12 en poste de nuit (19h45-6h15)	238
Figure 30. Chronique sur la disparité de priorités entre une aide-soignante diplômée (AS-A01) et une faisant-fonction lors d'une prise de poste de matin (6h-13h45).....	268
Figure 31. Catégorisation des besoins fondamentaux des résidents.....	280
Figure 32. Réponse à la sollicitation d'une résidente par l'AS-A08.....	281
Figure 33. Anticipation des besoins des résidents par l'AS-A07	282
Figure 34. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A15	282
Figure 35. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A14.....	283
Figure 36. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A12	284
Figure 37. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A05	284
Figure 38. Respect des préférences d'un résident par l'AS-A12	285
Figure 39. Respect des préférences d'un résident par l'AS-A14	286
Figure 40. Consultation des préférences d'un résident par l'AS-A06.....	287
Figure 41. Consultation des préférences d'une résidente par l'AS-A02	287
Figure 42. Respect du rythme des résidents par l'AS-A04	288
Figure 43. Respect du rythme des résidents par l'AS-A11	289
Figure 44. Respect du rythme des résidents par l'AS-A06.....	289
Figure 45. Respect du rythme des résidents et préservation de la qualité relationnelle par l'AS-A04	290
Figure 46. Adaptation des interactions avec une résidente par l'AS-10	292
Figure 47. Soutenir la socialisation des résidents par l'AS-A09.....	293
Figure 48. Soutenir la socialisation des résidents par l'AS-A10.....	294
Figure 49. Soutenir la socialisation des résidents par l'AS-A14.....	295
Figure 50. Chronique de l'activité soutenable de l'AS-02 sur un poste de matin (6h-45-14h30).....	296
Figure 51. Coopération de l'AS-02 avec sa binôme.....	297
Figure 52. Anticipation de l'augmentation de la charge en fin de service par l'AS-A10	300
Figure 53. Anticipation de l'augmentation de la charge en fin de service par l'AS-A10	301
Figure 54. Prévention des risques en fonction du manque de personnel par l'AS-A10.....	302
Figure 55. Rassurer les résidents vis-à-vis de l'attente par l'AS-02	303
Figure 56. Prévenir les sollicitations par l'AS-10	305
Figure 57. Garantir l'équité des soins par l'AS-06.....	306
Figure 58. Préserver la qualité du soin en cours par l'AS-04.....	307

Figure 59. Prioriser selon le risque pour la sécurité d'une résidente par l'AS-04.....	308
Figure 60. Reporter certaines tâches pour prendre soin des résidents par l'AS-A01	309
Figure 61. Compromis entre accepter l'initiative de la résidente au détriment du protocole d'hygiène par l'AS-04	311
Figure 62. Compromis entre besoins d'un soin d'hygiène et le protocole par l'AS-04.....	312
Figure 63. Décaler un soin relationnel par l'AS-03	313
Figure 64. Surveillance impossible d'un résident à risque par l'AS-06.....	313
Figure 65. Impossibilité de s'occuper d'un résident à risque en déambulation, par l'AS-06	315
Figure 66. Arbitrage entre les soins d'hygiène et la préservation de la santé d'une résidente par l'AS-03	316
Figure 67. Arbitrage entre les soins d'hygiène et ressource matérielle d'une résidente par l'AS-03	317
Figure 68. Chronique des situations imprévisibles lors d'une prise de poste d'après-midi (13h-20h45) de l'AS-A07	318
Figure 69. Chronique de la gestion d'un résident avec des troubles cognitifs en poste de nuit	322
Figure 70. Chronique d'une matinée en mode dégradée pour l'AS-A05.....	324
Figure 71. Extraits de l'activité en mode dégradé de l'AS-A05	328
Figure 72. Oubli des soins d'hygiène d'une résidente compensé par le collectif	331
Figure 73. Oubli du change d'un résident par l'AS-07	331
Figure 74. Oubli du change d'un résident par l'AS-10	332
Figure 75. Oubli d'une résidente aux toilettes par l'AS-A15.....	333
Figure 76. Oubli d'une résidente aux toilettes par l'AS-A15.....	333
Figure 77. Synthèse des conditions d'une bonne intégration et utilisation du système d'IA	350
Figure 78. Processus décisionnel des aides-soignantes pour la gestion des alertes via l'application.....	370
Figure 79. Schème de priorisation de l'agent hôtelier pour la gestion d'une alerte sur un poste de matin	372
Figure 80. Schème de priorisation de l'aide-soignante pour la gestion d'une alerte sur un poste d'après-midi (14h-21h).....	373
Figure 81. Schème de priorisation de l'aide-soignante pour la gestion d'une alerte sur un poste de nuit (21h-7h)	374
Figure 82. Schème de hiérarchisation des besoins en temps réel de l'aide-soignante pour la gestion de deux alertes sur un poste de matin (6h45-14h30)	376
Figure 83. Schème de coordination en temps réel par l'AS-B05	377
Figure 84. Schème de coordination par l'AS-B05	378
Figure 85. Oubli d'une alerte par l'AS-B10	379
Figure 86. Préparation du premier passage par l'AS-B10.....	384
Figure 87. Vérification de l'état de sommeil par l'AS-B10	385
Figure 88. Vérification de l'état de sommeil par l'AS-B12	386
Figure 89. Utilisations icônes/surbrillances au second passage par l'AS-B10	387
Figure 90. Utilisation icônes/surbrillances au second passage par l'AS-B13	389
Figure 91. Surveillance nocturne instrumentée par les AS-B10 et AS-B11	391

Figure 92. Surveillance nocturne instrumentée par les AS-B12.....	393
Figure 93. Surveillance nocturne instrumentée par les AS-B12.....	396
Figure 94. Proposition de modélisation de la charge éthique.....	413

Introduction

L'origine de la thèse s'inscrit dans la demande formulée par une entreprise spécialisée dans la conception d'un système de détection et de compréhension des sons fonctionnant à partir d'Intelligence Artificielle (IA). L'intention initiale est de développer un système d'IA capable de s'adapter aux besoins spécifiques du personnel soignant. Ce projet poursuit un double objectif : d'une part, renforcer la fiabilité et la réactivité de la prise en charge des résidents en EHPAD, et d'autre part, améliorer les conditions de travail des aides-soignantes¹, premières concernées par l'usage de ces dispositifs. À plus long terme, la finalité est de contribuer à la revalorisation d'un métier en perte d'attractivité, fragilisé par une crise des vocations.

Car c'est bien un enjeu structurel qui se dessine en toile de fond. Le faible taux d'encadrement dans les établissements, résultant en grande partie des politiques publiques de rationalisation budgétaire, conduit à une dégradation significative des conditions de travail. Ce déficit de ressources humaines pèse lourdement sur les épaules des aides-soignantes, dont l'activité quotidienne est mise à rude épreuve, au détriment de la qualité des soins et de l'attention portée aux résidents. C'est à cette croisée des chemins, entre innovation technologique, réalités professionnelles et enjeux de société, que se situe cette recherche. Elle prend appui sur une littérature qui documente des conditions de travail marquées par une intensification des tâches et une réduction préoccupante de la dimension relationnelle, pourtant au cœur du métier d'aide-soignante.

Réalisé dans le cadre d'une convention CIFRE, le projet de développement et de conception d'un système d'IA constitue une opportunité pour appréhender les difficultés rencontrées dans ces établissements, mais aussi pour accéder aux réalités du travail des aides-soignantes, en particulier à travers l'analyse de leur activité. La spécificité d'un doctorat CIFRE réside dans la double appartenance du doctorant, à la fois salarié d'une entreprise et chercheur encadré par une direction de thèse universitaire. Ce positionnement suppose de concilier les attentes opérationnelles de l'entreprise avec les exigences scientifiques de la recherche. Il présente néanmoins une richesse méthodologique particulière : il permet au doctorant de mobiliser les données issues du terrain CIFRE au service de la recherche, tout en valorisant les apports scientifiques pour éclairer et orienter les choix de conception de l'entreprise.

¹ Par souci de lisibilité et en cohérence avec la réalité du terrain, le féminin est utilisé pour désigner les aides-soignantes dans ce travail.

La démarche adoptée repose sur une approche qualitative, in situ, et inductive. La compréhension des enjeux liés à l'introduction du système d'IA en EHPAD s'est construite à partir d'allers-retours constants entre les données recueillies sur le terrain et la littérature scientifique existante. Toutefois, et sans surprise de notre point de vue d'ergonome, cette immersion a rapidement révélé que les enjeux liés à l'IA ne pouvaient être dissociés de problématiques plus larges, structurelles et organisationnelles, affectant profondément le travail des aides-soignantes. En effet, les premiers éléments recueillis sur le terrain (entretiens exploratoires, observations exploratoires) ont permis de faire émerger des dimensions du travail soignant peu visibles, notamment autour de la dimension éthique, et ont orienté la construction progressive des axes d'analyse. Cette démarche de recherche, caractéristique des sciences compréhensives, ne vise pas l'établissement de lois universelles, mais la production de connaissances situées, fondées sur l'analyse contextualisée des pratiques (Becker, 2006). C'est à partir de cette construction itérative entre terrain et cadre théorique, fondement de la recherche en ergonomie de l'activité, que les objectifs de la recherche ont été définis.

Notre recherche, inscrite en ergonomie, présente *trois objectifs principaux* :

- Relier la sphère sociétale à la sphère du travail, en montrant comment l'approche ergonomique permet de comprendre l'impact des politiques publiques (budget, effectifs) sur les conditions de travail des aides-soignantes, et comment ces conditions influencent en retour la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Notamment en « désinvisibilisant » le travail de celles qui, malgré les contraintes structurelles, assurent, avec plus ou moins de succès, le fonctionnement des EHPAD : les aides-soignantes.
- Approfondir la compréhension de la charge de travail en ergonomie, en mettant un accent particulier sur la dimension éthique comme une composante essentielle des tensions vécues par les aides-soignantes dans la prise en charge des résidents. Cette réflexion s'inscrit dans une approche élargie de la charge de travail, qui dépasse les seules contraintes physiques ou mentales pour intégrer les dimensions psychosociales, psychiques et morales.
- Produire des connaissances sur les transformations induites par l'introduction d'un système d'IA de détection des sons sur le travail des aides-soignantes en EHPAD. L'enjeu étant de saisir dans quelle mesure il peut contribuer ou non à améliorer la qualité des soins tout en réduisant les tensions éthiques vécues par les aides-soignantes.

Chapitre 1. Les EHPAD à l'épreuve des transformations contemporaines : enjeux structurels, socio-économiques et technologiques

Ce premier chapitre propose une analyse du contexte sociopolitique dans lequel s'inscrivent les EHPAD et le travail du personnel soignant. L'objectif est de comprendre les enjeux structurels, socio-économiques et technologiques qui influencent les conditions d'exercice des métiers du soin.

Dans un premier temps, nous présenterons un état des lieux des politiques publiques à l'origine de la reconfiguration structurelle récente du secteur médico-social, en insistant sur les mécanismes de régulation, les logiques de tarification et le modèle de financement qui déterminent aujourd'hui l'allocation des ressources humaines au sein des établissements (1). Nous nous intéresserons ensuite aux défis contemporains auxquels les EHPAD sont confrontés, notamment le vieillissement accéléré de la population, l'aggravation de la situation financière et la crise de confiance de la société à l'égard des institutions (2). Nous articulerons l'ensemble de cet état des lieux pour analyser les effets sur les conditions de travail du personnel soignant, marquées par un manque de ressources humaines, une intensification du travail, ainsi qu'une dégradation de la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents (3). Enfin, une partie sera consacrée à l'introduction des nouvelles technologies en EHPAD, à travers une analyse des enjeux économiques, éthiques et organisationnels qu'elles impliquent (4). Ce panorama permettra d'améliorer la compréhension des ressorts systémiques de la crise actuelle du secteur.

1. Modes de financement publics et logiques de tarification

Les enjeux financiers et les réformes du mode de financement des EHPAD traduisent un processus de rationalisation des dépenses publiques, dans un contexte de forte demande d'hébergement liée au vieillissement de la population. Depuis 1997, le secteur des EHPAD a connu une transformation progressive de la régulation publique vers des dynamiques inspirées des logiques industrielles et du nouveau management public (Bezes & Demazière, 2011). Ce basculement s'est traduit par une recomposition du pilotage des établissements, un encadrement renforcé par les indicateurs de performance, et une restructuration du financement autour de mécanismes complexes et contraignants. Ces dynamiques ont eu des effets notables sur l'organisation du travail, la nature des services rendus et les conditions d'exercice du personnel soignant.

Pour mieux comprendre les implications de cette mutation, ce chapitre s'ouvre sur une présentation de l'évolution du cadre législatif qui a accompagné la réforme du secteur (§ 1.1), puis la mise en place de la tripartition du financement des EHPAD (§ 1.2), le rôle central joué par les indicateurs d'évaluation de la dépendance dans la détermination des dotations allouées aux établissements (§ 1.3) et enfin le pilotage de l'activité par ces indicateurs et ses conséquences (§ 1.4).

1.1. Cadre législatif des EHPAD : genèse et effets des réformes depuis 1997

La loi du 30 juin 1975 a introduit officiellement le concept de « maison de retraite » dans le langage législatif, remplaçant le terme d'hospice devenu péjoratif pour introduire la possibilité de médicalisation, laissée au choix des établissements (Brami, 2013). Cette notion de médicalisation se caractérise par « la présence d'aides-soignantes, d'infirmières, sous des formes salariées, ainsi qu'une ou des vacation(s) de médecins » (Brami, 2013, p.57). Ensuite, la concurrence fera émerger une nouvelle appellation, celle des « résidences » (Brami, 2013) qui n'est pas officielle mais qui met en avant une vocation hôtelière permettant de séduire les personnes âgées et leurs familles. C'est par l'intermédiaire de la réforme de 1999, annoncée par la loi de 1997, que l'appellation « Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD) va apparaître.

Depuis leur création en 1997, les EHPAD ont subi l'évolution des politiques budgétaires restrictives visant à maîtriser les dépenses publiques avec de nouveaux modes de financement (Dussuet, Nirello & Puissant, 2017). Plusieurs réformes législatives ont progressivement redéfini le fonctionnement des EHPAD :

- *La loi numéro 97-60 du 24 janvier 1997* crée le statut juridique des « Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD), institue un cadre réglementaire dont les financements publics ne dépendent plus du statut juridique (public ou privé) de l'établissement, mais du niveau de dépendance des résidents. Cette loi renforce la concurrence dans le secteur de l'hébergement en permettant notamment aux structures lucratives d'accueillir des bénéficiaires de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) (Dussuet et al., 2017). Jugée trop partielle et inégalitaire dans sa réponse aux besoins, cette PSD est remplacée en 2002 par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), destinée aux personnes de 60 ans et plus en situation de perte

d'autonomie, afin d'assurer une meilleure prise en charge (DREES², 2003). En application de la loi de 1997, la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) est mise en place pour déterminer la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement (aussi appelée « GIR moyen pondéré de l'établissement ») et attribuer aux établissements la dotation « soins », financée par l'Assurance maladie (Comité scientifique des référentiels AGGIR et Pathos, 2012).

- *Les décrets de 1999 et de 2001* instaurent le principe de tripartition budgétaire qui repose sur la séparation de trois volets de financement, chacun correspondant à une dimension spécifique de la prise en charge en établissement. Le forfait soins, pris en charge par l'Assurance maladie, couvre les dépenses liées aux soins médicaux et paramédicaux. Depuis 2009, il est géré par les agences régionales de santé (ARS). Le forfait dépendance, financé principalement par le conseil départemental, vise à compenser la perte d'autonomie des résidents. Il inclut également un ticket modérateur qui reste à la charge du résident, sauf en cas d'aide au financement (notamment via l'APA). Enfin, le tarif hébergement, correspondant aux frais de séjour (logement, restauration, services hôteliers), est à la charge du résident lui-même, parfois avec l'aide de la famille ou de dispositifs d'aide sociale.
- *La loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, à l'article 56*, officialise l'instauration de l'outil Pathos comme complément à la grille AGGIR dans le cadre de la tarification des EHPAD. L'objectif est de mieux refléter la charge réelle en soins liée aux pathologies des résidents, et ainsi rendre le financement plus équitable et adapté à la réalité du terrain. Cette réforme introduit le calcul du GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui combine deux indicateurs : le GIR Moyen Pondéré (GMP), qui mesure le niveau de dépendance des résidents et le Pathos Moyen Pondéré, qui évalue la charge en soins médicaux et techniques (Comité scientifique des référentiels AGGIR et Pathos, 2012).
- *Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2008 et de 2009* modifient la tarification des établissements de santé (EHPAD et hôpitaux) en introduisant un modèle de gestion prévisionnelle des ressources par l'intermédiaire de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Contrairement à la logique antérieure, où les financements étaient déterminés sur la base des coûts de production passés, cette loi

² La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ou DREES est une direction de l'administration publique centrale française produisant des travaux de statistiques et d'études socio-économiques. Elle dépend des ministères dits « sanitaires et sociaux » et du ministère de l'Économie et des Finances.

instaure un système qui oblige les établissements à anticiper leurs besoins budgétaires pour maîtriser les dépenses. De plus, la LFSS de 2009 met en place un processus de convergence tarifaire qui introduit des tarifs plafonds calculés à partir d'une dotation « normale » d'un établissement selon le public accueilli (Delouette & Nirello, 2017). En milieu hospitalier, l'EPRD est accompagné de la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) qui impose une gestion réactive des financements en fonction des actes réalisés (Holcman, 2017).

- *La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009* marque un tournant dans la gouvernance des tutelles avec la création des ARS, qui centralisent les anciennes directions sanitaires et sociales. Ces agences encadrent désormais les établissements via la contractualisation, « témoignant d'un glissement d'une gouvernance par la planification à une gouvernance par incitations » (Delouette, Jany-Catrice, Lefebvre-Chombart, Nirello & Studer, 2024, p.48). Le suivi repose sur des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui remplacent les échanges réguliers comme mode de coordination et qui fixent des objectifs initiaux et des indicateurs de suivi avec un contrôle a priori plus distant. Les établissements doivent notamment respecter, sur une période de cinq ans, les moyennes de dépendance et de pathologies des résidents fixées par le CPOM, en ajustant les admissions et les sorties. Ce mode de gestion offre peu de marges de manœuvre, exposant particulièrement les structures publiques et non lucratives aux imprévus (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2020). Cette loi instaure également un système d'appels à projets conditionnant toute création ou extension d'établissement, remplaçant les anciennes autorisations. Ce dispositif met en concurrence les établissements, quel que soit leur statut (public, privé lucratif ou de l'Économie Sociale et Solidaire ou ESS), incitant aux regroupements pour répondre aux exigences des appels d'offres. Ces derniers standardisent les organisations en prédéfinissant les services attendus. Parallèlement, un numerus clausus implicite freine l'augmentation des capacités, malgré une demande croissante (Dussuet et al., 2017 ; Delouette et al., 2024).

Récemment, à la suite de la crise de la COVID-19 et des revendications des personnels de santé, les accords du « Ségur de la santé » du 13 juillet 2020 et la loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024 ont été adoptés :

- *Les accords du « Ségur de la santé »* (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021) ont permis une revalorisation salariale de 183 euros net par mois pour les professionnels du

secteur sanitaire, médico-social et social, plus particulièrement l'ensemble du personnel des EHPAD, publics et privés. Le Ségur de la santé a également alloué 1,5 milliard d'euros d'investissement pour la modernisation des EHPAD, avec pour objectifs d'améliorer les conditions de vie des résidents, renforcer la médicalisation des structures et ouvrir davantage les EHPAD sur leur territoire pour favoriser les interactions sociales.

- *La loi « Bien vieillir »* (Vie Publique, 2024) introduit diverses mesures visant à prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées et handicapées, améliorer les conditions de travail des aides à domicile, et renforcer la transparence des EHPAD, notamment par la publication de rapports sur la qualité des services, les activités proposées et des indicateurs de satisfaction. Cette loi stipule que les EHPAD habilités à l'aide sociale pourront appliquer un tarif différencié aux résidents ne bénéficiant pas de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), généralisant ainsi le régime de tarification actuellement réservé aux établissements signataires d'une convention d'aide sociale (Bonnet & Fontaine, 2024).

De 1997 à aujourd'hui, les EHPAD ont été progressivement soumis à une logique de rationalisation industrielle issue de la diffusion du nouveau management public, caractérisée par Bezes et Musselin (2015, p.10), en sociologie des organisations, comme des « dispositifs, instruments, indicateurs et standards [qui] cherchent à réguler les pratiques administratives en proposant de mesurer la productivité, la « performance », les « résultats » et la « qualité » des réalisations ».

1.2. Tripartition du financement des EHPAD

Pour comprendre les mécanismes de financement qui fixent les effectifs en personnel soignant, nous nous intéressons aux trois sources de financement des EHPAD présentées dans la figure 1 ci-après (Cour des comptes, 2022).

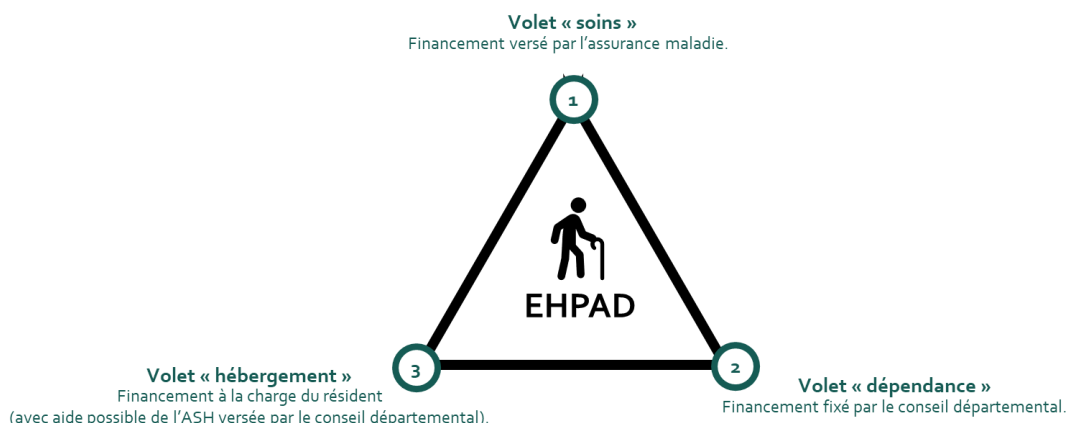


Figure 1. Sources de financement tripartite des EHPAD

Tout d'abord, *le volet « soins »* est financé par l'Assurance Maladie, via les ARS, grâce aux dotations allouées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Cette dotation, directement versée aux EHPAD, couvre l'ensemble des dépenses liées aux soins médicaux : rémunération du personnel soignant (aides-soignantes, infirmières), du médecin coordonnateur, des médecins salariés ainsi que les équipements et médicaments. Elle peut également inclure l'intervention de professionnels extérieurs. Le montant de ce forfait soins est déterminé en fonction des évaluations réalisées à une date de référence (scores) à partir des outils AGGIR et Pathos, appliquées à l'ensemble des résidents.

Ensuite, *le volet « dépendance »*, déterminé par le président du conseil départemental, couvre les prestations liées à la perte d'autonomie, telles que l'aide aux actes de la vie quotidienne et la surveillance des résidents. La participation financière des résidents varie selon leurs ressources et leur niveau de dépendance. Une partie de ce forfait est prise en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), une aide financière destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie, le reste étant à la charge du résident. Le montant du volet « dépendance » est calculé à partir du score moyen de dépendance mesuré sur l'ensemble des résidents, à l'aide de la grille AGGIR, à la date du calcul (Jingyue Xing-Bongioanni & Solène Billaud, 2021).

Enfin, *le volet « hébergement »* concerne quant à lui les prestations hôtelières (séjour, entretien, restauration, animation, accueil) ainsi que les frais de gestion. En principe, il est à la charge du résident, sauf en cas d'éligibilité à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) versée par le conseil départemental sous conditions de ressources. La tarification de l'hébergement varie en fonction de l'habilitation (Sénat, 2024) :

1. Pour les EHPAD totalement habilités à l'ASH : le tarif d'hébergement est administré par le conseil départemental pour l'ensemble des places, sauf dérogation prévue dans une « convention d'aide sociale » ;
2. Pour les EHPAD non habilités à l'ASH : les établissements fixent librement le tarif d'hébergement à l'entrée du résident. Ce tarif peut ensuite évoluer dans les limites d'un pourcentage annuel défini par arrêté.
3. Pour les EHPAD partiellement habilités à l'ASH : deux modalités peuvent s'appliquer selon la proportion de places habilitées. Pour les établissements habilités à 50% de leur capacité, les tarifs administrés s'appliquent à tous les résidents, qu'ils soient bénéficiaires ou non de l'ASH. Pour les établissements habilités à 50% ou moins, la tarification est libre pour les places non concernées par l'ASH.

Le montant des volets « soins » et « dépendance » est négocié lors du conventionnement tripartite liant l'ARS, le département et l'établissement pour une période de cinq ans. Ce processus fixe les objectifs de qualité et introduit depuis 2007 une tarification basée sur l'activité prévisionnelle, selon un État prévisionnel des recettes et des dépenses (ou EPRD).

1.3. Outils d'évaluation de la dépendance : la grille AGGIR, la coupe Pathos

Pour faciliter la compréhension du système de financement, nous allons présenter les deux outils d'évaluation utilisés pour déterminer les besoins en soins médicaux et l'autonomie des résidents, afin de fixer les montants des volets « soins » et « dépendance » : la grille AGGIR et la coupe Pathos. Pour résumer, la figure 2 ci-après articule la manière dont les outils AGGIR et Pathos structurent l'évaluation des besoins et le financement des EHPAD.

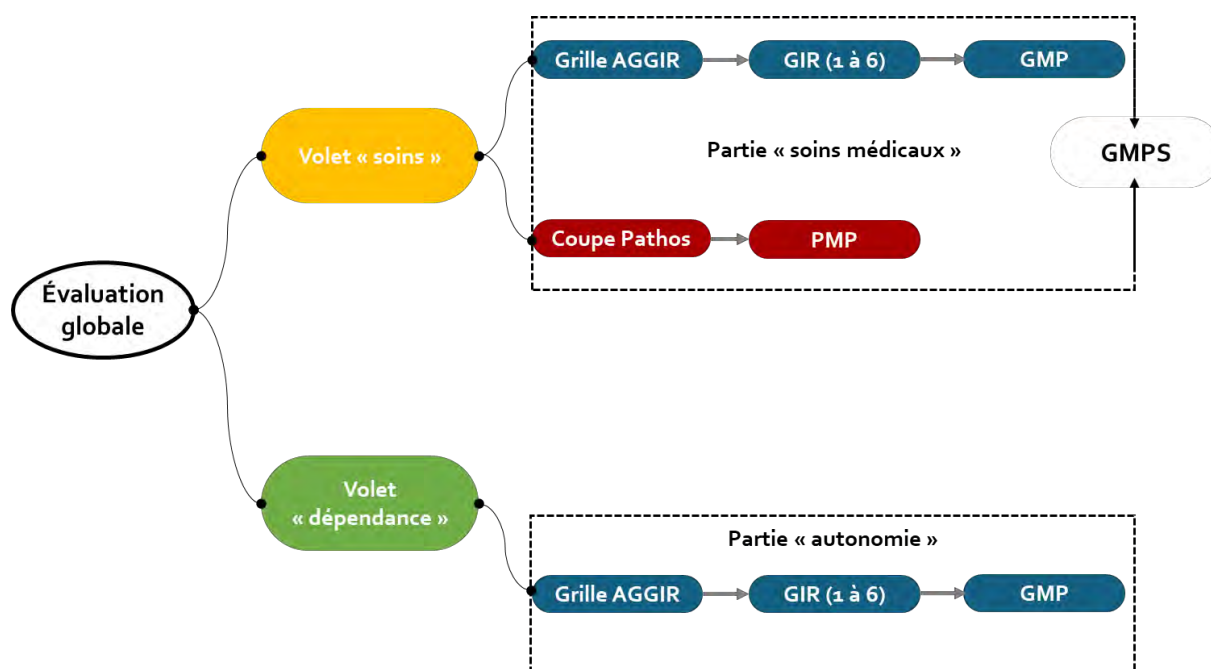


Figure 2. Articulation des outils AGGIR et Pathos pour l'évaluation médico-sociale en EHPAD

1.3.1. La grille AGGIR et le GIR Moyen Pondéré (GMP)

Le niveau de dépendance d'un résident est mesuré à partir de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), définie en annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF, 2023). Cette grille permet de mesurer pour chaque résident sa capacité à accomplir des gestes quotidiens comme s'alimenter, faire sa toilette, ou se déplacer. Chaque résident est ensuite classé dans l'un des six Groupes Iso-Ressources (GIR) de la grille AGGIR, en fonction d'un nombre de points attribués pour chaque item. Ensuite, une moyenne des points GIR des résidents présents dans l'établissement est calculée, à un instant donné, et est appelée le GIR Moyen Pondéré (Cour des comptes, 2022).

Pour évaluer le niveau de dépendance des résidents d'un EHPAD, la grille AGGIR s'appuie sur 17 variables d'évaluation (Code de l'action sociale et des familles, art. L314-2, 2017) :

- 10 variables dites « discriminantes » relatives à la perte d'autonomie physique et psychique sont utilisées pour le calcul du GIR : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement, déplacements à l'extérieur et communication à distance.
- 7 variables dites « illustratives » apportent des informations complémentaires, notamment pour élaborer le plan d'aide en cas d'APA à domicile, mais n'entrent pas

dans le calcul du GIR : gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement, activités de temps libre.

Le résultat de cette évaluation permet ensuite d'attribuer un score et de classer les résidents dans l'un des six niveaux de GIR. Le tableau 1 présenté à la page suivante résume la description des six niveaux de GIR, conformément à l'article L314-2 du Code de l'action sociale et des familles (2017), et précise la proportion des résidents en EHPAD répartis dans chaque niveau de dépendance selon les données les plus récentes disponibles pour l'année 2015.

Ce tableau classe les individus en fonction de leur degré d'autonomie, sur une échelle allant de GIR 1 (dépendance totale) à GIR 6 (autonomie) et précise la proportion de résidents au niveau national selon l'enquête EHPA 2015, réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Cette enquête montre que la grande majorité des résidents (plus de 90 %) relèvent des GIR 1 à 4, traduisant un besoin important d'accompagnement au quotidien. Le GIR 2 est le plus représenté (36,6 %), regroupant à la fois des personnes très dépendantes physiquement et celles souffrant de troubles cognitifs. À l'inverse, les GIR 5 et 6, correspondant à des profils plus autonomes, sont rares (8,7 %), notamment parce que l'entrée en EHPAD intervient généralement en cas de perte d'autonomie significative.

Le niveau de dépendance des personnes accueillies en EHPAD a significativement augmenté entre 2011 et 2018. Cette évolution se reflète notamment dans l'augmentation du GMP, qui est passé de 689 en 2011 à 723 en 2018 (CNSA, 2020). Parallèlement, la proportion de résidents classés en GIR 1 et 2, correspondant aux niveaux de dépendance les plus élevés, est restée stable à 54 % entre 2015 et 2019. Toutefois, une évolution notable a été observée sur la période 2011-2015 : selon François Reynaud, dans son rapport pour la DREES (2020), la part des résidents en GIR 2 et 3 a progressé de 7,4 points, passant de 50 % à 54 %, tandis que celle des résidents les plus autonomes, en GIR 5 et 6, a chuté de 26,9 %, passant de 12 % à 9 %. Ces données traduisent une prise en charge de plus en plus marquée de personnes âgées en situation de grande dépendance au sein des EHPAD.

Tableau 1. Description des six niveaux de dépendance des personnes âgées selon le Code de l'action sociale et des familles, art. L 314-2, 2017

GIR	Description	Répartition des résidents
GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activités mentales, corporelles, locomotrices et sociales, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.	17,6 %
GIR 2	Deux sous-groupes de personnes âgées : - Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les « grabataires lucides ») et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ; - Celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les « déments perturbateurs ») ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que sous stimulation. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.	36,6 %
GIR 3	Personnes âgées ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles.	17,1 %
GIR 4	Deux sous-groupes de personnes âgées : - Celles n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules. - Celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.	20 %
GIR 5	Personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques (préparation des repas, ménage...).	5,3 %
GIR 6	Personnes autonomes pour tous les actes discriminants de la vie courante. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour les activités domestiques.	3,4 %

1.3.2. Le référentiel Pathos et le Pathos Moyen Pondéré (PMP)

D'après l'ARS (2020), le référentiel Pathos « évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins médicotéchniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées ». Cette approche permet la prise en compte des polypathologies des résidents et la planification des ressources nécessaires au sein des EHPAD. L'évaluation Pathos, réalisée tous les cinq ans, constitue un outil d'évaluation standardisé conçu pour quantifier les besoins en soins médicotéchniques des résidents. D'après le CNSA (2022), il comporte un thésaurus de 50 états pathologiques fréquemment rencontrés en gériatrie, chacun associé à un profil unique de soins parmi 12 profils thérapeutiques prédéfinis. Ces profils traduisent l'intensité et la nature des soins requis :

- Soins médicaux urgents ou lourds (T1, T2) ;
- Accompagnement psychiatrique (P1, P2) ;
- Rééducation (R1, R2) ;
- Soins infirmiers complexes (CH) ;
- Surveillance médicale (S1, S0) ;
- Soins de fin de vie (M1, M2).

Chaque profil correspond ensuite à une mobilisation de ressources médicotéchniques, réparties en huit postes : médecins (gériatres ou psychiatres), soins infirmiers, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie et matériel médical. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points Pathos, qui permet ensuite de calculer le Pathos Moyen Pondéré (PMP). Dans cette approche, après formalisation d'une évaluation conduisant au diagnostic, les soins sont ordonnancés par les médecins (gériatres, psychiatres, rééducateurs fonctionnels...) qui saisissent ensuite les résultats dans un logiciel. Les médecins inspecteurs de l'ARS examinent les données transmises par les médecins coordonnateurs et se déplacent ensuite dans les EHPAD pour examiner la « Pathossification » de l'échantillon (Xing-Bongioanni, 2022).

A l'instar du GMP qui a connu une progression, les besoins en soins médicaux, mesurés à l'aide du PMP, connaissent également une croissance importante, passant de 180 en 2010 à 209 en 2018 (François Reynaud, pour la DREES, 2020).

Le PMP est ensuite couplé au GIR Moyen Pondéré (GMP) pour établir le GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) : il s'agit d'un indicateur synthétique qui rend compte du niveau de perte

d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. Il est calculé selon la formule suivante : $GMPS = GMP + (2,59 \times PMP)$.

1.4. Les enjeux des indicateurs GMP et PMP

1.4.1. Outils d'évaluation de la dépendance : instruments stratégiques

Dans les EHPAD, le GMP et le PMP sont devenus des outils de pilotage de l'action publique, orientant la politique d'accueil des EHPAD (Dussuet et al., 2017). Ils peuvent être considérés, selon Lascoumes et Le Galès (2005, p. 12), comme une forme « d'instrumentation de l'action publique », qui constitue « l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage d'outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale ».

Selon Dussuet, Nirello et Puissant (2017), les indicateurs GMP et PMP jouent un rôle central dans le pilotage des politiques d'accueil en EHPAD. Ils servent de base au calcul des dotations publiques et fixent implicitement des objectifs de performance : lorsque les scores réalisés sont inférieurs aux prévisions, les dotations apparaissent comme excédentaires. À l'inverse, des scores supérieurs traduisent des ressources humaines et matérielles insuffisantes, plaçant les équipes soignantes en difficulté.

Pour ajuster leur fonctionnement à ces exigences, les EHPAD s'appuient sur des outils de suivi, comme des tableaux de bord, pour suivre l'évolution du GIR de chaque résident et adapter les admissions en fonction des niveaux de dépendance. Cette gestion des entrées contribue à orienter les établissements vers l'accueil de publics plus dépendants pour se voir financer plus d'effectifs, renforçant ainsi une logique de médicalisation et une standardisation progressive des publics accueillis. Les autorités de tarification, en fixant des objectifs de GMP, orientent les EHPAD vers l'accueil de la grande dépendance (Delouette & Nirello, 2017 ; Balavoine, 2022 ; Muller, 2017), et standardisent les tâches des soignantes.

Enfin, les auteurs soulignent que les GMP et PMP ne se contentent pas de structurer l'attribution des ressources, ils standardisent également le temps de travail consacré à chaque résident, en fixant à la minute près le temps passé par les soignants auprès des résidents selon les niveaux de GIR. Le calcul des équivalents temps plein (ETP), réalisé par les ARS à partir des GIR, détermine les effectifs requis, impactant directement la charge de travail des professionnels.

Ces outils s'inscrivent ainsi dans une logique de rationalisation industrielle du soin, où les besoins des résidents sont traduits en unités de temps et de personnel.

La part immatérielle du travail de soin fait l'objet d'évaluations et de recommandations de bonnes pratiques (Lancelle, 2016). Cependant, cet investissement relationnel est très peu pris en compte par les dispositifs comptables et budgétaires qui mesurent l'assistance fonctionnelle à la dépendance et les soins médicotéchniques relatifs à la prise en charge de « pathologies ». Ce travail n'est pas pris en compte par les outils de mesure des coûts de la dépendance et du soin. Il n'est donc pas étonnant que le travail de production du soin puisse être vécu comme un travail à la chaîne ou un travail à l'usine.

Ainsi, la maîtrise des dépenses publiques structure l'organisation du secteur médico-social à plusieurs niveaux (Delouette et al., 2024). La CNSA pilote les financements issus de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui, comme son nom l'indique, fixe un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation (établissements privés ou publics, mais aussi centres médico-sociaux). Ces crédits transitent ensuite vers les ARS qui assurent la répartition et le contrôle budgétaire des établissements. Les conseils départementaux, gestionnaires de l'APA, se retrouvent pris en étau : d'une part, les concours financiers de la CNSA, censés couvrir une partie du coût de la dépendance en établissement, stagnent ; d'autre part, les besoins augmentent avec la montée en charge de la perte d'autonomie (Vatan, 2014). En conséquence, depuis la création du statut des EHPAD, ces établissements sont de plus en plus confrontés à un manque de ressources, à des taux d'encadrement faibles et à des cadences de travail élevées (Dussuet et al., 2017 ; Villez, 2007).

1.4.2. Traçabilité des soins

Xing-Bongioanni (2022), dans ses travaux de recherche en sociologie du travail, évoque une « *fabrication de preuves* » répondant à une logique de financement. Dans la pratique, l'évaluation à l'aide de l'outil Pathos est réalisée tous les cinq ans. Elle nécessite une préparation rigoureuse en amont de la part des médecins coordonnateurs, qui doivent renseigner les grilles tarifaires AGGIR et Pathos afin de justifier les besoins en soins à partir des dossiers des résidents, dans le but d'obtenir un nombre de points Pathos suffisant.

Cette évaluation s'organise en plusieurs étapes :

- Une phase de *préparation de la "coupe Pathos"* est engagée environ six mois à l'avance, visant à collecter et organiser les données médicales des résidents. Elle repose sur

l'analyse des dossiers médicaux et l'observation des résidents, afin de réaliser une première estimation du codage ;

- Les soignants salariés (infirmiers et aides-soignants) sont formés par les médecins coordonnateurs à la traçabilité. Cela passe notamment par une *uniformisation des transmissions écrites*, à travers la promotion de « bonnes pratiques » alignées sur les estimations de codage préétablies ;
- Les professionnels libéraux intervenant en EHPAD sont également sollicités : il leur est demandé de fournir des documents conformes aux exigences du codage, justifiant les soins prodigués (motifs, durées, résultats).

L'outil Pathos contraint donc les médecins coordonnateurs à documenter au maximum les besoins médicaux, car les codages réalisés peuvent être contestés, voire refusés, par les médecins de l'ARS par manque de « preuves ». Un refus entraîne une baisse du PMP, et donc une diminution des financements affectés aux effectifs soignants. Pour éviter cette réduction de budget, les médecins coordonnateurs déploient des ajustements stratégiques, visant à produire des preuves compatibles avec les attendus du codage.

L'enquête de Xing-Bongioanni (2022, p. 4) cite à ce titre un responsable national de la CNSA pour qui « plus il y a de traçabilité, plus il y a de points Pathos ». Afin de faciliter cette traçabilité lors de l'évaluation, les médecins coordonnateurs ont mis en place une stratégie de coopération : elle consiste à sélectionner dès l'admission les résidents pour lesquels la collaboration avec leur médecin traitant est facilitée. Cette collaboration est déterminante, car elle conditionne l'accès aux informations médicales, la complétude des transmissions, et donc la justesse du codage.

Ainsi, loin d'être une simple formalité technique, l'évaluation Pathos révèle une rationalisation du soin où la traçabilité devient un enjeu central, engageant les acteurs dans des pratiques ajustées aux logiques de codage et aux impératifs budgétaires, en revenant à de la « fabrication de preuves ».

1.4.3. Tri des résidents et stratégies d'évaluation de la dépendance

Selon Xing-Bongioanni et Billaud (2021), les directeurs d'EHPAD peuvent eux aussi opérer un tri officieux des dossiers de demande d'admission. En particulier durant la période précédant les évaluations des niveaux de dépendance (GIR) et du score Pathos, ils peuvent favoriser l'entrée de personnes âgées très dépendantes ou nécessitant des soins importants afin d'augmenter les scores obtenus. Une fois les scores validés par les autorités de tarification pour les cinq années à venir et le financement obtenu, les directeurs peuvent ensuite privilégier l'admission de nouveaux résidents relativement autonomes, dont les besoins en accompagnement et en soins sont moindres, afin d'alléger la charge de travail des équipes.

Les médecins coordonnateurs tiennent également compte du niveau de dépendance des futurs résidents dans le processus de sélection, comme le révèle l'enquête de Xing-Bongioanni et Billaud (2021). Une préférence est donnée aux personnes âgées classées en GIR 4. En effet, ce niveau de dépendance présente un équilibre qui permet de justifier un score Pathos suffisamment élevé pour augmenter les financements, tout en limitant la surcharge de travail pour les équipes soignantes.

À noter que certains médecins vont aussi privilégier les résidents qui présentent des troubles cognitifs plutôt que ceux ayant une dépendance physique marquée. Ces profils sont généralement plus autonomes pour les déplacements, les repas et les transferts, ce qui permet d'équilibrer la charge de travail.

Par ailleurs, cette stratégie de sélection s'inscrit aussi dans une volonté de préserver la qualité de la prise en charge des résidents. Un accueil de résidents classés en GIR 5 ou 6 n'engendrerait pas une « *prise en charge bienveillante et bientraitante pour les résidents* » (Xing-Bongioanni & Billaud, 2021, p. 6).

1.4.4. Un modèle de tarification et de financement limité

Le rapport d'information rendu au Sénat (2024) et nommé « l'EHPAD un modèle à reconstruire », présente les limites d'un modèle qui, selon le rapport, « apparaît à bout de souffle ».

Tout d'abord, il est démontré que l'organisation actuelle du financement des EHPAD en trois sections tarifaires est critiquée par sa complexité et son inadéquation aux profils des résidents, aujourd'hui plus âgés et dépendants. Une réforme de ce modèle, engagée avec la loi de

financement (LFSS) de la sécurité sociale pour 2024, prévoit l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance dans 20 à 23 départements volontaires dès 2025. Toutefois, cette fusion ne règle pas la question de l'adéquation des financements aux besoins réels des établissements. Elle pourrait néanmoins ouvrir la voie à une meilleure prise en compte, au sein des sections soins et dépendance, de certaines dépenses actuellement rattachées à l'hébergement.

Ensuite, comme présenté précédemment, le financement des EHPAD repose sur l'évaluation des besoins en soins et en dépendance des résidents à l'aide des référentiels PATHOS et AGGIR. Toutefois, la coupe PATHOS, devenue un outil central de tarification, présente aujourd'hui de nombreuses limites : elle engendre une lourde charge administrative mobilisant l'ensemble du personnel soignant de l'établissement pendant plusieurs mois, et elle présente des biais méthodologiques majeurs, en incitant à la surmédicalisation du profil des résidents sans tenir compte des efforts de prévention des établissements.

Ces constats appellent à une refonte du processus d'évaluation, notamment afin de réduire le délai entre deux coupes et de mieux valoriser l'amélioration de l'état de santé des résidents.

2. Les EHPAD en quête de sens : de l'idéal d'un lieu de vie à la réalité d'une institution en tension

Ce deuxième chapitre s'intéresse à la quête de sens des EHPAD, en montrant comment la vocation première d'accompagnement des résidents entre en conflit avec des logiques financières, organisationnelles et symboliques qui pèsent sur ces établissements. Dans un premier temps, nous définirons les missions des EHPAD : soins médicaux, accompagnement quotidien et maintien des interactions sociales, dans un contexte où les résidents sont souvent éloignés de leurs repères affectifs et relationnels (§ 2.1). Nous aborderons ensuite les difficultés structurelles que rencontrent les établissements pour répondre à l'évolution démographique et garantir des conditions de vie dignes, en raison de la dégradation de leur situation financière (§ 2.2). Enfin, nous analyserons la perte de confiance qui affecte le secteur, nourrie par la crise de la COVID-19 et l'affaire Orpéa, et les effets durables de cette crise de légitimité sur l'image publique des EHPAD (§ 2.3).

2.1. Définitions et missions des EHPAD : entre soin, hébergement et accompagnement

Selon la définition officielle fournie par le site du gouvernement service-public.fr, vérifiée par la Direction de l'information légale et administrative (DILA), un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est « *un établissement médicalisé où sont hébergées des personnes, généralement âgées d'au moins 60 ans, et ayant des besoins de soins et d'aide au quotidien. Ces personnes y résident à temps partiel ou complet, de façon temporaire ou permanente* ». La définition de l'Agence Régionale de Santé (2018) précise leurs missions : accompagner les personnes fragiles de plus de 60 ans, « *préserver leur autonomie* » et assurer « *une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin* ».

La qualification et le rôle d'un EHPAD se posent et oscillent entre un lieu de vie pour les résidents et un lieu de travail pour l'ensemble du personnel, notamment soignant. Un « lieu de vie » pour les personnes âgées dépendantes qui y résident principalement 24 heures sur 24, un « lieu de compensation » de la dépendance et un lieu de « dispensation de soins » médicaux et paramédicaux (Di Patrizio, 2022, p. 121).

2.1.1. Enjeux de la dépendance

Aujourd'hui, la France compte 10 700 structures d'hébergement pour personnes âgées dont 70% sont des EHPAD, 21% sont des résidences autonomie, 6% sont des Unités de soins de longue durée et 3% sont des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) (DREES, 2022). Sur les 730 000 personnes accueillies dans ces structures, 80% d'entre eux résident en EHPAD et ont une moyenne d'âge de 88 ans.

Le secteur emploie environ 430 000 personnes, soit 63 équivalents temps plein (ETP³) pour 100 résidents (DREES, 2020). Parmi eux, il y a 33% d'aides-soignantes, 25% d'agents de service (chargés de l'entretien des locaux, de l'aide à la distribution des repas et de la gestion des déchets), 11 % d'infirmiers et 0,8% de médecins.

³ Il s'agit de rapporter le temps de travail hebdomadaire de l'employé dans l'établissement au temps de travail statutaire de la profession considérée. Le temps de travail hebdomadaire statutaire est généralement de 35h ou 39h. L'ETP obtenu doit être inférieur ou égal à 1,00. Les heures supplémentaires ne doivent pas être comptabilisées (DREES, 2022).

Structurellement, les EHPAD doivent anticiper l'augmentation démographique du nombre de seniors en perte d'autonomie. Selon les chiffres les plus récents de la DREES (2022), l'âge moyen au moment de l'entrée en établissement était de 86 ans et un mois en 2019, contre 80 ans en 1990.

En 2050, la France (hors Mayotte) comptera 4 millions de seniors en perte d'autonomie, dont 829 000 résideraient en établissement, soit 16,4 % des seniors (Larbi & Roy, 2019). Pour faire face à cette évolution, la DREES (2020), via son logiciel de projection LIVIA, prévoit la nécessité d'accélérer l'ouverture de nouvelles places : 108 000 résidents supplémentaires seraient à accueillir en EHPAD entre 2019 et 2030, et 211 000 places supplémentaires seraient nécessaires entre 2030 et 2050. Pour maintenir constant le taux d'accueil, le nombre de places en EHPAD devra ainsi augmenter de 20 % d'ici 2030 et de 50 % d'ici 2050. En somme, pour que la même proportion de personnes dépendantes puisse être accueillies en établissement à l'avenir, il faudra ouvrir un nombre croissant de places, en lien avec l'augmentation du nombre de seniors dépendants.

2.1.2. Dernier lieu de vie pour les résidents

En France, l'EHPAD est le dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en 2019 (soit 150 000 personnes) sachant qu'un peu moins d'un quart de ces décès n'ont pas lieu dans l'établissement même, mais au cours d'une hospitalisation (DREES, 2022). On observe que la majorité des Français souhaiterait pouvoir vieillir et mourir à domicile (Charras & Cérèse, 2017). Cependant, le maintien à domicile n'est pas toujours possible, que ce soit en raison des conditions d'accompagnement, de l'épuisement des aidants, de l'absence d'offres de services ou encore de l'isolement (Colin & Coutton, 2000). Pour 60 % des cas, ce sont les proches qui suggèrent à la personne âgée en perte d'autonomie d'entrer en établissement (Macía, Chapuis-Lucciani, Cheve & Boëtsch, 2007). L'entrée en EHPAD est rarement motivée uniquement par des fragilités physiques. Le plus souvent, l'entrée en établissement résulte de troubles cognitifs qui altèrent les facultés mentales au point de rendre difficile la vie autonome à domicile, surtout lorsque les proches aidants ne peuvent plus assurer l'accompagnement nécessaire. Dans ces situations, ce sont les professionnels des EHPAD qui prennent le relais, à la fois pour accompagner et sécuriser les personnes et pour soulager leurs proches (Lebreton, 2020).

Selon Hecquet (2011, p. 31), le résident qui intègre une institution gériatrique, souvent sans l'avoir décidé, arrive « avec son histoire de vie, son vécu, ses traumatismes et résiliences, ses

repères et ses habitudes, son bagage émotionnel, son itinéraire médical et psychologique ». Le rôle de l'équipe soignante est alors de faire le lien entre l'histoire du résident, la rupture caractérisée par l'entrée en institution et l'après. Dans ce cadre, le projet de vie personnalisé constitue une étape importante, notamment pour aborder la question de la fin de vie. Il permet d'ouvrir un dialogue sur les représentations de la mort, les souhaits du résident et ceux de sa famille, lorsqu'ils ont été exprimés (Hecquet, 2011). Ce projet représente une étape essentielle en EHPAD pour co-construire le projet entre la personne accueillie (et/ou son représentant légal) et les équipes professionnelles (Agence Nationale des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux, 2018).

Dans les sociétés occidentales, la mort a progressivement été reléguée en marge de la scène sociale, en devenant un sujet tabou que l'on tend à rendre invisible et à éloigner de la vie quotidienne (Bacqué, 2015). Les institutions gériatriques, bien qu'organisées comme de véritables micro-sociétés, reproduisent ces codes et représentations sociales cultivées à « l'extérieur » même si elles constituent des lieux de vie où la mort est omniprésente et assumée comme telle. La mort fait partie du quotidien des EHPAD et un nouvel arrivant prend toujours la place d'un défunt.

Toutefois, les EHPAD en tant que lieu de résidence souffrent souvent d'une image associée à des restrictions de liberté, des espaces de vie réduits, et une structuration temporelle contraignante (Piquemal-Vieu, 1999 ; Billé, 2005). Ces lieux sont également marqués par des représentations négatives du vieillissement autour du déclin (Fantini, Gély-Nargeot & Raffard, 2014). De plus, en entrant en institution, la personne âgée est davantage perçue comme un patient, plutôt qu'un habitant à part entière (Macia et al., 2008). Pourtant, l'avancée en âge rend le logement et le lieu de vie encore plus importants pour la personne, tant pour sa dimension affective que pour l'aménagement de l'espace et de la surface habitable (Argoud & Le Borgne-Uguen, 2004). Pour Charras et Cérèse, (2017, p. 171), « offrir la possibilité aux personnes qui résident dans ces établissements de se sentir chez soi, à nouveau habitant, et pas seulement résident ou dépendant peut certainement améliorer leurs conditions et qualité de vie ».

2.1.3. Lieu de socialisation

L'entrée en institution est une étape de rupture avec la vie passée des personnes âgées, pouvant affecter leur intégration à court et moyen terme (Beloni, Hoarau & Marin, 2019). Cette transition expose les nouveaux résidents à des risques de désorientation (augmentant le nombre de chutes), de dépression, voire de syndrome de glissement dans le mois suivant l'admission. Avec l'avancée en âge, les seniors sont dépossédés de leurs rôles sociaux, pouvant les entraîner vers un désintéressement progressif de l'actualité et des prises de décisions collectives (De la Hosseraye, Ferrari & Girard, 2023). Les relations sociales s'amenuisent progressivement jusqu'à parfois être réduites au seul lien avec un soignant. La prise en charge est alors centrée sur la dépendance de nos seniors au lieu de se tourner vers toutes leurs capacités et possibilités de transmission restantes (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2012). Pour faciliter leur intégration, les résidents reçoivent dès leur arrivée le règlement intérieur (précisant l'usage des locaux collectifs et privés, les règles de sortie, les comportements attendus envers les autres résidents et le personnel, etc.) ainsi que le projet d'établissement qui inclut des activités d'animation. Proposées et organisées par des animateurs et/ou bénévoles, voire parfois par des soignants, ces activités visent à soutenir leur socialisation. Le processus de socialisation se définit comme « la construction d'un univers vécu à travers l'appartenance à des collectifs, des groupes et la capacité de l'être humain à exister, à s'en distinguer » (Beloni et al., 2019). Dans ce contexte, et en fonction des parcours de vie de chacun, les auteurs supposent que les personnes âgées peuvent poursuivre leur processus de socialisation, notamment à travers la participation aux activités proposées, contribuant ainsi au maintien de leur santé globale.

2.1.4. Garantir la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents

La qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations à augmenter la probabilité d'obtenir les résultats souhaités » (World Health Organization, 2017). Selon Penneau et Or (2025), dans les établissements médico-sociaux, ces résultats ne se traduisent pas par des besoins de soins curatifs, comme dans les hôpitaux, mais par le maintien ou l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées fragiles, ainsi que par la réduction du déclin cognitif et de la perte d'autonomie (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013 ; WHO, 2017). Ces établissements, qui constituent aussi le lieu de vie des

résidents, doivent ainsi proposer un accompagnement évolutif, individualisé et respectueux de la dignité (Penneau & Or, 2025).

Garantir la qualité des soins suppose d'en évaluer les dimensions essentielles : sécurité, efficacité, efficience, mais aussi la qualité des services offerts (Penneau & Or, 2025). Pourtant, les familles disposent de peu de repères pour apprécier objectivement la qualité des services, et les financeurs manquent souvent de données comparables. En France, les Agences Régionales de Santé (ARS) et les conseils départementaux assurent le suivi de la qualité, en s'appuyant notamment sur les Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), instaurés en 2009. Toutefois, en l'absence d'indicateurs communs à tous les établissements, l'évaluation reste hétérogène.

Depuis 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des référentiels nationaux pour guider les auto-évaluations et les évaluations externes. La version 2022 identifie neuf dimensions clés, dont la bientraitance, les droits des résidents, la personnalisation de l'accompagnement ou encore la gestion des risques (HAS, 2022). Un décret de décembre 2024 prévoit la publication en ligne des résultats d'évaluation à l'avenir, mais les outils de comparaison standardisés manquent encore.

Contrairement à d'autres pays de l'OCDE, la France ne dispose pas aujourd'hui d'un recueil public et homogène d'indicateurs de qualité pour les EHPAD (Penneau & Or, 2025). Cette absence nuit à la transparence, limite les possibilités de comparaison, d'analyse et de régulation, et freine l'amélioration continue des pratiques. La mise en place d'indicateurs partagés, accompagnés de contrôles réguliers et de dispositifs de certification, apparaît ainsi comme un levier essentiel pour garantir la qualité des soins et réduire l'asymétrie d'information entre les établissements, les familles et les autorités.

2.2. Situation financière dégradée en EHPAD

Les modalités de financement présentées précédemment (*cf.* § 1.1 de ce chapitre) illustrent comment la régulation menée par les pouvoirs publics renforce le poids des tutelles et impose une logique industrielle aux EHPAD. La rationalisation des financements repose désormais sur des indicateurs chiffrés de performance (Delouette et al., 2024).

Les EHPAD sont également confrontés à d'importantes difficultés financières qui affectent l'ensemble de leurs indicateurs économiques (Fédération Hospitalière de France, 2023 ;

Rapport d'information Sénat, 2024). Selon la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), la proportion d'EHPAD déficitaires, tous statuts confondus (publics, hors ceux rattachés à un établissement public de santé, et privés à but non lucratif), est passée de 27% en 2020 à 66% en 2023. Une enquête de grande ampleur de la Fédération Hospitalière de France (FHF), menée fin 2023, auprès de 730 EHPAD, révèle que 85 % d'entre eux enregistrent un résultat déficitaire. En détail, le déficit global s'élève à environ 800 millions d'euros, soit une hausse de 60 % en un an.

Plusieurs facteurs viennent impacter ce déficit :

- Tout d'abord, la baisse des taux d'occupation contribue à accentuer la fragilité financière des EHPAD (CNSA, 2024). Après avoir chuté entre 2020 et 2021, ces taux d'occupation n'ont toujours pas retrouvé leur niveau d'avant la crise sanitaire. Ils sont passés de 93 % en 2019 à 89 % en 2023. Cette diminution impacte la section « hébergement » puisque la croissance des recettes n'a pas suivi l'augmentation des dépenses, notamment dans un contexte inflationniste, comme on peut le voir en suivant ;
- La période récente se caractérise par un contexte inflationniste et une forte hausse des charges supportées par les EHPAD (CNSA, 2024). En 2022, ces charges ont progressé de 5,4 %, après des hausses déjà importantes en 2021 (+6,5 %) et en 2020 (+7,1 %). Cette dynamique est légèrement plus marquée pour les EHPAD publics (+5,6 % en 2022) que pour les établissements privés à but non lucratif (+5,1 % en 2022). Plusieurs facteurs concourent à cette dynamique depuis 2020 :
 - La forte hausse des charges de personnel, augmentant de 8,5 % en 2020, 8,8 % en 2021 et 5,5 % en 2022. Cette évolution résulte principalement des mesures de revalorisation salariale mises en œuvre dans le cadre du Ségur de la santé, ainsi que de l'augmentation des dépenses liées au recours au personnel extérieur, notamment par l'intérim. Ces dernières ont bondi de 21,6 % en 2022 et ont globalement doublé entre 2017 et 2022, dépassant désormais un milliard d'euros par an ;
 - L'inflation élevée observée en France (+5,2 % en 2022) qui a renchéri le coût des achats courants et entraîné une hausse significative des charges de fonctionnement (+6,8 % en 2022 contre +1,3 % en 2021).

Cette situation déficitaire impacte considérablement la capacité des établissements à payer certaines charges, à recruter du personnel et à investir. Face à ces difficultés économiques, la

Fédération Hospitalière de France (2024) formule plusieurs demandes auprès des pouvoirs publics :

- Une revalorisation de 5% du forfait soin des EHPAD pour pouvoir recruter 6 000 postes supplémentaires par an et ainsi atteindre l'objectif gouvernemental de 50 000 créations de postes d'ici 2030 ;
- Une augmentation de 5 % des tarifs d'hébergement fixés par les conseils départementaux ;
- Une révision des règles socio-fiscales qui pénalisent les établissements et services médico-sociaux publics par rapport au secteur privé.

2.3. Crises de confiance envers les EHPAD

2.3.1. La crise de la COVID-19 : un révélateur des conditions de travail

La crise de la COVID-19, précédée par la canicule de 2003 et les mobilisations sociales de 2018 (Guedj, 2023), a mis en lumière les nombreuses difficultés auxquelles les EHPAD et leurs personnels sont confrontés, amplifiant une situation déjà marquée par des conditions de travail éprouvantes (Caradec, Bonnel & Castra, 2024). Cette crise a notamment révélé l'impréparation des autorités publiques, illustrée par le manque de matériel médical et l'absence de protocoles adaptés (Delouette & al., 2024). En 2020, 38 % de l'ensemble des résidents d'EHPAD ont été contaminés par le virus, entraînant 33 864 décès entre mars 2020 et mars 2021 (Jany-Catrice, Delouette, Lefebvre-Chombart & Nirello, 2023). Les résidents des EHPAD ont été parmi les populations les plus sévèrement touchées par les mesures de sécurité sanitaire, subissant des périodes d'isolement plus longues et plus strictes que le reste de la population (Jany-Catrice & al., 2023). À cette période, les aides-soignantes et les agents de service hospitaliers se sont retrouvés en première ligne, confrontés à une intensification de la charge de travail et à une pression émotionnelle accrue, souvent au détriment de la qualité des soins (Haute Autorité de Santé, 2020).

Cette crise a révélé et aggravé des fragilités structurelles déjà existantes : sous-financement chronique, pénurie de personnel face à une dépendance accrue des résidents, faibles rémunérations, pression temporelle élevée et conditions de travail pénibles. Ces problématiques, largement documentées dans divers rapports publics (Marquier, Vroylandt, Chenal, Jolidon, Laurent, Peyrot, Straub & Toldre, 2016, pour la DREES ; Libault, 2019 ; El Khomri, 2019 ; Cour des comptes, 2022) et travaux scientifiques (Aubry, 2012 ; Garcia,

Ravache, Bitot, Chaumon, Milanini-Magny & Estryn-Behar, 2011 ; Billaud & Xing, 2016 ; Dussuet, Nirello & Puissant, 2017), alimentent une faible attractivité du secteur, accentuée par un taux d'absentéisme élevé et un turnover important. Les professions paramédicales, notamment celles d'infirmière et d'aide-soignante, comptent parmi les métiers les plus en tension sur le marché de l'emploi (DARES, 2023).

Face à la première vague de la pandémie, les aides-soignantes ont démontré un engagement remarquable, adaptant en continu leur activité aux réorganisations imposées par la situation sanitaire (Delouette & al., 2024). La sectorisation des résidents atteints de la COVID-19, la suppression des coupures dans les plannings et l'extension des journées de travail ont exigé une disponibilité accrue, souvent obtenue au prix d'un surinvestissement personnel. Bien que des financements complémentaires aient été mobilisés par les ARS pour recruter du personnel extérieur, ces apports n'ont pas suffi à combler les difficultés de recrutement structurelles (Bazin & Muller, 2018). Dans un contexte de sous-effectif aggravé par l'absentéisme lié aux contaminations, les soignantes ont multiplié les heures supplémentaires et élargi leurs missions par des glissements de tâches, assurant ainsi la continuité des soins (Delouette & al., 2024). Cet engagement, exercé dans un climat d'incertitude et d'anxiété (notamment par crainte de transmettre le virus aux résidents ou à leurs proches), s'est maintenu malgré la fatigue et le sentiment d'injustice suscité par l'absence d'arrêts maladie automatiques en cas d'infection. Nombre de soignantes ont poursuivi leur activité par sens du devoir et attachement aux résidents (Zacklad, 2016).

Au-delà de leur rôle médical, les équipes ont déployé de nombreuses initiatives pour maintenir un minimum de lien social, essentiel pour atténuer les effets délétères de l'isolement, notamment la dépression des résidents. Animations improvisées, interactions adaptées et présence bienveillante ont contribué à préserver l'habitabilité des EHPAD, rappelant l'importance du lien social dans l'accompagnement des personnes âgées (Corvol & Balard, 2022). Toutefois, cette mobilisation physique et émotionnelle intense a révélé les limites des cloisonnements budgétaires entre soin et accompagnement social, exposant progressivement les professionnels à un épuisement et à une démobilisation croissante au fil des vagues successives.

2.3.2. L'affaire Orpéa

La parution de *Les Fossoyeurs* (Castanet, 2022), en janvier 2022, enquête du journaliste sur la gestion des EHPAD par le groupe privé ORPEA, a provoqué une onde de choc médiatique et politique, qualifiée de véritable « libération de la parole » selon Sophie de Closets⁴ (Grenouillet, 2024). L'auteur y met au jour un système complexe mêlant captation de fonds publics, maltraitance institutionnelle et dégradation des conditions de travail des soignantes. L'enquête révèle notamment le détournement d'une partie du financement public, notamment le « forfait soins » versé par les ARS, au moyen de mécanismes de rétrocession⁵ opaques, protégés par un usage abusif du « secret des affaires », empêchant l'accès aux documents nécessaires à une réelle transparence.

Au-delà des aspects financiers, Castanet décrit un modèle de gestion centré sur la recherche de rentabilité, au détriment du bien-être des résidents. L'auteur dénonce notamment un rationnement des protections, parfois de qualité inférieure, pouvant contraindre certains résidents à rester souillés, des situations de dénutrition liées à des repas élaborés pour moins de 4 euros par jour, le manque de stimulation et l'isolement de résidents atteints de troubles cognitifs. Ce système se répercute également sur les soignantes, notamment les aides-soignantes et les infirmières, contraintes d'exercer dans des conditions dégradées, avec un épuisement lié au manque de personnel, un manque de reconnaissance et une souffrance éthique liée à leur impuissance face à l'abandon des résidents. Certains ressortent « moralement détruits par leur passage dans les EHPAD d'ORPEA » (Grenouillet, 2024, p.5). Enfin, les directeurs d'établissement ne sont pas épargnés : soumis à une gouvernance centralisée avec des injonctions descendantes, ils se voient contraints d'atteindre des objectifs de rentabilité avec la pression du taux d'occupation. Pris dans cette logique, certains en viennent à réaliser des actes qu'ils désapprouvent moralement.

Face à l'ampleur des révélations contenues dans l'ouvrage de Victor Castanet, les pouvoirs publics se saisissent du dossier en lançant plusieurs missions d'enquête destinées à vérifier les faits rapportés (Gérard & Lemaire, 2024). Ces investigations donnent lieu à la publication de trois rapports majeurs : celui de la Commission des affaires sociales du Sénat, celui de la

⁴ Editrice du livre *Les Fossoyeurs*.

⁵ Les mécanismes de rétrocession correspondent à des « remise de fin d'année » obtenues auprès du fournisseur de protection hygiéniques, en gonflant artificiellement les prix payés avec l'argent du forfait soin, et en percevant en retour les excédents en fin d'exercice.

Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, ainsi qu'un rapport conjoint de l'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF). Ces documents confirment de manière circonstanciée l'existence de pratiques de gestion centrées sur l'optimisation financière, visant à réduire les coûts et à maximiser les profits, souvent au détriment de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, ils mettent en lumière les défaillances des mécanismes de régulation, en soulignant les limites et dysfonctionnements des contrôles exercés par les autorités de tarification et de contrôle (ATC).

Selon une enquête réalisée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) en 2022, 84 % des Français estiment que cette affaire a terni l'image des EHPAD, et 62 % déclarent qu'elle influencera leurs choix futurs pour eux-mêmes ou leurs proches. Cette perte de confiance s'est traduite par une baisse significative du taux d'occupation⁶, passé de 94 % en 2019 à 88 % en 2023, ainsi que par un renforcement de la volonté des Français de vieillir à domicile (Rapport du Sénat, 2024). Entre 2019 et 2022, la proportion de personnes exprimant ce souhait est passée de 75 % à 81 % (IFOP, 2022). L'affaire Orpea a contribué à entretenir l'amalgame entre EHPAD et maltraitance systémique, accentuant la défiance à l'égard de ces établissements.

Pourtant, la qualité des soins reste un critère déterminant pour 41 % des Français dans le choix d'un établissement pour une personne âgée. Après une forte baisse entre 2021 et 2022, l'image des EHPAD privés semble connaître une légère amélioration : en 2023, 40 % des Français en ont une perception positive, contre 37 % l'année précédente (IFOP, 2024). Cette perception est nettement plus favorable chez les personnes ayant un proche en EHPAD, dont 69 % déclarent avoir une bonne opinion, soit 29 points de plus que la moyenne nationale.

Malgré cette amélioration relative, la majorité des Français continue de privilégier la perspective de vieillir à domicile. Par ailleurs, 69 % jugent insuffisantes les mesures prises pour améliorer la situation des EHPAD, soulignant la nécessité d'un engagement politique renforcé pour restaurer la confiance et répondre aux défis liés au vieillissement de la population.

3. Des conditions de travail dégradées pour le personnel soignant

Les parties précédentes ont permis d'explicitier le fonctionnement du système de financement et de régulation des dépenses publiques dans les EHPAD. La rationalisation budgétaire

⁶ Le taux d'occupation correspond au taux de remplissage des établissements à l'égard des places disponibles.

présentée entre en confrontation avec la finalité humaine et éthique de ces établissements, qui devraient avant tout être des lieux de vie et d'accompagnement de la fin de vie dans la dignité. Ce paradoxe structurel entre les contraintes gestionnaires et les besoins fondamentaux des résidents se cristallise dans les conditions de travail du personnel soignant, véritable espace d'intermédiation où se joue la qualité de l'accompagnement des résidents.

Cette troisième partie s'intéresse maintenant aux conditions de travail du personnel soignant en EHPAD, à l'intersection entre les exigences de gestion, la qualité de l'accompagnement et le sens donné au travail de soin. Dans la continuité de la partie précédente, il s'agit ici d'examiner comment les logiques de financement et les transformations structurelles du secteur affectent concrètement le quotidien des soignants et, par ricochet, celui des résidents.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur les taux d'encadrement en EHPAD, leurs écarts avec les recommandations, ainsi que les limites de cet indicateur pour refléter la réalité du travail soignant (§ 3.1). Nous nous pencherons ensuite sur les effets du nouveau management public, en particulier sur la formalisation croissante des tâches, la normalisation des temps d'intervention et l'informatisation du suivi, qui transforment profondément les pratiques professionnelles (§ 3.2). Enfin, une dernière partie sera consacrée aux conséquences humaines et éthiques de cette organisation du travail : atteintes à la santé des soignants, absentéisme, souffrance au travail, mais aussi répercussions sur la qualité de vie et le bien-être des résidents, pris dans un système d'arbitrages quotidiens entre tâches vitales et activités relationnelles (§ 3.3).

3.1. Taux d'encadrement en dessous des recommandations

Les taux d'encadrement⁷ en EHPAD varient selon le statut juridique et la taille des établissements. Les structures publiques affichent généralement des taux plus élevés que les établissements privés, tandis que les petits EHPAD (moins de 60 places) présentent souvent un meilleur encadrement (Reynaud, 2020).

Considéré comme un indicateur central de la qualité des soins, le taux d'encadrement est largement mobilisé dans la littérature scientifique (Tran, Nguyen, Gray & Comans, 2019). De nombreuses études, françaises et internationales, soulignent qu'une présence suffisante de

⁷ Le taux d'encadrement est défini par le ratio de personnel en équivalent temps plein (ETP) par résident.

soignantes, y compris la nuit et le week-end, améliore significativement la qualité des soins (Bostick, Rantz, Flesner & Riggs, 2006 ; Fourcade, 2011 ; Penneau & Or, 2025).

En 2015⁸, le taux d'encadrement global atteignait 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents, dont 31 pour les seuls personnels soignants (Reynaud, 2020). Il progresse légèrement en 2019 pour atteindre 64 ETP pour 100 places installées (DREES, 2022). Le personnel « au chevet » (aides-soignantes et infirmières) représentait alors 29 ETP pour 100 places, contre 26 en 2015. L'analyse de la répartition des ETP selon les catégories professionnelles met en lumière les priorités organisationnelles des établissements (cf. tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2. Taux d'encadrement selon les catégories de personnel des EHPAD (Reynaud, 2020)

Catégorie de personnel	Part du total des ETP	ETP pour 100 résidents
Personnel médical (dont médecins coordonnateurs)	0,8 %	0,5
Personnel d'encadrement (dont cadres infirmiers)	1,1 %	0,7
Infirmiers (dont infirmiers coordonnateurs)	10 %	6,3
Aides-soignantes	35,2 %	22,2
Agents de service	25,1 %	15,8

Ce tableau 2 montre qu'en 2015, les aides-soignantes constituaient la majorité du personnel soignant (22,2 pour 100 résidents de jour), suivies des agents de service (15,8). De fortes disparités existent entre les jours de la semaine (13 ETP pour 100 résidents), les week-ends et la nuit (2 ETP). Comparativement, les unités de soins de longue durée (USLD) accueillant des profils similaires bénéficient d'un encadrement supérieur : 1,1 ETP par lit, contre 0,62 en EHPAD (Jeandel & Guérin, 2021 ; Reynaud, 2020).

Face à cette situation, le rapport Jeandel et Guérin (2021) recommande un ratio minimal de 0,6 ETP pour les aides-soignantes et les agents de service, permettant d'augmenter le temps de soin

⁸ Données les plus récentes.

de 43 à 65 minutes le matin, et de 28 à 43 minutes l'après-midi. Cette amélioration allégerait également la charge des soignantes en les déchargeant de certaines tâches hôtelières. Aujourd'hui, ces dernières doivent gérer simultanément l'incontinence (36 % des résidents), les plaies de pression (14 %), la distribution de médicaments, ainsi que des tâches hôtelières, au détriment du temps consacré à la relation avec les résidents.

Selon l'étude menée par la CNDEPAH (2019) en EHPAD, les temps moyens de soin par résident sont actuellement les suivants :

- Le matin, chaque aide-soignante dispose de *43 minutes* par résident pour effectuer le lever, la toilette, l'habillage, la réfection du lit et d'autres soins essentiels ;
- L'après-midi, ce temps diminue à *28 minutes*, incluant l'aide au repas du soir et le coucher.

Bien que couramment mobilisé pour évaluer les ressources humaines mobilisées dans les EHPAD, le taux d'encadrement présente de nombreuses limites méthodologiques et interprétatives limitant sa portée opérationnelle dans les politiques publiques. D'abord, il s'agit d'une mesure ponctuelle, calculée à partir des effectifs déclarés au 31 décembre, qui ne reflète pas les variations saisonnières ni les absences ou remplacements sur l'année (Reynaud, 2020). Il ne prend pas non plus pleinement en compte l'intervention de personnels non permanents (intérimaires, bénévoles) ou de proches aidants, dont l'apport, bien que réel, n'est pas quantifié (DREES, 2020, 2022). Par ailleurs, cet indicateur repose sur une classification théorique des personnels qui ne correspond pas à la réalité du terrain, où les glissements de tâches sont fréquents entre infirmiers, aides-soignantes et agents de service (Nirello, 2015 ; Marquier et al., 2016), rendant l'interprétation des données peu fiable si les catégories sont trop finement distinguées. Le taux d'encadrement ne reflète pas non plus l'adéquation entre les moyens humains et les besoins réels des résidents, qui varient en fonction de leur niveau de dépendance, de leur état psychologique et de leur environnement social (Auzzino, 2009 ; Reynaud, 2020 ; Trépied, 2016). Il ignore notamment la dimension relationnelle et émotionnelle du travail de soin (le « *care* »), pourtant essentielle à la qualité de vie des résidents (Paperman & Laugier, 2006 ; Nirello, 2015). Enfin, les conditions de travail du personnel (surmenage, sentiment de ne pas faire son travail correctement, pression familiale, normes accrues) influencent fortement l'encadrement perçu, sans être prises en compte par l'indicateur (Reynaud, 2020).

3.2. Effets du nouveau management public en EHPAD

Les indicateurs permettant d'évaluer la dépendance (GMP et PMP) et nécessitant la traçabilité des soins impactent directement le travail des soignantes, en se traduisant par des normes précises de temps alloués à des tâches (comme le repassage, la toilette, etc.). Selon Supiot (2015), cette « gouvernance par les nombres » peut réduire l'objectif des services à la simple atteinte de ces indicateurs, au détriment des finalités sociales et humaines, comme le bien-être des usagers, la lutte contre l'isolement et le lien social. Supiot souligne également que cette approche peut mener à des aberrations, où le jugement des agents est contraint par le calcul, négligeant la complexité de la réalité et se substituant à une vision plus holistique du travail. Cette dynamique s'incarne, par exemple, par le suivi informatisé des tâches en EHPAD ou encore la normalisation des temps alloués à chaque activité. C'est le cas notamment des transmissions qui, comme dans le milieu hospitalier (Estryn-Behar, 2008), empiète sur le temps de prise en charge des patients et des résidents. Ces transformations s'inscrivent dans un « changement de référentiel », comme le souligne Muller (2011), où les services destinés aux personnes âgées sont de plus en plus perçus comme des produits industriels, au lieu d'être considérés comme des prestations relationnelles (Le Roy & Puissant, 2016).

3.3. Entre enjeux économiques et qualité dégradée des soins en EHPAD

3.3.1. Impact sur le personnel soignant

3.3.1.1. Données chiffrées

Le taux d'absentéisme dans les EHPAD demeure structurellement élevé. En 2016, l'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) en estimait la médiane à 10 %. Ce chiffre est confirmé en 2017 par la mission parlementaire « Flash » sur les EHPAD. À titre de comparaison, la moyenne nationale tous secteurs confondus était de 5,2 % en 2023 (Groupe APICIL, 2024), soit un niveau près de deux fois inférieur. Les données sectorielles confirment cette tendance. En 2021, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) rapportait un taux médian d'absentéisme de 13,3 % dans les EHPAD privés non lucratifs.

Les causes de cet absentéisme sont en grande partie liées aux conditions de travail, et notamment aux risques professionnels. En 2019, la Cour des comptes estimait que 19 % des absences dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées étaient imputables à ces

risques. La même année, les arrêts liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AT-MP) représentaient 3,5 millions de jours dans le secteur médico-social, soit une hausse de 41 % par rapport à 2016. Ce volume est trois fois supérieur à la moyenne nationale (Cour des comptes, 2022).

L'indice de fréquence des accidents du travail (IF) dans les EHPAD illustre également cette situation préoccupante : selon la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnamts, 2020), il a atteint 100,7 pour 1 000 salariés en 2019, alors que la moyenne, tous secteurs confondus s'élevait à 33,5. Depuis 2015, cet indice a progressé de 5,9 points. Les TMS représentaient cette même année 94 % des maladies professionnelles reconnues dans les établissements accueillant des personnes âgées. Par ailleurs, les affections psychiques (stress, épuisement professionnel, etc.) (Hylton Rushton, Batcheller, Schroeder & Donohue, 2015 ; Péliissier, 2015 ; Singh, Morgan, Belludi, Verma, & Aithal, 2015), encore largement sous-déclarées, sont en nette augmentation (Cuny-Guerrier & Pierrette, 2021).

3.3.1.2. Une charge de travail physique, émotionnelle et éthique aux effets délétères

Selon Cuny-Guerrier et Pierrette (2021), les atteintes à la santé du personnel soignant trouvent leur origine dans une charge de travail à la fois physique et émotionnelle très élevée, ainsi que dans des conditions de travail souvent difficiles, à la fois techniques et humaines (Bakker, Le Blanc & Schaufeli, 2005 ; Marquier et al., 2016). Les auteurs évoquent une intensification de l'activité de soin, aggravée par des contraintes temporelles qui limitent la capacité des professionnels à atteindre les objectifs prescrits (Bonnemain, 2012). Cette situation est accentuée par la diversité et parfois l'insuffisance des ressources matérielles, la variabilité des modalités de formation, ainsi que par un glissement des tâches non prévues initialement, souvent nécessaire pour garantir la continuité des soins. À cela s'ajoute une reconnaissance professionnelle inégale, en particulier de la part du grand public (Libault, 2019). Ces éléments contribuent à des conditions de travail ayant un impact direct sur la santé des soignantes exerçant en EHPAD.

La charge mentale à laquelle sont soumis les professionnels en EHPAD est aussi importante (Marquier et al., 2016). Le stress est notamment généré par les imprévus, y compris ceux à caractère vital, la gestion des chutes, le sentiment d'impuissance et de culpabilité, les risques de violences verbales et physiques ainsi que par des relations conflictuelles avec des usagers ou

leurs proches, et la confrontation à des situations douloureuses ou éprouvantes comme la fin de vie. Les conditions de travail peuvent aussi pâtir d'un cadre institutionnel fortement contraint, qui à son tour accentue les conflits de valeur vis-à-vis de l'institution et favorise la surcharge de travail, les demandes contradictoires, l'impossibilité de faire son travail dans le temps imparti ou la contrainte d'un travail en effectif restreint. Il existe par ailleurs un risque de projection pour ses proches comme pour soi-même, dans le vieillissement, la perte d'autonomie et la mort. Les risques psychosociaux sont très élevés.

Selon Marquier et al., (2016), dans leur rapport pour la DREES, cette pénibilité est souvent compensée, du moins partiellement, par l'engagement personnel des soignantes et les gratifications symboliques tirées de la relation privilégiée avec les résidents. La possibilité de « bien faire son travail » demeure un enjeu central pour les professionnels de santé, bien que cette notion de qualité puisse varier selon les métiers (Haute Autorité de Santé, 2016). Certaines recherches soulignent les conséquences délétères d'une « qualité empêchée » sur la santé psychique des travailleurs (Gollac & Bodier, 2011 ; Coutrot, 2018). Le sentiment de ne pas disposer des moyens nécessaires pour accomplir correctement son travail constitue ainsi une source majeure de souffrance au travail (Petit & Dugué, 2011). Beaucoup de professionnels font état d'un sentiment d'entrave lié aux contraintes organisationnelles, qui les empêche de répondre aux exigences de qualité qu'ils s'imposent (Marquier et al., 2016).

3.3.2. Quel impact sur les résidents ?

Les conditions de travail éprouvantes décrites précédemment n'affectent pas uniquement la santé des professionnels : elles ont également des répercussions majeures sur la qualité de vie des résidents. La rationalisation budgétaire et le manque de ressources humaines exercent une pression constante sur les établissements, contraints d'ajuster leurs pratiques au détriment de l'accompagnement global des personnes âgées.

Xing-Bongioanni et Billaud (2021) ont montré que certains directeurs d'EHPAD pouvaient instaurer une hiérarchisation des services rendus aux résidents, fondée sur ce qu'ils désignent comme leur « nécessité vitale », c'est-à-dire en fonction des risques sanitaires que ferait courir leur non-réalisation. Selon cette logique, les activités d'animation et les sorties sont perçues comme les moins prioritaires ; la douche, bien que jugée importante, peut être reportée en cas de sous-effectif ; le lever des résidents occupe un rang plus central ; enfin, les actes médicaux et paramédicaux se situent au sommet de cette hiérarchie, car considérés comme « essentiels »

à la survie des résidents. En pratique, ce classement sert de grille de décision lorsque le personnel est insuffisant pour accomplir l'ensemble des tâches. Ainsi, les premières à être supprimées sont les activités jugées non vitales, comme les sorties et l'animation, suivies des soins d'hygiène tels que la douche. Dans les situations de pénurie aiguë de personnel, notamment les week-ends ou les jours fériés, certains directeurs vont jusqu'à autoriser, à contrecœur, le fait de ne pas lever certains résidents.

Cette hiérarchisation rejoint partiellement les travaux de Eideliman et Gojard (2008, p.93), qui proposent une typologie des activités d'aide aux personnes âgées selon trois catégories : les « activités vitales » (indispensables pour mener une vie ordinaire), les « activités sociales » (non essentielles, comme se déplacer ou sortir), et les « activités substituables » (qui peuvent être déléguées, comme la préparation des repas). Cependant, les directeurs rencontrés tendent à restreindre la catégorie des « activités vitales » à ses fonctions biologiques fondamentales : manger, boire et réaliser une toilette minimale. Des actes pourtant considérés comme « vitaux » dans la littérature, tels que la douche complète ou le lever, deviennent ainsi des variables d'ajustement, tout comme les activités sociales.

En conséquence, la fréquence et la nature des soins et activités proposés aux résidents fluctuent fortement selon les effectifs présents. Cette gestion pragmatique de la pénurie reporte la pression organisationnelle sur les soignantes de première ligne, tout en contribuant à une dégradation globale des conditions de travail et de la qualité du service rendu aux résidents.

Ensuite, en termes d'impact sur les résidents, le rapport « Grand âge et autonomie » (Libault, 2019), commandé par le gouvernement français et issu d'une concertation nationale, a pour objectifs principaux d'anticiper les enjeux du vieillissement, de repenser le financement et l'organisation de l'accompagnement et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des aidants. Ce rapport met en évidence un décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité du service proposé, ainsi qu'une dégradation du service en raison d'enjeux économiques, tant dans le secteur public que privé. La qualité des prestations offertes en établissement spécialisé pour personnes âgées est donc perçue de manière négative à plusieurs titres :

- Les résidents en EHPAD se plaignent d'un quotidien centré principalement sur les soins médicaux, avec peu d'attention portée à leurs besoins sociaux, émotionnels ou culturels. Les résidents expriment notamment le besoin de se sentir « chez eux », avec des choix concernant leur organisation quotidienne.

- Les manques de ressources économiques engendrent une réduction de la qualité des prestations : « la stimulation et la bienveillance dont les personnes âgées ont besoin sont perçues comme trop souvent mises de côté, notamment en raison d'un raccourcissement des temps d'intervention professionnels auprès des personnes. » (Libault, 2019, p. 23). Les arbitrages financiers entraînent même dans certains établissements un manque de moyens matériels, ce qui nuit au confort et à l'hygiène des résidents (dotations).

La DREES (2020) rappelle que l'état de santé, la fréquence et la qualité des relations sociales sont les principaux facteurs associés à l'état psychologique dégradé des résidents en EHPAD. Leur bien-être est en effet profondément influencé par la qualité de leurs relations sociales et le sentiment d'isolement apparaît comme un facteur déterminant de la détresse psychologique, indépendamment du nombre objectif de visites ou de la présence de proches. Les difficultés à nouer des liens au quotidien, tout comme la mauvaise qualité des relations avec les aidants, augmentent significativement le risque de dépression et de mal-être. Ainsi, un résident qui éprouve des difficultés relationnelles ou qui se sent isolé, même entouré, présente un risque accru de détresse psychologique.

Au-delà des conséquences psychologiques et sociales liées à une prise en charge déshumanisée, le manque d'attention, et donc de surveillance, accroît le risque d'incidents graves pour les résidents. Les chutes, en particulier, constituent un risque récurrent en EHPAD, avec une fréquence moyenne de 1,7 chute par lit et par an (Podvin-Deleplanque, Dreuil, Huvent & Puisieux, 2015). Ces accidents peuvent engendrer des traumatismes physiques, accélérer la perte d'autonomie, et avoir un impact psychologique et social important sur les personnes âgées concernées.

4. Les enjeux des nouvelles technologies en EHPAD

Cette quatrième partie poursuit l'analyse des transformations du secteur des EHPAD en s'intéressant cette fois à l'introduction croissante des technologies, aux modalités de leur financement et aux enjeux éthiques qu'elles soulèvent. Dans le prolongement des réflexions précédentes sur la rationalisation du travail et les conditions d'exercice du soin, il s'agit ici d'examiner comment l'innovation technologique, présentée comme levier de modernisation, reconfigure les équilibres entre efficacité, autonomie et humanité dans l'accompagnement des personnes âgées.

Nous aborderons l'intégration des nouvelles technologies dans les EHPAD, en veillant à répondre aux besoins des résidents tout en équilibrant progrès technique et respect de la dignité humaine, avec une approche éthique et personnalisée (§ 4.1). Puis, nous examinerons la gérontechnologie⁹, qui englobe des solutions comme les robots sociaux, la domotique et l'Intelligence Artificielle (IA), qui visent à soutenir l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie des résidents, tout en assistant le travail des soignants (§ 4.2). Ensuite, à travers l'analyse des financements des nouvelles technologies dans les EHPAD (§ 4.3), nous soulèverons les enjeux éthiques liés à la liberté et à la sécurité, notamment avec des dispositifs comme la vidéosurveillance et la géolocalisation (§ 4.4). Enfin, nous mettrons ces éléments en lien pour démontrer l'impact de l'IA sur le travail, notamment par l'automatisation des tâches répétitives et l'augmentation de la productivité, tout en soulevant des préoccupations concernant la stabilité de l'emploi et les conditions de travail (§ 4.5).

4.1. Réflexion sur l'intégration des nouvelles technologies dans les EHPAD

Les EHPAD sont des lieux de vie où l'accompagnement humain, assuré par les soignantes et le personnel hôtelier, est central. L'approche par le *care* rappelle que « veiller sur » implique une part de surveillance, et que l'accompagnement bienveillant peut inclure certaines formes de contrainte, notamment face à des résidents souffrant de troubles cognitifs (Hennion et al., 2015). Dans ce contexte, la personnalisation des outils numériques apparaît essentielle : leur usage ne devrait ni être systématique ni uniformisé, mais gradué en fonction des besoins et des souhaits des résidents (Juchs, 2024).

L'enjeu est de mettre la technologie au service du soin, en confiant aux systèmes automatisés certaines tâches répétitives afin de recentrer les professionnels sur la relation humaine. Il ne s'agit pas d'opposer technologie et soins, mais de trouver un équilibre qui permette d'optimiser l'accompagnement tout en préservant le sens du soin et la dignité des personnes âgées (Juchs, 2024). L'intégration des technologies en EHPAD doit avant tout répondre aux besoins réels des résidents, et non se justifier par la seule logique du progrès technique. Germain, Kirchner et Tessier (2022) rappellent à ce titre dans leur ouvrage collectif que l'éthique ne se réduit pas à

⁹ La gérontechnologie désigne l'ensemble des technologies développées spécifiquement pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, en répondant à leurs besoins liés au vieillissement. Voir en ce sens le chapitre 1, paragraphe 4.2.

l'obtention d'un label, mais qu'elle suppose une réflexion critique sur les usages et les finalités poursuivies.

L'objectif principal de ces dispositifs est de permettre une intervention rapide en cas d'urgence, ainsi que de fournir une aide adaptée aux actes de la vie quotidienne. Leur pertinence repose sur leur capacité à renforcer le lien entre les résidents et l'équipe soignante, en particulier lorsque ceux-ci se trouvent dans des espaces éloignés au sein de l'établissement. Aquino et Bourquin (2019) insistent sur la nécessité de partir des besoins effectivement identifiés, en valorisant les capacités des aînés plutôt que leurs limitations, et en évitant de se laisser guider uniquement par les potentialités techniques.

Cette réflexion n'est pas nouvelle en France. Dès 2000, la Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie a vu le jour. En 2007, le rapport de Rialle identifiait des technologies prometteuses pour améliorer la vie des personnes âgées et leurs proches. D'autres rapports, comme ceux de Ménard (2007) et d'Alcimed (2007), ont ensuite souligné l'intérêt de la domotique et des Technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie.

L'innovation en santé repose sur les technologies numériques et informatiques : basés sur des objets connectés, des logiciels embarqués ou l'intelligence artificielle (IA), les équipements médicaux gagnent en efficacité pour soutenir le diagnostic et le suivi des patients. Les EHPAD s'inscrivent progressivement dans cette dynamique. L'enjeu technologique est majeur, certains parlent même d'une « quatrième révolution industrielle », mais il doit toujours s'accompagner d'une réflexion éthique et humaine. Les professionnels de santé devront néanmoins adapter leurs pratiques, apprendre à collaborer avec l'IA et se recentrer sur la relation humaine. C'est l'ambition de la Silver économie : concilier innovation technologique et bienveillance, pour anticiper les besoins d'une population vieillissante.

4.2. Etat des lieux de la gérontechnologie

Le champ de la gérontechnologie, tel que défini par Rialle (2007, p. 17), se situe « au carrefour de la gérontologie et de la technologie : science du vieillissement incluant biologie, psychologie, sociologie et médecine pour l'un ; recherche, développement et modélisation d'innovations ou amélioration de techniques, produits et services pour l'autre ». Dans son rapport « Situation des EHPAD » (2024), le Sénat distingue trois grandes catégories de technologies destinées à améliorer la vie quotidienne des personnes âgées :

- Celles qui compensent ou remplacent des fonctions défaillantes ;
- Celles qui maintiennent ou stimulent les capacités existantes ;
- Celles qui accompagnent le travail des soignantes tout en prévenant, voire en retardant, la perte d'autonomie des résidents.

Ces technologies prennent diverses formes :

- *Les chemins luminescents*, par exemple, facilitent les déplacements nocturnes en sécurisant les trajets vers les toilettes. Ils contribuent ainsi à prévenir les chutes, tout en allégeant la charge de travail des soignantes, qui peuvent se concentrer sur d'autres tâches (Sénat, 2024).
- *La domotique intelligente*, quant à elle, inclut des capteurs de chute intégrés au sol, des lunettes connectées ou encore des robots sociaux. Ces derniers visent à renforcer la sécurité des résidents et à favoriser leur autonomie. Certains robots sont spécialement conçus pour interagir avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en adaptant leurs mouvements et expressions aux émotions perçues. Ces dispositifs permettent de stimuler les fonctions cognitives et sensorielles des personnes âgées, contribuant ainsi à retarder l'apparition ou la progression de maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer (Morlet-Haïdara, 2022). Ils se déclinent sous plusieurs formes : certains sont destinés à susciter des interactions émotionnelles, tandis que d'autres intègrent des agents conversationnels prenant la forme de chatbots ou d'avatars capables de dialoguer avec les patients. Outre leur visée thérapeutique, ces robots peuvent aussi remplir une fonction ludique en proposant chants, jeux ou exercices de stimulation.
- *La réalité virtuelle* peut être un moyen d'évasion pour les personnes âgées, souvent confinées à leur chambre, à quelques couloirs ou à des espaces communs, lorsque leur état de santé le permet (Morlet-Haïdara, 2022). Ce sentiment d'isolement, aggravé par la crise sanitaire et les confinements successifs, a poussé certains EHPAD à expérimenter des dispositifs immersifs, tels que des trains virtuels permettant aux résidents de « voyager » dans le pays de leur choix et ainsi de s'évader de leur quotidien.
- *L'Intelligence Artificielle* est aujourd'hui intégrée dans plusieurs outils visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées (Morlet-Haïdara, 2022 ; Nicolas-Gayot, 2023). On distingue notamment :

- *Les prothèses auditives intelligentes*, capables de s'adapter en temps réel à l'environnement sonore et aux préférences de l'utilisateur, améliorant ainsi la compréhension des contextes complexes.
- *Les robots d'assistance ou de compagnie*, parfois dotés de tablettes pour la télé médecine, qui accomplissent certaines tâches domestiques, assurent une présence sociale et interagissent en langage naturel.
- *Les dispositifs de surveillance*, incluant médaillons d'appel, sols connectés et systèmes capables de détecter des anomalies dans les habitudes de vie, telles que des absences de mouvement ou des levers tardifs.
- *Les outils de géolocalisation*, permettant à des personnes présentant des troubles de l'orientation, mais encore mobiles, de se déplacer dans un périmètre défini sans assistance permanente des soignantes.

Ces technologies contribuent à renforcer l'autonomie, la sécurité et le maintien du lien social, tout en soutenant le travail des soignantes.

4.3. Les modes de financement des nouvelles technologies

4.3.1. Les financements publics

La restructuration des EHPAD engagée par les pouvoirs publics s'est appuyée sur une logique de contractualisation avec les autorités de tarification (Bachelot, Grisoni, Brignoli, Guillon, Daviaud, Henry & Tichané, 2018). Toutefois, des alternatives existent, telles que les appels à projets ou les actions de mécénat. Ces dispositifs visent à inciter la modernisation des établissements et services médico-sociaux par le financement de l'innovation (Bachelot et al., 2018).

Voici le cadre législatif en lien avec ces modalités de financement (Bachelot et al., 2018) :

- *La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST, 2009)*, qui prévoit que les appels à projets deviennent des leviers d'expérimentation d'innovation, financés notamment par les Agences Régionales de Santé (ARS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- *La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV, 2015)*, conçue pour anticiper et accompagner le vieillissement de la population, a instauré les Conférences des financeurs qui sont pilotées par les conseils départementaux. Cette instance pour mission de faciliter l'accès aux aides techniques par un soutien financier ciblé ;

- *L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS, 2018)* autorise le financement de projets innovants qui ne s'inscrivent pas dans les dispositifs traditionnels de financement du secteur sanitaire et médico-social, et ce, même sans appel à projet de l'ARS. Ce cadre permet de soutenir aussi bien des projets en cours que des projets à venir. Les expérimentations, qu'elles soient locales ou nationales, peuvent être financées par le Fonds d'Innovation du Système de Santé (pilote par l'Assurance Maladie) ou le Fonds d'Intervention Régional (FIR) géré par les ARS.

Enfin, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), organisme gestionnaire de la branche Autonomie de la Sécurité sociale, contribue également à l'effort d'innovation en soutenant, entre autres, des programmes de formation et d'accompagnement destinés aux aidants.

4.3.2. Les financements privés

Face aux limites des financements publics, souvent jugés insuffisants pour couvrir l'ensemble des besoins liés à l'accompagnement de la dépendance et à l'amélioration des conditions d'accueil, les EHPAD sont incités à diversifier leurs ressources. Parallèlement aux financements publics, ils peuvent ainsi faire appel au mécénat, à des structures partenaires, des partenariats commerciaux et des centrales d'achat (Bachelot et al., 2018) :

- *Le mécénat*, par des contributions de particuliers, permet de financer des événements (spectacles, voyages, équipements) mais ces financements restent limités à des projets ciblés et non pérennes. Les établissements peuvent également solliciter des mécènes institutionnels (fondations reconnues d'utilité publique, caisses de retraite, grands donateurs).
- *La co-construction des structures partenaires* (living labs¹⁰, gérontopôles¹¹, etc.) permet aux EHPAD de bénéficier de technologies en phase de test. Ces collaborations facilitent l'orientation des choix technologiques des établissements tout en contribuant aux démarches d'expérimentation ;

¹⁰ Un Living Lab désigne un « laboratoire vivant », c'est-à-dire « une méthodologie de recherche en innovation menée par une réunion d'acteurs publics, privés et citoyens qui travaillent en concertation continue, plutôt qu'en vase clos, pour concevoir, améliorer et valider dans le vécu, des produits, des services, des technologies, des outils, etc. » (livre blanc des Living Labs, 2014).

¹¹ Un gérontopôle est un centre ou un réseau dédié à la recherche, à l'innovation et à la coordination des actions autour du vieillissement et de la prise en charge des personnes âgées. Il regroupe des experts, des professionnels de santé, des chercheurs et des institutions pour améliorer la qualité de vie des aînés, notamment en développant des solutions de soins adaptées (santé.gouv.fr)

- *Les conventions de partenariat commercial* avec des entreprises développant de nouvelles technologies donnent la possibilité d'accéder gratuitement à des solutions en cours de développement. En retour, l'entreprise bénéficie des retours d'expérience des équipes et des usagers pour affiner sa solution. Cela peut être pour exemple un partenariat entre un EHPAD et une startup développant des capteurs de chute intelligents. Ces partenariats impliquent généralement un comité de pilotage (composé de professionnels de santé, d'usagers référents, de chercheurs et de développeurs) chargé du suivi régulier du projet. Si ces démarches enrichissent le développement technologique, elles peuvent aussi représenter une charge de travail supplémentaire pour les établissements. Une fois la technologie commercialisée, les EHPAD peuvent bénéficier de tarifs préférentiels ou d'un accès élargi.
- *Les centrales d'achat*, quant à elles, développent des plateformes de référencement de technologies innovantes fondées sur des questionnaires standardisés. Ces outils sont construits à partir de besoins identifiés sur le terrain et des retours d'usage des acheteurs publics. Les établissements adhérents peuvent ainsi bénéficier de réductions sur l'achat de ces technologies.

Face au coût souvent élevé des nouvelles technologies, les EHPAD se doivent d'être créatifs dans leurs démarches pour favoriser leur mise à disposition ou leur financement (Bachelot et al., 2018). Dans ce contexte, Bami (2019) propose comme solution d'intégrer au plan pluriannuel d'investissement (PPI) une composante spécifiquement dédiée à l'innovation technologique, prenant la forme d'un plan pluriannuel d'innovations. Comme l'ensemble des structures médico-sociales et sanitaires, les EHPAD ont l'obligation d'élaborer ce PPI (Bami, 2019). Il constitue l'un des volets du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), auquel il est désormais étroitement lié. Ce dispositif s'inscrirait dans le cadre réglementaire actuel, qui encourage une programmation des investissements et permettrait de concilier les impératifs de modernisation, d'amélioration de la qualité de l'accompagnement et de maintenance du patrimoine immobilier.

4.4. Enjeux éthiques des nouvelles technologies : principe de liberté contre principe de sécurité ?

L'introduction de technologies d'assistance à l'autonomie auprès des personnes âgées suscite des réflexions sociétales, en particulier sur le plan éthique. Des interrogations émergent

concernant les principes de liberté et de sécurité face à la vulnérabilité des personnes âgées. Elles portent notamment sur la protection de la vie privée et de l'intimité, la confidentialité des données, l'accessibilité aux technologies et les limites acceptables de leur intégration.

Le respect de la vie privée constitue un droit fondamental des sociétés démocratiques : en France, il est garanti par le Conseil constitutionnel et évoqué à l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Dans le domaine de la santé, où la protection des données personnelles et médicales représente un enjeu central (Bachelot et al., 2018), la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) veille à l'application de la loi Informatique et libertés, en encadrant la collecte et le traitement des données personnelles dans les établissements publics et privés. Elle rappelle l'importance de garantir le consentement éclairé des personnes concernées, de permettre une désactivation aisée des dispositifs, d'éviter toute atteinte à l'intimité, et d'inscrire les dispositifs de surveillance dans une logique de prévention individualisée (Brami, 2019).

L'essor des technologies numériques dans le champ médical, en particulier la télésanté, améliore le suivi des patients, mais soulève également des défis en matière de cybersécurité. Les risques de panne ou de piratage peuvent compromettre l'intégrité et la confidentialité des données, d'autant que les données de santé ont une forte valeur marchande, les rendant particulièrement attractives pour les cyberattaques.

Au-delà de la sécurité des systèmes, ces technologies soulèvent des questions éthiques majeures. L'usage de dispositifs de vidéosurveillance ou de capteurs connectés, par exemple, remet en question les frontières entre soin et contrôle. Dans un EHPAD équipé d'un sol connecté, l'analyse des déplacements a permis d'identifier des comportements intimes, y compris à caractère sexuel, mettant en lumière des dimensions encore largement taboues en institution (Bachelot et al., 2018). Ce type de surveillance, en exposant des aspects très personnels de la vie des résidents, soulève la question de la limite entre sécurité et respect de la vie privée. Une information claire et un consentement éclairé apparaissent dès lors comme des conditions incontournables à toute implantation technologique en milieu médico-social (Morey, 2022).

De même, l'usage de la géolocalisation pour assurer la sécurité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés soulève un dilemme sociétal entre la traçabilité des individus et l'assistance à des personnes vulnérables. Une charte éthique, publiée en 2013,

visé à établir un équilibre entre la sécurité des personnes et leur liberté de mouvement, en fixant des conditions éthiques pour l'usage de ces dispositifs (Bienvault, 2013). Cette charte a été rédigée par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) en France, en collaboration avec divers acteurs institutionnels, à destination de tous les professionnels de santé et gestionnaires d'établissements, notamment les EHPAD, les hôpitaux, et les cliniques, qui sont amenés à utiliser des dispositifs de surveillance et de télémédecine. Elle s'adresse aussi aux industries technologiques qui développent des outils de santé connectée.

Les bracelets de géolocalisation, par exemple, permettent d'alerter en cas de déplacement non autorisé, mais certains professionnels mettent en garde sur les dérives possibles d'une surveillance électronique intrusive, parfois à l'insu des personnes concernées (FEHAP, 2014).

L'adaptation des dispositifs aux projets de vie personnalisés des résidents et leur utilisation doivent nécessairement être conditionnées à un avis médical favorable, basé sur une évaluation des bénéfices et des risques (Bachelot et al., 2018). De la même manière, les systèmes de vidéosurveillance doivent exclure l'accès aux familles afin d'éviter une surveillance du travail des soignantes, et de préserver la confidentialité ainsi que la dignité des résidents et du personnel. Un tel accès pourrait entraîner des procédures judiciaires, par exemple en cas d'interprétation erronée d'un temps de réaction jugé insuffisant.

Ces dispositifs remettent en question les formes traditionnelles de surveillance en EHPAD, jusqu'ici fondées sur une vigilance humaine ponctuelle et bienveillante. En revanche, les outils technologiques introduisent une analyse systématique et continue, ce qui pose la question de leur impact sur l'autonomie et l'intimité des résidents. Il est donc essentiel de repenser l'articulation entre humanité et technologie afin que ces dispositifs facilitent la relation de soin plutôt qu'ils ne la contraignent (Juchs, 2024).

4.5. Intelligence artificielle et travail : focus sur les transformations majeures

Le rapport de la Commission de l'intelligence artificielle¹² (IA) en date de 2024, commandé par le gouvernement français, vise à formuler des propositions sur l'usage éthique et stratégique de l'IA dans les services publics. Il éclaire notamment les transformations profondes que cette

¹² L'intelligence artificielle ou IA désigne l'ensemble des systèmes et technologies permettant à des machines ou logiciels d'effectuer des tâches nécessitant normalement l'intelligence humaine (cf. chapitre 4).

technologie induit dans le monde du travail, tant en termes de contenu des tâches que de conditions et de stabilité de l'emploi.

Sur le plan des contenus professionnels, l'IA reconfigure les métiers en profondeur : les tâches les plus routinières ou répétitives tendent à disparaître, tandis que de nouvelles activités émergent, y compris dans des fonctions à forte valeur ajoutée (Organisation Internationale du Travail¹³ (OIT), Fonds Monétaire International¹⁴ (FMI), cités dans OCDE, 2023). Contrairement aux machines traditionnelles, l'IA ne se limite pas à automatiser des savoirs explicites : elle agit également sur le savoir implicite, en permettant aux travailleurs d'accéder à une forme d'« intuition experte » sans nécessairement être capables de la formaliser eux-mêmes (LaborIA, 2023). Ce potentiel ouvre des perspectives d'enrichissement du travail et de renforcement de l'autonomie, mais comporte aussi des risques de surcharge cognitive, si la charge mentale n'est pas anticipée.

Du point de vue de la productivité, plusieurs études empiriques montrent que l'IA générative bénéficie principalement aux travailleurs les moins expérimentés, contribuant ainsi à réduire les écarts de performance au sein d'une même profession. Brynjolfsson, Li et Raymond (2023) démontrent, par exemple, que les outils d'IA dans les services client favorisent une montée en compétence rapide des agents débutants, sans effet notable sur les plus expérimentés. Des résultats comparables ont été observés dans le conseil, où l'IA améliore la qualité et la rapidité de production des consultants les plus juniors (Dell'Aqua, Brynjolfsson, Li, Raymond & Zhang, 2023). Cette dynamique pourrait, à terme, inverser la tendance à la polarisation des emplois observée ces dernières décennies, en renforçant la « classe moyenne » des métiers qualifiés (Autor, 2024).

La stabilité de l'emploi face à l'IA suscite en revanche une certaine ambivalence. Si elle peut renforcer l'intérêt au travail et le sentiment d'efficacité, notamment dans les métiers du conseil ou du management, elle alimente aussi une inquiétude croissante liée au remplacement par la machine ou à la disparition d'entreprises confrontées à des transformations sectorielles rapides (Noy & Zhang, 2023). Ces tensions soulignent la nécessité de mettre en place une gouvernance robuste de l'IA dans les organisations. Le projet de règlement européen sur l'IA (AI Act) prévoit

13 L'Organisation internationale du travail est une agence des Nations Unies qui s'occupe des questions liées au travail, à la protection des travailleurs, et à la promotion du travail décent partout dans le monde.

14 Le Fonds monétaire international est une organisation internationale qui aide les pays à stabiliser leur économie, en leur fournissant des conseils, des prêts et une assistance technique, surtout en cas de crise financière.

ainsi un encadrement strict des systèmes à haut risque, notamment dans le recrutement, avec l'obligation d'un contrôle final humain.

Les conditions de travail sont également appelées à évoluer. Comme lors des révolutions technologiques précédentes, l'IA entraîne de nouvelles formes d'organisation et de coordination. Elle offre des avancées prometteuses dans le domaine de la santé au travail, par exemple en épidémiologie, accidentologie ou maintenance prédictive (INRS, 2022). Toutefois, un usage excessif peut conduire à une dérive vers un management algorithmique, perçu comme déshumanisant : perte d'autonomie, hypersurveillance, isolement et affaiblissement du collectif de travail (LaborIA, 2023).

Enfin, l'impact de l'IA sur les salaires reste incertain. Certaines expertises peuvent perdre de la valeur en raison de leur automatisation, tandis que d'autres se renforcent grâce à leur hybridation avec l'IA. L'évolution future dépendra largement de la manière dont les organisations intègrent ces technologies et redistribuent les gains de productivité. Le développement de dispositifs d'accompagnement, tels que ceux mis en place dans les Hauts-de-France (« Cité de l'IA ») ou à l'échelle nationale (« Perspectives IA »), apparaît comme une condition essentielle pour garantir un usage éthique et équitable de l'intelligence artificielle dans le monde professionnel (Direction générale du Trésor, 2023).

Ainsi, la transformation technologique, notamment avec l'introduction de l'intelligence artificielle dans les EHPAD, soulève des défis importants concernant l'organisation du travail et la reconnaissance des métiers du *care*. Bien que ces innovations offrent des perspectives d'amélioration de l'efficacité des soins et du suivi des résidents, elles nécessitent une attention particulière envers les conditions de travail des soignants et à la préservation de l'autonomie des résidents. L'introduction de technologies doit être soigneusement pensée pour éviter la déshumanisation des soins, tout en soutenant le travail des équipes. L'enjeu est de trouver un équilibre entre l'innovation technologique et la qualité de la relation de soin, dans le respect des valeurs fondamentales du secteur médico-social.

Chapitre 2. Travailler et prendre soin en EHPAD : les aides-soignantes entre compétences, contraintes et engagement

Le métier d'aide-soignante en EHPAD se caractérise par une pluralité de tâches essentielles à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cependant, ce métier est confronté à une série de contraintes, notamment organisationnelles, qui peuvent altérer non seulement la qualité du soin dispensé, mais aussi le bien-être des professionnelles. Ce chapitre se propose d'analyser ces défis à travers plusieurs axes.

Dans un premier temps, nous examinerons les facteurs liés à l'attractivité du métier, en particulier les difficultés de recrutement et le manque de reconnaissance qui pèsent sur la profession (1). Dans un second temps, nous nous pencherons sur les conditions de travail des aides-soignantes, en mettant l'accent sur l'intensification des tâches, les tensions horaires et l'impact de la gestion des ressources humaines dans les EHPAD (2). Nous analyserons en particulier comment ces contraintes affectent l'organisation du travail quotidien et modifient la relation aux résidents, qui reste pourtant au cœur du soin. Enfin, nous aborderons les stratégies et les marges de manœuvre développées par les aides-soignantes pour faire face à ces défis (3). Ce dernier volet permettra de mettre en lumière les formes de résistance ou d'adaptation qui émergent pour préserver la qualité du soin et la vocation du métier, malgré des conditions de travail parfois difficiles.

Ce chapitre met en lumière les multiples tensions qui traversent l'activité des aides-soignantes en EHPAD, en cherchant à comprendre comment elles concilient les exigences organisationnelles avec la mission de soin, tout en maintenant leur engagement professionnel.

1. Le métier d'aide-soignante : entre formation, *care* et vocation

Pour éclairer les conditions d'exercice actuelles du métier d'aide-soignante, nous pourrions observer l'origine historique du métier et sa construction progressive en tant que profession distincte, dans le sillage du rôle infirmier (§ 1.1). Nous analyserons ensuite la réglementation qui encadre aujourd'hui la formation, les missions et les responsabilités des aides-soignantes (§ 1.2), avant de s'attacher à une lecture fine des compétences attendues dans l'exercice en EHPAD, à la croisée des soins techniques, relationnels et collectifs (§ 1.3). L'ensemble de cette mise en perspective vise à mieux comprendre les réalités du métier, tant dans sa formalisation institutionnelle que dans sa mise en œuvre concrète auprès des résidents.

1.1. Genèse du métier, cadre réglementaire et compétences

Historiquement, le métier d'aide-soignante, inventé après-guerre dans l'ombre de celui d'infirmière, a longtemps été identifié et dénigré par des expressions comme « serpillothérapeute » ou « lave-pot » (Arborio, 2023). Il visait alors à reclasser des personnes ayant une expérience auprès des malades mais dépourvues de diplôme. Une formation spécifique leur a été dédiée, avec la création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-soignante (CAFAS) en 1956, qui s'est structuré progressivement pour aboutir à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignante (DEAS) en 1996 (Arborio, 2016). Initialement de niveau CAP, ce diplôme a été revalorisé en 2021, en l'alignant sur le niveau baccalauréat et en mettant l'accent sur la prise en compte de la dimension relationnelle des soins (Arrêté du Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Désormais le métier est reconnu pour ses compétences certifiées, avec un rôle pleinement associé à la fonction soignante, au cœur des activités des établissements de santé et médico-sociaux.

Cette certification, via l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignante, définit le rôle et la mission de l'aide-soignante. Selon l'article 1^{er} de cet arrêté (Annexe I) : *« En tant que professionnel de santé, l'aide-soignant est habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et dans le cadre d'une responsabilité partagée ».*

Trois missions principales sont attribuées à l'aide-soignante :

- Accompagner la personne dans les activités de la vie quotidienne et sociale en respectant son projet de vie ;
- Collaborer au projet de soins personnalisé dans son champ de compétences ;
- Contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel.

Les soins dispensés par l'aide-soignante doivent répondre aux besoins fondamentaux des personnes et sont de deux types (Arrêté du Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021) :

- Les soins courants dit « de la vie quotidienne » qui assurent la continuité de la vie dans des situations d'autonomie partielle et d'état de santé stable. Ces types de soins, initialement réalisables par la personne elle-même ou un aidant, sont liés à un état de santé ou à une pathologie chronique stabilisée ;

- Les soins aigus, réalisés en collaboration avec l'infirmière, cumulent trois critères : être exclusivement réalisables par un professionnel de santé, être dispensés dans une unité à caractère sanitaire et par une équipe pluridisciplinaire, être prodigués pendant la phase aigüe d'un état de santé.

Dans le contexte spécifique des EHPAD, le rôle de l'aide-soignante prend une dimension particulière. L'aide-soignante réalise des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une appréhension globale des besoins de la personne, et notamment relationnels (Marquier et al., 2016).

En se référant à la fiche emploi de France Travail (2024), le tableau 3 page suivante regroupe les principales exigences professionnelles pour exercer le métier d'aide-soignante en EHPAD.

Ce tableau fait ressortir les missions et compétences clés nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées en situation de dépendance, dans une logique de continuité des soins et de respect de la dignité de la personne. Les missions décrites s'articulent autour de compétences techniques, comme les soins d'hygiène, la surveillance clinique ou le maintien de la sécurité. Ces dernières mobilisent des savoir-faire et des savoirs théoriques qui exigent à la fois une maîtrise de gestes techniques et une connaissance des pathologies du vieillissement, des protocoles de soins, de l'hygiène et de la prévention des infections. Parallèlement, les compétences relationnelles occupent une place centrale dans l'accompagnement au quotidien et le soutien émotionnel des résidents et des familles. Ces compétences nécessitent des savoir-être fondés sur l'empathie, la capacité d'écoute, la réactivité et le travail en équipe.

Tableau 3. Récapitulatif des missions et compétences des aides-soignantes selon la fiche emploi France Travail (2024)

Missions	▪ Dispenser des soins d’hygiène corporelle, de prévention et de confort ; ▪ Surveiller l’état de santé et accompagner les gestes de la vie quotidienne ; ▪ Participer à la distribution des repas et surveiller leur prise ; ▪ Maintenir la sécurité des résidents et un environnement sain ; ▪ Fournir un soutien émotionnel aux résidents et leurs familles ; ▪ Participer à la continuité des soins en communiquant avec l’équipe.
Compétences	Savoir-faire : ▪ Réaliser des soins d’hygiène, de confort et de prévention ; ▪ Mesurer les paramètres vitaux et transmettre les informations à l’équipe médicale ; ▪ Surveiller l’état clinique et évaluer la douleur des résidents ; ▪ Réaliser ou contrôler les soins mortuaires ; ▪ Gérer les situations de stress chez les résidents ; ▪ Respecter les règles d’hygiène, d’éthique et de sécurité (QHSSE) ; ▪ Utiliser le matériel médical adapté et renseigner les soins dans le dossier médical. Savoir-être : ▪ Faire preuve de rigueur et de précision ; ▪ Être à l’écoute et faire preuve d’empathie ; ▪ Travailler en équipe ; ▪ Faire preuve de réactivité face à des situations imprévues. Savoirs : ▪ Connaissances des pathologies liées au vieillissement ; ▪ Hygiène, règles d’asepsie et lutte contre les infections nosocomiales ; ▪ Modalités de prise en charge des résidents en fin de vie ; ▪ Protocoles de nettoyage, désinfection et gestion des déchets sensibles ; ▪ Communication non verbale ; ▪ Respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance¹⁵ ; ▪ Bases en nutrition et diététique.

1.2. Regards croisés sur la profession d’aide-soignante

Pour explorer la manière dont la profession d’aide-soignante est investie, perçue et valorisée, une approche pluridisciplinaire articulant plusieurs champs des sciences humaines et sociales, tels que l’ergonomie, la clinique de l’activité, la psychodynamique du travail ou encore la

¹⁵ Conformément à l’arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ainsi qu’à l’article L.311-4 du Code de l’action sociale et des familles (CASF), l’accompagnement des personnes vulnérables doit respecter leur dignité, leurs droits fondamentaux et leur autonomie.

sociologie du travail, permet d'en saisir les différentes dimensions, notamment à travers le prisme du *care* et de la relation de soin.

Nous ouvrirons cette partie par une analyse des représentations de la vocation, souvent mobilisée par les professionnelles elles-mêmes pour justifier leur engagement et légitimer un métier exigeant mais porteur de sens (§ 1.2.1). Nous porterons ensuite notre attention sur la faible reconnaissance statutaire et symbolique de cette profession, en interrogeant la place occupée dans la hiérarchie soignante (§ 1.2.2). Enfin, nous approfondirons la notion de *care* comme outil d'analyse du travail réel, en mettant en lumière ses dimensions invisibles, émotionnelles et morales (§ 1.2.3). Ces regards croisés visent à mieux comprendre les mécanismes de construction identitaire, les formes de reconnaissance ou d'invisibilisation du travail, et les enjeux relationnels au cœur de l'activité quotidienne des aides-soignantes.

1.2.1. Le soin comme vocation

En sociologie du travail, les travaux de Aubry (2012) auprès d'aides-soignantes françaises et québécoises montrent que les aides-soignantes utilisent souvent la rhétorique de la vocation pour expliquer une trajectoire professionnelle, qui renforce l'idée d'un destin plutôt que d'un choix personnel. Les aides-soignantes l'expliquent comme un héritage issu de leur affiliation familiale qui leur impose également une obligation morale de rendre aux aînés (particulièrement leurs proches parents féminins), en se créant une « identité d'endettées ». L'auteur décrit que cet usage de la vocation tend à naturaliser les compétences des aides-soignantes, perçues comme innées ou qu'elles pensent posséder depuis toujours, ce qui invisibilise les compétences acquises au cours de leur formation et de leur expérience professionnelle.

Cette notion de vocation revêt plusieurs significations, qui participent à la fois à la valorisation du métier et à la défense d'une identité professionnelle (Aubry, 2012). Tout d'abord, c'est une norme de présentation de soi qui permet de tracer une frontière symbolique entre celles qui possèderaient ces compétences et celles qui en seraient dépourvues. Arborio (2001) souligne que c'est principalement la dimension relationnelle du travail (*caring*) que les aides-soignantes considèrent comme le cœur de leur vocation, c'est-à-dire comme l'aspect valorisé de leur métier. Cette dimension est souvent considérée comme naturelle, difficilement transmissible, et non accessible à d'autres acteurs comme les aidants familiaux, les bénévoles ou les nouvelles recrues.

La vocation s'inscrit également dans une logique d'ascèse, à savoir de don de soi et de désintéressement (au sens financier) où l'engagement total et l'acceptation de tâches difficiles dans l'aide aux personnes âgées sont perçus comme une preuve de vocation. Cela leur permet d'accepter des conditions de travail difficiles, d'accepter « la proximité à la souillure et à la dureté des conditions de travail inhérentes au contexte organisationnel gériatrique » (Aubry, 2012 p.116). D'ailleurs, les auteurs du rapport de la DREES (Marquier et al., 2016) sur les conditions de travail en EHPAD soulignent l'émergence de la figure de « l'utilisateur-consommateur » par le personnel soignant, car les exigences individuelles de ces « usagers » entrent souvent en contradiction avec les contraintes de la vie en collectivité et l'organisation du travail. Ce décalage se manifeste notamment par l'usage intensif de la sonnette d'appel ou encore par le refus de certains résidents de participer aux actes du quotidien (transferts, toilette) en co-production avec les aides-soignantes. Les auteurs formulent l'hypothèse que la sensibilité des professionnelles à l'égard de ces comportements résulte d'un désenchantement : d'une part, du fait de l'absence de réciprocité perçue face à leur propre engagement ; d'autre part, en raison du malaise généré par la logique marchande sous-jacente à la relation de soin, que le dévouement professionnel tente difficilement de masquer (« je paie, j'ai droit »).

1.2.2. Une profession marquée par une faible reconnaissance

Arborio (1995) s'est intéressée au métier d'aide-soignante et, à travers ses recherches menées à l'hôpital, caractérise ce métier par quatre dimensions principales. La première tient à la place qu'elle occupe dans la hiérarchie des métiers paramédicaux, située à la base, entre infirmières et agents de service hospitalier. La deuxième dimension renvoie à la nature même du travail, fondé sur un « matériau humain » et associé à une « compétence relationnelle », valorisée par les aides-soignantes puisqu'elle contribue à leur reconnaissance dans le « monde des soignants ». Arborio (1995, p.107) souligne à ce propos que « la faible technicité des tâches de l'aide-soignante fait du « relationnel » non seulement une façon commode de résumer le contenu de ses tâches devant autrui mais aussi un des rares moyens de valorisation ». La troisième caractéristique concerne la division du travail hospitalier, où les aides-soignantes sont souvent positionnées dans une logique de « délégation de sale boulot » attribuée à tous les niveaux inférieurs de la hiérarchie hospitalière. Ce « sale boulot », consiste en des actes dévalorisés liés au corps, à ses déchets ou à la prise en charge des aspects les plus intimes de la vie des résidents, ce qui peut amener certaines aides-soignantes à se définir comme des « torches pots » (Molinier, 2011). Qu'une part importante du travail de *care* soit stigmatisée en termes

de « sale boulot » par les autres et par ceux/celles qui le réalisent n'est pas neutre pour notre propos. Enfin, la quatrième dimension est celle du *care*, intrinsèque au métier d'aide-soignante, qui mobilise à la fois un « savoir-soigner » et un « savoir-lire social », c'est-à-dire la capacité à percevoir, comprendre et répondre aux besoins, souvent implicites, des patients.

Dans l'étude qualitative menée pour la DREES, Marquier et al. (2016) nuancent les analyses d'Arborio (1995), en apportant un éclairage empirique sur le quotidien des aides-soignantes en EHPAD. Les auteurs soulignent que les aides-soignantes en EHPAD valorisent la relation de proximité et l'intimité partagée avec les résidents, qu'elles mobilisent comme une ressource identitaire et professionnelle. Ce rapport privilégié au résident est un levier de valorisation dans un contexte où les tâches confiées sont souvent perçues comme peu qualifiées ou reconnues. Les auteurs évoquent également la persistance de la notion de « sale boulot » qui, bien qu'omniprésente dans la réalité du métier, est très peu mentionnée par les aides-soignantes lors des entretiens, qui privilégient au contraire un discours centré sur le relationnel, les échanges, la convivialité. Cette valorisation relationnelle s'inscrit toutefois dans une division sexuée du travail, où les compétences mobilisées (empathie, bienveillance, patience) sont associées à des qualités dites « féminines ». Même si elles sont essentielles dans l'accompagnement quotidien des résidents, elles sont difficilement reconnues comme des savoir-faire professionnels légitimes, complexifiant les possibilités de valorisation et de reconnaissance du métier (Arborio, 1995 ; Marquier et al., 2016). Les discours s'articulent davantage autour de l'évocation des diverses finalités du métier plutôt que des tâches réalisées au quotidien. Le vocabulaire mobilisé renvoie notamment à la noblesse de la tâche : il s'agit de se mettre au service d'un public fragile pour lui assurer des conditions de vie de qualité et lui permettre de maintenir sa dignité – plus encore, les personnes âgées peuvent être décrites comme un public de valeur, injustement négligé par la société : les « anciens ». Il renvoie également à son *utilité* : il s'agit de répondre à des besoins vitaux en soulageant les personnes lorsque celles-ci ne peuvent plus vivre seules, et leurs proches qui ne sont pas en capacité d'assurer l'accompagnement nécessaire.

1.2.3. Le *care* comme traduction de la vocation

Le concept de *care*, développé dans les champs de la psychologie et de la sociologie à travers une approche genrée, y est défini comme un verbe d'action signifiant « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » (Laugier & Molinier, 2009). Molinier (2011)

parle du travail de *care* ainsi : « produire un travail qui participe du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre, c'est l'aider ou l'assister dans des besoins primordiaux comme manger, être propre, se reposer, dormir, se sentir en sécurité et pouvoir se consacrer à ses propres intérêts ». Pour cette autrice, le *care* correspond également à un travail invisible, à des savoir-faire discrets dont le succès dépend de cette invisibilité. Elle souligne notamment que « pour réussir à faire ce travail, il faut savoir anticiper la demande et dissimuler les efforts et le travail accomplis pour parvenir au résultat souhaité » (Molinier, 2011).

Pour catégoriser ce que le *care* signifie en termes d'expérience vécue, d'invention pratique ou d'improvisation morale, Molinier (2010) en donne cinq descriptions :

- Le *care* comme gentleness (douceur) : il s'agit d'une réponse sensible et ajustée à l'autre selon les circonstances, qui nécessite une capacité à improviser, « l'art de l'ajustement à des situations toujours particulières » ;
- Le *care* comme savoir-faire discret : un travail attentionné et efficace qui mobilise des connaissances techniques, le souci du confort psychologique de l'autre et d'économie de soi sans les marques de la présence ;
- Le *care* comme « sale boulot » : un ensemble de tâches liées à la gestion du corps et à la mort, que les travailleurs voudraient éviter ;
- Le *care* comme travail inestimable : un engagement important dans ce travail pourtant peu reconnu ;
- Le *care* comme récit éthique : une articulation entre la sphère professionnelle et la dimension affective ou personnelle de la relation de soin.

L'ergonomie a montré que la définition et la mise en œuvre du *care* varient selon les contextes professionnels, culturels et organisationnels, s'appuyant sur une combinaison de ressources matérielles, temporelles et de compétences techniques, sociales et émotionnelles (Weerdt, 2021). Ce travail de *care*, indispensable dans les métiers de la relation humaine, mobilise la dimension émotionnelle, parfois source de satisfaction, mais aussi de tensions lorsque le soignant doit dissimuler des affects par respect pour le patient ou le résident (exemple d'une aide-soignante qui peut être amenée, par respect pour le résident, à réprimer le dégoût du contact avec un corps souillé).

Gaudart et Thébaud (2012) soulignent que le *care* apparaît dans les référentiels métiers des aides-soignantes sous la forme de compétences requises (« accompagner une personne dans la réalisation des soins quotidiens », « communiquer et conduire une relation dans un contexte de

soin », etc.) sans préciser les manières de les réaliser en contexte. En pratique, les écarts entre *care* prescrit et *care* réel interrogent la prise en compte effective des conditions de travail par l'organisation et les instances décisionnaires, creusant parfois un fossé entre le travail concret et les représentations normatives de la qualité des soins (Weerdt, 2021).

Dans une perspective de soins intégrés (prise en compte de l'ensemble des besoins des patients ou résidents), le *care* cesse d'être relégué à la périphérie des pratiques relationnelles pour s'articuler étroitement avec le *cure*, favorisant une coopération pluridisciplinaire et une coordination entre acteurs pour une prise en charge globale et concertée des patients (Weerdt, 2021).

2. Caractéristiques et critères de qualité de l'activité de soin

L'activité de soin possède des caractéristiques particulières, qui la rendent à la fois complexe, exigeante et difficilement standardisable dans le contexte des EHPAD. Nous ouvrirons cette partie par une présentation des apports des sciences du travail, en particulier de l'ergonomie, de la psychodynamique et de la clinique de l'activité, pour mettre en lumière la richesse des compétences mobilisées dans les pratiques quotidiennes du soin (§ 2.1). Nous approfondirons ensuite la manière dont la qualité des soins est définie en EHPAD, en croisant les prescriptions institutionnelles avec les enjeux éthiques, relationnels et organisationnels qui traversent les pratiques de terrain (§ 2.2). Enfin, nous examinerons les conditions concrètes d'une prise en charge de qualité, en nous arrêtant sur trois dimensions majeures : le rôle structurant du temps dans l'organisation du soin (§ 2.3.1), l'importance du travail collectif pour assurer la continuité et la cohérence des pratiques (§ 2.3.2), et la place centrale de l'expérience et de la connaissance fine des résidents dans l'ajustement des gestes professionnels (§ 2.3.3). Nous pourrions ainsi mieux discerner les fondements de l'activité de soin, tel qu'elle se réalise au quotidien par les aides-soignantes.

2.1. L'activité de soin

Pour présenter les compétences multiples impliquées dans le travail de soin, l'ergonomie, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité mettent en lumière la complexité et l'exigence du métier d'aide-soignant.

En ergonomie, Cerf et Falzon (2005) définissent le soin comme « un ensemble d'activités destinées à « restaurer » ou suppléer les capacités d'agir de personnes dépendantes

physiquement et de ce fait souvent dépendantes psychologiquement. Elle implique la gestion simultanée d'actes techniques, d'initiatives éducatives et relationnelles et nécessite des compétences de diagnostic sur l'état de santé du client ainsi que des compétences de coopération ». Hubault et Bourgeois (2001) soulignent que le soin articule à la fois des exigences instrumentales, qui relèvent de la réalisation concrète, matérielle et efficace de l'activité de soin, et des exigences relationnelles, qui mobilisent des savoir-faire discrets au sens de Molinier (2000). Les exigences relationnelles permettent notamment d'anticiper les besoins du patient sans qu'ils soient exprimés, comme en témoigne l'exemple du verre d'eau discrètement laissé sur la table pour prévenir la soif du malade sans sollicitation explicite. Le soin ne peut ainsi être réduit ni à sa dimension technique, ni à sa seule dimension relationnelle : il repose sur une coproduction entre le soignant et le soigné, où le facteur « co » n'est pas un prérequis, mais se construit dans l'action comme un moyen et un résultat du processus de soin.

Par ailleurs, Hubault et Bourgeois (2001) soulignent que la relation de soin dépasse la relation de service classique, avec la souffrance du patient comme du soignant, qui déborde le champ habituel. Par exemple, Bonnemain (2010) évoque que pour se « laisser laver » et se « laisser manipuler », une relation de confiance doit être établie, d'autant plus avec des personnes en souffrance, malades ou démentes. En clinique de l'activité, Raybois (2014) insiste sur la construction de la relation avec le résident qui appelle « *certaines normes telles que le respect du résident, être patient, de bonne humeur et à l'écoute. Elle participe à des préoccupations éthiques du métier avec la considération pour le résident (lui faire du mal ou du bien)* ».

Ainsi, les soins ne se réduisent pas à une liste de pratiques standardisées, comme le soulignent Heyden et Mollo (2013). Ils s'inscrivent toujours dans un environnement qui structure l'activité de soin par un cadre, l'attribution de tâches, de normes, sur les modalités et les moments où les soins doivent être prodigués. L'objectif est de créer les conditions nécessaires à la rencontre, à l'instauration de la confiance et à l'émergence d'une relation entre soignant et soigné.

2.2. Définition de la qualité des soins en EHPAD

Dans le rapport d'information au Sénat sur la situation des EHPAD réalisé en 2024, la Haute Autorité de la Santé (HAS) définit la qualité des soins en EHPAD de la manière suivante :

Définition de qualité des soins en EHPAD (HAS, 2024)

« La qualité des soins et de l'accompagnement en EHPAD vise à garantir la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées hébergées. Elle nécessite une approche globale et multidimensionnelle afin d'apporter une réponse personnalisée en termes de besoins et d'attentes physiques, psychologiques et sociales, dans le but de préserver leur dignité et leur autonomie, de respecter leurs choix et préférences et d'encourager leur participation active. Cette approche permet de considérer chaque résident comme une personne à part entière, avec ses propres préférences et aspirations, inscrite dans un parcours de vie singulier. Si l'évaluation de la qualité passe par une mesure des aspects structurels et opérationnels, elle doit tout autant s'attacher à apprécier les dimensions fonctionnelles, notamment relationnelles. Ainsi, cela inclut non seulement des soins médicaux et des aides à la vie quotidienne performants, mais également un soutien émotionnel pertinent et la proposition d'activités sociales, culturelles ou récréatives significatives pour la personne âgée ».

Cette définition renvoie à une finalité qui est de « garantir la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées hébergées » et aux moyens mis en œuvre pour les atteindre : « nécessite une approche globale et multidimensionnelle ». Elle met en avant l'importance d'articuler des critères techniques (« soins médicaux » et « aide à la vie quotidienne »), des dimensions organisationnelles (« aspects structurels et opérationnels ») et une prise en compte personnalisée des besoins des résidents, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Une attention particulière est portée aux dimensions relationnelles, à travers le « soutien émotionnel » et l'offre d'activités sociales, culturelles ou récréatives.

Dans la continuité de cette définition de la qualité des soins, il apparaît pertinent d'établir un lien avec la notion de bientraitance, car elles sont souvent confondues dans l'usage courant. En gériatrie, la bientraitance est envisagée par certains auteurs, notamment Moulias, R., Moulias, S. et Busby (2010), non comme un critère mesurable, mais comme un objectif permanent, dont la reconnaissance repose sur l'appréciation d'autrui. Elle ne saurait être autoproclamée, car certaines situations, pourtant bien intentionnées, comme la proposition d'entrée en institution, l'assistance pour la toilette intime ou encore la mise sous tutelle, peuvent être vécues par les personnes concernées comme des formes de maltraitance. Dans cette perspective, les auteurs considèrent que les professionnels doivent approcher les personnes âgées avec humilité, respect, humanité et compétence, tout en restant conscients de la violence potentielle que peut générer l'aide imposée. Moulias et al. (2010) définissent la bientraitance comme « l'ensemble des préalables et des actions, cet art du soin chronique et de l'assistance, qui permet à la personne déficiente de voir respectée sa dignité dans sa dépendance, de vivre dignement sa dépendance ». Selon eux, il est possible de définir des bonnes pratiques, des qualifications, des compétences, une déontologie et une conscience professionnelle qui

conduisent à une qualité des soins mesurable, même si celle-ci ne saurait jamais atteindre une perfection idéale.

Pour répondre aux objectifs d'une qualité des soins mesurable, visant à « garantir la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées hébergées », plusieurs conditions apparaissent déterminantes. Elles relèvent à la fois de l'organisation (ressources temporelles et humaines disponibles), des dimensions individuelles (compétences, expérience) et collectives (travail d'équipe autour du care, connaissance partagée des résidents). Ensemble, ces éléments constituent des leviers essentiels pour atteindre cet objectif.

2.3. Les conditions d'une prise en charge de qualité

2.3.1. La dimension temporelle comme enjeu de soin

Nous avons présenté dans le chapitre 1 précédent que le taux d'encadrement dans les EHPAD, inférieur aux recommandations nationales, dépendait de la budgétisation tripartite des notamment de deux indicateurs principaux, le GMP et le PMP (*cf.* § 4.1). Ce processus a un impact sur les ressources humaines qui composent les EHPAD, et par conséquent, sur les ressources temporelles des soignants. La question de la temporalité nous intéresse dans le cadre de l'activité de soin pour comprendre comme elle structure l'ensemble des tâches des aides-soignantes et les interactions avec les résidents.

2.3.1.1. Définitions de la relation entre le temps et le travail

Nous commencerons par présenter différentes acceptions du temps et du travail. En Ergonomie, Quéinnec (2007) propose quatre composantes du temps professionnel dont trois renvoient à l'horaire caractérisée par sa dimension chronologique (emploi du temps, individuel ou collectif) et chronométriques (durées des différentes activités professionnelles et sociales) :

- Le temps *dans* le travail qui concerne les exigences temporelles des tâches (durée, vitesse, agencement, programmation) c'est à dire la dynamique des processus techniques qui dictent la distribution et le rythme de l'activité et dont dépendront, en partie, la productivité et les risques professionnels. Par exemple, en EHPAD, les aides-soignantes doivent enchaîner, sur une période limitée le matin, les levés, les soins d'hygiène et les petits déjeuners auprès d'une dizaine de résidents ;
- Le temps *de* travail, qui se réfère à la définition des durées et des horaires de l'activité professionnelle présente dans le contrat de travail ;

- Le temps *du* travail qui délimite la distribution des plages de travail et de non travail, caractérisé par la confrontation entre les temporalités professionnelles et les temporalités socio-familiales de la vie hors travail ;
- Le temps *au* travail qui comprend les caractéristiques temporelles du fonctionnement humain telles que la vitesse d'exécution, le temps de réaction, les rythmes biologiques, l'acquisition d'expérience, l'usure professionnelle et le vieillissement biologique.

A partir de cette classification du temps professionnel, Gonon, Barthe et Gindro (2009) distinguent deux grands types de temporalités relevés à l'hôpital :

- *Les temps « internes »* aux individus avec la temporalité de l'individu (agents/opérateurs) et celle des bénéficiaires du service (évolution de l'état physiologique et psychologique des patients ou résidents) ;
- *Les temps « extérieurs »* liés à l'agencement des tâches au sein d'une organisation. Pour ces temps, les auteurs renvoient notamment aux effets des organisations effectives, celles qui sont réellement mises en œuvre, plutôt que les effets des organisations prescrites.

Pour approfondir la définition du temps dans les secteurs du soin, Dickason (2018), en sciences de gestion, a décrit une activité soignante à l'hôpital marquée par la nécessité de prendre en compte des injonctions temporelles et émotionnelles. Ses résultats montrent que deux structures coexistent dans des proportions variables : un temps accéléré et un temps suspendu. Le temps accéléré traduit la recherche d'efficacité et d'équité dans la répartition du temps entre les patients, bien que certaines situations de crise nécessitent de consacrer davantage de temps à un patient. À l'inverse, le temps suspendu, caractérisé par des pauses dans le rythme de l'activité ou par des temps de partage émotionnel, permet un travail émotionnel, c'est-à-dire la gestion de ses émotions et de celles des patients, de meilleure qualité. Il favorise des interactions plus personnalisées, limite les comportements négligents ou maltraitants et contribue à réduire la pénibilité émotionnelle du travail.

2.3.1.2. Effets du temps sur le soin

Garcia, Deslandes, Ravache, Bitot, Chaumon, Milanini-Magny et Estryn-Behar (2011), à partir d'une étude menée en EHPAD et d'un recueil de données basé sur des observations ouvertes, distinguent deux types de soins : les soins dits « directs », réalisés en présence du résident ou directement sur lui, et les soins dits « indirects », qui regroupent l'ensemble des activités

effectuées hors de la présence du résident, telles que la préparation des médicaments, des chariots de soins, des changes, ainsi que le rangement et la décontamination du matériel. Cette distinction rejoint en partie la notion de « temps relationnel » évoquée par Garcia et al. (2011), et peut être interprétée comme une opposition entre le temps direct passé auprès du résident et le temps indirect consacré à la logistique des soins et les transmissions.

Garcia et al. (2011) montrent comment l'éclatement des tâches en EHPAD impacte le temps que les soignants peuvent consacrer aux résidents. Ce temps de présence est contraint, ne permet pas d'accompagner les résidents à leur propre rythme et se limite à l'exécution rapide des soins de base, voire, dans une moindre mesure, des soins techniques, sans qu'il n'y ait, avant ou après, de véritables temps relationnels. Ces soins relationnels correspondent à des moments où les aides-soignantes accompagnent le résident dans des « soins éducatifs, dialogue avec lui, prend son temps pour le stimuler et l'écouter afin de dépister les douleurs évitables, les raisons d'une dénutrition, d'un trouble de l'équilibre et d'accompagner son évolution psychologique et de comprendre ses besoins. » (Garcia et al., 2011).

Cependant, l'activité des aides-soignantes s'apparente à un enchaînement ininterrompu de tâches, ne leur laissant que rarement la possibilité de prendre une pause (ou alors de manière informelle dans les couloirs), ce qui exclut l'accès à des « temps suspendus » tel que définis par Dickason (2018). Les tâches peuvent s'inverser, se désorganiser et être interrompues, réduisant encore les possibilités de développer des soins relationnels auprès des résidents (selon l'étude, ces soins relationnels représentent 5 % du temps de travail des soignants).

Pourtant, Garcia et al. (2011) soulignent que ces temps sont essentiels. Ils permettent notamment de mieux diagnostiquer l'état de santé psychologique des résidents et représentent des moments de partage et d'attention particulièrement appréciés par les soignants (tous grades confondus). A contrario, lorsque les aides-soignantes disposent de plus de temps (en l'absence de retard ou de surcharge) et qu'elles sont seules avec les résidents, elles peuvent optimiser les moments passés avec les résidents, en s'appuyant notamment sur leurs connaissances des habitudes, des goûts, des histoires familiales et des problèmes de santé des résidents.

La DREES (2020) rappelle que l'état de santé, la fréquence et la qualité des relations sociales sont les principaux facteurs associés à l'état psychologique dégradé des résidents en EHPAD. En effet, leur bien-être est profondément influencé par la qualité de leurs relations sociales et le sentiment d'isolement apparaît comme un facteur déterminant de la détresse psychologique,

indépendamment du nombre objectif de visites ou de la présence de proches. Les difficultés à nouer des liens au quotidien, tout comme la mauvaise qualité des relations avec les aidants, augmentent significativement le risque de dépression et de mal-être. Ainsi, un résident qui éprouve des difficultés relationnelles ou qui se sent isolé, même entouré, présente un risque accru de détresse psychologique.

2.3.2. Le travail collectif du *care*

Il est important d'avoir des collectifs de travail soudés pour garantir la qualité des soins et le bien-être des soignants, tels que le soulignent Garcia et al. (2011). Toutefois, un collectif ne peut se construire sans un temps dédié et un espace réservé à une pratique réflexive, notamment pour mettre en débat et confronter les différentes manières d'élaborer une réflexion commune. Dans le cadre des EHPAD, le temps passé par les soignants auprès des résidents, mais aussi avec leurs collègues, qu'ils soient de même statut ou non, est essentiel pour favoriser un débriefing émotionnel et assurer une circulation fluide de l'information, améliorant ainsi la qualité des soins. Pour considérer un résident dans sa globalité, la constitution de collectifs soudés via des transmissions orales est essentielle pour le transfert des informations entre équipes. Les transmissions favorisent les interactions sociales, le soutien émotionnel et la formation entre expérimentés et novices (Kerr, 2002 ; Payne, Hardey, & Coleman, 2000 ; Gaudart & Thébault, 2012).

Gaudart et Thébault (2012), dans une étude menée en milieu hospitalier, montrent que le temps est une ressource essentielle dans la qualité de la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux soignants. Le temps permet en amont d'organiser l'accueil des nouveaux arrivants et favorise la transmission de savoirs formels (procédures, planification, organisation des soins) et des savoirs informels issus de l'expérience collective (stratégies d'entraide, préservation de soi, attention portée à la qualité de la relation soignant-soigné). Le temps rend possible l'explicitation du travail relationnel de *care*, à savoir lorsque la maîtrise des tâches techniques (aussi nommé *cure*) est assurée, le temps favorise l'apprentissage de la dimension relationnelle. À l'inverse, le manque de temps peut générer une transmission « au rabais », limitée aux seuls aspects techniques et organisationnels du métier, un fonctionnement dégradé de la transmission, où les nouveaux soignants doivent apprendre seuls, sur le terrain et sans explications, et enfin une fragilisation de l'engagement des anciens comme des nouveaux dans la transmission de savoirs. Cet apprentissage en situation ne permet pas les transmissions

d'information sur les résidents en EHPAD. Le collectif de travail est très important lorsque par exemple de nouveaux personnels débutent. Réjault et Bertrand (2009) décrivent la manière dont les nouveaux arrivants peuvent être briefés sur les résidents en EHPAD : « Qu'ils soient infirmiers, aides-soignants ou aides médico-psychologiques (AMP), on les briefe sur l'essentiel : lui est autonome. Celui-là, il ne faut pas lui changer son pansement tous les jours, c'est trop douloureux. Elle, elle mange mixée ».

Beaucourt et Louart (2011), en science de gestion, décrivent le *care* collectif comme « une pratique d'agir ensemble », qui favorise l'entraide au sein d'un groupe de soignants, dans un contexte précis où le soin devient interactif et partagé. Les auteurs soulignent qu'en étant reliés, les soignants ne peuvent que travailler mieux et former une « communauté de situation » : ce n'est pas seulement leur métier qui les rapproche, mais surtout leur responsabilité commune dans la prise en charge collective, les obligeant à traiter les conflits de valeurs ou d'objectifs. Dans cet échange indispensable, le *care* collectif prend tout son sens : il soutient les individus dans leur pratique professionnelle. Le *care* collectif est donc un processus vivant entre organisation formelle et débats informels, où les conflits sont abordés dans un esprit de compromis et de consensus, pour trouver des solutions adaptées aux situations concrètes (et pas seulement aux normes théoriques). Enfin, l'efficacité du *care* collectif repose sur une communication interactive (Grosjean & Lacoste, 1999) qui ne produit une vraie intelligence collective que si elle est animée par un véritable souci de soutien envers les autres membres de l'équipe.

2.3.3. L'expérience et la connaissance des résidents

La qualité de la prise en charge en EHPAD repose largement sur la capacité des aides-soignantes à mobiliser des savoirs pratiques et relationnels, issus à la fois de leur expérience professionnelle et de leur connaissance des résidents.

Le travail de *care* engage un ensemble de compétences discrètes, sensibles et souvent invisibles qui nécessitent non seulement des gestes techniques mais aussi une capacité d'ajustement aux besoins des résidents (Molinier, 2011). Ces capacités d'anticipation des attentes et de réponse personnalisée et respectueuse reposent en grande partie sur l'expérience accumulée auprès des résidents : connaître leurs habitudes, leurs goûts, leurs histoires de vie ou encore leurs fragilités physiques et psychologiques (Garcia et al., 2011) permet de construire une relation de soin à forte dimension relationnelle. Croyère (2013), dans son ouvrage de recherche en soins

infirmiers, évoque les situations particulières des fins de vie des résidents, dans lesquelles le travail au corps à corps implique que les aides-soignantes aient des connaissances sur le résident. L'autrice évoque que pour dispenser des soins de qualité, il est nécessaire d'avoir des connaissances de la vie des résidents, de leurs habitudes, leurs valeurs, pour adapter les gestes et agir conformément à leur volonté. Il s'agit de savoirs qui sont liés à une pratique continue, autrement dit à des savoirs d'expérience implicites, acquis de façon informelle (Croyère, 2013).

Comme l'a montré l'ergonomie (Cerf & Falzon, 2005 ; Hubault & Bourgeois, 2001), le soin est une coproduction entre le soignant et le soigné, où les compétences relationnelles (savoir anticiper, respecter la dignité et maintenir l'autonomie) sont aussi essentielles que les gestes techniques. Dans cette dynamique, l'expérience professionnelle favorise non seulement l'efficacité et la fluidité des soins, mais elle constitue également un levier pour la bientraitance, entendue comme une attention constante au respect de la dignité de la personne dans sa dépendance (Moulias et al., 2010). À travers l'accumulation d'expériences vécues et la construction d'un savoir pratique, les aides-soignantes participent donc pleinement à l'objectif de qualité des soins défini par la HAS dans le rapport du Sénat (2024), articulant prise en compte des besoins physiques, psychologiques et sociaux des résidents, et construisant un cadre relationnel porteur de bien-être et de respect.

Le turnover élevé du personnel soignant peut donc avoir des effets sur la qualité de la prise en charge en EHPAD. Outre les effets sur le fonctionnement temporaire des EHPAD en situation de sous-effectif, les interruptions dans la continuité des soins empêchent surtout les résidents de nouer une relation de confiance avec leurs soignants (Martin & Ramos-Gorand, 2017). Nénin et Lapart (2011, p.51) citent une ancienne professionnelle du secteur : « le turnover important du secteur entraîne des conséquences : les nouveaux personnels ne connaissent pas les résidents, leurs pathologies, leurs besoins d'aide, leurs habitudes, n'ont pas les formations nécessaires ».

3. Les défis organisationnels du travail d'aide-soignante en EHPAD : tensions et stratégies d'adaptation

Les conditions concrètes d'exercice du métier d'aide-soignante en EHPAD sont impactées par les difficultés de recrutement et de fidélisation, les contraintes organisationnelles et leurs effets sur l'activité quotidienne. Nous ouvrirons ce chapitre par une analyse des tensions qui traversent l'attractivité du métier (§ 3.1). Nous poursuivrons en examinant les formes d'intensification du travail et leurs conséquences sur la santé des professionnelles, sur la qualité des soins et sur leur

rapport au métier (§ 3.2). Dans ce prolongement, nous verrons comment la relation aux résidents, centrale dans l'engagement des aides-soignantes, peut devenir une source de souffrance lorsqu'elle est empêchée ou contrainte par l'organisation (§ 3.3). Enfin, nous nous intéresserons aux stratégies mises en œuvre par les aides-soignantes pour faire face à ces tensions : compromis, entraide, hiérarchisation des tâches ou ajustements temporels leur permettent de maintenir une forme de continuité du soin malgré les contraintes imposées (§ 3.4). Ce chapitre cherche à rendre compte du travail réel tel qu'il se déploie en EHPAD, en mettant en lumière les contraintes, les marges de manœuvre et les formes de résistance discrètes que les professionnelles mettent en œuvre pour préserver le sens de leur engagement.

3.1. Attractivité du métier : difficultés de recrutement et de fidélisation

3.1.1. Entre stabilité des diplômées et crise des vocations

Selon la DREES (2024), 31 300 aides-soignantes ont été diplômées en 2022, contre 22 800 en 2018, soit une augmentation notable sur quatre ans. Cette progression s'inscrit dans une dynamique engagée depuis le début des années 2000, marquée par une hausse 58 % du nombre de diplômées entre 2000 et 2005, impulsée par une augmentation significative des capacités d'accueil en formation, puis par une augmentation plus modérée de 12 % entre 2010 et 2018. Cette tendance est contrastée par une baisse notable du nombre d'inscriptions entre 2016 et 2018 (-6 %), et surtout par une chute importante du nombre de candidates aux épreuves de sélection (-42 % entre 2014 et 2018). Malgré cette diminution de l'attractivité, le taux d'admission en formation a fortement progressé, passant de 24 % en 2014 à 41 % en 2018.

Selon Petit et Zardet (2017), les diplômées ne s'orientent pas spontanément vers le secteur de la personne âgée. Bon nombre d'entre elles se projettent accompagnantes ou coordinatrices de vie sociale, et non techniciennes des soins et de l'hygiène, ce qui limite leur intérêt pour la prise en charge du grand âge et de la perte d'autonomie. À l'entrée sur le marché du travail, le secteur hospitalier est privilégié par rapport au médico-social. De même, les aides médico-psychologiques (AMP) se tournent majoritairement vers le champ du handicap. Ce phénomène montre que, contrairement à d'autres secteurs comme le bâtiment ou l'hôtellerie-restauration, les difficultés de recrutement dans le grand âge tiennent moins à une pénurie de main-d'œuvre qu'à un manque d'attractivité et de fidélisation. Les secteurs sanitaire et médico-social sont confrontés à une véritable concurrence en matière d'embauche, au profit du premier, mieux reconnu socialement et jugé plus attractif.

3.1.2. Difficultés de recrutement et recours à l'intérim

Le secteur des EHPAD est concerné par un turnover important (*cf.* chapitre 1, § 2.3.1) et peine à fidéliser les professionnels de santé, dont les aides-soignantes, au point de faire face à une véritable pénurie (Archambault, 2006) et à une faible attractivité (Martin & Ramos-Gorand, 2017). Selon Bazin et Muller (2018), 15 % des personnels soignants ont moins d'un an d'ancienneté, illustrant une instabilité récurrente. Cette rotation rapide complique fortement le recrutement : en 2019, 61 % des EHPAD déclaraient rencontrer des difficultés pour pourvoir leurs postes vacants (DREES, 2022), tous statuts confondus (65 % pour les établissements privés à but non lucratif, 62 % pour les établissements privés à but lucratif et 58 % pour les établissements publics). Cette instabilité a des conséquences importantes : 63 % des EHPAD signalent des postes non pourvus depuis plus de six mois, avec 16 % des postes restant vacants. Le problème ne se limite pas qu'aux recrutements, puisqu'il concerne également la fidélisation du personnel soignant (Quéméner, De Bosscher, Afonso-Pires & Remy, 2022).

Le rapport d'information au Sénat (2024) met en évidence que le turnover fréquent dans les EHPAD amplifie les difficultés organisationnelles. Cette tendance s'est accentuée avec la crise sanitaire, obligeant les EHPAD à recourir massivement à l'intérim ou à des CDD, des solutions coûteuses qui alourdissent les charges financières. En 2023, une enquête de la Fédération National des Associations de Directeurs d'établissements et Services pour Personnes Agées (FNADEP) révèle que 28,3 % des directeurs d'EHPAD font appel quotidiennement à des agences d'intérim, et 31 % au moins une fois par semaine. Ce recours dégrade la prise en charge des résidents : « Les intérimaires ne font que passer et s'engagent au minimum », selon la Fédération française des infirmières diplômées d'État coordinatrices (FFIDEC).

3.1.3. Le recours aux « faisant fonction »

En EHPAD, une proportion significative des aides-soignantes exerce en tant que « faisant fonction », c'est-à-dire sans détenir le diplôme d'État requis. Selon les fédérations interrogées par la Direction Générale de la Cohésion Sociales (DGCS) en septembre 2023, cette proportion varie entre 18 % et 60 % des effectifs d'aides-soignantes (données du Synerpa¹⁶, dans le rapport d'information au Sénat, 2024). Parmi eux, celles et ceux dépourvus de tout diplôme représentent

¹⁶ Le Synerpa est le syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées.

entre un quart et un tiers des effectifs. Les « faisant fonction » engagés dans un processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) oscillent entre 0 % et 16 %, tandis que ceux inscrits dans une formation professionnalisante varient entre 13 % et 26 % selon les répondants. Contrairement aux hôpitaux, où les tâches sont plus strictement divisées entre aides-soignantes et agents de service hospitalier (ASH), la frontière entre ces rôles est souvent floue en EHPAD (Billaud & Xing, 2016). Ainsi, des ASH peuvent être amenés à assumer des fonctions soignantes, tandis que des aides-soignantes diplômées exercent sous des contrats variés (CDI, CDD, intérim), ou encore en stage dans le cadre de leur formation. Historiquement, l'exercice sans diplôme dans le métier d'aide-soignante n'est ni rare ni nouveau. Arborio (2023) souligne que la notion de « faisant fonction » s'inscrit dans un cadre de dérogation répandu dans les professions réglementées. Dans le cas des aides-soignantes, dont le titre est moins protégé que celui de médecin ou d'infirmière, ce mode d'exercice dérogatoire est particulièrement fréquent. Si ce recours aux « faisant fonction » permet de pallier certains manques immédiats, il pose néanmoins des questions sur la qualité des soins, la reconnaissance professionnelle des soignants non diplômés et celle des diplômés.

3.1.4. Glissement de tâches et Validation des Acquis de l'Expérience

L'enquête menée par Xing-Bongioanni et Billaud (2021) a montré que certains directeurs d'EHPAD jouent sur la qualification des salariés pour faire face aux systèmes de tarification par les outils AGGIR et Pathos et la pénurie d'effectifs. Pour cela, ils justifient de faire « glisser » certaines tâches (toilette des résidents) normalement effectuées par les aides-soignantes à une partie des agents de service titulaires ou à des vacataires, tous deux considérés comme « faisant fonction ». Ils définissent cette stratégie comme « non volontaire » mais indispensable pour faire fonctionner les établissements. Elle peut s'avérer également avantageuse pour les directeurs étant donné les rémunérations plus faibles des « faisant fonction » (Arborio, 2019).

Arborio (2019) définit « faire fonction » comme « *l'exercice régulier des fonctions professionnelles habituellement associées à un titre, alors qu'on ne détient pas ce titre* ». Et à la différence d'un « glissement de tâche », faire fonction conduit à prendre en charge le rôle entier d'une profession et à être placé dans une situation paradoxale où le « faisant fonction » est autorisé à franchir une barrière symbolique qui interdit normalement l'accès à certaines tâches.

Xing-Bongioanni et Billaud (2021) parlent de double dévalorisation du travail pour les aides-soignantes et les agents de service « faisant fonction » avec une remise en cause de l'exclusivité de l'exercice du métier pour les aides-soignantes, pour qui la formation est réduite à une rémunération plus élevée que les agents de service. Pour les agents de service « faisant fonction » d'aide-soignante, la dévalorisation passe par le manque de reconnaissance, puisqu'ils réalisent les mêmes tâches que les aides-soignantes sans en avoir le statut ni la rémunération. De plus, les « faisant fonction » sont surclassés mais sont souvent soumis à des conditions d'exercice difficiles dans des établissements peu attractifs et caractérisés par une pénurie de personnel (Arborio, 2019). Les « faisant fonction » se distinguent d'ailleurs des diplômés en termes de condition d'emploi puisqu'ils sont plus souvent en CDD ou en vacation pour remplacer le personnel absent, ont une mobilité restreinte, notamment car la reconnaissance de leurs compétences à exercer comme aide-soignante ne sont reconnues que dans leur établissement, et enfin la réversibilité de leur statut au sein de leur établissement.

La possibilité d'entreprendre une Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE) semble donc une solution pour sortir de cette précarité. Arborio (2019) évoque le fait qu'il est désormais possible de valider le diplôme d'aide-soignante via la VAE mise en place par la loi de modernisation sociale de 2002. Cette alternative permet aux personnes qui ont exercé en tant que « faisant fonction » d'aide-soignante d'obtenir le Diplôme d'État d'Aide-soignante (DEAS). Pour cela, ils doivent justifier d'au moins 1 an d'expérience dans des activités relatives aux soins d'hygiène, de confort, et d'accompagnement des résidents. Arborio (2019) souligne l'ambivalence du statut des « faisant fonction » en EHPAD : surclassés dans leurs tâches mais sans reconnaissance officielle, ils cherchent à obtenir le diplôme d'aide-soignant pour sécuriser leur emploi et améliorer leurs conditions de travail. Toutefois, la validation des acquis de l'expérience (VAE), loin d'être un simple passage formel, se révèle comme un filtre sélectif, les recruteurs privilégiant la formation initiale sur l'expérience. L'échec à la VAE maintient ces professionnels dans une précarité statutaire et freine leur mobilité, constituant un véritable « rite de destitution ».

3.2. Intensification des conditions de travail des aides-soignantes

Aujourd'hui, des témoignages publics d'aides-soignantes, dénonçant la charge de travail excessive et le manque d'effectifs, ainsi que leurs conséquences sur la qualité des soins, se multiplient, notamment dans le secteur hospitalier (Billaud & Xing, 2016). En EHPAD, Bérourd,

Nizzoli et Noûs (2021), se sont intéressés aux ouvrages publiés par des salariés, dans lesquels sont relatées les conditions de travail dégradées et les situations de maltraitance institutionnelle qui en résultent, tant pour les résidents que pour les soignants eux-mêmes, exposés à une souffrance. Le rythme de travail est particulièrement mis en cause, dénoncé par une infirmière comme un « phénomène d'accumulation, la pression » pour réussir à prendre en charge l'ensemble des résidents, au risque de générer des comportements brutaux involontaires. Ces ouvrages soulignent également le temps très limité passé auprès des résidents, en décalage avec leurs besoins, ce qui suscite une frustration et un sentiment de qualité empêchée chez les soignants. Faute de temps et de ressources, ils doivent renoncer à certaines tâches essentielles, en particulier les soins d'hygiène et la relation de proximité avec les résidents. Cela engendre chez eux un profond sentiment de culpabilité (Bérout et al., 2021). Bérout et al. (2021), reviennent dans leur ouvrage sur la souffrance ressentie au travail par une aide-soignante, décrivant le passage d'un sentiment de culpabilité à une colère profonde vis-à-vis d'une situation où elle trouve une résidente seule sur le balcon de sa chambre : « En pleurs, je m'écroule, assise sur son lit, très consciente que cet incident aurait pu tourner à la catastrophe ; je m'interroge sur le déverrouillage de la porte qui mène au balcon [...]. Et évidemment pendant quelques minutes, j'endosse la responsabilité de cette situation, rompue aux rapports soumission/ domination, mode de management archaïque mis en place par la direction. Puis, doucement, je reprends mes esprits, et je continue mon service qui ne m'a pas attendue. Une vive colère donne du ressort à mon abattement [...]. » (Kherief, 2019, p. 28-29, cité dans Bérout et al., 2021).

La logique industrielle est ainsi décrite et critiquée par l'ensemble des professionnels soignants, qui, d'une part, se heurtent au manque de moyens disponibles (effectifs insuffisants, impossibilité d'organiser des activités, pénurie de matériel, etc.) et d'autre part, reprochent le coût élevé de l'institutionnalisation pour les résidents et leurs proches comparé à la qualité de la prise en charge (DREES, 2016).

3.3. Quand la dimension relationnelle est entravée

Comme présenté précédemment (*cf.* § 1.2.1), l'une des principales caractéristiques du métier d'aide-soignant est la centralité de la relation avec les résidents, qui est source de vocation, de valorisation professionnelle et qui s'avère essentielle dans la coproduction du service.

Toutefois, lorsque cette dimension relationnelle est entravée, des risques pour la santé des aides-soignantes existent.

La DREES (2016) montre que la relation avec les résidents constitue une source majeure de sens, de gratification et d'engagement pour les aides-soignantes et les soignants en général. Cette relation est porteuse d'une forte dimension émotionnelle, nourrie par des sentiments de tendresse et d'affection. Conscients des risques liés à cet attachement, les soignants évoquent la nécessité de maintenir une certaine distance émotionnelle pour se protéger, bien que cet équilibre soit difficile à atteindre, puisque s'attacher signifie aussi s'inquiéter face à la souffrance des résidents et éprouver également du chagrin lors de leurs décès.

Des conflits de valeurs peuvent apparaître lorsque l'organisation institutionnelle, par sa rigidité, limite la capacité des aides-soignantes à respecter les rythmes de vie des résidents et à consacrer du temps aux échanges relationnels. Souvent relégués au second plan, derrière les tâches de soins corporels, ces temps relationnels renforcent le sens du travail et la motivation des aides-soignantes. Cette impossibilité d'y consacrer du temps est source de frustration, d'autant plus lorsque la qualité de la relation se dégrade, notamment parce que les résidents doivent s'adapter aux rythmes imposés par l'organisation (horaires, règles, procédures), et non l'inverse.

Les aides-soignantes se trouvent ainsi en tension constante entre leur attachement émotionnel aux résidents, les contraintes organisationnelles et leurs propres aspirations éthiques à préserver la qualité de vie des résidents, tout en maintenant leur propre équilibre psychologique. Cependant, l'engagement professionnel des aides-soignantes ne suffit pas toujours à compenser les carences organisationnelles. Selon la DREES (2016), le principal risque réside dans un phénomène de déshumanisation du résident, affaiblissant la dimension relationnelle du soin.

La contrainte temporelle (Raybois, 2014) altère à la fois la qualité du soin, par sa forme et sa durée, et le sens que les aides-soignantes octroient à leur activité, en les empêchant de consacrer aux résidents le temps et l'attention qu'elles jugent nécessaires. Par ailleurs, les soignants disposent rarement d'espaces de discussion pour partager leur charge émotionnelle avec leurs collègues, ce qui accroît le risque d'isolement et d'épuisement professionnel (Garcia et al., 2011). Dans ce contexte, la relation aux résidents, qui constitue pourtant une source de sens et d'engagement, est parfois perçue comme une source de risque. Certains auteurs parlent même de la nécessité de « prévenir les risques de l'engagement » dans les métiers du soin (Edey Gamassou, cité dans Raybois, 2014, p. 265). Canoui (2003, p.104) souligne également que la

relation d'aide « présente des risques », et que le burnout peut être interprété comme « une expression de la pathologie de la relation d'aide ». Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que cette relation, malgré sa complexité, peut aussi être source de satisfaction et d'épanouissement pour les soignants.

3.4. Stratégies de soin : les ajustements des aides-soignantes face aux conflits de temporalités

Les aides-soignantes ne restent pas passives face aux contraintes organisationnelles auxquelles elles sont confrontées. Si ces dernières sont souvent analysées sous l'angle de la surcharge de travail ou de la perte de sens, peu de recherches s'intéressent spécifiquement aux stratégies développées par les aides-soignantes pour s'adapter à ces contraintes et préserver leur activité. C'est précisément ce que cherche à montrer l'étude en sociologie du travail menée par Billaud et Xing (2016), qui s'intéresse aux ajustements et stratégies développés par les aides-soignantes pour rendre leurs tâches à la fois faisables et supportables.

Bonnemain (2010) montre que la contrainte temporelle constitue un facteur déterminant de l'activité des aides-soignantes en EHPAD, et que son impact varie selon les situations. Pour faire face à cette pression du temps, les aides-soignantes doivent constamment établir des compromis : terminer la tâche à temps, soutenir le développement du résident ou préserver leur propre santé. Ces arbitrages diffèrent en fonction de leur niveau d'expérience.

Dans leur étude, Billaud et Xing (2016) mettent en évidence l'écart entre l'idéal construit lors de la formation initiale, ou lors de la formation sur le terrain, et les conditions réelles de travail des aides-soignantes, caractérisées par un manque de ressources humaines et de fortes contraintes temporelles. Il ressort de leur analyse que, de manière générale, la plupart des aides-soignantes sont confrontées à des conflits de temporalités qu'elles aient été formées à l'école ou directement sur le terrain. D'un côté, elles aspirent à un temps « idéal », c'est-à-dire le temps qu'elles souhaiteraient consacrer aux résidents pour « bien faire le travail » (vécu comme « interne »). De l'autre, elles doivent composer avec un temps « réel », imposé par l'organisation du travail, qui restreint notamment le travail relationnel (vécu comme « externe »). Ce conflit de temporalités conduit les aides-soignantes à devoir réaliser des compromis avec elles-mêmes, en donnant la priorité à la temporalité « externe » dictée par les contraintes organisationnelles. Cet écart entre le travail tel qu'elles l'avaient imaginé en choisissant d'exercer ce métier et la réalité de leur activité constitue une source importante de

souffrance. Les autrices désignent ces conflits de temporalités, la frustration qu'ils engendrent, et le manque d'effectifs comme des formes d'épreuves de professionnalité.

En sociologie du travail, Ravon (2009) conceptualise ces épreuves comme un double processus : d'une part, éprouver des situations de travail difficiles ; d'autre part, faire la preuve de ses capacités à y faire face. Autrement dit, ce sont des situations dans lesquelles les aides-soignantes s'efforcent de préserver leur capacité d'agir tout en cherchant à être reconnues comme compétentes. Pour y parvenir, elles développent trois types de stratégies :

- *Hiérarchisation des tâches selon le degré de « nécessité » et le calendrier.* Dans cette hiérarchisation, les soins d'hygiène sont considérés par les aides-soignantes (et par les professions médicales et paramédicales) comme plus « essentiels » et « nécessaires » que celles relatives à la « vie sociale » des résidents (animation, sorties). En ce qui concerne le calendrier, les aides-soignantes réalisent davantage de compromis lors des périodes dans lesquelles elles sont en sous-effectifs (week-ends, jours fériés, vacances scolaires) en annulant, en reportant ou en avançant certaines tâches. Ces stratégies ont un impact sur la qualité des soins des résidents puisque, par exemple, seuls certains résidents sont levés, les douches sont reportées à la semaine d'après ou aucune douche n'est programmée, la « toilette complète » est fréquemment remplacé par la toilette partielle, et les résidents les plus dépendants sont couchés plus tôt (pouvant aller jusqu'à 15h30).
- *Augmentation du temps de travail sans rémunération en conséquence pour respecter le prescrit.* Certaines aides-soignantes adoptent la stratégie de dépasser leur temps de travail sans compensation financière, notamment en arrivant plus tôt ou en réduisant leur temps de pause. Cela leur permet d'avancer sur certaines tâches (transmissions, préparation du chariot, commencer le lever de certains résidents) afin d'être plus « à l'aise » dans le respect du planning. Cette extension du temps de travail peut s'avérer être une réponse au bien-être des résidents et à la volonté de « bien faire leur travail », par exemple en restant plus longtemps auprès d'un résident en fin de vie. Ce type d'arrangement, réalisé au détriment de leur rémunération, vise à réduire le conflit de temporalités entre le temps prescrit par l'organisation et le temps jugé nécessaire pour accomplir correctement les soins.
- *Entraide entre collègues pour rendre le travail supportable.* Cette entraide a souvent lieu face aux imprévus (par exemple, en aidant des collègues en retard) et pour

construire des discours collectifs sur leurs conditions de travail en dehors des temps de travail (Aubry, 2010). Elle se manifeste aussi bien dans l'activité quotidienne que dans des moments de sociabilité informelle, comme les afterworks, où les aides-soignantes partagent leurs difficultés, critiquent le manque d'effectifs et cherchent à atténuer le sentiment de culpabilité lié à l'impression de « mal faire » leur travail. Ces espaces de discussion renforcent la solidarité, offrent un soutien psychologique et contribuent à forger une vision commune de leur métier.

L'étude de Billaud et Xing (2016) montre donc que, pour faire face à des conditions de travail difficiles, certaines aides-soignantes optent pour une mise en retrait (« défection »), soit par des arrêts maladie fréquents (notamment parmi les titulaires), soit en quittant le métier (plus fréquent chez les non-titulaires). Un arrêt maladie silencieux peut aussi être « un moyen de suspendre des questions du métier devenu indomptables » (Kostulski, Clot, Litim & Plateau, 2011, p. 139). Enfin, certaines aides-soignantes développent un fort sentiment de culpabilité face à l'écart entre leurs idéaux professionnels et la réalité de leur pratique quotidienne, notamment dans l'accompagnement des résidents dépendants. Sur le long terme, l'exercice du métier peut ainsi entraîner une profonde souffrance au travail, marquée par l'impression persistante de « mal faire son travail », malgré les stratégies mises en place pour tenter de maintenir l'activité dans les délais imposés.

Chapitre 3. De la charge de travail aux conflits éthiques : comprendre les mécanismes de régulation

Ce troisième chapitre adopte une approche plus conceptuelle afin de comprendre, à partir des fondements théoriques issus de l'ergonomie, les mécanismes de régulation à l'œuvre dans le travail pour répondre aux contraintes du travail réel, ainsi que les astreintes qu'ils génèrent sur les travailleurs.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur le concept de « charge de travail » en nous appuyant sur les apports de l'ergonomie, en particulier sur les approches permettant d'en saisir la complexité et les multiples dimensions (1). Nous chercherons ensuite à contextualiser la charge de travail dans l'activité, en décrivant les processus de régulation que les travailleurs mobilisent pour faire face aux contraintes du travail réel, maintenir la qualité du travail et préserver leur intégrité professionnelle (2). Entre-temps, nous préciserons les différentes formes et modèles de régulation de la charge, en insistant sur les notions de compromis et d'arbitrage, qui structurent l'activité quotidienne en situation contrainte (3). Enfin, nous analyserons les effets d'une surcharge de travail lorsque les mécanismes de régulation sont affaiblis ou épuisés, en portant une attention particulière aux astreintes générées à court et long termes, à leurs impacts sur la qualité du travail et aux effets éthiques associés (conflits éthiques, souffrance éthique) (4).

1. Les différentes dimensions de la charge de travail

L'étude de la charge de travail des aides-soignantes en EHPAD nécessite d'en examiner les différentes dimensions. En premier lieu, il est important d'effectuer un travail définitionnel en distinguant l'effort de la charge de travail. Comme le précisent Brookhuis et De Waard (2010), l'effort correspond à un processus volontaire, sous le contrôle de l'individu, tandis que la charge de travail résulte à la fois des caractéristiques de la tâche et des capacités de l'individu. L'effort fourni par l'individu contribue ainsi au niveau de charge de travail perçu.

Traditionnellement, l'étude de la charge de travail s'est développée pour répondre aux limites physiques et cognitives des individus dans l'exécution de leurs tâches (Leplat & Cuny, 1977). Elle est principalement abordée sous deux angles : la charge physique et la charge mentale ou psychologique. Nous compléterons cette présentation en introduisant également les dimensions psychique et émotionnelle de la charge de travail.

Tout d'abord, la charge physique renvoie aux efforts corporels déployés dans les gestes professionnels, notamment liés à la manutention, aux postures contraignantes et aux rythmes de travail intenses (§ 1.1). La charge mentale désigne quant à elle les exigences cognitives et attentionnelles mobilisées dans la réalisation des tâches, dans un contexte souvent marqué par l'urgence, l'imprévu et la complexité des situations rencontrées (§ 1.2). Nous verrons qu'elle se distingue de la charge psychique, qui fait référence à la souffrance intérieure liée aux atteintes à la reconnaissance, à l'estime de soi ou aux conflits éthiques vécus dans l'exercice du soin (§ 1.3). Enfin, la charge émotionnelle concerne les effets des relations interpersonnelles et des situations affectivement marquantes sur les soignants, en lien avec la confrontation à la souffrance, à la dépendance ou à la mort (§ 1.4).

1.1. La charge physique

La charge physique est souvent analysée en termes de seuils critiques d'exécution des tâches, susceptibles d'entraîner des conséquences sur la santé et la sécurité des travailleurs (Carswell, Clarke et Seales, 2005 ; Krause, Scherzer & Rugulies, 2005). Elle correspond principalement au travail musculaire mobilisé pour accomplir les tâches prescrites (Albentosa, Berthelon & Galy, 2017) et peut être considérée comme une dépense de l'organisme en réponse à une sollicitation externe (Rousseau, 2017).

L'objectif est alors d'objectiver la charge de travail en évaluant le coût physiologique supporté par l'opérateur pour atteindre ses objectifs. Toutefois, les expérimentations en laboratoire, même à l'aide de dispositifs technologiques avancés, peinent à reproduire fidèlement les conditions du travail réel, ce qui rend l'interprétation des données délicate (Wisner, 1974). De plus, l'intensité mesurée par ces indicateurs ne correspond pas toujours au ressenti subjectif de fatigue exprimée par les travailleurs (Wisner, 2015).

Face à ces limites, plusieurs outils d'évaluation de la charge de travail se sont développés, combinant mesures physiologiques et mesures subjectives (Fournier, Montreuil & Villa, 2013). Les premières évaluent l'activation corporelle en réponse au stress, par exemple à travers le rythme cardiaque ou la pression artérielle. Les secondes reposent sur l'expression de la charge perçue par les travailleurs eux-mêmes. Ces mesures subjectives sont aujourd'hui privilégiées dans de nombreux contextes, en raison de leur simplicité de mise en œuvre, de leur moindre caractère intrusif, de leur coût réduit, et de leur validité apparente supérieure aux mesures physiologiques (Young, Zavelina & Hooper, 2008).

Selon Albentosa et Darses (2021, p.477), les exigences physiques et physiologiques peuvent être créées par des contraintes posturales dures ou répétées en manutention et en production. Dans le contexte spécifique du travail en EHPAD, le travail des aides-soignantes est marqué par de nombreuses contraintes physiques qui peuvent être sources de charge physique : station debout prolongée, manutention de personnes, port de charges lourdes, mouvements répétitifs, déplacements fréquents (parfois qualifiés de « piétinement »), postures inconfortables pour la réalisation des soins, mais aussi exposition aux risques infectieux (AES), à la violence, et à la manipulation de produits irritants (Marquier et al., 2016).

1.2. La charge mentale

Le rapport de Chenal, Jolidon, Laurent, Peyrot, Straub et Toldre Pour la DREES (2016, p.16) définit la charge mentale comme *« l'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle et qui contribuent à la pénibilité de cette fonction : efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, accomplissements de tâches de traitement d'informations, mais aussi pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, délai, qualité d'exécution, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie et à la gestion des relations avec les collègues et les tiers. Elle fait donc référence à des processus cognitifs, psychiques, émotionnels, etc. »*.

Selon Cuvelier (2012), le terme de charge mentale est une simplification de l'expression « charge de travail à dominante mentale ». S'inscrivant dans la théorie de l'information, la notion repose sur l'hypothèse que l'humain possède une capacité limitée de traitement, fonctionnant comme un canal unique. La charge mentale correspond alors à la part de cette capacité mobilisée par une tâche. En psychologie expérimentale, la charge mentale désigne les limites cognitives qui affectent les performances humaines dans le traitement de l'information (Leplat, 2000 ; Morris & Leung, 2006). Également appelée charge cognitive, elle résulte de l'interaction entre les compétences, les motivations et l'état interne de l'individu (Chanquoy, Tricot & Sweller, 2007).

Le travail mental mobilise principalement deux types de ressources (Tricot, 2021) :

- La connaissance de la tâche (l'expertise), qui réduit la charge cognitive en automatisant certains traitements. Par exemple, les caissiers de supermarché sont capables d'effectuer mentalement des multiplications complexes en quelques secondes.

- L'attention, ressource cognitive limitée, sollicitée pour les opérations échappant à l'expertise, augmentant ainsi la charge mentale lorsque l'activité requiert un effort attentionnel soutenu.

Plusieurs facteurs aggravent la charge mentale : la responsabilité, l'incertitude, la pression temporelle, les interruptions de tâches, la densité d'informations, la complexité des procédures, ou encore la nécessité de gérer des tâches simultanées (Estryn-Behar & Fouillot, 1990 ; Martin & Gadbois, 2004 ; Albentosa & Darses, 2021).

Dans le contexte du travail soignant en EHPAD, la charge mentale s'y rattache particulièrement, en raison de la variabilité des situations rencontrées et du niveau élevé de responsabilité assumé par les équipes (Chenal et al., 2016). De nombreux facteurs contribuent à cette surcharge cognitive et psychique : contraintes temporelles, intensification de la charge de travail, exigences émotionnelles liées à l'accompagnement de la perte d'autonomie, ainsi que complexité des interactions professionnelles, qu'elles concernent les collègues, la hiérarchie, les résidents ou leurs proches. Les soignants sont fréquemment exposés à des situations génératrices d'anxiété, telles que les violences verbales ou physiques de certains résidents, la gestion des chutes, l'accompagnement en fin de vie, mais également les tensions avec les familles qui peuvent se manifester par des critiques récurrentes ou un contrôle excessif. À ces éléments s'ajoutent les contraintes organisationnelles et la nécessité de faire face à des imprévus médicaux, notamment lors des gardes de nuit ou des week-ends en l'absence d'encadrement infirmier. Dès lors, la notion de charge mentale permet de rendre compte de l'ensemble des risques invisibles ou immatériels pesant sur les professionnels exerçant en EHPAD.

Deux autres dimensions de la charge de travail peuvent être distinguées et méritent d'être précisées dans la mesure où elles entretiennent un lien étroit avec les spécificités du métier d'aide-soignante en EHPAD.

1.3. La charge psychique

Les travaux en ergonomie ont mis en évidence l'impact délétère de certaines conditions de travail sur la santé des travailleurs, en s'appuyant notamment sur l'identification de la charge mentale (surcharge cognitive) dans les activités réalisées sous contrainte temporelle (Gernet & Duarte, 2021). Initialement centrées sur le secteur industriel, ces recherches ont ensuite été étendues aux activités tertiaires, ouvrant la voie aux travaux en psychopathologie du travail.

Ces derniers ont révélé, en parallèle des problématiques liées à la charge physique, l'émergence de la notion de charge « psychique », puis de souffrance psychique ou mentale (Dejours & Gernet, 2016).

Conceptualisée par Dejours en 1980 sous l'appellation de charge psychique, elle a été requalifiée en souffrance psychique (Dejours, 1987). Pour cet auteur (Dejours, 1998), elle renvoie à une « souffrance éthique » pour les sujets parce qu'elle touche leurs valeurs morales. Au-delà des « processus de défense mis en place par les sujets, c'est bien le désir de reconnaissance qui les motive » (Dejours, 1998 ; Bénard, 2006). Selon Pierson (2011), la souffrance psychique s'installe lorsque la reconnaissance au travail est insuffisante, l'identité déstabilisée, l'estime de soi endommagée (Dejours, 2005). Le sentiment d'être méprisé, de ne pas bénéficier d'une estime sociale, joue ainsi un rôle majeur dans l'apparition d'une souffrance au travail. La souffrance psychique se manifeste à travers des comportements observables, notamment l'expression verbale, ainsi que par des perturbations neuroendocriniennes et immunologiques susceptibles de favoriser l'apparition de troubles psychiques ou psychosomatiques (Wisner, 1981).

1.4. La charge émotionnelle

Aujourd'hui, les émotions au travail sont reconnues non seulement comme des facteurs bénéfiques pour la réalisation de l'activité et l'amélioration des performances, mais également comme des ressources de régulation dans des situations difficiles ou contraignantes (Grosjean & Weerdt, 2005 ; Grosjean & Weerdt, 2010). Les émotions se définissent comme « des états affectifs qui ne sont pas à considérer comme un facteur marginal intervenant de temps en temps, mais bien comme constitutifs de toute activité qui se déploie, dans un flot constant et mouvant d'états émotionnels, qui orientent et impactent l'action, la relation et la réflexion. Ces états émotionnels sont eux-mêmes modifiés par l'activité déployée et le sens que les personnes construisent de la situation » (Cahour & Weerdt, 2016).

Les conséquences de ces émotions au travail peuvent générer une charge émotionnelle, définie comme « le fardeau, le poids des états subjectifs intenses vécus par une personne en raison de ses rôles, de ses missions ou de sa responsabilité envers des personnes ou des situations » (Hellemans, 2014, p. 90). La littérature souligne que la charge émotionnelle est fréquemment associée aux interactions interpersonnelles : tensions avec les usagers ou les collègues, isolement, manque d'entraide, échanges émotionnellement chargés (Gollac & Bodier, 2010 ; Lachance, 2006 ; Klein & Long, 2013). Elle est également exacerbée par l'exposition à des

formes d'agressivité, au contact avec des personnes en détresse, ou aux conflits hiérarchiques. Plus rarement, elle découle des conditions de travail elles-mêmes, indépendamment des relations interpersonnelles (Cahour, 2010 ; Cahour & Lancry, 2011). En effet, certaines activités apparemment peu interactives, telles que le travail manuel ou répétitif, peuvent aussi être sources de confort ou d'inconfort émotionnel selon les circonstances.

Cette charge peut provenir de deux sources principales : d'une part, la nature même du travail, d'autre part, les prescriptions organisationnelles (Weerdt & Baratta, 2016). Lorsque la charge émotionnelle est perçue comme intrinsèque au métier, les professionnels tendent à l'accepter comme une responsabilité individuelle à gérer, souvent sans soutien (Loriol, 2012). Pourtant, des dispositifs collectifs de prévention pourraient atténuer ces effets et préserver la santé des salariés (Weerdt & Baratta, 2016).

Dans le contexte du travail en EHPAD, la charge émotionnelle se manifeste notamment à travers les relations entretenues par les soignants avec les résidents et leurs proches, la reconnaissance du travail réalisé, la spécificité de l'activité au contact de personnes dépendantes et le sentiment d'agir en accord avec ses valeurs personnelles et de réaliser du travail de qualité (Chenal et al., 2016). La relation soignant-soigné peut également confronter les aides-soignantes à des situations émotionnellement éprouvantes : souffrance, fin de vie, demandes excessives des résidents ou de leurs proches (Vaysse, 1993). Lorsque les dispositifs institutionnels de soutien font défaut (groupes de parole, régulations collectives, soutien hiérarchique, etc.), la gestion de cette charge émotionnelle repose alors uniquement sur l'individu (Logeay, Villatte & Pichenot, 1992 ; Estry-Béhar, 1996).

2. L'approche ergonomique de la charge

Dans la continuité de la sous-partie précédente, qui a exploré les diverses dimensions de la charge de travail des aides-soignantes, cette section se focalise sur l'approche ergonomique du concept de charge de travail. Cette perspective permet de mieux comprendre les facteurs internes et externes qui influencent la charge vécue par les travailleurs, en s'appuyant sur des théories et méthodologies spécifiques à l'ergonomie. Nous verrons, dans un premier temps, comment ce concept a émergé dans la discipline ergonomique, avant de définir précisément ce qu'englobe la « charge de travail » en ergonomie (§ 2.1.). Ensuite, une attention particulière sera accordée à la manière dont cette charge est analysée à travers différentes dimensions, aussi bien physiques que cognitives ou organisationnelles (§ 2.2.). Enfin, la dernière section de cette

partie mettra en lumière les facteurs de surcharge et les risques associés à une gestion inadéquate de la charge de travail (§ 2.3.).

2.1. L'émergence du concept de la charge de travail en ergonomie

Dès les années 1960, l'ergonomie commence à s'intéresser de près à la « charge de travail », notamment à travers les travaux de Kalsbeek (1965), Leplat et Sperandio (1967) ainsi que Wisner (1974). Comme le soulignent Leplat et Cuny (1977, p.195), le terme de « charge de travail » est largement utilisé dans le domaine du travail : *« On le voit évoqué avec une grande fréquence dans les études relatives aux conditions de travail par les travailleurs eux-mêmes comme par divers spécialistes : physiologistes, médecins, ingénieurs »*. Cependant, en ergonomie, ce terme fait progressivement objet d'une conceptualisation spécifique, donnant lieu à une définition propre, distincte de ses usages plus courants dans d'autres disciplines.

Laussu (2017) s'est intéressé au lien entre l'ergonomie et la notion de « charge de travail » pour questionner la mobilisation du terme en ergonomie et de son évolution dans la discipline. La méthodologie déployée combine des approches quantitatives et qualitatives. Elle repose notamment sur le recensement et l'analyse de la fréquence d'apparition du terme « charge de travail » dans différents corpus scientifiques (titres de publications sur Google Scholar¹⁷, Service Universitaire de Documentation (SUDOC¹⁸), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), et annales des congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF)). L'analyse porte à la fois sur les occurrences dans les titres et, pour certaines années, dans le corps des textes, afin de saisir l'évolution chronologique et disciplinaire de l'usage de ce terme. Une attention particulière est portée aux annales des congrès de la SELF de 1963 à 2016 : d'une part, tous les titres des communications sont passés en revue pour identifier ceux contenant le terme ; d'autre part, certaines années font l'objet d'une analyse plus approfondie du corps des textes afin de mieux saisir les contextes d'utilisation.

L'analyse bibliométrique (Google Scholar, SUDOC, CNRS) montre tout d'abord une augmentation progressive de l'utilisation du terme depuis le 19^{ème} siècle, avec une diversification disciplinaire notable à partir des années 2000. Si l'ergonomie apparaît comme une discipline pionnière, notamment dans les années 1970, l'analyse révèle une prédominance croissante de la médecine, tant dans les articles scientifiques que dans les thèses. Cette

¹⁷ Google Scholar est un service de Google permettant la recherche d'articles et de publications scientifiques.

¹⁸ Le Service Universitaire de Documentation ou SUDOC est un catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche.

prédominance médicale reflète l'influence historique de la physiologie sur les premières conceptualisations de la charge de travail, avant que l'ergonomie ne s'en saisisse pour en proposer une lecture plus intégrative (Laussu, 2017).

L'analyse des annales des congrès de la SELF révèle l'émergence de déclinaisons du concept de charge de travail, telles que la « charge de travail mentale » et la « charge de travail physique », qui accompagnent l'évolution conceptuelle de l'ergonomie francophone et témoignent des débats internes à la discipline. Les ergonomes s'appuient notamment sur la définition proposée par Leplat et Cuny (1977) qui définissent la « charge de travail » comme le résultat de la mise en relation des exigences d'une tâche à un moment donné (contraintes) et des conséquences de cette tâche (astreintes) se répercutant sur l'organisme. Cette posture marque une rupture avec les conceptions médicales et physiologiques en refusant une objectivation stricte fondée sur des seules mesures biométriques. Elle permet également de dépasser l'opposition entre charge mentale et travail manuel, en affirmant leur coprésence dans toute activité (Laussu, 2017).

2.2. Définition de la charge de travail en ergonomie

Initialement perçue comme une simple « fatigue » par les travailleurs, la charge de travail est progressivement devenue un objet d'étude pour les chercheurs (Wisner, 2015). Selon Wisner (1974), l'analyse de la charge de travail requiert l'examen du contenu et de l'organisation de travail. Ce sont en effet des éléments qualitatifs (clarté des objectifs, enrichissement de l'activité, discussions autour des méthodes de production, capacité d'entraide) qui conditionnent la réalité de cette charge (Rousseau, 2017). Dans cette perspective, marquée par une prise de distance avec les principes tayloristes, il n'est pas surprenant que l'évaluation, plutôt que la mesure, s'impose comme modalité d'analyse. La mesure objective apparaît en effet hors de portée en raison de la complexité et du nombre de facteurs en jeu (Rousseau, 2017), et aucun indicateur unique ne peut ainsi rendre compte de l'ensemble des dimensions de la charge de travail, comme l'affirme également Leplat (1980, p. 44). Il est alors nécessaire de renoncer à l'illusion d'une approche simpliste fondée sur la mesure objective d'un facteur isolé (Rousseau, 2017).

En ergonomie, une distinction fondamentale est faite entre la *tâche*, c'est-à-dire le travail prescrit et la *charge de travail*. Selon Leplat (1980, p. 43), « les exigences du travail caractérisent la tâche (exigences temporelles, de qualité, de précision, etc.), alors que la charge caractérise certaines conséquences de ces exigences pour l'individu ». Autrement dit, la charge

est définie comme une conséquence de l'activité (Leplat et Cuny, 1977) : elle correspond aux *astreintes* résultant de l'exécution de la tâche et des *contraintes* qu'elle impose, telles que les objectifs à atteindre, les résultats attendus ou la qualité exigée (Falzon et Sauvagnac, 2004).

Les astreintes désignent ainsi les effets à court, moyen ou long terme que le travail peut produire sur l'état psychologique ou physique du travailleur (Sperandio, 1972). Falzon et Sauvagnac (2004) précisent que la notion d'astreinte dépend du degré de mobilisation requis de l'opérateur, qu'elle soit physique, cognitive ou psychique. L'astreinte résulte du couplage, par l'activité, entre les contraintes de la tâche et les ressources disponibles chez le sujet. Ce couplage mobilise notamment l'ensemble des modes opératoires accessibles, qu'ils soient internes (expérience, compétences, formation) ou externes (travail collectif, équipements mis à disposition, etc.).

Rocheffort et Guérin (2000) se demandent quant à eux si la charge est une condition ou une conséquence de l'activité de travail. Ils considèrent qu'elle est située dans le temps et qu'elle permet ainsi à l'individu d'anticiper sa charge future en la comparant à sa charge actuelle. L'anticipation peut notamment amorcer la mise en place de processus de régulation.

D'autres travaux, notamment ceux de Poete et Rousseau (2003), proposent de distinguer trois dimensions complémentaires de la charge de travail, dont l'importance respective se module en fonction des marges de manœuvre disponibles et des compromis adoptés par les opérateurs. Selon ces auteurs, la charge de travail peut être envisagée sous trois angles :

- La *charge prescrite* qui désigne l'ensemble des *contraintes* imposées au travailleur : elle renvoie aux exigences émanant des prescriptions, qu'elles soient quantitatives (volume de travail) ou qualitatives (niveau d'exigence en matière de qualité, de précision, de délais, etc.) ;
- La *charge réelle* ou *charge vécue* correspond aux *astreintes*, c'est-à-dire au « coût » que représente pour les opérateurs l'exécution de leur activité. Ce coût ne doit cependant pas être envisagé de manière exclusivement négative : dans la perspective développée par Clot (2008a), le travail constitue également une expression du « pouvoir d'agir » des individus, une source d'accomplissement et non uniquement de contrainte ;
- La *charge subjective* renvoie à l'évaluation personnelle que fait chaque travailleur de sa situation. Ce ressenti est influencé par plusieurs facteurs, notamment l'équilibre entre les contributions demandées et les rétributions obtenues, la reconnaissance du travail accompli, ainsi que la perception de l'utilité ou de la « beauté » du travail réalisé.

Ces trois dimensions de la charge ne sont pas indépendantes : elles s'articulent selon les alternatives d'action et les compromis que les travailleurs peuvent mettre en œuvre pour ajuster leur activité aux prescriptions et à la variabilité des situations concrètes (Cazabat, Barthe & Cascino, 2008). Ce processus de régulation, qui peut être individuel ou collectif, permet de mieux comprendre les écarts observés entre tâche prescrite et activité réelle.

Les outils d'évaluation des mesures physiologiques et subjectives permettent d'appréhender certains aspects essentiels de la charge de travail, notamment la charge mentale, mais leur approche reste partielle et fragmentée (Theureau, 2002). En réalité, la compréhension de la charge de travail requiert une perspective élargie, intégrant la complexité de l'activité au sein d'un environnement dynamique (Fournier et al., 2013). Or, cet environnement est souvent insuffisamment pris en compte dans les méthodes d'évaluation existantes. Par exemple, un diagnostic peut révéler un manque de temps pour accomplir une tâche, mais ce constat ne renseigne pas sur ses causes réelles : celles-ci peuvent tenir autant à une surcharge d'activité qu'à l'inefficacité des outils, à l'absence de soutien ou à d'autres contraintes organisationnelles (Fournier et al., 2013).

2.3. Facteurs de charge et surcharge de travail

Dans l'analyse ergonomique du travail, l'identification des facteurs de charge permet de comprendre les sources de pénibilité et d'épuisement professionnel. Ces facteurs, principalement issus de la sphère professionnelle, relèvent d'une approche centrée sur l'activité réelle et constituent des cibles d'action pour les interventions ergonomiques. Selon Albentosa et Darses (2021, p. 477), quatre grands types de facteurs de charge peuvent être distingués :

- *Les exigences physiques et physiologiques* : station debout prolongée, manutention de personnes, port de charges lourdes, mouvements répétitifs, déplacements fréquents, postures inconfortables pour la réalisation des soins, exposition aux risques infectieux, exposition à la violence, manipulation de produits chimiques irritants ;
- *Les exigences cognitives* : pression temporelle, densité des informations à traiter, complexité des procédures, gestion de tâches séquentielles ou parallèles, efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, responsabilité liée à la prise de décision, incertitude dans les situations de travail, interruptions fréquentes des tâches, gestion simultanée de multiples tâches, variabilité des situations rencontrées ;

- *Les exigences psychosociales (émotionnelles et relationnelles)* : gestion quotidienne des émotions, gestion des interactions entre collègues, hiérarchie, usagers ou tiers, pressions psychologiques liées à l'obéissance aux ordres hiérarchiques, conflits interpersonnels entre collègues, avec les résidents ou leurs familles, gestion de la souffrance (des résidents en fin de vie par exemple), affrontement de comportements agressifs (violences verbales ou physiques), absence ou insuffisance de reconnaissance au travail ;
- *Les exigences organisationnelles* : déficience ou inadaptation des matériels, sous-effectifs structurels (pénurie durable de personnel), intensification de la charge de travail, contraintes organisationnelles (plannings serrés, équipes surchargées), absence de dispositifs institutionnels de soutien, forte variabilité organisationnelle (changements imprévus, manque de continuité), manque de formation ou de développement des compétences.

Les facteurs de charge de travail peuvent entraîner une surcharge lorsqu'ils excèdent les ressources disponibles de l'individu pour y faire face (Albentosa et al., 2017). Ce déséquilibre, où les exigences dépassent les capacités d'adaptation, se traduit par une augmentation de la charge de travail et une dégradation progressive des performances (Meister, 1976 ; Falzon et Sauvagnac, 2004). La surcharge représente ainsi un coût excessif de la réponse adaptative nécessaire pour maintenir la performance, avec des répercussions sur la santé physique, psychologique ou psychique, ainsi que sur l'efficacité productive (Albentosa et Darses, 2021). Une surcharge peut aussi être ponctuelle et sans impact durable, par exemple en cas de pression temporelle en fin de projet ou lors de l'apprentissage de nouvelles procédures. Mais dans certains contextes professionnels sensibles, comme le pilotage ou la supervision de systèmes à risques, même une surcharge temporaire peut entraîner des accidents graves. À plus long terme, l'absence de soutien ou de ressources adaptées peut faire évoluer la surcharge en un stress chronique, entraînant des effets néfastes sur la santé des travailleurs et leur performance (Falzon & Sauvagnac, 2004).

Pour tenter de préserver une performance satisfaisante, l'individu mobilise diverses stratégies d'adaptation (Albentosa & Darses, 2021) : modification des modes opératoires, arbitrages entre priorités, report de certaines tâches, etc. Toutefois, si la surcharge persiste ou s'intensifie, elle peut atteindre un point critique où l'individu n'est plus en mesure de répondre efficacement aux exigences.

3. Activité, régulation et charge de travail

Après avoir exploré les différentes facettes de la charge de travail, il est essentiel d'aborder les processus de régulation permettant aux travailleurs de pouvoir la gérer. Dans cette section, nous nous intéresserons donc aux modèles de régulation de la charge de travail pour mieux comprendre les dynamiques complexes sous-jacentes à l'activité professionnelle. Nous commencerons par la notion d'activité afin d'examiner la tension entre la tâche prescrite et l'activité réelle (§ 3.1). Puis, nous étudierons le modèle du schéma à « cinq carrés », qui offre une vision systémique des régulations dans les situations de travail (§ 3.2), avant d'aborder la variabilité et son impact sur l'organisation du travail et les comportements des opérateurs (§ 3.3). Nous explorerons ensuite le processus de régulation, en définissant les stratégies utilisées par les opérateurs pour s'ajuster aux exigences de la tâche tout en préservant leur bien-être (§ 3.4). Enfin, nous analyserons le modèle de Sperandio (1972), qui décrit la régulation de la charge de travail sous trois axes (cognitif, émotionnel et physiologique) et montre comment leur interaction aide les travailleurs à répondre aux exigences de leurs tâches tout en préservant leur bien-être (§ 3.5).

3.1. Définition de l'activité

Pour Hubault (1995), l'ergonomie prend racine dans une discontinuité fondamentale entre ce qui est prescrit à l'humain, la tâche, et ce que sa réalisation lui demande effectivement, l'activité. Cette discontinuité repose sur un conflit de logiques (Hubault, 1992), et il apparaît que la compétence de l'opérateur consiste à gérer ce conflit en élaborant, à travers son activité, les compromis nécessaires. L'activité ainsi déployée constitue une création : elle témoigne d'un processus d'émergence de solutions qui, sans jamais résoudre définitivement le problème posé, permettent de le gérer dans une forme contingente, changeante et historique. Le comportement de l'opérateur est ainsi le symptôme de ce problème permanent, que les exigences de performance ne cessent de lui poser. Il distingue ainsi trois notions : la tâche, l'activité et le comportement, qui selon lui relèvent de trois niveaux différents de description. Il postule que la différence entre le « prescrit » et le « réel » désigne un écart à reconnaître, une discontinuité de principe (en cela irréductible) du modèle et de la réalité en général, de la tâche et de l'activité en particulier.

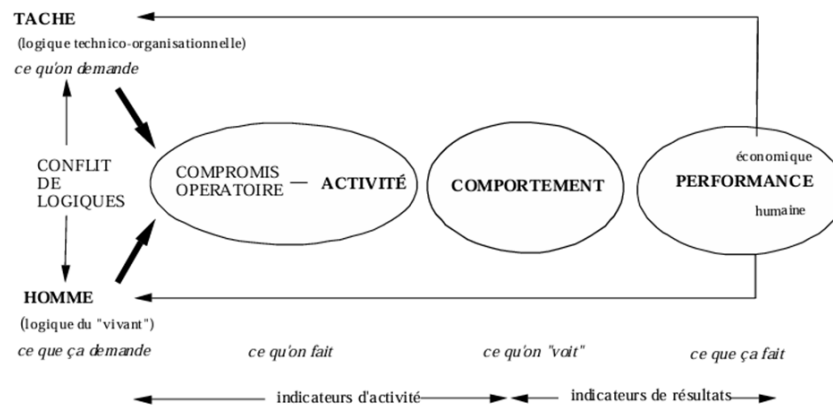


Figure 3. Le conflit de logiques qui définit la relation entre tâche, activité, comportement et performance (Hubault, 1992)

La figure 3 ci-dessus illustre que l'activité résulte de l'interaction entre l'humain et la tâche : elle marque le passage de la tâche prescrite à la tâche réellement réalisée (Lancry, 2016). Autrement dit, l'activité réelle de travail résulte d'un compromis entre deux logiques : d'une part, la logique technico-organisationnelle ; d'autre part, la logique propre au vivant. Ce compromis s'établit entre le coût estimé de l'engagement dans la réalisation des tâches, tel qu'évalué par l'agent lui-même, et le coût estimé par le donneur d'ordres. Il influence directement les comportements au travail et, par conséquent, la performance, laquelle fait, elle aussi, l'objet d'évaluations croisées par les deux parties, donnant lieu, le cas échéant, à des ajustements en rétroaction.

Selon Hubault (1995, p. 3), l'ergonomie identifie un écart entre la tâche prescrite, « ce qu'on demande », et l'activité réelle, « ce que ça demande ». Cet écart est vu comme le résultat d'une méconnaissance des spécificités humaines, que l'analyse ergonomique doit révéler pour en tirer de nouvelles prescriptions plus adaptées. Le travailleur engage toute « l'épaisseur » de son activité pour compléter le vide laissé par le modèle théorique du travail dans le réel (Guérin, Pueyo, Béguin, Garrigou, Hubault, Maline & Morlet, 2021). Le terme « activité » désigne ce qui est mis en jeu par l'opérateur pour exécuter ces prescriptions et remplir ses obligations (Leplat, 1997).

D'autres auteurs insistent sur ses dimensions invisibles et subjectives. Weill-Fassina et Rabardel (2011) précisent en disant que « L'activité apparaît comme un comportement qui se manifeste par des actions observables (gestuelle, regards, verbalisations). Ce comportement résulte de représentations, de stratégies, de prises et traitements d'informations, de décisions, d'habiletés, de choix, de valeurs ; autant d'activités mentales sous-jacentes au comportement,

non observables directement qui se développent avec l'expérience professionnelle et permettent d'induire les compétences effectives des opérateurs ».

Rogalski (2008, p.6) définit aussi l'activité en dehors du cadre de l'observable ou ce qui n'est pas forcément visible : « L'activité est ce que développe un sujet lors de la réalisation de la tâche : non seulement ses actes extériorisés, mais aussi les inférences, les hypothèses qu'il fait, les décisions qu'il prend, dans ce qu'il fait et ce qu'il se retient de faire ; l'activité comprend aussi la manière dont le sujet gère son temps, et également son état personnel, en termes de charge de travail, de fatigue, de stress, et aussi de plaisir pris au travail, ainsi que ses interactions avec autrui dans la situation de travail ». Un travailleur compétent composé de ses propres conceptualisations, de ses ressources, et de ce que à quoi il tient (ses valeurs), engage sa propre compréhension et sa sensibilité (Béguin, 2010).

L'analyse de l'activité est donc essentielle pour relier prescrit et réel, en proposant une autre manière de concevoir la tâche, à la fois dans sa nature et dans ses effets pratiques. Ainsi, le point de vue de l'activité ne cherche pas à contourner la prescription mais à la transformer en intégrant la variabilité humaine, en inscrivant l'activité réelle comme ressource de conception. L'ergonomie vise à penser et à pratiquer autrement la prescription, participant ainsi à un dépassement du taylorisme par l'élaboration de nouvelles organisations qui reconnaissent au travail un rôle central (Hubault, 1995).

3.2. Le schéma à « cinq carrés »

Le schéma dit « à cinq carrés », élaboré à partir de 1978 par De Terssac, Christol, Quéinnec et Dorel, prolonge et enrichit le modèle de Leplat et Cuny (1977). Alors que ce dernier adoptait une approche psychologique centrée sur l'analyse de l'activité individuelle, le schéma à cinq carrés introduit une perspective ergonomique visant à comprendre l'activité pour mieux transformer les situations de travail. Il permet d'articuler deux logiques souvent séparées : la protection de la santé des travailleurs et la recherche de performance des organisations.

Le schéma ci-après (cf. figure 4) structure la situation de travail selon deux entrées :

- Sur la ligne supérieure, sont placés en entrée les éléments prescrits du travail (« *Situation de travail* ») : les objectifs à atteindre, les tâches prescrites, les méthodes de travail prévues et l'environnement technique et organisationnel. Ces déterminants orientent et cadrent explicitement l'activité. En sortie de cette ligne, on trouve les résultats en termes de production (« *Résultats pour l'entreprise* »), évalués

par des critères de performance, de quantité, de qualité, de respect des délais et de maîtrise des coûts.

- En parallèle, sur la ligne inférieure figure l'individu (« *Opérateurs conditions internes* ») en situation de travail. À l'entrée, sont intégrées ses caractéristiques biologiques, psychologiques et psychosociales ainsi que les dimensions collectives du travail (coopération, appartenances collectives). À l'issue de cette ligne sont pris en compte les effets sur la santé, individuels et collectifs, ainsi que leur évolution dans le temps.

Les deux lignes décrites sont interconnectées par plusieurs boucles de régulation. La première (*flèche 1*) correspond à la manière dont l'individu élabore une représentation de la tâche effective, distincte de la tâche prescrite, en fonction de ses ressources et des contraintes extérieures, influençant ainsi ses choix de modes opératoires. La seconde (*flèche 2*) renvoie à une adaptation de ces modes opératoires pour gérer les effets ressentis sur la charge de travail. La troisième (*flèche 3*) traduit un ajustement des modes opératoires fondé sur l'écart entre les résultats obtenus et la performance attendue. Lorsque ces régulations internes ne suffisent plus et que l'opérateur atteint ses limites, l'organisation doit intervenir en modifiant soit les conditions externes (*flèche 4*), soit les conditions internes par le développement des compétences, par exemple via la formation (*flèche 5*).

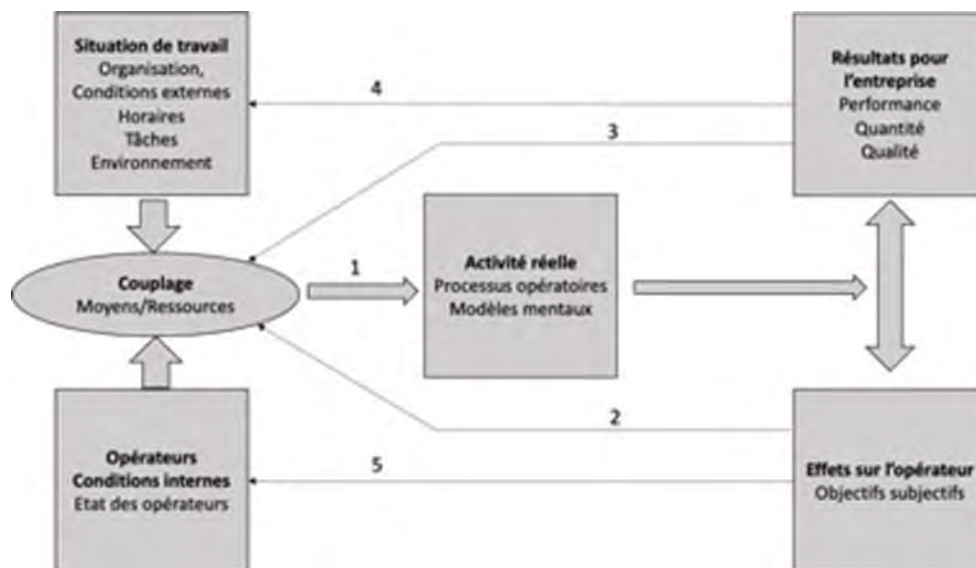


Figure 4. « Le schéma à 5 carré » inspiré de Leplat & Cuny (1977) et enrichi par De Terssac et Christol (1978), qui ont mis en évidence les relations entre les éléments du système (cité par Jansou et al., 2024, p.43)

Ainsi, ce schéma modélise de manière dynamique les interactions complexes entre l'activité prescrite, l'activité effective, la santé des opérateurs et la performance de l'organisation. Il offre

une représentation systémique qui permet de penser simultanément les enjeux de performance et de santé au travail, tout en rendant compte de la capacité des individus à réguler leur activité face aux contraintes rencontrées.

3.3. Activité et variabilités

L'organisation du travail repose le plus souvent sur une vision déterministe du travail humain, fondée sur une rationalité uniforme appliquée à l'ensemble des postes, visant une maîtrise totale des paramètres : le temps, les quantités, la qualité, les hommes ou les femmes eux-mêmes sont des données supportées ou souhaitées, totalement déterminées ou déterminables (Noulin, 2002). Or, toutes ces situations de travail sont marquées par la variété et la variation tant du système technique et organisationnel que des individus. Si la production, le service, le soin sont réalisés malgré tout, c'est que cette variabilité est gérée par les hommes et les femmes qui assurent le fonctionnement des systèmes, avec plus ou moins de succès et d'efficacité selon les moyens dont ils disposent.

Dans les situations de travail, plusieurs formes de variabilités n'ont pas été anticipées lors de la conception des dispositifs techniques ou de l'organisation du travail (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg & Kerguelen, 1997).

Ces variabilités prennent plusieurs formes (Garrigou, Peeters, Jackson, Sagory et Carballada, 2004) :

- *Les variabilités organisationnelles* désignent les changements ou instabilités affectant la structure du travail en elle-même. Elles peuvent provenir de l'absentéisme (maladie, formation, délégation syndicale, etc.), des fluctuations dans la composition des équipes (nouveaux embauchés, intérimaires), de la variation des horaires ou des charges de travail selon les périodes. Ces instabilités obligent les collectifs de travail à se reconfigurer en permanence, mobilisant des compétences individuelles et collectives souvent mises à l'épreuve ;
- *Les variabilités contextuelles* concernent les outils, les matériaux, les objets du travail et les conditions techniques ou organisationnelles dans lesquelles l'activité se déploie. Il peut s'agir d'un outil qui casse, d'une machine qui se dérègle, d'un dossier incomplet, d'un délai trop court, ou encore d'un manque d'informations pertinentes. Cette variabilité comprend également les aléas liés à la matière elle-même – une pâte de chocolat qui colle, un ciment qui sèche trop vite, une matière première sensible à l'humidité – ainsi qu'aux effets de l'usure ou d'environnements agressifs qui altèrent la

fiabilité des équipements (Laville & Teiger, 1972 ; Wisner, 1989). Dans les services, cette variabilité peut se traduire par la fluctuation de la file d'attente, la diversité des profils des usagers, la complexité des dossiers ou formulaires, ou encore les incompréhensions génératrices de tensions ;

- *Les variabilités interindividuelles* désignent les différences entre individus confrontés à une même tâche. Ces différences peuvent être d'ordre anthropométrique (taille, poids, force), mais aussi liées à l'âge, au sexe, à l'expérience, à la formation, au parcours professionnel ou encore aux représentations du travail. Elles influencent la manière dont les tâches sont réalisées, les décisions prises, les compromis acceptés et les modes de coopération adoptés. Il est ainsi illusoire de considérer que deux opérateurs exécuteront une tâche identique de manière parfaitement équivalente.
- *Les variabilités intra-individuelles* renvoient aux fluctuations, chez une même personne, de son fonctionnement psychophysiologique au cours du temps. Ces variations peuvent dépendre de la fatigue accumulée, des cycles de sommeil, du niveau de vigilance, de la charge mentale ou encore des rythmes biologiques. Elles influencent directement la qualité et la sécurité de l'activité réalisée. L'exemple suivant montre comment dans un service pédiatrique, les infirmiers et auxiliaires de puériculture adaptent leur organisation lors des longues nuits de travail (11h30) en modifiant les soins vers 2 heures du matin : certaines tâches secondaires sont reportées et des techniques d'alimentation sont ajustées pour préserver le sommeil des bébés mais aussi pour permettre aux soignants de se reposer avant la phase de soins finale, jugée la plus éprouvante (Barthe & Quéinnec, 2005).

En définitive, comme le rappellent Efros, Lemaître et Belliès (2015), le concept d'activité en ergonomie peut être défini comme « l'ensemble des régulations mises en place en réponse à la variabilité de la situation réelle confrontée à la variabilité de l'individu ». Il n'existe pas de situation de travail identique, car les formes de variabilité apportent sans cesse leur lot d'incertitudes à gérer. Ces régulations elles-mêmes deviennent de nouveaux foyers potentiels d'écarts et de risques. Ainsi, les notions d'« homme moyen », de « normalité » ou d'« interchangeabilité » apparaissent comme biologiquement et socialement inconsistantes. Travailler, c'est toujours composer avec de l'imprévu, dans un espace d'arbitrages et de compromis, loin d'une exécution linéaire et stable des prescriptions.

3.4. Processus de régulation

3.4.1. Définitions générales de la régulation

L'opérateur régule son activité pour éviter les répercussions négatives de l'activité et répondre aux objectifs de la tâche (Falzon, 2004). Ces régulations peuvent être considérées comme des stratégies qui peuvent avoir pour buts de répondre à des exigences de production mais également de réduire les risques d'accidents, d'incidents, d'erreurs puis de protéger la santé des opérateurs.

Gonon (2003) propose de définir la régulation comme un processus visant à retrouver un équilibre entre les ressources de l'individu, notamment cognitives, physiques et psychiques, et les caractéristiques de l'environnement de travail. S'inscrivant dans une conception plus large de l'adaptation, ces régulations du comportement viseraient l'amélioration de l'équilibre entre l'être vivant et son milieu en tant que réponse à une perturbation (Piaget, 1977), c'est-à-dire le maintien de l'activité à un niveau satisfaisant pour le travailleur et pour l'organisation (Faverge, 1972). Ce processus de régulation s'inscrit notamment dans la notion d'autonomie, définie « comme la capacité de produire ou de choisir ses propres règles, donc comme la capacité de choisir ses propres modes d'action » (de Terssac & Maggi, 1996, p. 249).

3.4.2. Les typologies de régulation

Pour mieux comprendre la diversité des mécanismes de régulation, Gonon (2003) distingue trois niveaux principaux : les régulations organisationnelles, collectives et individuelles :

- Les *régulations organisationnelles* concernent le niveau de la tâche prescrite. Elles impliquent des changements formels qui peuvent aller d'une modification partielle (buts et moyens en partie comparables) à un changement total (buts et moyens fondamentalement différents). Trois formes principales peuvent être identifiées :
 - La régulation par réaménagement, correspondant à une adaptation du poste de travail au sein du service d'origine, entraînant un changement partiel de la tâche prescrite ;
 - La régulation par réaffectation, impliquant un changement de poste au sein du même service ou dans un autre, avec ou sans modification importante de la tâche ;
 - La régulation par reclassement, correspondant à l'exercice d'une autre profession et entraînant un changement total de la tâche prescrite. Elle peut prendre plusieurs

formes : changement de profession, adaptation des tâches au poste de travail, formation et reconversion professionnelle, réduction de la charge de travail.

- Les *régulations collectives* : il y a activité collective dès lors qu'existe, à un moment donné, un partage des buts ou des interférences entre les buts de plusieurs employés (Barthe & Quéinnec, 1999). Dans cette perspective, Barthe (2000) distingue deux processus de régulation collective : d'une part, un processus visant à équilibrer la charge de travail, par exemple à travers la répartition des tâches en début de poste ou par l'apport d'aides ponctuelles en cours de travail, processus qui requiert une connaissance des besoins des autres membres de l'équipe ; d'autre part, un processus de confrontation et d'intégration des différents points de vue, afin d'aboutir à des prises de décision plus fiables. Un autre aspect important de la régulation collective tient à son caractère informel. Elle renvoie ainsi à l'idée d'une « organisation clandestine » du travail, construite par des négociations collectives informelles (de Terssac, 1992). Dans cette optique, la régulation collective peut être envisagée comme une redéfinition des tâches non formalisées par l'organisation. Deux principaux types de régulation collective peuvent être identifiés : la répartition des tâches et l'aide ponctuelle.
- Les *régulations individuelles* : la régulation individuelle peut être envisagée selon deux axes principaux : d'une part, la redéfinition de la tâche, impliquant des changements de buts et/ou de moyens sans mobilisation collective ; d'autre part l'adaptation des méthodes de travail, nécessitant la mise en œuvre de compétences internes acquises par l'expérience.

Il existe deux types de régulation définies par De Terssac et Lompré (1996) :

- Les « régulations froides » (prescrit, formel) où les règles sont discutées et modifiées en dehors du lieu de l'action, dans un espace et un temps formalisés. Il s'agit d'une discussion collective et impliquant plusieurs acteurs, où les règles de l'organisation supportent « l'épreuve de la délibération collective, entre pairs et/ou avec la hiérarchie » (Bourgeois & Hubault, 2013, p. 93). Elle peut contribuer à modifier des règles de contrôle existantes ou à produire de nouvelles règles plus adaptées à la réalité des situations de travail (Rocha, 2014 ; Chadoin, 2019).
- Les « régulations chaudes » (activité, le vivant) qui sont mises en œuvre pendant l'activité de travail pour faire face aux événements non ou mal prévus par les règles formelles. Ces régulations répondent à une logique d'usage, à un compromis provisoire

établi par les acteurs à partir des contraintes et des ressources dont ils disposent pour réaliser leur tâche.

Leplat (2006) évoque également les « métarégulations » qui peuvent s'opérer sur les conditions externes et internes de l'activité, à savoir que l'opérateur peut modifier la tâche (buts et conditions) ou/et ses propres caractéristiques de fonctionnement et ses finalités. Il y a deux manières de modifier ses conditions internes :

- Par la modification des caractéristiques de fonctionnement, l'opérateur peut influencer sur ses propres compétences, faire des actions de formation, réduire ses attentes vis-à-vis de la qualité et de ses valeurs professionnelles ;
- Par la modification des finalités, l'opérateur peut abaisser son niveau d'exigence vis-à-vis de sa santé, de sa sécurité ou de son confort, en acceptant par exemple des horaires de travail inconfortables.

Enfin, il importe de souligner que les régulations, bien qu'essentielles à l'ajustement du travail réel, ne sont pas sans coût pour les opérateurs. Ces régulations, ainsi que les règles effectives qui en ressortent, sont souvent exigeantes pour les opérateurs car elles ne sont pas toujours connues, voire acceptées, par le dispositif prescripteur. Van Harrison (1978) défend que l'ajustement entre l'agent et la tâche peut être utilisé pour définir la contrainte de travail (job stress). « Un travail engendre la contrainte dans la mesure où il ne fournit pas ce qu'il faut pour satisfaire les attentes de l'individu, et dans la mesure où les habiletés de l'individu sont inférieures aux exigences du travail (...). Dans les deux cas, les besoins et les valeurs de l'individu ne seront pas satisfaits par les apports de l'environnement de travail » (Van Harrison, dans Leplat, 2008, p.178).

3.5. Le modèle de la régulation de la charge de travail de Sperandio

Selon Sperandio (1972), l'opérateur de régulation agit comme un système de régulation entre le travail prescrit et le travail effectivement réalisé. Il distingue deux niveaux de régulation qui ont pour objectif de permettre la continuation de la tâche en cours, sans dégradation, ni surcharge. Le premier niveau vise l'adaptation des processus opératoires par le choix des modes opératoires les plus économiques pour maintenir la charge de travail à un niveau compatible avec la capacité de travail momentanée. Cette adaptation a néanmoins des effets limités. Le second niveau intervient alors lorsque cette première adaptation est insuffisante, et vise à limiter directement le niveau d'exigence de la tâche.

Toutefois, la plupart des recherches sur la charge de travail tendent à négliger ces processus de régulation, se focalisant principalement sur l'évaluation de la charge imposée, sans considérer la modulation opérée par l'ajustement des modes opératoires. Sperandio (1972) souligne ainsi l'importance de relier la capacité de travail à l'efficacité des processus opératoires utilisés, montrant que les erreurs ne découlent pas uniquement de l'augmentation des exigences mais surtout de l'impossibilité de réguler efficacement l'activité. Par ailleurs, la variabilité des stratégies de régulation dépasse la simple modulation de la cadence, incluant des changements dans la structuration même des opérations. En parallèle, les modèles théoriques du stress, notamment celui de Lazarus et Folkman (1984), offrent des éléments conceptuels complémentaires en distinguant les stressseurs¹⁹, l'état de stress, le stress perçu, les stratégies de coping²⁰ et les effets sur la santé, dimensions qui trouvent un écho dans l'approche ergonomique de la charge de travail à travers la charge prescrite, la charge réelle et la charge subjective (Poete & Rousseau, 2003). Ces rapprochements permettent de mieux saisir comment les processus de régulation mis en œuvre par les opérateurs traduisent des compromis adaptatifs face aux exigences variables de l'activité réelle.

Dès 1972, Sperandio souligne dans son modèle de la charge de travail et des modes opératoires (*cf.* figure 5 ci-après) l'existence de la relation à double sens entre ces dimensions. D'une part, la charge de travail résulte de la mise en œuvre d'un mode opératoire, illustrant le lien entre contraintes et astreintes. D'autre part, l'augmentation de la charge de travail peut entraîner une modification du mode opératoire utilisé. Le modèle présenté en figure 5 considère que l'opérateur dispose d'une palette de modes opératoires parmi laquelle il peut choisir. Lorsque le niveau d'exigence d'une tâche est faible, l'opérateur privilégie un mode opératoire qui est peu économique mais qui permet de répondre à un plus grand nombre de critères. À mesure que le niveau d'exigence augmente, l'astreinte augmente jusqu'à atteindre un seuil qui incite l'opérateur à adopter un mode opératoire plus économique, réduisant ainsi l'astreinte (effets à court, moyen, ou long terme que le travail peut produire sur l'état psychologique ou physique du travailleur). Ce processus peut se répéter dans le cas les contraintes continuent d'augmenter.

¹⁹ Les stressseurs (ou facteurs de stress) sont des éléments ou situations susceptibles de provoquer du stress chez un individu. En psychologie du travail par exemple, on parle de stressseurs pour désigner les causes objectives du stress, par opposition aux réponses individuelles (physiologiques, émotionnelles ou comportementales) à ces causes.

²⁰ Les stratégies de coping (ou stratégies d'adaptation) sont les réponses cognitives, émotionnelles ou comportementales qu'un individu met en œuvre pour faire face à une situation perçue comme stressante. Le terme vient de l'anglais *to cope with*, qui signifie "faire face à", "s'adapter à", ou "gérer". Ce concept est central en psychologie du stress, notamment dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984), qui considère que le stress résulte d'un déséquilibre entre les exigences de la situation et les ressources perçues de l'individu.

Ce mécanisme illustre que les ressources disponibles, représentées par la palette des modes opératoires (m01, m02, m03, m04), influencent directement l'astreinte. Les processus de régulation se mettent en place pour faire face à l'augmentation de la charge de travail (pression temporelle, résolution d'incidents, manque de moyens matériels et humains) et permettent de concilier instantanément dans l'activité les différentes logiques à suivre (logique des tâches et des individus). Ce processus montre qu'il n'existe pas de relation directe entre contrainte et astreinte : celle-ci est médiée par les ressources mobilisées dans l'activité. Toutefois, les possibilités de régulation demeurent limitées.

Lorsque ces modes opératoires disponibles sont épuisés, il est impossible pour l'opérateur de réduire l'astreinte en modifiant uniquement la manière de réaliser la tâche. Dans ce cas, une seconde boucle de régulation intervient et va porter sur les exigences de la tâche. Sperandio (1972) illustre ce phénomène dans le contexte du contrôle du trafic aérien, à savoir que passé une certaine densité de trafic, il est nécessaire d'agir en amont, par exemple en fermant l'accès à la zone. L'objectif est d'assurer la tâche sans compromettre la sécurité des vols, impliquant également de prévenir la surcharge chez l'opérateur. L'atteinte de cet objectif nécessite parfois de renoncer à certaines exigences comme celle de la fluidité du trafic aérien.

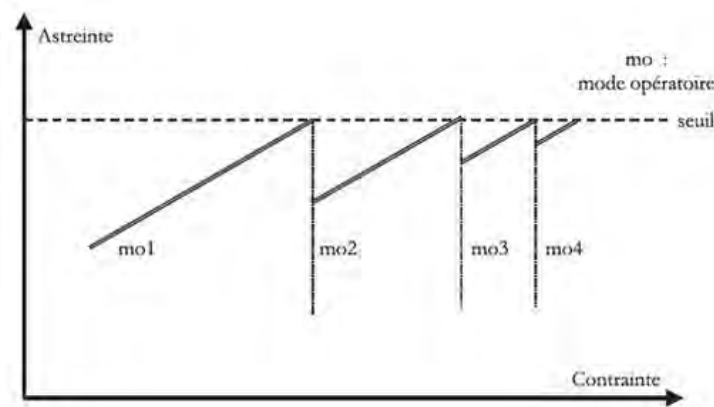


Figure 5. Modélisation de la régulation des modes opératoires en fonction de l'astreinte (Sperandio, 1972)

La figure 5 ci-dessus illustre les éléments suivants :

- L'axe horizontal (en abscisse) représente la *contrainte* liée à la tâche. En avançant vers la droite, la contrainte augmente : il peut s'agir par exemple d'une charge de travail plus lourde, d'une pression temporelle plus forte, ou d'une complexification de l'activité.
- L'axe vertical (en ordonnée) représente l'*astreinte* supportée par l'opérateur, c'est-à-dire l'effort perçu ou la pression subie dans la réalisation de l'activité.

- *La ligne en pointillé* qui traverse le graphique représente un *seuil critique d'astreinte*. Lorsque l'astreinte perçue approche ou dépasse ce seuil, elle devient difficilement supportable pour l'opérateur, nécessitant l'adaptation de son mode opératoire.
- *Les segments diagonaux* illustrent l'augmentation progressive de l'astreinte en fonction de l'augmentation des contraintes pour un *mode opératoire* donné (noté mo1, mo2, mo3, etc.). Chaque segment correspond à un mode opératoire spécifique utilisé tant que l'astreinte reste en dessous du seuil critique. Lorsqu'une diagonale atteint le seuil d'astreinte, un *changement de mode opératoire* est déclenché : l'opérateur sélectionne une autre manière de faire (plus économique en effort) pour continuer l'activité tout en maintenant l'astreinte sous contrôle. Cela est symbolisé par le passage d'un segment à un autre (mo1 à mo2).

Ainsi, le schéma illustre comment, face à l'augmentation des contraintes, l'opérateur ajuste ses modes opératoires pour réguler son astreinte et prévenir la surcharge. L'intérêt de ce modèle pour notre recherche réside dans sa capacité à identifier et présenter la palette de modes opératoires mis en œuvre par les aides-soignantes pour faire face à l'augmentation progressive de leur charge de travail. Il permet également de comprendre à quel moment ces ajustements ne suffisent plus à contenir l'astreinte en modifiant uniquement la manière de réaliser la tâche. La seconde boucle de régulation s'enclenche alors, contraignant les aides-soignantes à modifier les exigences de la tâche, voire à devoir renoncer à certaines de leurs exigences personnelles en matière de qualité des soins et de l'accompagnement des résidents.

4. Les différentes formes de régulation de la charge en fonction des contraintes

Dans la section précédente, nous avons présenté le modèle de régulation de la charge de travail, en montrant que les opérateurs mobilisent différents modes opératoires en fonction du niveau de charge ressenti. Dans cette continuité, nous nous intéressons ici aux diverses formes que peuvent prendre ces modes opératoires selon l'intensité de la charge de travail. Plus précisément, l'objectif est de pouvoir évaluer la nature des modes opératoires en œuvre dans l'activité. Certains concepts, tels que les compromis et les arbitrages, offrent un cadre pour décrire les prises de décision successives. Cette section vise ainsi à affiner la compréhension des processus de régulation dans l'équilibre entre les contraintes et les astreintes.

Ainsi, nous étudierons dans un premier temps le concept de compromis en ergonomie, qui met en lumière les ajustements réalisés par les opérateurs face à des exigences contradictoires (§4.1), puis nous aborderons les arbitrages et dilemmes auxquels les professionnels sont

confrontés face à des injonctions contradictoires, souvent dans un contexte de décisions informelles (§4.2).

4.1. Compromis face aux exigences de la situation de travail

4.1.1. Le concept de compromis en ergonomie

De nombreux travaux montrent que, face à des exigences contradictoires, les opérateurs adoptent de nouveaux modes opératoires permettant d'élaborer un compromis visant à satisfaire au mieux l'ensemble des exigences de la situation de travail (Faverge, 1970, Leplat, 2008). Dans cette perspective, Daniellou (2009) souligne l'enjeu central de l'ergonomie qui est de comprendre les régulations élaborées par les opérateurs à partir de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et celle de la tâche : *« Pour l'ergonomie c'est bien l'interaction entre la personne et la situation de travail qu'il faut analyser pour comprendre les troubles de la santé mentale ou les conflits. (...) Elle considère que la confrontation, entre les caractéristiques des opérateurs et celles des tâches, conduit à l'élaboration d'un compromis entre leurs exigences respectives. C'est de ce compromis, en permanence réajusté, qu'émerge le travail réel, l'activité de travail... et par la suite les résultats de ce travail. Lorsque l'élaboration de ce compromis ne trouve pas de point d'équilibre alors les résultats vont être dégradés. L'échec de la régulation (de la mise en place d'un compromis tenable, équilibré) se traduit par des effets délétères sur les résultats attendus du travail et/ou sur l'opérateur »*. Ainsi, les compromis constituent un mécanisme fondamental de régulation, permettant de répondre aux attentes productives tout en trouvant un équilibre qui soit satisfaisant, du moins momentanément (Daniellou, 2009, Weill-Fassina & Rabardel, 2010). Gaudard et Weill-Fassina, (1999) insistent à cet égard sur le fait que ces régulations s'inscrivent dans les marges de manœuvre plus ou moins étendues octroyées par l'organisation. Selon les autrices, les compromis opérés intègrent trois dimensions essentielles : l'efficacité productive, la préservation de la santé et la reconnaissance au sein du collectif de travail.

Dans le cadre des théories de l'activité, Leplat (2006) définit le compromis comme une solution élaborée par un opérateur lorsqu'il est confronté à plusieurs buts contradictoires qu'il ne peut atteindre simultanément de manière optimale. Le compromis tente alors de concilier des exigences telles que rapidité et qualité ou productivité et sécurité : il s'agit de « faire vite et bien ». Cet équilibre, au cœur du compromis, n'est pas toujours possible ou stable. Le compromis peut alors être équilibré lorsque les objectifs de performance et de santé sont simultanément satisfaits, ou déséquilibré lorsqu'un objectif prime au détriment de l'autre. Il joue un rôle

structurant dans la cohérence de l'action en rendant possible l'ajustement entre les règles prescrites par l'organisation et les règles informelles construites par le collectif de travail (Reynaud, 1995 ; de Terssac, 1992, cités par Leplat, 2006).

L'analyse de l'activité qui intègre les boucles de régulation (cf. flèche 1 et 2, figure 4) permet de comprendre les compromis réalisés par les opérateurs ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent ou non se réaliser, mais ils permettent aussi d'identifier les mécanismes susceptibles de conduire à des effets négatifs sur la santé (Pérez Toralla & Morais, 2024).

4.1.2. Modèle quadripolaire des relations de services

En se plaçant à un niveau micro de l'activité, Caroly et Weill-Fassina (2007) identifient quatre pôles antagonistes dans les activités de relation de service (figure 6 en suivant) entre lesquels résultent des compromis :

- Le pôle « *Système* » qui renvoie à l'organisation du travail : objectifs fixés, moyens disponibles, outils, équipements, règles, procédures, et structure hiérarchique ;
- Le pôle « *Soi* » qui concerne l'agent : ses objectifs personnels, sa subjectivité (la manière dont un individu vit et interprète son activité), sa formation, son expérience, ses capacités physiologiques et psychologiques, ainsi que le sens qu'il donne à son travail ;
- Le pôle « *Autrui* » représentant l'équipe : les objectifs partagés, le collectif de travail (collègues, équipes pluridisciplinaires, réseau de partenaires), et les relations avec l'encadrement de proximité ;
- Le pôle « *Usager* », désignant la personne destinataire du service : appelée selon le contexte « client », « patient/résident », « bénéficiaire », « usager public », ou « citoyen ».

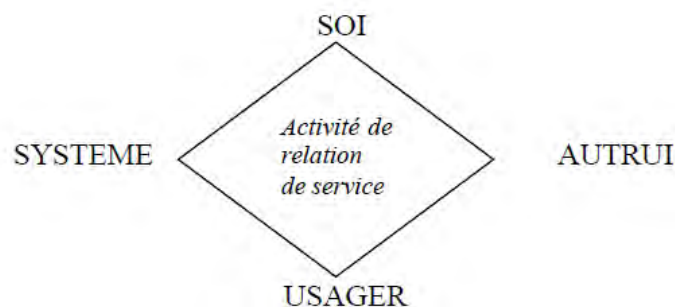


Figure 6. Modèle de l'activité des relations de service comme compromis entre quatre pôles de l'activité (Caroly, 2001)

Ce modèle s'inscrit dans la perspective systémique développée par Le Moigne (1990) selon laquelle les activités de service relèvent de « systèmes complexes », constitués d'unités en interaction, des processus dynamiques d'interaction, d'une évaluation problématique du service rendu et d'une « activité située » dans un contexte à la fois social et environnemental.

Lorsqu'une ressource vient à manquer en situation de travail, les professionnels sont amenés à établir des compromis qui leur permettent de rétablir un équilibre relativement satisfaisant entre les exigences des pôles. Ces stratégies de régulation, qu'elles soient individuelles ou collectives, peuvent néanmoins avoir un coût : elles ne sont parfois possibles qu'au détriment d'une dégradation de la santé de l'opérateur ou du bien-être du bénéficiaire.

4.2. Arbitrages et dilemme face aux injonctions contradictoires

Au-delà des compromis mis en œuvre dans l'activité, certaines situations de tensions nécessitent des formes de régulation impliquant une prise de décision explicite face à des injonctions contradictoires. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les notions d'arbitrages et de dilemme que nous allons ici mobiliser.

Dans le champ des services, la relation de service confronte fréquemment les salariés à des objectifs contradictoires. Schwartz (2000, p.17) souligne que les phénomènes de délibération et d'arbitrage face à des valeurs parfois incompatibles constituent « l'enjeu principal de la relation de service ». En sociologie des services, du Tertre (2005) précise que le service réellement dispensé diffère toujours du service générique conçu par l'entreprise (cf. figure 7 page suivante). En contact direct avec les bénéficiaires, les salariés doivent constamment arbitrer entre les consignes de la hiérarchie (le prescrit), les demandes ou les besoins spécifiques des usagers ou bénéficiaires, et leur propre conception de leur métier (la subjectivité des salariés). Ils prennent donc en charge les « événements » inhérents aux activités de service et s'adaptent à la diversité des situations rencontrées. Les arbitrages s'inscrivent dans un processus continu d'évaluation.

La qualité de la prestation amène les salariés à s'interroger régulièrement sur le « travail bien fait », leur responsabilité face aux écarts entre les attentes des bénéficiaires et les effets du service rendu, ainsi que sur les moyens d'améliorer leurs pratiques. Cette interrogation entre en conflit avec la façon dont la hiérarchie interprète ces écarts :

- Si l'écart est perçu comme un dysfonctionnement, les salariés sont souvent culpabilisés pour ne pas avoir suivi les prescriptions à la lettre ;

- Si l'écart est reconnu comme inhérent à la nature du service, il devient une opportunité de réflexion sur la qualité, l'innovation et les ressources nécessaires pour mieux gérer les imprévus.

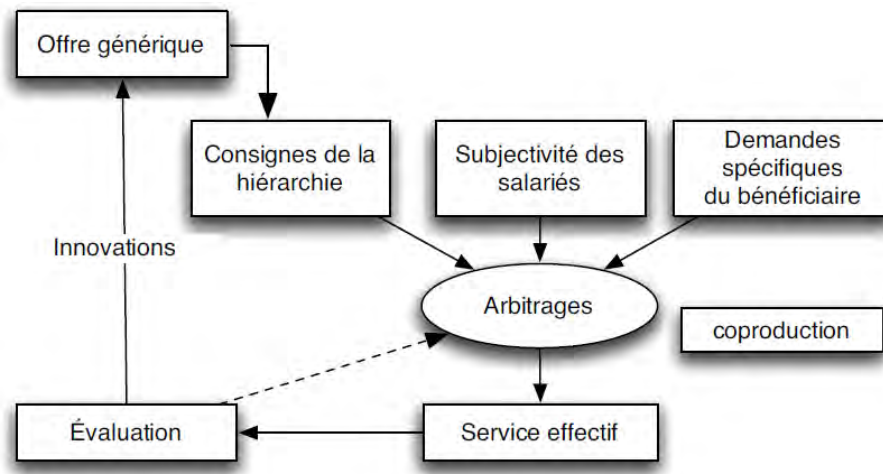


Figure 7. Processus d'arbitrage au cœur de la dynamique des services (du Tertre, 2005)

Dans cette dynamique de rapport à la hiérarchie et à la prescription, Toralla et Morais (2024) définissent le terme d'arbitrage comme les situations dans lesquelles un compromis acceptable ne peut être trouvé entre des buts ou des motifs contradictoires sans l'intervention d'un tiers, à savoir un arbitre, permettant de trancher ou de valider un choix. Cette intervention tierce peut être assurée par la ligne hiérarchique mais également par le collectif de travail lui-même. Elle vise alors à autoriser un fonctionnement « hors-norme » en reconnaissant, voire en légitimant, l'émergence d'une nouvelle règle adaptée à la situation.

Les arbitrages émergent souvent dans des situations de dilemme, définies par Arnould, Krohmer et Falzon (2018) comme des choix « entre des options tout autant désirables ou indésirables ». Il y a dilemme quand « il y a nécessité d'arbitrage entre deux prescriptions organisationnelles contradictoires » (par exemple entre fiabilité et productivité, entre qualité et productivité, service au client ou rentabilité). Pour ces auteurs, un « paradoxe » se présente si l'organisation refuse de voir le dilemme et considère que l'écart à la prescription est une infraction et non un arbitrage raisonnable et raisonné. En situation de paradoxe, les salariés doivent alors arbitrer de manière informelle, parfois illégitime, avec le risque de sanctions ou de mise en faute. Ces arbitrages informels peuvent être motivés par des nécessités pratiques, comme la recherche de solutions rapides, mais ils peuvent aussi entraîner des conséquences juridiques si ces décisions enfreignent la loi ou les règlements de l'entreprise. Cette situation de paradoxe, qualifiée de

pathologie organisationnelle, expose les professionnels à un fonctionnement contraint, illégal ou clandestin, révélateur d'une « organisation paradoxante » (Arnould et al., 2018, p. 166-167).

La qualité de la prestation devient ainsi une construction collective et évolutive (Du Tertre, 2005). Elle mobilise divers mécanismes d'évaluation : auto-évaluation, jugements entre pairs ou mesures formelles. Ces processus peuvent générer des ajustements ou des innovations. Mais ils peuvent aussi, s'ils ne sont pas reconnus, plonger les salariés dans des conflits de valeurs durables.

5. Astreintes : conflits de valeurs, souffrance éthique et sens du travail

Les processus de régulation mis en place par les salariés pour faire face à l'intensification de la charge de travail peuvent, selon leur intensité et leur durée, engendrer des formes d'astreinte susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé physique, psychologique et psychique. Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons plus spécifiquement à une forme particulière d'astreinte : celle qui affecte le registre éthique.

Dejours (2000) et du Tertre (2005) montrent à cet égard que les conflits entre les exigences organisationnelles et les valeurs professionnelles des salariés peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé psychique et physique. De façon générale, les travailleurs vivent douloureusement la dégradation de la qualité réelle du service rendu qui peut altérer le regard que les bénéficiaires portent sur eux (Dejours, 2000). Deux issues principales se dessinent alors : d'un côté, le travailleur peut tenter de répondre simultanément aux injonctions hiérarchiques et aux attentes des bénéficiaires, avec un risque « d'envahissement » pouvant mener à l'épuisement, tant psychique que corporel ; de l'autre, il peut prendre de la distance vis-à-vis des attentes des « partenaires » (hiérarchie/bénéficiaires) afin de se protéger (Dejours, 2000). Il s'expose alors à une perte de reconnaissance et une atteinte à l'estime de soi. Ces mécanismes de défense et ces formes de « protection » peuvent à long terme se retourner contre le salarié en affectant sa santé mentale et physique, mais aussi contre les bénéficiaires en générant des prestations inadéquates au regard de leurs attentes et leurs besoins.

L'objectif de cette section est de décrire les phénomènes de conflits de valeurs dans l'activité et du mal-être induit par une baisse de qualité du service rendu. Pour cela, nous nous intéresserons à la notion de qualité empêchée, en montrant comment l'organisation du travail peut empêcher les professionnels de produire un travail qu'ils jugent « bien fait », ce qui affecte leur santé et leur rapport au métier (§ 5.1). En suivant, nous développerons la notion de conflits

de valeurs, lorsque les arbitrages quotidiens confrontent les salariés à des dilemmes entre normes organisationnelles et valeurs personnelles ou collectives (§ 5.2). Nous approfondirons ces enjeux à travers la notion de conflit éthique, qui survient lorsque les prescriptions obligent à agir à l'encontre de ce qui est jugé moralement acceptable (§ 5.3). Face à tout cela, nous reviendrons sur les formes de défense et d'engagement que développent les professionnels pour préserver leur intégrité, leur santé psychique et le sens de leur travail (§ 5.4).

5.1. Qualité du travail et qualité empêchée

5.1.1. Qualité « empêchée »

Les constats récents dans la littérature sur le sujet du travail font plutôt apparaître une intensification du travail (Théry, 2006), notamment par la présence d'objectifs contradictoires souvent inatteignables (Gollac & Volkoff, 2002 ; Delgoulet, Weill-Fassina & Mardon, 2011), synonymes de débats insuffisants entre ce que vivent les opérateurs au quotidien et les prescriptions organisationnelles. Cela signifie que la qualité du travail devient pour l'opérateur la garantie de construire un sens à son action professionnelle. Dans l'ensemble des travaux parcourus dans divers secteurs d'activité et auprès de différents métiers (techniciens, agents, travailleurs sociaux, conseillers financiers, métiers industriels et du bâtiment, de l'enseignement et de la recherche, agents de préfecture, etc.), Cartron et Guaspere (2012) relèvent que nombre de salariés se plaignent d'être « empêchés », notamment par l'organisation du travail, de faire ce qu'ils considèrent être du bon travail.

En clinique de l'activité, approche d'inspiration ergonomique, Yves Clot (1999) lie la souffrance au travail à la qualité empêchée, c'est-à-dire à la difficulté éprouvée par le travailleur à se reconnaître dans le résultat de son travail (produit ou service). Plutôt qu'une prise en charge des individus, ce courant suggère de soigner le travail lui-même, notamment le contenu et les finalités de l'expérience de travail. Ici, la santé au travail est appréhendée non pas comme l'absence de maladie ou un état normalisé d'équilibre, mais comme la capacité à inventer et à produire de nouvelles normes de vie en s'adaptant aux évolutions de l'environnement. C'est dans l'aptitude à la métamorphose, le « pouvoir d'agir » et la mise en discussion du travail que cette construction s'effectue (Clot, 1999 ; Clot, 2008a ; Clot, 2010 ; Clot, Bonnefond, Bonnemain & Zittoun, 2021). Le pouvoir d'agir est lui-même constitutif du développement de la santé (Clot, 2010). Développer le pouvoir d'agir revient donc à influencer les processus qui configurent durablement les situations de travail et les marges de manœuvre associées. Il s'agit, en d'autres termes, de soutenir durablement les possibilités (collectives, institutionnelles,

temporelles...) de débats de normes, d'explicitation des valeurs qui les sous-tendent et d'arbitrages par ceux que ces débats traversent et affectent.

Le développement des capacités n'enrichit la marge de manœuvre situationnelle que si des possibilités concrètes de mise en œuvre sont disponibles dans la situation donnée (Coutarel, Caroly, Vezina & Daniellou, 2015). Dans le cas contraire, le développement des capacités produit de l'activité empêchée (Clot, 2010). Clot (2008a) montre que l'activité « empêchée » conduit à une détérioration de la santé des travailleurs.

5.1.2. « Qualité empêchée » : les enjeux des activités de service

Dans une situation de service, en cherchant à faire converger son action vers les attentes du client, l'opérateur cherchera à produire un service jugé « performant » au regard des clients, de ses collègues et de lui-même (Petit & Dugué, 2013). Au contraire, empêcher le déploiement de cette partie de son activité le conduira à percevoir la situation comme une impasse. En effet, l'engagement de l'opérateur au travail n'a de sens pour lui qu'à travers l'activité d'autrui, comme par exemple le client ou les collègues. Lorsque le cadre de travail empêche les opérateurs de maintenir ou de développer cette relation avec autrui, à coups d'efforts pour maintenir certains aspects de la qualité, cela peut se traduire par des atteintes à la santé (Clot, 2010 ; Daniellou, 2006 ; Davezies, 2006). Il s'agit pour les opérateurs d'avoir la capacité de prendre soin de chaque situation de travail, qu'elle soit anticipée par l'organisation ou non, de la traiter de manière singulière et donc de développer un travail de *care* (Molinier, 2011).

Une des particularités des situations de services concerne la « présence » du client au cœur de l'activité des opérateurs (Petit & Dugué, 2013). Pour ces derniers, la manière dont ils réalisent leur travail constitue un enjeu majeur car elle a des conséquences pour d'autres personnes (Davezies, 2006). En ce sens, nous pouvons considérer que l'activité humaine est « tirée par des buts » et « poussée par des mobiles » (Leontiev & Lomov, 1963 ; Nosulenko & Rabardel, 1998). Avec l'expérience, la découverte par l'opérateur des rapports qui se nouent avec autrui à travers la réalisation du travail peut entraîner une modification des buts : à partir de ses mobiles personnels et de ses valeurs, le sujet va se fixer dans son travail de nouveaux buts, correspondant à son idée du « travail bien fait », par exemple pour améliorer le service au client ou traiter une situation sociale difficile.

Dans le travail, la subjectivité de l'opérateur, marquée par ce qu'il a déjà vécu, va le conduire à percevoir, sentir et agir de façon singulière. Il développe avec le temps un rapport sensible au

travail (Böhle & Milkau, 1998 ; Davezies, 1995) et va élaborer de nouveaux savoir-faire en ce sens. La performance, et notamment la production d'un travail de qualité, reste une construction sociale et non une « mesure objective d'une réalité ». Par conséquent, l'évaluation de la production de service doit s'établir à partir d'éléments qui ont fait l'objet de compromis entre les conditions imposées par le marché (souvent traduites en contraintes financières et véhiculées par les prescriptions) et les évaluations faites par les clients et les opérateurs.

5.2. Conflits de valeurs

5.2.1. Définitions

Selon une étude du ministère du Travail aussi nommée « rapport Gollac » (Gollac & Bodier, 2011), 60 % des actifs français seraient confrontés à des degrés divers par des conflits de valeurs dans le cadre de leur travail. Une situation qui n'est pas sans conséquence sur leur santé aussi bien mentale que physique (DARES, 2016). Dans l'enquête « Conditions de travail et Risques psychosociaux » réalisée en 2016 par la DARES, 61 % des actifs occupés rapportent qu'ils sont amenés « toujours, souvent ou parfois » à accomplir des tâches qu'ils désapprouvent, 54 % estiment ne pas pouvoir effectuer un travail de qualité et devoir sacrifier la qualité, et 30 % admettent « toujours souvent ou parfois » devoir « mentir à des clients, des patients, des usagers ou des collègues ».

Le collège d'expertise sur le suivi des statistiques des risques psychosociaux (Gollac & Bodier, 2011) définit ces conflits de valeurs comme suit : « l'ensemble des conflits qui portent sur des choses auxquelles les travailleurs octroient de la valeur : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier ». Ces trois concepts sont définis de la manière suivante :

- Les *conflits éthiques* surviennent lorsque le travail est en contradiction avec les convictions personnelles du salarié. Deux indicateurs sont associés à cette dimension : réaliser dans son travail des actions que l'on désapprouve, et ne pas disposer des moyens nécessaires pour effectuer un travail de qualité ;
- La « *qualité empêchée* » désigne des situations dans lesquelles l'organisation du travail ou les équipements disponibles ne permettent pas un « travail bien fait » (Clot, 2010) ;
- Le « *travail inutile* » fait référence à une situation dans laquelle le travailleur ne perçoit ni la finalité ni le sens de son activité.

Les conflits de valeurs « peuvent être source de développement pour transformer la situation de travail, ou au contraire devenir un obstacle s'ils ne parviennent pas à être réinvestis dans le travail », selon Quillerou-Grivot et Clot (2014, p. 231).

5.2.2. Valeurs en situation de travail

En ergologie, Schwartz (2009) définit les valeurs comme « ce qui vaut plus ou moins » dans un contexte donné. Dans cette approche, les valeurs sont situées, c'est-à-dire liées aux circonstances concrètes de l'activité. Elles se manifestent notamment à travers des arbitrages réalisés en situation critique, lorsque différentes valeurs entrent en conflit dans l'expérience vécue. Schwartz (2009) souligne ainsi une hiérarchisation dynamique des valeurs propre à chaque contexte. Schwartz (2000) souligne également que les transgressions des règles prescrites peuvent dans certains cas favoriser une clarification collective des valeurs en jeu. Par exemple, lorsqu'un opérateur est contraint de personnaliser la relation avec le client tout en respectant des standards organisationnels rigides, il se retrouve dans une situation d'injonction paradoxale (Watzlawick & Weakland, 1975) où le contournement des règles devient une adaptation fonctionnelle imposée par les contradictions de l'organisation.

En science de l'éducation, Mezzena, Stroumza et Kramer (2016, p. 12) s'intéressent aux valeurs « logées dans l'activité » qu'ils définissent comme « ce qui nous importe, ce à quoi l'on tient et qui trouvent leur source dans l'expérimentation d'événements et de nos tentatives pour transformer leurs conséquences ». Cette approche souligne l'ancrage affectif et expérientiel des valeurs dans le vécu des professionnels.

En ergonomie, Petit (2005) montre que les situations de service mettent particulièrement à l'épreuve les valeurs des travailleurs en raison de la présence directe du bénéficiaire dans le processus de travail. La gestion de l'attitude du client (colère, pleurs, etc.) s'ajoute à la tâche proprement dite de l'opérateur, nécessitant des ajustements constants. Petit (2005) invite ainsi à interroger les valeurs et règles partagées au sein des collectifs de travail. La nécessité de « couvrir leurs pratiques » (c'est-à-dire de dissimuler les adaptations nécessaires) révèle l'existence de règles formelles, souvent contournées.

Dans les services, où l'utilisateur est au cœur du processus de production, les salariés sont davantage confrontés à des dilemmes de valeurs, ce qui entraîne deux conséquences principales (Petit, 2005) :

- D'une part, un travail de « re-normalisation » (Schwartz, 2000), les opérateurs remettant fréquemment en question les règles pour atteindre leurs objectifs ;
- D'autre part, un engagement psychique accru, l'opérateur étant souvent tiraillé entre la singularité du client, les attentes de l'organisation et ses propres ressources internes.

5.3. Conflits éthiques

Dans le travail, le conflit éthique émerge lorsque les opérateurs sont contraints de se conformer à des prescriptions qui les amènent à accomplir des tâches qu'ils jugent immorales, et dont les conséquences sont nuisibles pour autrui (Dejours, 1998). Ce type de conflit peut entraîner une souffrance éthique, susceptible de se traduire par des troubles physiques (par exemple, des troubles musculo-squelettiques) ou psychologiques (comme le burnout). Au-delà de ces effets somatiques et psychiques, le conflit éthique peut également déboucher sur des formes de résignation éthique, telles que la soumission aux prescriptions ou la démission. À l'inverse, il peut donner lieu à des formes de résistance éthique où le travailleur cherche à reprendre la main sur son activité, que ce soit à travers des ajustements discrets ou des formes d'activité clandestine (Parage & Munoz, 2017). Le conflit éthique se cristallise lorsque les règles imposées par l'institution entrent en contradiction, sur le plan déontologique ou moral, avec les valeurs personnelles de l'individu et/ou avec celles construites collectivement au sein du groupe de travail. Il peut ainsi être analysé comme une forme spécifique de conflit de valeurs, révélateur des tensions entre le prescrit institutionnel et le sens que les professionnels donnent à leur activité (Muñoz, Parage & Simonet, 2021).

En psychologie du travail, Robert et Favaro (2013, p.157) définissent le conflit éthique dans leur rapport nommé « Les conflits éthiques au travail en question ». Selon eux, le conflit éthique se caractérise par le fait que « le travail que l'on fait peut entrer en contradiction avec ses convictions personnelles ». Deux éléments permettent de distinguer spécifiquement le conflit éthique des autres types de conflits au travail :

- *Il prend naissance dans l'activité professionnelle elle-même*, ce qui le différencie de situations conflictuelles extérieures au monde du travail ;
- *La situation « éthiquement conflictuelle » concerne un rapport de soi à soi*, plutôt qu'un désaccord avec autrui. Il ne s'agit donc ni d'un conflit d'intérêt, ni d'un conflit interpersonnel, mais bien d'une *tension intérieure*, où le sujet se retrouve en décalage avec ses propres valeurs, rendant difficile l'adhésion à ce qu'on lui demande de faire. Cette dynamique interne est essentielle à la compréhension du conflit éthique.

5.4. La souffrance éthique comme résultat de la qualité empêchée

Mis en évidence à travers la littérature et les investigations portées sur le métier d'aide-soignante, la question de la souffrance éthique est largement investiguée par d'autres disciplines telle que la psychodynamique du travail mais encore très peu en ergonomie (Bonnemain, 2010 ; Bonnemain, Vidal-Gomel & Bourmaud 2011 ; Bourmaud, Déthorey & Bonnemain, 2018). Le concept de souffrance éthique, issu de la rencontre entre sociologie de l'éthique et psychodynamique du travail, s'est construit autour des réflexions sur le « travail du mal » (Rolo, 2017) :

- Dejours (1998) le définit comme : « La souffrance qui résulte non pas d'un mal subi par le sujet, mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail, des actes qu'il réprouve moralement. En d'autres termes, il se pourrait que faire le mal, c'est-à-dire infliger à autrui une souffrance induite, occasionne aussi une souffrance à celui qui le fait, dans le cadre de son travail ». Il évoque le « sale boulot », incluant des tâches ingrates souvent présentes dans les soins aux personnes âgées (Causse, 2004 ; Arborio, 2001).
- Molinier (2010) poursuit la réflexion sur le concept de souffrance éthique en mettant l'accent sur le fait que cette dernière est intimement liée à la question du « travail bien fait », donc au contenu de l'activité. Lorsque dans l'activité, des buts s'imposent au détriment de ceux qui comptent vraiment pour les travailleurs, un sentiment d'impuissance peut se développer qui n'est pas sans effet sur la santé des personnes (Clot, 2008a).
- Vézina (2011) élargit cette notion en la définissant comme un conflit entre ce que dicte la conscience professionnelle et les ressources réellement disponibles (humaines, matérielles, temporelles), nécessaires pour respecter les normes professionnelles. Il la définit comme « un ressenti douloureux qui survient lorsque le travailleur se trouve confronté à l'impossible arbitrage entre d'une part, ce que sa conscience professionnelle lui dicte de faire en fonction des exigences de la situation et, d'autre part, ce que les ressources dont il dispose lui permettent de faire. La notion de ressources couvre ici non seulement les personnes sur qui il peut compter ou encore le matériel mis à sa disposition mais également le temps qu'il faut pour faire un travail de qualité, c'est-à-dire un travail qui respecte les normes professionnelles ou les règles de métier en pareilles circonstances » (Vézina, 2011, p. 20).

En sociologie, dans la lignée des travaux de Dejours (1998), en considérant le contexte gériatrique, Aubry et Couturier (2014) définissent la souffrance éthique comme « le sentiment d'incapacité des préposés (aides-soignantes) de répondre adéquatement aux besoins des résidents, alors même que les valeurs éthiques des aides-soignants s'assimilent au prendre-soin (*care*). La souffrance éthique peut naître de l'effritement du collectif et d'une perte des repères collectifs concernant la définition de ce qu'est une pratique de qualité ou ce qu'est le bon prendre-soin ».

Molinier (2005) souligne l'importance des enjeux éthiques dans le travail des infirmières et aides-soignantes, notamment face à la maltraitance, souvent liée au *care*, ce travail invisible d'attention. « Forcer un résident » peut être perçu comme « prendre soin de lui » ou comme une maltraitance, selon le point de vue adopté. Par exemple, imposer une douche peut sembler condamnable vu de l'extérieur, alors qu'il s'agit d'assurer l'hygiène du résident pour les soignants. Les institutions prônent le centralisme du résident, mais cet impératif peut entrer en tension avec des besoins collectifs comme le bien-être des autres résidents ou du personnel. Ainsi, « forcer une douche » peut devenir un critère de qualité du travail selon les soignants (Bonnemain, 2010).

Les conséquences psychopathologiques de l'exposition prolongée à ces conflits éthiques sont la souffrance éthique (Dejours, 1998). Dejours et Gernet (2012, p.124) précisent que cette souffrance est l'« un des principaux chaînons intermédiaires en cause dans l'étiologie des décompensations psychopathologiques » et que « plus le patient s'est impliqué et mobilisé subjectivement dans son travail, plus ladite trahison de l'ethos professionnel, c'est-à-dire de la conscience professionnelle ou de l'éthique du métier, est délétère pour le fonctionnement psychique ». À partir du moment où les travailleurs perdent le sentiment de bien travailler ou de pouvoir être utiles les uns aux autres, la souffrance première propre au travailleur prend le destin de la souffrance pathogène sous la forme d'une décompensation psychopathologique (Nusshold, 2015). Une décompensation psychopathologique désigne une détérioration significative de l'état mental d'une personne, marquée par l'incapacité à maintenir un fonctionnement psychologique et comportemental normal face au stress ou à la pression.

Chapitre 4. Conception, intégration et différents usages des systèmes d'IA dans les situations de travail

Après avoir proposé dans les chapitres précédents un état de l'art et des connaissances sur : les enjeux et l'état des EHPAD aujourd'hui en France (chapitre 1) ; les différentes facettes du métier d'aide-soignante (chapitre 2) ; et sur la posture d'approche du travail adoptée, notamment à partir des concepts d'activité, de mécanismes de régulation et de charge de travail (chapitre 3), il s'agit à présent, dans ce quatrième chapitre du cadre théorique, d'intégrer la question de l'introduction et de l'évaluation de l'outil de reconnaissance des sons conçu par l'entreprise partenaire de la convention CIFRE.

Ainsi dans ce chapitre sera présenté le cadre théorique mobilisé pour analyser la conception, l'intégration et les usages de systèmes d'intelligence artificielle (IA) dans les situations de travail, en s'inscrivant dans une approche ergonomique centrée sur l'activité. Ce cadre a pour fonction de mettre en lien les enjeux théoriques et méthodologiques de la recherche avec les réalités empiriques du terrain d'étude, mené dans le cadre d'une convention CIFRE au sein de plusieurs EHPAD.

Une attention particulière sera portée à l'approche instrumentale, qui constituera le cadre principal d'analyse des usages de l'intelligence artificielle. Cette approche permettra d'examiner les dynamiques d'instrumentation (soit l'influence de l'outil sur l'activité) et d'instrumentalisation (soit l'adaptation et le détournement de l'outil par les usagers), afin de rendre compte des processus d'appropriation et des effets sur le travail réel des aides-soignantes.

Dans un premier temps, nous explorerons les enjeux liés à l'introduction de l'intelligence artificielle (IA) dans le monde du travail, en discutant des différentes visions de cette technologie, de son impact sur l'emploi et des transformations qu'elle entraîne dans les conditions de travail (1). Ensuite, nous nous intéresserons à la conception des systèmes d'IA, en mettant en avant une approche ergonomique qui prend en compte l'activité réelle des utilisateurs, en anticipant leurs besoins et en soutenant l'évolution des acteurs et des organisations dans ce processus (2). Enfin, nous aborderons la modélisation de l'usage de l'IA à travers les théories de l'activité et l'approche instrumentale, en étudiant comment l'IA, en tant qu'outil, s'intègre et se transforme au contact des pratiques professionnelles, et comment cette évolution est pilotée dans un cadre ergonomique (3).

1. Les enjeux de l'IA au travail

Dans ce chapitre, il ne s'agira pas de traiter de l'intelligence artificielle dans sa globalité, mais bien de l'envisager dans le cadre spécifique de l'outil de l'entreprise, une IA dite « faible²¹ », intégrée à un secteur marqué par des conditions de travail fragilisées. L'objectif est de situer les enjeux de cette technologie à travers le prisme du travail : quels bénéfices, quels freins, et quelles opportunités soulève-t-elle pour les professionnels du soin ? C'est dans cette perspective que nous proposons, dans un premier temps, d'examiner les différentes représentations collectives de l'IA, notamment celles véhiculées par les médias et la culture populaire (§ 1.1). Nous les mettrons en parallèle avec les définitions et les classifications de l'IA dans le monde scientifique, en mettant en lumière les distinctions entre IA faible et forte, et en explorant l'idée de l'intelligence augmentée (§ 1.2). Enfin, nous nous replongerons dans un contexte ergonomique, en analysant les impacts de l'IA sur le travail, en particulier la manière dont elle transforme les métiers et les conditions de travail, tout en discutant des enjeux liés à l'équilibre entre efficacité et surcharge cognitive (§ 1.3).

1.1. Intelligence artificielle : utopie ou dystopie ?

Depuis des années, l'intelligence artificielle (IA) suscite de nombreuses interrogations quant à ses finalités actuelles comme futures. Elle alimente des représentations collectives, oscillant entre dystopie et fascination, sur une IA qui serait dotée d'une « super intelligence », voire susceptible de concurrencer l'espèce humaine (Zacklad, 2020), largement influencées par la science-fiction ou des séries telles que *Black Mirror*²². A propos de cette dernière, la psychologue Lise Haddouk (citée dans Lemery, 2024, p.6) insiste sur le fait que : « *Ce que nous apporte Black Mirror, c'est autant une vision dystopique du futur qu'une réflexion éclairée sur les technologies que nous utilisons aujourd'hui. Et c'est pour ça que c'est si fort* ». Ferguson (2019, p.28) souligne pour sa part que l'idée que l'homme puisse être dominé par les techniques qu'il conçoit est profondément enracinée dans les représentations collectives, reprenant à son compte le « complexe de Frankenstein », décrit par Asimov (2012) comme l'inévitable retournement de la créature artificielle contre son créateur humain.

²¹ L'IA « faible », définie dans ce chapitre section 1.1, est une IA spécialisée dans une tâche unique, en opposition à l'IA « forte » et à la « superintelligence ».

²² La série reflète les intentions utopistes des technologies mises en œuvre. Elle montre dans quelle mesure l'utilisation humaine de l'IA en rappelle les dangers et met en exergue le versant dystopique de toutes ces nouvelles technologies lorsque l'être-humain se les approprie ou les détourne pour servir son propre intérêt (Lemery, 2024).

Dans la réalité, l'intelligence artificielle ne relève pas, pour l'instant du moins, de ces représentations collectives. Le terme « intelligence artificielle » est d'ailleurs scientifiquement contesté selon Favier-Baron (2023), notamment en raison de l'hétérogénéité des technologies qu'il recouvre et de la remise en question de leur caractère réellement « intelligent ». Favier-Baron (2023) critique de ce point de vue l'illusion d'autonomie souvent attribuée à l'IA. Derrière cette prétendue indépendance se cache un travail humain invisible (programmation, nettoyage des données, supervision) qui demeure largement ignoré alors qu'il constitue un ensemble sociotechnique intégrant des infrastructures, des concepteurs, des données ainsi que des institutions qui la rendent possible. L'IA tend alors à être fétichisée et naturalisée : on lui attribue une objectivité et une autonomie illusoires, déconnectées des conditions matérielles et humaines qui la fondent. Crawford (2022) va plus loin encore : selon elle, l'IA n'est ni véritablement « intelligente », ni réellement « artificielle ». Elle est au contraire profondément incarnée, matérielle et enracinée dans des ressources naturelles, énergétiques, humaines et institutionnelles. Elle rappelle que l'usage du terme « intelligence artificielle » est souvent stratégique pour des raisons marketing ou de financement, alors même qu'il est largement critiqué dans le champ scientifique où l'on privilégie des termes plus précis comme « apprentissage automatique ».

Favier-Baron (2023) souligne également que l'IA s'inscrit dans un projet ancien de naturalisation de l'intelligence humaine, porté par les sciences cognitives depuis le XVIII^e siècle. Ce projet repose sur une vision réductrice de l'intelligence, centrée sur le cerveau (approche céphalocentrée) et sur des modèles quantitatifs, négligeant ses dimensions sociales, interactionnelles et culturelles. En ramenant l'intelligence à des processus neuronaux individuels, mesurables et modélisables, cette conception occulte la complexité de l'esprit humain et sa dimension fondamentalement située. Ainsi, annoncer que l'IA pourrait remplacer l'intelligence humaine revient à promouvoir une vision partielle et idéologiquement située de cette dernière. On assimile alors l'intelligence à une mécanique automatisable, en ignorant son ancrage social, historique et relationnel.

Pour caractériser les formes d'intelligence artificielle, Rochas (2025), qui s'appuie sur Strelkova et Pasichnyk (2017) et Chung, Thaichon et Quach (2022), distingue trois grandes classifications :

- *IA faible (ANI – Artificial Narrow Intelligence)* : spécialisée dans une tâche unique, elle peut surpasser les humains dans des contextes spécifiques, comme le jeu d'échecs ou les systèmes de navigation automatisée des avions ;

- *IA forte (AGI – Artificial General Intelligence)* : dotée de capacités d'adaptation et d'apprentissage similaires à celles des humains, elle n'est pas limitée à une tâche spécifique ;
- *Superintelligence (ASI – Artificial Super Intelligence)* : elle dépasse les capacités humaines dans de nombreux domaines, y compris la créativité et les compétences sociales.

Ainsi, le système d'IA qui concerne notre recherche appartient à la classification des IA faibles. Cette classification permet de mieux comprendre les enjeux de la distinction proposée par Pierre Lévy (cité par Zacklad, 2018), qui oppose l'intelligence collective à l'intelligence artificielle. Cette opposition se comprend dans la perspective des partisans de l'IA forte qui envisagent une super-intelligence technologique susceptible de supplanter l'humain. Cependant, si l'on adopte une lecture plus réaliste, centrée sur les applications actuelles de l'IA faible, il n'y a pas lieu d'opposer ces deux formes d'intelligence. Au contraire, dans une vision d'un numérique capacitant, c'est-à-dire non substitutif, ni uniquement rationalisant, l'intelligence artificielle peut venir en appui et renforcer le potentiel de l'intelligence collective.

Aujourd'hui, loin des imaginaires futuristes, l'IA mène davantage vers une société augmentée, dans laquelle les actions humaines sont de plus en plus facilitées, voire déléguées à des algorithmes (Rochas, 2025). Depuis 2022, l'émergence de systèmes d'IA générative comme ChatGPT a relancé les débats, en soulevant notamment la question de la reconfiguration de nombreuses tâches jusque-là réservées aux humains.

1.2. L'intelligence artificielle, une notion aux contours débattus

Comme nous l'avons vu précédemment, la définition de l'intelligence artificielle (IA) fait l'objet de nombreux débats, qu'il s'agisse de la notion même d'intelligence humaine ou de ce qui peut être qualifié d'« intelligence artificielle » (De Ganay & Gillot, 2017 ; Crawford, 2022 ; Favier-Baron, 2023). Le terme « intelligence augmentée » revient régulièrement dans la littérature (Rochas, 2025) et semble, pour certains auteurs, mieux refléter la fonction réelle de l'IA.

Par ailleurs, Benbouzid, Meneceur et Smuha (2022) insistent sur le double statut de l'IA, à la fois comme discipline scientifique et comme objet technique. Cette dualité s'explique par le fait que les spécialistes conçoivent eux-mêmes les systèmes qu'ils étudient, faisant de l'objet technique le vecteur central de leur production de savoir sur l'intelligence. Agre (1997) définit

ainsi ce que recouvre l'intelligence artificielle : « [l]e "résultat" d'un projet de recherche en IA est un système fonctionnel dont les méthodes semblent originales et largement applicables ; une "idée" est une méthode de construction de systèmes techniques ou une façon d'analyser les problèmes qui motivent une conception de système prometteuse ; et une "approche" de recherche est un cadre conceptuel et technique par lequel les problèmes peuvent être analysés et transformés en un type particulier de système technique (Chapman, 1991, p. 213-218). *« En conséquence, l'histoire du domaine se résume d'abord à une succession de systèmes informatiques et ensuite à des débats entre différentes approches de la construction de systèmes »* (Benbouzid, B., Meneceur, Y. & Smuha, 2022).

Pour résumer cette notion, nous nous appuyons sur la définition de John McCarthy, l'un des pionniers dans l'étude de l'IA, qui a introduit le terme lors de la conférence fondatrice de 1956 au Dartmouth College (McCarthy, 2007). Il définit l'IA comme « la science et l'ingénierie de la fabrication de machines intelligentes, en particulier de programmes informatiques ».

1.3. Intelligence artificielle et travail : focus sur les transformations majeures

1.3.1. Impact de l'Intelligence artificielle sur l'emploi

Une étude récente de l'Organisation internationale du travail (OIT) (Gmyrek, Berg & Bescond, 2023) montre que les effets de l'IA sur l'emploi ne remplacent pas massivement les travailleurs mais transforment davantage leurs activités. L'étude fait la distinction entre les professions à fort potentiel de « remplacement », où la majorité des tâches peuvent être automatisées (comme les téléconseillers, qui pourraient être remplacés par une IA ou un chatbot), et celles à potentiel d'« amélioration », où l'IA peut alléger les tâches répétitives et libérer du temps pour des missions plus complexes ou humaines (comme les avocats, qui pourraient utiliser l'IA pour analyser des documents juridiques, mais où l'interprétation des lois et la défense en justice nécessitent un jugement humain). Ainsi, l'étude conclut que la proportion d'emplois présentant un potentiel d'amélioration grâce à l'IA (13,4 %) est nettement supérieure à celle des emplois exposés à un potentiel de remplacement (5,1 %) à l'échelle mondiale. Une étude du Fonds Monétaire International (FMI) (Pizzinelli, Panton, Mendes Tavares, Cazzaniga & Li, 2023), fondée sur une méthodologie similaire, propose des estimations plus élevées : environ 60 % des emplois seraient fortement exposés à l'IA, dont la moitié bénéficierait d'un potentiel d'amélioration, tandis que l'autre moitié serait menacée de substitution.

Concernant le risque de perdre son emploi, la diffusion de l'IA peut paradoxalement renforcer l'engagement des travailleurs. Dans les services clients et les professions qualifiées telles que les consultants ou les managers (Noy & Zhang, 2023), les travailleurs utilisant l'IA se déclarent plus enclins à rester en poste, en raison d'un sentiment positif vis-à-vis de leur travail ; cela s'explique notamment par la perception d'un soutien accru dans l'accomplissement des tâches (prise en charge des tâches routinières ou techniques), d'un gain d'efficacité, ainsi que par la valorisation de compétences cognitives et relationnelles que l'IA ne peut pas aisément reproduire (telles que le jugement, la créativité ou la communication, qui demeurent essentielles dans des environnements complexes et évolutifs). Toutefois, cette utilisation s'accompagne aussi d'une crainte que certaines de leurs tâches soient un jour complètement automatisées ou que leur entreprise soit amenée à disparaître dans un secteur transformé par l'IA.

1.3.2. Impact de l'IA sur la santé au travail

Du point de vue de la qualité de vie au travail, Aghion et Bouverot (2024) distinguent l'impact de l'IA selon deux axes : le contenu du travail et les conditions de travail.

S'agissant du contenu du travail, la majorité des métiers connaîtront des transformations significatives. La plupart des tâches seront modifiées, certaines disparaîtront, et de nouvelles émergeront. Ces évolutions concerneront aussi bien des tâches périphériques à faible valeur ajoutée, comme la rédaction d'une fiche de poste par un manager lors d'un recrutement, que des activités centrales, qui sont au cœur du métier. Au sein d'une même profession, les gains de productivité liés à l'IA semblent aujourd'hui profiter en priorité aux travailleurs qui étaient les moins performants en termes de productivité ou de qualité de production avant l'introduction de ces outils. Ainsi, l'intégration d'un outil d'IA capable de recommander aux chauffeurs de taxi les itinéraires les plus susceptibles de générer des courses permet d'augmenter les revenus des chauffeurs les moins expérimentés, sans bénéficier de manière équivalente aux plus chevronnés. Ce phénomène a également été observé dans d'autres contextes, notamment auprès d'agents de services clients (Brynjolfsson, Li, & Raymond 2023) et de consultants dans un grand cabinet de conseil (Dell'Aqua, McFowland, Mollick, Lifshitz-Assaf, Kellogg, Rajendran, Kraye, Candelon, & Lakhani, 2023). Contrairement aux machines classiques fondées sur des règles explicites, l'IA mobilise du savoir implicite, capable de détecter des régularités que les humains ne savent pas toujours formuler (Aghion & Bouverot, 2024). Elle peut ainsi automatiser des tâches complexes et enrichir le travail en rendant accessibles des intuitions expertes. Toutefois, un usage inapproprié de l'IA peut générer une

surcharge mentale, qui peut elle-même mener à un épuisement cognitif si le temps libéré se traduit par du stress et une augmentation de tâches complexes. Cela soulève la nécessité de réfléchir à une juste redistribution des gains permis par l'IA pouvant favoriser une réduction du temps de travail et un équilibre vie privée et vie professionnelle.

S'agissant des conditions de travail (organisation, management, relations professionnelles, rémunération, santé, sécurité), le déploiement de l'IA donne déjà lieu à des transformations observables dans certaines entreprises et, selon Aghion et Bouverot (2024), devrait entraîner à plus large échelle l'émergence de nouvelles formes d'organisation et de coordination du travail, à l'image des grandes révolutions technologiques précédentes. La machine à vapeur a conduit à la concentration de l'industrie dans de grandes usines, rassemblant un grand nombre de travailleurs sur un même site. Le moteur électrique a favorisé l'émergence du travail à la chaîne en facilitant l'installation de lignes de production. Plus récemment, les technologies de communication ont permis le développement du télétravail et la structuration de chaînes de production internationales, notamment à travers la délocalisation d'activités. Dans le champ de la santé et de la sécurité au travail, les avancées de l'IA offrent des perspectives prometteuses, notamment en matière d'épidémiologie, d'analyse des accidents et de supervision des environnements professionnels, comme les chantiers ou sites industriels, grâce à la maintenance prédictive (INRS, 2022). Cependant, un usage inapproprié de ces outils peut accentuer les risques professionnels et psychosociaux. Le développement du « management algorithmique » peut ainsi entraîner une perte d'autonomie, une subordination déshumanisée aux systèmes automatisés, une surveillance excessive, un isolement accru des travailleurs et une fragilisation du sentiment d'appartenance au collectif (Aghion & Bouverot, 2024). De nombreux projets numériques, en particulier ceux inspirés par des logiques industrialistes (même dans le tertiaire), visent à optimiser les processus au détriment du travail réel (Zacklad, 2020). Dans ces approches, les salariés sont réduits à des rouages d'une chaîne automatisée avec des effets délétères sur la qualité de vie au travail. Le numérique devient alors un outil de contrôle plus qu'un levier d'apprentissage, de développement des compétences ou d'employabilité.

En définitive, bien que l'IA puisse offrir des avantages considérables pour le travail, son intégration nécessite une gestion prudente afin de prévenir des conséquences néfastes sur la santé mentale et l'autonomie des travailleurs. Il est essentiel d'adopter des approches équilibrées qui permettent de maximiser les bénéfices tout en préservant la qualité de vie au travail.

2. Concevoir des systèmes d'IA : approche constructive et développementale de l'ergonomie de conception

Ce qui nous intéresse désormais, ce sont les approches qui favorisent la mise en œuvre de l'IA au sein des organisations avec une posture d'ergonome, c'est-à-dire centrée sur les réalités du travail et de l'activité, dans un objectif de prévention et de construction de la santé au travail conjugué avec celui de l'amélioration de la performance du travail. Selon Rochas (2025), il ne s'agit ni de l'idéaliser ni de la diaboliser, mais de reconnaître que les organisations sont et vont être à l'avenir le théâtre de transformations et qu'il est nécessaire de les accompagner dans ces changements.

Pour aborder l'intégration de l'intelligence artificielle dans les organisations, il est essentiel de privilégier des approches qui permettent de soutenir et de guider cette transformation. Ainsi, dans un premier temps (§ 2.1), nous explorerons l'importance de développer des systèmes et des structures qui répondent aux besoins réels du travail en favorisant les capacités des acteurs et l'émancipation des individus. Dans un second temps, nous nous concentrerons sur l'utilité de l'analyse de l'activité pour anticiper et orienter la conception des technologies futures. Nous pourrions nous rendre compte qu'elle traite de la nécessité d'une approche flexible qui permette aux systèmes conçus de s'adapter aux évolutions de l'activité, assurant ainsi leur pertinence et leur efficacité dans des contextes de travail changeants (§ 2.2).

2.1. Une conception centrée sur l'activité

2.1.1. Concevoir pour le développement des acteurs et des organisations

2.1.1.1. Concevoir des organisations capacitanes : une finalité de l'intervention ergonomique

Guérin et al. (2021), dans leur ouvrage *Le travail réel et ses enjeux : Ergonomie et activité humaine*, défendent que l'une des caractéristiques fondamentales de l'intervention ergonomique réside dans sa finalité : il ne s'agit pas seulement de produire des connaissances sur les situations de travail mais de transformer ces situations, en s'inscrivant dans une démarche de conception orientée vers l'action. Dans cette perspective, la conception constitue un cadre organisationnel et temporel qui conditionne la démarche de l'ergonome. Celui-ci doit introduire des propositions opératoires plus favorables à la prise en compte du travail réel. Cependant, l'ergonomie ne peut se satisfaire d'une vision ponctuelle ou statique de l'adaptation

du travail qui réduirait la conception de systèmes adaptés à un moment donné, à des opérateurs tels qu'ils sont ici et maintenant, dans des organisations figées (Falzon, 2013). À l'inverse d'une ergonomie défensive, qui conçoit le travail essentiellement comme un ensemble de contraintes à réduire, l'ergonomie constructive cherche à supprimer les entraves au développement et à maximiser les opportunités d'action et d'émancipation (Falzon, 2013).

Dans ce cadre, le développement doit être un objectif central de l'ergonomie, et se réaliser à travers les individus, les organisations (Falzon, 2013) et les collectifs (Caroly & Barcellini, 2013). Il s'agit d'abord de favoriser le développement des individus, en concevant des situations d'action qui encouragent la réussite, l'apprentissage, ainsi que la construction de savoir-faire, de connaissances et de compétences. Le développement des organisations, ensuite, doit intégrer dans leur fonctionnement des processus réflexifs, capables de mobiliser et de valoriser les capacités d'innovation des acteurs. Le collectif de travail, quant à lui, doit être équipé d'outils et de moyens nécessaires. Cela requiert en particulier le soutien au développement de représentations portant sur les compétences et la qualité du travail des autres, la construction d'espaces pour partager les critères sur la qualité du travail, le développement d'organisations permettant les processus de réélaboration de règles et la conception de supports aux développements des ressources de l'activité collective, via des objets intermédiaires et des dispositifs technologiques d'assistance à l'activité collective.

Ce triple développement (individus, collectifs, organisations) repose sur une condition essentielle : que les personnes disposent de marges de manœuvre et de liberté d'action, incluant la possibilité de participer à la (re)construction continue des règles qui organisent le travail. L'élaboration et la réélaboration des règles, tout comme les discussions sur les critères de qualité du travail, sont des leviers de ce développement (Caroly & Barcellini, 2013). Cela conduit à soutenir la conception d'organisations capacitantes, c'est-à-dire d'organisations qui permettent aux acteurs de construire collectivement des règles compatibles avec les exigences de l'activité, que celle-ci soit individuelle ou collective (Coutarel & Petit, 2009 ; Falzon, 2005 ; Arnoud & Falzon, 2013). Une organisation capacitante favorise ainsi l'émergence d'une activité de qualité, articulant objectifs de performance et développement de la santé au sens large, tout en soutenant les débats sur le sens et les valeurs associés au « travail bien fait » (Caroly et Barcellini, 2013).

2.1.1.2. Centrer la conception sur le développement de l'activité humaine

Dans le prolongement de cette approche développementale et constructiviste, Barcellini, Van Belleghem et Daniellou (2013) défendent une approche de la conception centrée sur le développement des activités humaines, et non uniquement en optimisant la solution technique. Ils proposent une démarche articulant trois dimensions complémentaires : l'analyse ergonomique du travail, la démarche participative et la simulation du travail. Cette approche vise à créer les conditions d'une appropriation active des solutions par les travailleurs et à renforcer les dynamiques collectives en consolidant le système sociotechnique et les relations sociales. Elle repose sur l'idée d'une dimension constructive sur laquelle la conception peut devenir un vecteur de développement de la capacité d'agir des individus, à condition qu'ils puissent y contribuer activement.

Pour s'inscrire dans une démarche de conception développementale (Béguin, 2007), où les acteurs co-construisent l'activité, une dynamique de changement doit accompagner les acteurs dans l'appropriation de l'outil et dans la modification de leurs pratiques en rapport avec la nouvelle activité de travail (Caroly, 2007). Les travaux portant sur l'appropriation des technologies (Lassalle, Amelot, Chauvin & Boutet-Diéye, 2016) tendent à remettre en question les approches diffusionnistes, selon lesquelles les spécificités de l'outil technique, telles que proposées par ses concepteurs, conditionnent l'usage qui en sera fait. L'usage d'une technologie doit donc être analysé dans l'activité réelle de l'individu dans laquelle se reflètent son histoire personnelle et le contexte organisationnel (Grimand, 2012), social et sociétal (Proulx, 2005).

Dans cette perspective, l'introduction d'une nouvelle technologie basée sur l'IA ne peut être réduite à l'intégration d'un artefact de manière isolée. Elle engage nécessairement, jusqu'à un certain point, la reconfiguration d'une activité et d'une organisation future. Dans ce contexte, l'approche par l'ergonomie de conception, telle que définie par Barcellini et al (2013), et ancrée dans l'analyse de l'activité (Béguin & Cerf, 2004), représente un apport pour anticiper, accompagner et orienter les transformations suscitées par l'intégration d'un système d'IA. Cette approche permet non seulement d'alimenter les processus de conception en amont, en intégrant les connaissances sur les situations de travail existantes, mais aussi de soutenir la conception des situations de travail futur les impliquant (Gamkrelidze, 2022). Il s'agit de mobiliser la compréhension des activités réelles pour alimenter le processus de conception des systèmes d'IA, puis pour anticiper et analyser les effets de leur mise en œuvre et de leurs usages en situation de travail. L'enjeu est alors de soutenir le développement des capacités et du pouvoir

d'agir des travailleurs en plaçant l'humain et son activité au cœur des démarches de conception (Gamkrelidze, 2022).

2.1.2. Anticiper, modéliser et accompagner l'activité dans la conception

2.1.2.1. Analyser l'activité, dans et pour la conception

En ergonomie et en psychologie, le rapport entre l'être-humain et la technologie est envisagé sous l'angle du développement du sujet, de ses ressources, de ses capacités et pouvoirs d'agir (Clot, 2008b ; Folcher, & Rabardel, 2004) pour et dans l'activité et l'usage de technologie. La logique développementale de l'appropriation a trait à la constitution progressive de l'instrument au cours de l'activité (Rabardel, 1995), et plus généralement au développement du sujet et de ses ressources (d'instruments, de compétences, etc.) dans et pour l'activité (Rabardel & Samurçay, 2006).

Dans cette perspective, Béguin et Cerf (2004) distinguent deux dimensions complémentaires : l'analyse de l'activité *dans* la conception et *pour* la conception. L'analyse *dans* la conception vise à comprendre le travail des acteurs de conception en se focalisant sur leur activité, c'est-à-dire celle des professionnels (ingénieurs, designers, ergonomes, etc.) qui participent à l'élaboration du dispositif. Elle fournit des repères dont l'ergonome doit tenir compte pour la conception des situations de travail. L'analyse *pour* la conception, quant à elle, s'appuie sur l'analyse de l'activité des opérateurs finaux, ceux qui utiliseront le dispositif, afin d'éclairer et d'orienter les choix de conception. Ces deux niveaux d'analyse s'articulent pour construire un cadre centré sur l'activité permettant de concevoir des situations de travail adaptées aux usages réels et potentiels.

Ce type d'activité peut également être appréhendé à travers trois grands principes identifiés par Béguin et Cerf (2004) : l'anticipation de l'activité future, l'analyse prospective et l'analyse projective.

L'anticipation de l'activité future suppose que toute conception technique implique nécessairement une anticipation du fonctionnement humain et de son activité. Ainsi, même sans ergonome, les concepteurs s'engagent souvent dans des formes de « simulation langagière » (Nicolas, 2000), soit en prêtant aux usagers des caractéristiques via des raisonnements de « bon sens », soit en s'identifiant à eux. Ces anticipations des usages, une fois traduites dans la conception des dispositifs (qu'il s'agisse de l'interface, des fonctionnalités ou de l'agencement matériel), reposent souvent sur des représentations partielles ou erronées de la réalité, ce qui

peut engendrer des difficultés d'usage, voire des formes d'exclusion (par exemple, prévoir des escaliers suppose implicitement des utilisateurs valides, excluant ainsi les personnes en fauteuil roulant). Pour anticiper l'activité humaine, l'ergonome doit se situer à l'interface entre les différents acteurs concernés et adopter une posture technique lui permettant de formuler des propositions opératoires (Béguin & Cerf, 2004).

Pour pouvoir influencer le processus de conception, qu'il soit traditionnel ou simultané (Daniellou, 1997), et y introduire le « point de vue du travail », les ergonomes doivent être en mesure d'organiser des temps de rencontre (Zarifian, 1995) entre les différents acteurs impliqués. Ces moments d'échange leur permettent d'agir sur les choix et les décisions qui jalonnent le processus de conception (Garrigou, Thibault, Jackson & Mascia, 2001). Se positionner à l'intersection suppose d'accepter la confrontation de points de vue diversifiés car la complexité de la conception dépasse les compétences d'un individu isolé. La conception mobilise un collectif d'acteurs aux savoirs et logiques souvent divergents, ce qui rend inévitables, et même légitimes, les désaccords : sur les problèmes à traiter (Lanzara, 1986), sur les moyens à mobiliser (Béguin, 1994) ou sur les solutions acceptables (Bucciarelli, 1994). Pour peser sur les choix, l'intervention ergonomique doit alors s'appuyer sur une construction sociale, visant à positionner l'ergonome au sein de ce collectif, et à lui permettre de développer les interactions nécessaires à une contribution opératoire (Daniellou, 2004).

La mobilisation de compétences techniques constitue un levier essentiel pour l'ergonome souhaitant influencer sur l'activité des acteurs de la conception. Plus son intervention se fait en amont du projet, plus son impact potentiel est important. En effet, la conception correspond à un processus de détermination progressive, à la fois de l'objet ou de la situation de travail, et des actions à mener par les concepteurs eux-mêmes (De Terssac & Friedberg, 1996). Or, intervenir en amont suppose de pouvoir anticiper le fonctionnement humain et l'activité future. La valeur ajoutée de l'ergonome repose donc largement sur sa capacité à formuler ces anticipations de manière opérationnelle, afin d'orienter les décisions tout au long du processus de conception.

Dans la continuité de cette approche, deux autres formes d'analyse permettent également d'outiller la conception : l'analyse prospective et l'analyse projective. Maline (1994) propose de les articuler afin d'enrichir la compréhension de l'activité future. *L'analyse prospective*, tout d'abord, s'appuie sur des situations de référence (la situation actuelle ou d'autres similaires) issues de l'existant pour identifier les éléments que l'activité à venir devra intégrer (Daniellou, 2004). *L'analyse projective*, quant à elle, vise à modéliser et simuler l'activité future à partir

des résultats de l'analyse prospective. Ces simulations permettent d'approcher au plus près l'activité réelle à venir et d'éviter les écarts entre usage prévu et usage réel (Daniellou, 1996 ; Béguin & Cerf, 2004).

2.1.2.2. Flexibilité et adaptabilité : conditions d'une conception durable

Toutefois, la prédiction de l'activité se heurte à deux limites majeures (Béguin & Cerf, 2004). La première est épistémologique. Toute simulation repose sur une modélisation partielle du réel, alors soumise à des choix de clôture du système (Salembier & Pavard, 2004). La seconde, ontologique, tient à la nature même du sujet humain : inventif, adaptatif, il réagit à l'imprévu (Ombredane & Faverge, 1955 ; Weill-Fassina, Rabardel & Dubois, 1993). Weill-Fassina, Rabardel et Dubois (1993, p. 21) résument cette position en écrivant que « *les actions ne sauraient être réduites à l'effection de réponses à des stimuli reçus, plus ou moins passivement [...] les opérateurs explorent, interprètent, utilisent, transforment leur environnement technique, social, et culturel* ». L'écart entre travail prescrit et réel illustre ces limites : les prescriptions de conception ne sont jamais pleinement suivies et mises en œuvre car les opérateurs doivent composer avec la variabilité des situations, des inattendus et des résistances (Wisner, 1995 ; Garrigou et al., 2001).

Dès lors, concevoir des dispositifs flexibles laissant entrevoir des marges de décision, d'autonomie et de responsabilité aux opérateurs devient essentiel (Béguin & Cerf, 2004). Deux formes de flexibilité peuvent guider cette démarche :

- *La flexibilité diachronique*, tout d'abord, renvoie à la capacité des systèmes à évoluer après leur mise en œuvre. Inspirée des approches de la cognition et de l'action situées, elle promeut la conception d'artefacts modifiables ou reconfigurables par les utilisateurs eux-mêmes (Robinson, 1993 ; Mackay, 1988). L'objectif est de permettre aux systèmes de s'ajuster en continu, en réévaluant et en restructurant leur fonctionnement en fonction des circonstances d'usage. Plus largement, Henderson et Kyng (1991) proposent une typologie des niveaux de transformation des systèmes : non modifiables, modifiables dans un cadre défini par le concepteur ou transformables selon de nouvelles perspectives fonctionnelles. À chacun de ces niveaux correspondent des usages : sélection d'options prédéfinies, recomposition des comportements de l'artefact à partir d'éléments existants ou création de fonctionnalités inédites.
- *La flexibilité synchronique*, ensuite, permet une adaptation instantanée aux aléas de la situation. Il s'agit de concevoir un « espace des formes possibles d'activité future »

(Daniellou, 2004, p. 360) qui permette d'évaluer dans quelle mesure les choix de conception favoriseront la mise en œuvre de modes opératoires compatibles avec les critères retenus en matière de santé, d'efficacité productive et de développement personnel. Cette flexibilité vise à mieux intégrer la diversité des situations et des opérateurs, tout en offrant à ces derniers la possibilité d'alterner leurs modes opératoires selon le contexte. Dans cette perspective, l'analyse prospective cherche à identifier les sources de variabilité, afin de s'assurer, dès la phase de conception, que les opérateurs pourront atteindre les objectifs de production sans compromettre leur santé. Mac Learn et McKerlie (1995) développent une approche similaire, fondée sur la psychologie cognitive. Ils proposent une « *design space analysis* », conduite tout au long du processus de conception. L'objectif n'est pas de définir ou spécifier un artefact, mais de s'assurer que l'espace de conception offre aux opérateurs une flexibilité suffisante, leur garantissant les marges de manœuvre nécessaires à l'action.

Le cadre d'analyse proposé par Vicente (1999) articule précisément ces deux formes de flexibilité, en soulignant l'importance de « laisser aux travailleurs la possibilité de finir la conception ». Il suggère que l'artefact permette une adaptation continue de la structure et de l'état du système sociotechnique aux contingences locales. Parallèlement, l'auteur souligne que l'artefact doit présenter des limites de fonctionnement, au double sens du terme. D'un côté, son mode de fonctionnement doit être lisible et guider l'utilisateur en lui fournissant un modèle conceptuel du domaine d'activité, ce qui suppose une analyse rigoureuse de la tâche et des représentations professionnelles. D'un autre côté, le système doit délimiter l'action possible (« *specifying boundaries on action* »), en fixant des frontières à ne pas dépasser.

2.2. Pour une conception située : pouvoir reconnaître les savoirs d'usage et soutenir la discussion

2.2.1. Associer les acteurs : vers une conception participative de l'IA

La confiance envers l'IA suppose un véritable travail sur la culture organisationnelle, une éducation adaptée et un accompagnement dans sa conception afin qu'elle soit perçue comme un outil et non comme une solution totale (Rochas, 2025). Cela suppose de formuler les bonnes questions et d'accompagner la transition vers l'intelligence artificielle de manière à ce qu'elle ne dénature ni ne dévalorise le travail humain, mais qu'elle soit intégrée comme un partenaire plutôt que comme un substitut (Furendal & Jebari, 2023).

Pour favoriser les flexibilités diachroniques et synchroniques (Béguin & Cerf, 2004), la démarche participative (Darses & Reuzeau, 2004 ; Vidal-Gomel, 2020 ; Gamkrelidze, 2022), apparaît comme un élément fondamental dans les démarches de conception et de déploiement des systèmes d'IA. Il en est de même pour une implication pluridisciplinaire : celle-ci implique, en particulier, un engagement de la direction et la participation de toutes les parties prenantes à chaque étape du processus de conception. Elle est marquée par de multiples compromis entre les acteurs, qui ajustent et réélaborent la solution au fur et à mesure de l'avancée du projet. Par ailleurs, comme évoqué dans la section précédente, il est indispensable que les travailleurs disposent d'informations suffisantes pour exercer pleinement leur jugement et participer aux décisions, au-delà d'un simple rôle consultatif (Darses & Reuzeau, 2004).

Le terme de « conception participative » dépend des marges de pouvoir décisionnel accordées aux utilisateurs qui permettent de distinguer trois modalités principales de participation au processus de conception, selon Darses et Reuzeau (2004) :

- *La modalité d'information* : cette modalité constitue le niveau minimal d'implication des utilisateurs dans la conception. Elle reconnaît l'importance du facteur humain en tant que composante du système sociotechnique mais limite la participation des acteurs de terrain à un rôle de pourvoyeurs d'informations. Les utilisateurs sont alors sollicités pour partager leurs savoirs sur les usages, les contraintes ou les situations de travail, sans que leur point de vue ne soit intégré dans les choix de conception. Cette posture instrumentale est bien souvent qualifiée à tort de participative, car elle ne confère aucun pouvoir de décision ni même de discussion aux utilisateurs. Leur contribution reste strictement informative et ne modifie pas fondamentalement les dynamiques de pouvoir dans le processus de conception.
- *La modalité de consultation* : avec la consultation, le niveau de participation est légèrement renforcé par rapport à la modalité précédente. Les utilisateurs peuvent exprimer leurs attentes concernant le futur dispositif ou donner leur avis sur certains choix déjà effectués par les concepteurs. Toutefois, leur pouvoir reste indirect : les remontées d'expérience ou les opinions exprimées ne sont prises en compte que si elles sont relayées, et défendues, par des intermédiaires, tels que les ergonomes. Cette modalité présente donc un potentiel de dialogue, mais elle reste asymétrique : les utilisateurs n'ont aucune garantie que leurs propositions influenceront effectivement les décisions. Dès lors, le qualificatif de « participative » reste largement discutable, car le

pouvoir décisionnel demeure concentré entre les mains des concepteurs ou des commanditaires du projet.

- *La modalité de prise de décision conjointe* : la codécision constitue le véritable seuil de la conception participative. Elle repose sur l'idée que les utilisateurs doivent être impliqués, de manière explicite et reconnue, dans certaines décisions de conception. Ce modèle favorise une collaboration active entre les parties prenantes, qui élaborent ensemble des alternatives et arbitrent collectivement certains choix. Dans cette logique, les utilisateurs deviennent coconcepteurs : leur expertise d'usage est valorisée, et leur capacité à influencer le dispositif est institutionnellement légitimée. Il ne s'agit pas d'impliquer les utilisateurs dans l'ensemble des décisions, mais de leur attribuer un périmètre d'intervention cohérent avec leurs compétences et leurs responsabilités. Cette approche permet une reconnaissance réciproque des savoirs et des rôles dans le processus de conception.

2.2.2. Des espaces de débat : la technologie comme un méta-outil

Bobillier-Chaumont et Clot (2016) engagent la réflexion sur la portée à la fois réflexive et transformatrice que peuvent induire l'usage des technologies dans l'activité de travail, et particulièrement sa portée médiatrice, c'est-à-dire sa capacité à canaliser, révéler, voire faire émerger des enjeux dépassant largement sa simple utilisation. La technologie, en tant que « méta-outil » peut dans ce cas contribuer à remettre en question les relations interpersonnelles, à formaliser les échanges, à valoriser les savoirs collectifs et à réactiver des discussions sur l'activité réelle et les difficultés rencontrées au travail. Pour les auteurs, ces technologies ravivent parfois des tensions existantes (charge et temps de travail, articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, coordination entre équipes, qualité du management). La technologie peut donc représenter un prétexte pour mettre en débat le travail, en instaurant un espace de délibération autour des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour interroger les liens, favorables ou problématiques, entre l'artefact technique (qualité d'usage, efficacité réelle), l'activité individuelle (soutenabilité des pratiques mises en œuvre), les formes collectives et les structures organisationnelles.

La mise en débat des activités (Rocha, Mollo & Falzon, 2016 ; Mollo, 2021) apparaît non seulement comme un prolongement logique de cette médiation technologique mais aussi comme une démarche centrale pour soutenir la participation et la concertation au service à la fois de la santé au travail et de l'efficience organisationnelle. Cette mise en œuvre doit favoriser

la diversité des points de vue et doit conduire vers l'intégration plutôt que vers la domination ou le compromis. Favoriser la prise de parole dans des espaces de discussion sur le travail suppose de penser l'autorité dans une perspective de subsidiarité : le rôle du manager devient alors celui d'un arbitre et d'un soutien, capable de valoriser les propositions élaborées au plus près de l'activité dans une logique de délégation inversée (du bas vers le haut) (Detchessahar, Gentil, Grevin, & Stimec, 2015). Selon l'autrice, la mise en débat des activités doit être pensée comme une ressource stratégique soutenue activement par la direction. Cela implique d'y consacrer des moyens matériels et humains (Detchessahar, 2011) et de favoriser l'expérimentation des solutions issues de ces réflexions à tous les niveaux de l'organisation dans une logique de subsidiarité. L'implication de l'encadrement dans l'animation de ces espaces de débat est essentielle pour faire remonter à la direction le contenu des échanges et des solutions élaborées (Detchessahar, 2011).

3. De la théorie de l'activité à l'approche instrumentale : une modélisation de l'usage médiatisé

Cette section vise à analyser les processus d'appropriation par lesquels l'opérateur, dans son activité de travail, s'approprie, transforme et remet en mouvement le résultat du travail du concepteur (Béguin, 2007), en lien avec l'approche instrumentale de Rabardel (1995).

Dans un premier temps, nous verrons que les théories de l'activité, à travers la contribution de Vygotski et Léontiev, ont permis de conceptualiser l'activité humaine comme étant médiatisée par des artefacts (§ 3.1). Nous analyserons ensuite le concept du « sujet capable » développé par Rabardel, qui met en lumière la manière dont le sujet, inscrit dans des rapports historiques et sociaux, interagit avec ses outils pour construire son activité (§ 3.2). Enfin, nous nous intéresserons à l'approche instrumentale, qui examine comment les individus s'approprient et transforment les dispositifs techniques pour les intégrer dans leur activité (§ 3.3).

3.1. Contexte historique : les théories de l'activité

C'est au sein des approches issues des théories de l'activité, inspirées de la psychologie soviétique, que se sont développées les premières conceptualisations et cadres théoriques permettant d'explorer la médiation de l'activité humaine par les artefacts. Selon Vygotski (1934), la culture constitue le fondement même de l'esprit humain, ce qui implique la nécessité d'une approche à la fois développementale et historique. L'auteur plaide ainsi pour une science de l'humain qui prenne en compte à la fois les dimensions individuelles et collectives dans le

cadre concret de la vie quotidienne. Cette science passe par une analyse génétique, structurale et processuelle²³ des activités humaines, jetant ainsi les bases des premières théories de l'activité (Kaptelinin & Nardi, 2006).

Vygotski (1934) a posé les fondations de cette réflexion en proposant un cadre théorique dans lequel l'activité est médiatisée par des outils et des signes. Selon l'auteur, L'interaction des êtres humains avec l'environnement est médiée par des outils techniques ou des instruments psychologiques, les premiers permettant de transformer l'environnement matériel et les seconds jouant un rôle de médiateurs dans l'activité de la personne. Dans cette même perspective, Léontiev (1981) confère également un rôle central à la médiation par les artefacts dans sa théorie générale de l'activité, en soulignant son importance dans la structuration des actions et des rapports au monde.

En ce sens, l'activité est envisagée selon trois pôles (Vygotski, 1934) : le sujet, l'objet de l'activité (ce vers quoi est dirigée l'activité) et les outils socioculturels. L'objet de l'activité correspond à ce vers quoi cette dernière est tournée et peut évoluer au fil de l'activité. Cette activité contient des outils matériels ou symboliques (procédures, langage, formes d'organisation...) qui vont agir en médiateurs entre le sujet et l'objet de l'activité.

3.2. Le sujet capable

Selon Rabardel (2005), le sujet « n'est pas seulement une entité physique, cognitive ou sociale interagissant avec un dispositif technique, une instrumentation, une situation, etc. C'est un sujet inscrit dans des rapports historiques, culturels et fonctionnels aux objets, ressources et conditions de son activité, aux autres sujets et à lui-même ». Le sujet est ainsi engagé à la fois dans des *activités productives*, orientées vers la réalisation de tâches et l'accomplissement de projets, et dans des *activités constructives*, visant le développement de ressources internes et externes (instruments, compétences, conceptualisations, systèmes de valeurs, etc.). Par ailleurs, le sujet capable est également un sujet sensible, doté d'émotions et d'affects, lesquels jouent un rôle décisif dans la dynamique de l'activité (Cahour, 2010). Dans cette perspective, Vygotski (1934) souligne l'impossibilité de dissocier les dimensions intellectuelles et affectives de la pensée, insistant sur l'influence des impulsions, des intérêts et des penchants du sujet dans son rapport au monde.

²³ L'approche processuelle est une méthode qui considère les phénomènes dans leur déroulement, leur transformation dans le temps.

Dans le cadre de l'approche instrumentale développée par Rabardel (2005), la capacité d'agir et le pouvoir d'agir désignent les ressources dont dispose un opérateur. Ces ressources fondent, d'une part, ses capacités d'agir, c'est-à-dire ce qu'il est en mesure d'accomplir dans ses différents champs d'activité, et, d'autre part, son pouvoir d'agir, soit ce qu'il peut effectivement réaliser en fonction des caractéristiques concrètes et singulières des situations de travail dans lesquelles il déploie son activité (Gouedard & Rabardel, 2012, pp. 3-4) :

- Plus précisément, la *capacité d'agir* correspond aux compétences, connaissances, instruments qui constituent des ressources et des moyens d'actions dans l'activité. Le développement des capacités d'agir s'inscrit dans les temporalités longues de la construction par l'expérience et du développement de l'individu, celles du « *sujet en devenir* » (Rabardel, 2005).
- Le *pouvoir d'agir* renvoie quant à lui à la transformation des capacités d'agir, que nous avons décrites précédemment, en pouvoirs effectifs, à savoir leurs mises en œuvre dans une situation donnée. Le pouvoir d'agir dépend donc des ressources externes et internes disponibles à un moment donné dans le contexte de la situation (état des connaissances, instruments effectivement disponibles, occasions d'intervention sur le réel, possibilités d'exprimer ses compétences, etc.) et résulte de leur actualisation en « *pouvoirs effectifs dans les conditions concrètes du ici et maintenant* » (Gouédart & Rabardel, 2012, p. 20). Le pouvoir d'agir s'inscrit par conséquent dans des temporalités liées à l'action et à l'activité. Ainsi, l'individu peut avoir la *capacité d'agir* (par exemple, disposer de compétences spécifiques) sans en avoir le *pouvoir* (absence d'espace d'expression de sa compétence dans une situation donnée).

3.3. L'approche instrumentale

L'approche instrumentale (Rabardel, 1995) s'inscrit dans la lignée des théories de l'activité ainsi que des psychologies développementales et ergonomiques. Elle se centre sur la manière dont les sujets mobilisent, s'approprient, reconstruisent et réinventent les dispositifs techniques, en refusant de considérer la technologie comme une donnée *a priori*. Elle adopte ainsi un point de vue résolument anthropocentré, en donnant une importance particulière au sujet dans l'analyse des interactions avec les artefacts (Bationo-Tillon & Rabardel, 2015). Cette approche permet de conceptualiser le rôle actif et créateur du sujet à travers le processus de genèse instrumentale qui désigne la transformation d'un artefact en instrument par l'usage. Elle offre un cadre pour appréhender l'activité humaine du point de vue de la diversité des moyens et des ressources utilisées par les sujets pour agir (Gras Gentiletti, Bourmaud, Fréjus & Decortis,

2022), mais aussi pour spécifier la nature des médiations instrumentales engagées dans l'activité, et ce, depuis le point de vue propre du sujet en situation. L'appropriation y est conçue comme un processus situé et évolutif, au cours duquel le sujet transforme activement les artefacts et les usages, dans une dynamique de co-construction avec les situations d'activité, à l'aide d'outils conceptuels permettant d'en comprendre les ressorts (Lassalle & Amelot, 2023).

3.3.1. L'activité médiatisée : le modèle quadripolaire

Pour approfondir cette approche, le modèle quadripolaire proposé par Rabardel (1995) permet d'opérationnaliser l'analyse des médiations instrumentales en articulant les différents pôles impliqués dans l'activité. Ce modèle offre un cadre de compréhension systémique pour décrire la situation étudiée en tenant compte de quatre pôles : sujet, objet, instrument, autres sujets. Cette entrée méthodologique intègre la dimension collective de l'activité. Ici, les instruments, au cœur de ce modèle, sont considérés comme des intermédiaires ou des médiateurs tenant à la fois compte de l'objet matériel (artefact), du sujet (schème) et des autres individus (alter).

Rabardel (1995) propose de distinguer trois grandes orientations de la médiation instrumentale, telles que présentées dans la figure 8 ci-après :

1. *Vers l'objet de l'activité*, où l'instrument soutient la transformation du réel ou la réalisation de la tâche ;
2. *Vers les autres sujets*, où l'artefact devient un support d'interaction, de coordination ou de communication intersubjective ;
3. *Vers soi-même*, où l'usage de l'instrument participe à la structuration des fonctions psychologiques, à la réflexion ou au développement personnel du sujet.

Cette figure 8, page suivante, illustre les principales orientations de la médiation par les instruments dans l'activité humaine. *Les flèches pointillées* indiquent les trois orientations des médiations dans l'activité et *les flèches pleines*, quant à elles, représentent les relations directes ou non médiatisées qui coexistent avec les médiations instrumentales. L'auteur distingue trois médiations : les médiations vers l'objet, les médiations interpersonnelles et les médiations réflexives.

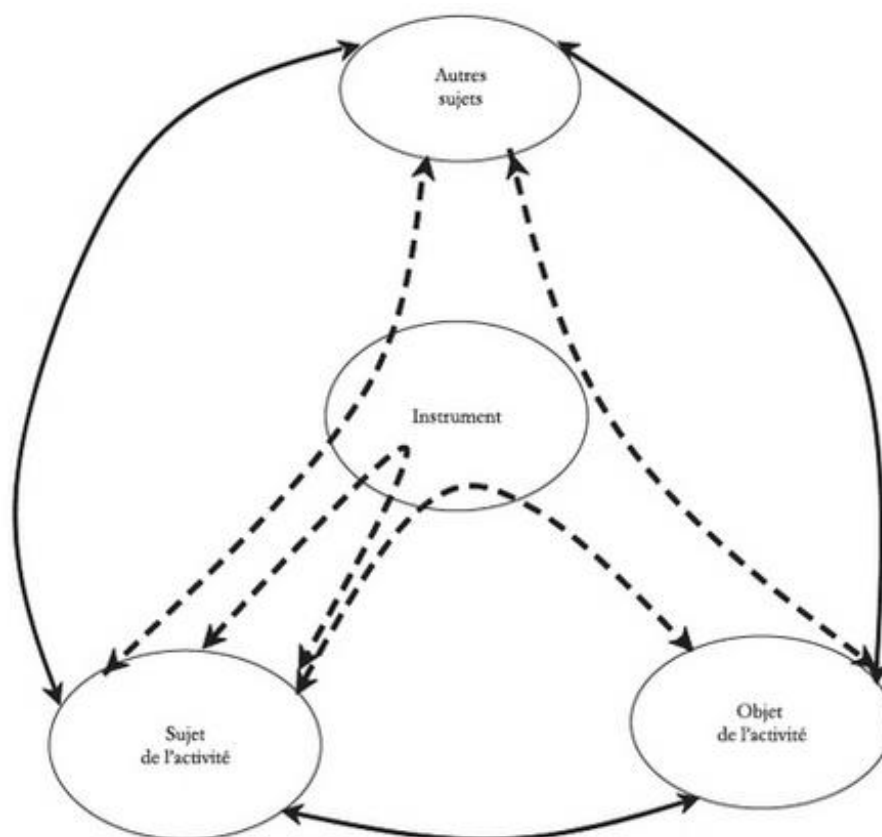


Figure 8. Modèle de l'activité médiatisée par l'instrument (d'après Rabardel, 1995)

- **Les médiations vers l'objet**

Ces médiations résident dans le fait que l'activité du sujet est orientée vers un objet et en distingue deux formes essentielles :

- *Les médiations épistémiques à l'objet* qui ont pour finalité la prise de connaissance de l'objet : ses propriétés, ses évolutions en réponse aux actions du sujet, etc. Le microscope en est un exemple typique, en tant qu'artefact conçu pour révéler des aspects invisibles de la réalité. De même, dans le cas de l'appareil photo numérique, l'écran constitue un dispositif de médiation épistémique, permettant au sujet d'observer immédiatement le cliché réalisé, d'en analyser les caractéristiques, puis de décider s'il convient de le conserver ou de le refaire.
- *Les médiations pragmatiques à l'objet*, orientées vers l'action sur l'objet : transformation, régulation, gestion, etc. Le marteau est un artefact qui illustre cette forme de médiation, en étant directement impliqué dans une action de transformation. Pour l'appareil photo numérique, les commandes de prise de vue ou de gestion des clichés (modification, suppression, etc.) relèvent de ce type de médiation.

- **Les médiations interpersonnelles**

La seconde orientation concerne les médiations interpersonnelles qui interviennent aussi bien dans les activités collectives qu'individuelles, dès lors qu'une interaction, explicite ou implicite, est en jeu. Ces médiations peuvent également être épistémiques, lorsqu'il s'agit de connaître ou de comprendre l'autre, ou pragmatiques, lorsqu'elles visent une coordination ou une action conjointe. En fonction de la nature de l'activité, elles peuvent prendre diverses formes : médiation collaborative dans un cadre de coopération, médiation intersubjective autour du partage d'un sens ou d'une expérience, ou encore médiation sociale lorsqu'il s'agit de se situer dans un collectif. L'exemple de l'appareil photo numérique illustre bien ces dimensions. Il permet un rapport renouvelé aux autres : l'image capturée peut être immédiatement visualisée et partagée entre le photographe et le photographié. Ce dernier peut se voir à travers l'image (dans une médiation réflexive) mais aussi percevoir le regard porté sur lui (dans une médiation interpersonnelle). Cette interaction peut influencer la relation : la confiance ou la gêne ressentie modifie la nature même des prises de vue réalisées par la suite.

- **Les médiations réflexives**

Enfin, une troisième orientation de la médiation concerne le rapport du sujet à lui-même. Il s'agit ici de médiations réflexives dans lesquelles l'instrument joue un rôle dans l'auto-observation, l'auto-régulation ou encore le développement personnel. Vygotski (1934) en donnait déjà un exemple parlant : le nœud dans le mouchoir, destiné à rappeler un souvenir à venir, autrement dit, un instrument dont la fonction est de se souvenir qu'il faut se souvenir. L'usage de l'appareil photo pour réaliser des autoportraits ou capturer des moments de vie participe de cette logique. Il s'agit moins de produire une image « réussie » que de figer une émotion, une posture, un état intérieur. La sélection ou la suppression des clichés ne dépend alors pas de leur qualité technique mais de leur capacité à traduire une vérité subjective. Lors de la relecture des images, chacune devient le support d'un souvenir, d'un lieu, d'une expérience vécue. Ainsi, les médiations instrumentales ne se limitent pas au temps de l'activité présente : elles s'inscrivent dans la continuité de l'histoire personnelle du sujet, contribuant à structurer son rapport à lui-même dans la durée. Bien que Vygotski (1934) ait initialement associé les médiations psychologiques aux rapports à soi et aux autres, tout instrument peut, en réalité, jouer un rôle de médiateur à la fois dans la relation à l'objet, aux autres et à soi-même. Ces trois dimensions de la médiation peuvent coexister au sein d'une même activité instrumentée.

3.3.2. De l'artefact à l'instrument

Ainsi, au cours d'une même activité, le sujet peut mobiliser plusieurs instruments pour agir sur différents objets (Gillet, 2014). Rabardel (1995) illustre cette dynamique à travers l'exemple d'un peintre professionnel, dont l'activité se compose d'une succession d'actions médiatisées par divers instruments (spatule, plaque décolleuse, appareil à vapeur), chacun orienté vers un objet spécifique (plafond, enduit, papier peint). Il met également en lumière le fait qu'un même artefact, en l'occurrence la plaque décolleuse, peut être associé à plusieurs instruments selon les schèmes d'utilisation mobilisés par le sujet.

Afin de clarifier ces notions, il convient de définir l'ensemble des concepts clés de cette approche. Tout d'abord, *l'instrument*, est une entité mixte constituée d'un artefact (ou d'une fraction d'artefact), matériel ou symbolique, produit par le sujet ou par d'autres et des *schèmes d'utilisation* qui sont associés à l'utilisation d'un artefact. **L'artefact** est « un objet technique nu, indépendamment de toute relation avec un usager » (Trouche, 2004, p.93). Pour Rabardel (1995), il s'agit de toute entité transformée par l'homme, qu'elle soit matérielle (outil, machine) ou symbolique (langage, plan, schéma). L'artefact constitue une « proposition pour l'usage » dans les termes de l'approche instrumentale. Il est également un outil cognitif dans la mesure où il prend en charge une part de l'activité mentale et peut transformer les représentations initiales du sujet (Rabardel, 1995).

Ensuite, Piaget (1973, p. 11) définit un *schème* comme « une structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en circonstances semblables ou analogues ». Les *schèmes d'utilisation* sont des structures organisatrices de l'action, construites par le sujet pour gérer les situations dans lesquelles il est engagé. Ils présentent une triple dimension, à la fois individuelle et sociale, et se déclinent à deux niveaux (Folcher & Rabardel, 2004 ; Lassalle & Amelot, 2023) :

- *Les schèmes d'usage* qui sont relatifs à la gestion des caractéristiques et des propriétés particulières de l'artefact, indépendamment du but poursuivi dans l'activité. Ils concernent l'interaction entre l'usager et l'objet technique (exemple : utiliser les commandes d'un appareil photo) ;
- *Les schèmes d'action instrumentée* sont orientés vers l'objet de l'activité. Ils donnent sens à l'utilisation de l'artefact en tant que moyen pour atteindre un but. Ils intègrent les schèmes d'usage tout en les dépassant (exemple : organiser la prise de vue d'un appareil photo) ;

- *Les schèmes d'activité collective instrumentée* qui portent sur la spécification des types d'actions et de résultats acceptables et sur la coordination des actions individuelles et l'intégration de leurs résultats comme contribution à l'atteinte des buts communs.

Dans l'approche instrumentale, un artefact ne devient instrument que lorsqu'il est intégré à l'organisation de l'action du sujet, par le biais de l'appropriation ou de la construction de schèmes d'utilisation, qu'ils soient personnels ou socialement transmis (Rabardel, 1995). Ce processus est appelé *genèse instrumentale*.

3.3.3. La genèse instrumentale

Dans l'approche instrumentale (Rabardel, 1995), un artefact ne constitue une unité fonctionnelle mixte (Folcher & Rabardel, 2004), c'est-à-dire un véritable instrument, qu'au terme d'un processus de transformation appelé *genèse instrumentale*. Cette dernière désigne la dynamique par laquelle le sujet s'approprie l'artefact et en fait un moyen opératoire intégré à son activité. Le processus de *genèse instrumentale* comporte deux dimensions complémentaires (Rabardel, 1995) :

- *L'instrumentation*, tournée vers le sujet, désigne l'assimilation de l'artefact aux schèmes d'action existants ou la modification de ces schèmes pour intégrer le nouvel artefact. Elle implique une évolution des structures cognitives du sujet, en lien avec ses expériences et ses intentions. Par exemple, le sujet développe au fil de ses usages une manière d'utiliser son smartphone qui lui est propre, car jugée la plus efficace de son point de vue, pour répondre aux objets de son activité en situation. (Gras Gentiletti, 2022)
- *L'instrumentalisation*, orientée vers l'artefact, désigne l'appropriation active de l'objet par le sujet qui en enrichit ou en redéfinit les usages en fonction des contraintes de la situation et de ses propres objectifs. Elles peuvent être locales ou globales, temporaires ou plus durables (Bourmaud, 2006). Des « fonctions constituées » sont alors attribuées à l'artefact par le sujet lui-même (Rabardel, 1995), différentes des « fonctions constituantes » définies et introduites par les constructeurs.
 - Lorsque l'instrumentalisation est temporaire, l'artefact est instrumentalisé en fonction de ses caractéristiques propres et au gré de la situation (Bourmaud, 2006). Il peut s'agir par exemple de l'utilisation d'un sèche-cheveux pour sécher un tee-shirt dans une situation où il n'y aurait pas de sèche-linge à disposition et où le sujet aurait besoin de porter ce tee-shirt sec rapidement.

- Lorsque l'instrumentalisation est durable, l'élaboration de fonctions peut être liée à une classe de situations particulières et donner lieu à la mise en place de nouvelles « propriétés extrinsèques » (Bourmaud, 2006). Par exemple, un soignant peut détourner un chariot de soins pour l'utiliser comme support d'écriture en déplacement, l'objet acquiert des fonctions qui ne sont pas prévues par sa conception initiale, mais qui répondent aux exigences spécifiques de l'activité réelle.

Folcher et Rabardel (2004) illustrent cette genèse par un exemple concret de ce double processus, celui de l'usage détourné d'une clé anglaise pour remplacer un marteau. Le sujet reconnaît dans l'objet certaines propriétés pertinentes (masse, forme, dureté, préhensibilité) et l'intègre dans un schème d'action préexistant lié à la percussion. L'instrumentation se manifeste ici par l'assimilation de la clé au schème de frappe, tandis que l'instrumentalisation repose sur la redéfinition locale de la clé comme « artefact-marteau », adaptée à la tâche dans le contexte présent. Les utilisateurs ne sont donc pas passifs dans l'utilisation de l'artefact et son adoption, c'est-à-dire réduits uniquement à appliquer les règles d'usage prescrites ou à les rejeter. Au contraire, ils sont capables et autonomes dans la construction de leurs usages et de leurs outils. En conséquence, l'appropriation d'un instrument traduit la manière singulière dont un sujet agit en fonction de ce qu'il se donne à faire. Le processus d'appropriation dépend donc des intentions, des finalités et des motivations du sujet (Rabardel, 1995). L'instrument du sujet permet d'actualiser certaines potentialités « imaginées » pertinentes pour l'action.

3.3.4. Conception continue dans l'usage par la genèse instrumentale

Les artefacts mobilisés par les individus dans leurs activités professionnelles, formatives ou quotidiennes, sont conçus pour remplir des fonctions préalablement définies par les concepteurs, désignées comme *fonctions constitutantes* (Mounoud, cité par Folcher & Rabardel, 2004). Toutefois, l'usage effectif de ces artefacts dans des contextes situés engendre, par le processus d'instrumentalisation, l'émergence de fonctions nouvelles issues de l'activité des sujets : ce sont les *fonctions constituées*. Ces fonctions ne relèvent pas uniquement de l'adaptation, mais traduisent une reconfiguration créative et située de l'instrument dans l'action. Les instruments, loin d'être utilisés isolément, s'inscrivent dans des systèmes organisés par les utilisateurs selon les exigences des tâches, la récurrence des situations ou les domaines d'activité. Comme l'ont montré Lefort (1982) et Minguy (1997), ces systèmes d'instruments sont dynamiques, organisés à la fois par complémentarité fonctionnelle et selon des logiques

temporelles, et ils se transforment avec l'expérience. Chaque outil peut remplir des fonctions prévues mais aussi d'autres fonctions, développées par les opérateurs, introduisant une redondance stratégique qui accroît la souplesse et l'efficacité de l'action. Ainsi, les fonctions constituées et les nouveaux instruments produits au fil des genèses instrumentales s'intègrent aux systèmes existants, contribuant à un équilibre global ajusté aux besoins du sujet. Ces systèmes d'instruments se composent de ressources matérielles, symboliques ou sémiotiques, hétérogènes dans leur nature, et évoluent en parallèle au développement des activités. Cette dynamique ne répond pas uniquement aux contraintes externes des domaines d'activité mais participe plus largement au développement du sujet lui-même et de son pouvoir d'agir au sein du système global de ses activités (Curie, Hajjar, Marquié & Roques 1990).

Ainsi, alors que la section § 2.3.2 de ce chapitre définissait les conditions structurelles d'une conception ouverte et durable, cette partie nous permet d'illustrer comment cette ouverture rend possible une appropriation située, évolutive et créative des artefacts. Concevoir un artefact ne se limite pas à fixer ses fonctions initiales : il s'agit aussi de permettre son appropriation progressive et sa transformation continue par les utilisateurs, en fonction de la diversité des contextes d'activité.

Sur le plan fonctionnel, Bourmaud (2006) rappelle que le modèle de la boucle de la conception (Rabardel, 1995), telle qu'on peut l'observer dans la figure 9 suivante, permet d'envisager :

- D'une part, le prolongement des fonctions et propriétés constituantes initialement définies par le concepteur, par l'émergence de nouvelles fonctions et propriétés, issues de l'usage effectif. Ce sont les fonctions et propriétés constituées ;
- D'autre part, l'inscription progressive de ces fonctions et propriétés constituées dans l'artefact lui-même, qui peut conduire à leur intégration comme nouvelles fonctions et propriétés constituantes, marquant ainsi un retour vers la conception formelle.

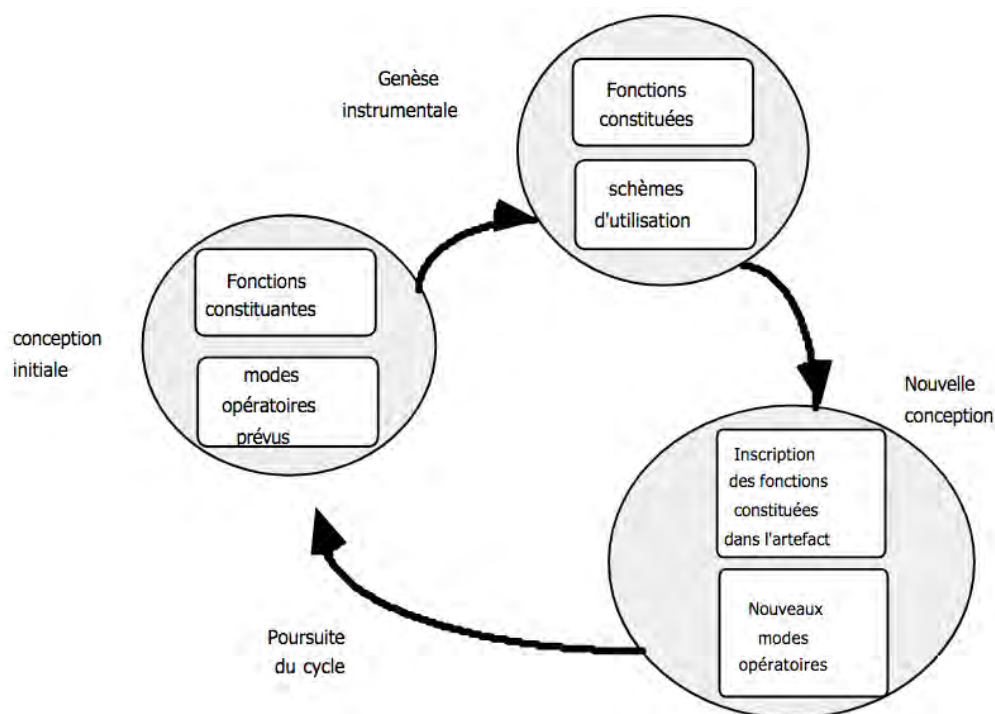


Figure 9. La boucle de conception (Rabardel, 1995)

Cette dynamique d'évolution de l'artefact se soutient à deux niveaux :

- Au niveau de l'opérateur et de son environnement social proche (pairs, encadrement, etc.), il s'agit de concevoir des artefacts dont les propriétés encouragent la poursuite du processus de conception dans l'usage, c'est-à-dire le développement des genèses instrumentales (Folcher & Rabardel, 2004 ; Rabardel, 1995). L'enjeu est de donner à l'opérateur les moyens de s'approprier la technologie, en l'adaptant à ses propres logiques d'action.
- Au niveau organisationnel, les modifications ne peuvent pas toujours être opérées directement par l'utilisateur : d'autres acteurs (décideurs, ingénieurs, etc.) doivent être mobilisables. L'organisation doit donc être accessible et à l'écoute des remontées de terrain afin de pouvoir enclencher, si nécessaire, un nouveau cycle de conception. Ce processus peut conduire à des artefacts radicalement transformés dans leur nature et leur fonctionnement (Rabardel, 1995).

L'appropriation de l'artefact repose ainsi sur une tension dynamique entre le sujet et la technologie : le sujet mobilise ses connaissances, son vécu et ses schèmes d'action, tandis que l'artefact, porteur de ressources mais aussi de contraintes, oriente et canalise cette appropriation (Rabardel, 1995). Favoriser cette appropriation suppose donc de soutenir le processus d'instrumentalisation, notamment par des démarches de co-conception, afin que l'artefact fasse

émerger, à court ou long terme, de nouvelles fonctions ou usages potentiels, adaptés aux objectifs réels des utilisateurs.

Chapitre 5. Problématique et axes de recherche

1. Une analyse systémique pour relier les enjeux structurels aux conditions de travail des aides-soignantes

Nous ouvrons cette recherche par une analyse à l'échelle macro, en interrogeant les effets structurels des politiques publiques sur le niveau des ressources organisationnelles, et par conséquent sur les conditions de travail des aides-soignantes et le bien-être des résidents.

Depuis les années 1990, les politiques publiques ont amorcé une transformation structurelle du secteur médico-social, en particulier des EHPAD, en imposant des dispositifs de tarification issus des logiques du nouveau management public (Bezes & Demazière, 2011 ; Dussuet et al., 2017). Inspirée d'un modèle de rationalisation industrielle de l'action publique (Bezes & Musselin, 2015 ; Supiot, 2015), cette gouvernance par les nombres s'appuie sur des indicateurs standardisés (GMP et PMP) pour allouer les dotations de soins. Or, ces indicateurs peinent aujourd'hui à évaluer finement les besoins des résidents, en particulier ceux atteints de troubles cognitifs et psycho-comportementaux, pour lesquels la grille AGGIR apparaît inadaptée (DREES, 2020). Il en résulte une inadéquation croissante entre les financements alloués et les besoins observés, contribuant à des taux d'encadrement inférieurs aux recommandations (CNDEPAH, 2019 ; Jeandel & Guérin, 2021).

Ce sous-financement s'accompagne d'une évolution démographique marquée : les résidents accueillis sont de plus en plus âgés, atteints de polypathologies et dépendants (CNSA, 2020 ; DREES, 2020), tandis que les politiques publiques incitent les établissements à accueillir les personnes en grande dépendance pour accéder à des financements plus élevés (Delouette & Nirello, 2017). Cette incitation a parfois pour effet de provoquer des stratégies de sélection à l'entrée visant à optimiser les scores de dépendance au moment des coupes Pathos (Xing-Bongioanni & Billaud, 2021). Dans ce contexte, le travail des aides-soignantes, en première ligne de l'accompagnement quotidien, est directement impacté par ces arbitrages gestionnaires.

Le recours massif à des aides-soignantes non diplômées, dites « faisant fonction » (Arborio, 2019 ; Sénat, 2024), la fragmentation du travail et l'intensification des tâches liées à une surcharge de travail (Dussuet et al., 2017 ; Billaud & Xing, 2016) engendrent un enchaînement ininterrompu d'actes techniques et logistiques qui ne laissent que 5 % du temps des aides-soignantes pour *le care* ou, pour le dire autrement, les soins relationnels (Garcia et al., 2011). En effet, le rythme imposé par la surcharge de travail et les normes de temps limite fortement

la possibilité pour les aides-soignantes de s'adapter au rythme de la personne âgée, et de développer des soins relationnels (Dickason, 2018). Par ailleurs, la faiblesse du temps dédié à la coordination et aux transmissions nuit à la circulation des savoirs pratiques et à la connaissance des résidents entre les plus expérimentés et les novices (Estryn-Behar, 2008 ; Gaudart & Thébault, 2012), essentielle pour garantir une prise en charge respectueuse et personnalisée. Ces conditions de travail marquées par une intensité physique, émotionnelle et éthique (Marquier et al., 2016) contribuent à un épuisement professionnel important, accentué par un fort taux d'absentéisme, de turnover, et par la faible reconnaissance du travail dans le grand âge (Petit & Zardet, 2017 ; Groupe APICIL, 2024).

Du point de vue de l'ergonomie, c'est l'approche centrée sur le travail réel qui doit nous permettre d'identifier les facteurs de charge à l'origine de la pénibilité et de l'épuisement professionnel des aides-soignantes.

Si la littérature a déjà largement documenté les contraintes structurelles, en particulier le manque de ressources temporelles et humaines (effectifs et compétences), elle traite encore peu des conséquences concrètes de ces manques sur l'activité de soin elle-même. De plus, le travail de soins comporte également des formes de variabilités des situations de travail (Noulin, 2002), notamment les variabilités humaines (Hubault, 1995) qu'il convient d'analyser. Ces dernières concernent aussi bien les aides-soignantes que les résidents, dont les singularités échappent aux indicateurs des politiques publiques mais, elles influencent directement le temps consacré aux soins et leur qualité. L'analyse de l'activité est essentielle pour relier les enjeux structurels et ceux liés aux conditions de travail des aides-soignantes en proposant une autre manière d'analyser les répercussions des contraintes sur le travail réel puis sur le bien-être et la santé des résidents.

Dans ce contexte, le premier axe de recherche vise à analyser dans quelle mesure l'organisation du travail en EHPAD, marquée par des contraintes structurelles (manque de ressources humaines et temporelles) et confrontée à la variabilité des situations de soin, contribue à une intensification du travail, au détriment de la qualité de la prise en charge, du bien-être et de la santé des résidents.

2. Rendre visible le travail réel des aides-soignantes

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2024) propose une définition de la qualité des soins axée sur une approche globale et multidimensionnelle, dont la finalité est de garantir la qualité de vie et

le bien-être des personnes âgées. Cette approche rejoint la notion de bientraitance, que Moulias et al. (2010) considèrent comme un objectif permanent, difficilement mesurable, visant à permettre aux personnes âgées de vivre dignement leur dépendance.

Pourtant, la réalité des conditions d'hébergement dans les EHPAD ne permet pas structurellement de répondre à cette finalité de bientraitance. Les conditions de travail dégradées dans les EHPAD ont des conséquences directes sur la qualité de vie des résidents. Face au manque de personnel, des établissements hiérarchisent les soins en fonction de leur « nécessité vitale » (Xing-Bongioanni & Billaud, 2021), reléguant les animations, les sorties, voire les douches, au second plan. Face à des pénuries de personnel particulièrement critiques, certains directeurs en viennent à autoriser que des résidents ne soient pas levés. Cette pratique, analysée par Eideliman et Gojard (2008), témoigne d'une conception réductrice des activités dites « vitales », limitées à leurs seules fonctions biologiques, au détriment d'autres besoins fondamentaux liés au bien-être et à la dignité. Le rapport Grand âge et autonomie (Libault, 2019) dénonce également un quotidien centré sur les soins médicaux, au détriment des besoins sociaux et émotionnels. Le raccourcissement des temps d'intervention, lié aux restrictions budgétaires, nuit à la qualité de l'accompagnement et au confort matériel. La DREES (2020) souligne que l'isolement social, même en présence de proches, est un facteur majeur de détresse psychologique. Enfin, la baisse de surveillance augmente le risque d'accidents, comme les chutes, fréquentes et lourdes de conséquences (Podvin-Deleplanque et al., 2015).

Cette dégradation de la qualité des soins, ainsi que ses effets sur les résidents, a également des répercussions sur les aides-soignantes, affectant leur vécu professionnel et leur engagement éthique. La relation avec le résident, centrale et valorisante pour les aides-soignantes (Arborio, 2001, Aubry, 2012), participe au sens et à l'engagement des aides-soignantes (Marquier et al., 2016). Or cette relation est constamment entravée par l'intensification des conditions de travail des aides-soignantes et notamment par la contrainte temporelle. Toutefois, la logique de *care* appelle à certaines normes à l'égard des résidents et participent à des préoccupations éthiques (Raybois, 2014). Des conflits de valeurs peuvent alors apparaître lorsque les aides-soignantes n'arrivent plus à préserver une qualité de soin conforme à leurs aspirations éthiques (Raybois, 2014 ; Bonnemain, 2010 ; Marquier et al., 2016).

Dans certaines situations, l'engagement peut aider à compenser les contraintes organisationnelles. Les aides-soignantes peuvent notamment opérer des réponses adaptatives (hiérarchiser les tâches, augmenter le temps de travail, s'entraider collectivement) pour « bien faire » (Billaud et Xing, 2016). Ces ajustements, accomplis au cours de l'activité, peuvent

générer culpabilité et souffrance lorsqu'ils ne suffisent plus à combler l'écart entre les idéaux des aides-soignantes et la réalité du terrain.

C'est cet écart qui nous intéresse du point de vue de l'ergonomie. L'enjeu de cette thèse est de mettre en visibilité les modes de régulation mis en œuvre dans l'activité des aides-soignantes pour faire face à la surcharge de travail et préserver une qualité de soin conforme à leurs représentations de la qualité des soins. Pour comprendre ces tensions, nous mobilisons le modèle de la régulation de la charge de travail de Sperandio (1972), qui propose une lecture des ajustements opératoires en postulant que l'astreinte perçue dépend du mode opératoire choisi par les opérateurs en fonction des contraintes et des ressources disponibles, et que l'opérateur modifie son mode opératoire pour maintenir une astreinte acceptable. Lorsque les ressources sont épuisées, un seuil critique est atteint, au-delà duquel l'opérateur doit renoncer à certaines exigences de la tâche, souvent porteuse de sens. *C'est dans ce basculement que se cristallise ce que nous proposons de nommer la charge éthique : une forme d'astreinte qui naît de la contradiction entre ce qu'il faudrait faire pour respecter ses valeurs, et ce qu'il est encore possible de faire.* L'objectif est de mettre en évidence, via l'analyse de l'activité, les ajustements, les compromis les arbitrages, voire les dilemmes éthiques réalisés par les aides-soignantes pour répondre à des objectifs contradictoires, tels que garantir à la fois la qualité des soins et la continuité des soins dans un contexte de ressources limitées. Il est également essentiel de démontrer les impacts de ces choix pour les aides-soignantes en termes d'astreinte éthique à court terme (conflits de valeurs : qualité empêchée, conflits éthiques, travail inutile) et d'astreinte éthique à long terme (souffrance éthique).

La dimension éthique a été largement étudiée en psychodynamique du travail (Dejours, 1998 ; Molinier, 2010) ou en sociologie du travail (Aubry et Couturier, 2014) mais elle reste peu abordée en ergonomie (Bonnemain, 2010). Cette thèse vise à approfondir la compréhension de la dimension éthique du travail en l'abordant sous l'angle de la charge, et à contribuer ainsi à l'enrichissement des connaissances en ergonomie sur cette question encore peu explorée. *Le deuxième axe de recherche vise à mettre en visibilité que, face à une surcharge de travail, les aides-soignantes réalisent, dans leur activité de travail, des ajustements, des compromis, des arbitrages, voire des dilemmes éthiques, pour préserver la qualité des soins de l'ensemble des résidents. Ces modes opératoires peuvent générer une astreinte éthique.*

3. Analyser les usages d'un système d'IA et ses effets sur la qualité du soin

D'une analyse systémique à une analyse de l'activité des aides-soignantes, cette recherche s'accorde à relier différentes sphères et enjeux contemporains. L'émergence de systèmes d'intelligence artificielle dans le milieu médico-social en fait partie.

L'impact de l'IA transforme le contenu et les conditions de travail et va continuer de transformer le milieu du travail. Si elle peut améliorer la santé et la sécurité au travail, elle peut également générer de nouveaux risques psychosociaux (management algorithmique, perte d'autonomie, déshumanisation des relations professionnelles), voire devenir un outil de contrôle, plutôt que de valorisation du travail réel (Aghion & Bouverot, 2024 ; Aquino & Bourquin, 2019). L'introduction des technologies dans les EHPAD soulève des enjeux éthiques majeurs, tant du point de vue des aides-soignantes que de celui des résidents, pour qui la sécurité, le respect de la liberté, de la vie privée et de l'intimité demeurent essentiels (Brami, 2019 ; Bachelot et al., 2018, Bienvault, 2013). L'intégration d'une nouvelle technologie doit alors nécessairement s'accompagner d'une réflexion critique sur leurs usages afin qu'elle soit pensée au service du soin, en prenant en compte les souhaits et les besoins des résidents, et en permettant de libérer du temps pour le soin relationnel (Juchs, 2024). Les concepteurs peuvent anticiper les usages par des raisonnements de « bon sens » ou en se mettant à la place des utilisateurs, ce qui peut reproduire des représentations inexactes (Nicolas, 2000). La démarche ergonomique, centrée sur l'activité, apparaît comme un levier pour anticiper, modéliser et accompagner cette réflexion critique des usages dans la conception (Béguin et Cerf, 2004 ; Daniellou, 1996 ; De Terssac et Friedberg, 1996).

Pour influencer de manière pertinente sur la conception d'un système d'IA, introduire le « point de vue du travail » en s'appuyant sur une analyse des situations de travail est essentiel (Daniellou, 1997). La démarche de conception doit permettre l'intersection des acteurs concernés (Zarifian, 1995), ce qui nécessite au préalable l'organisation de temps de rencontre entre les acteurs. A cela s'ajoute l'importance d'adopter une posture technique, c'est-à-dire la capacité à formuler des propositions concrètes, opérationnelles et ajustées aux réalités de l'activité (Béguin & Cerf, 2004 ; Guérin et al., 2021). Une telle approche vise à nourrir le processus de conception à partir du travail réel tout en soutenant le développement des capacités d'action des travailleurs (Guérin, 2013 ; Falzon, 2013 ; Gamkrelidze, 2022). Dans ce cadre, la démarche participative repose sur l'idée que la performance d'un outil ne peut être pensée indépendamment des conditions effectives de son usage. Elle implique une implication progressive des utilisateurs,

à travers trois modalités : l'information, la consultation et la co-décision (Darses & Reuzeau, 2004). Dès lors, la participation ne constitue pas uniquement un levier pour améliorer la conception ; elle est également essentielle à l'appropriation des technologies. La confiance envers l'IA repose précisément sur sa reconnaissance comme outil au service de l'humain, et non comme substitut à son activité (Rochas, 2025 ; Furendal & Jebari, 2023). Cela implique une co-construction continue, à court, moyen et long terme, pour favoriser les flexibilités diachroniques et synchroniques (Béguin & Cerf, 2004) en intégrant les utilisateurs à plusieurs niveaux du processus décisionnel pour ancrer durablement la conception dans la réalité du travail.

Ce troisième axe de recherche s'inscrit dans une démarche de recherche-action, dont l'objectif central est la production de connaissances ancrées dans la pratique (Gonzalez-Laporte, 2014). Cette approche repose sur l'idée que c'est par l'action elle-même que peuvent émerger des savoirs scientifiques à la fois pertinents et opératoires, capables d'éclairer et de transformer les réalités sociales vécues par les individus et les collectifs (Roy & Prévost, 2013). Elle se distingue des approches plus traditionnelles par l'intention de changement qui la motive : il ne s'agit pas seulement de décrire, comprendre ou expliquer un phénomène, mais bien d'accompagner et de soutenir sa transformation (Robson, 2011).

Cette recherche s'intéresse donc à évaluer les effets d'une approche ergonomique centrée sur une démarche participative, en s'intéressant aux usages et à l'appropriation d'un système d'IA d'analyse du contexte sonore, conçu pour accompagner les aides-soignantes dans leur activité quotidienne. Il s'agit également d'identifier les apports et les contraintes que ce dispositif peut générer dans l'activité des aides-soignantes. Dans ce cadre, l'approche instrumentale (Rabardel, 1995) constitue un cadre d'analyse pertinent pour étudier l'activité des aides-soignantes médiatisée par ce système. Elle permet de comprendre comment les aides-soignantes mobilisent, s'approprient et parfois réinventent un artefact pour atteindre leurs objectifs de prise en charge des résidents. Cette approche met en lumière les dynamiques d'instrumentation (influence de l'outil sur l'activité) et d'instrumentalisation (adaptation et détournement de l'outil), afin d'analyser les processus d'appropriation et leurs effets sur l'activité (Rabardel, 2005 ; Gouedard & Rabardel, 2012). La finalité est également d'évaluer dans quelle mesure cette genèse instrumentale peut contribuer au développement des capacités d'agir (ressources internes : compétences, connaissances) et du pouvoir d'agir (ressources externes : mise en œuvre de ces compétences et connaissances) des aides-soignantes, notamment en ce qui

concerne leur possibilité de garantir une qualité des soins cohérente avec leurs valeurs, et ainsi de limiter les situations d'astreinte éthique.

Ainsi, le troisième axe de recherche s'attache à comprendre si et comment la genèse instrumentale d'un système d'IA d'analyse du contexte sonore peut améliorer la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD, tout en réduisant les situations d'astreintes éthiques. Il s'agira également de mettre en lumière les obstacles, les limites et les risques associés à ce système.

Chapitre 6. Démarche méthodologique de la recherche

Dans un premier temps, nous verrons que la recherche s'est structurée progressivement au fil des axes d'investigation, des établissements et des années, selon une logique cumulative et évolutive (1), avant de dresser un bilan quantitatif de l'ensemble des données recueillies (2). Dans un second temps, nous reviendrons sur les fondements méthodologiques de la démarche, en exposant les choix opérés à chaque étape ainsi que l'intégration d'une approche ergonomique dans le cadre d'une dynamique itérative d'enquête et d'analyse (3). Nous verrons ensuite comment les terrains d'étude ont été sélectionnés et négociés, en lien avec les objectifs de recherche et les partenariats établis avec les institutions concernées (4), avant de présenter de manière détaillée les deux établissements enquêtés, les conditions de travail observées, les caractéristiques des résidents, et le fonctionnement du système d'intelligence artificielle (5). Dans un cinquième temps, la méthodologie de recueil de données sera explicitée, en précisant les outils mobilisés (observations, entretiens, auto-confrontations) (6). Enfin, nous décrirons la méthode d'analyse des matériaux empiriques, qu'il s'agisse des traitements appliqués aux observations ou aux entretiens, des analyses thématiques conduites, ou de la triangulation des données issues des différentes sources (7).

1. Progression méthodologique de la recherche par axe, établissement et année

La représentation temporelle du recueil et du traitement de données (*cf.* figure 10 ci-après) synthétise les trois années de recherche en structurant les différentes phases et axes d'investigation.

La démarche débute en 2021 par une phase exploratoire conduite au sein de quatre EHPAD pilotes²⁴ (parmi les six initialement engagés dans le projet). Cette première étape vise à poser les bases de la réflexion et à affiner la stratégie de recherche en fonction des premiers retours du terrain. À ce stade, le système d'IA est conçu pour une utilisation exclusivement nocturne²⁵ et n'est déployé qu'auprès des aides-soignantes de nuit. La phase exploratoire se concentre alors

²⁴ A l'image d'une convention de partenariat commercial (*cf.* chapitre 1), les quatre EHPAD expérimentent gratuitement le système d'IA. En retour, les concepteurs bénéficient des retours d'expérience des aides-soignantes pour affiner la solution.

²⁵ Le système a été initialement déployé la nuit pour plusieurs raisons : d'une part, la période nocturne concentre des situations à risque en EHPAD (chutes, déambulations, appels non perçus) alors même que les effectifs sont fortement réduits, ce qui limite la capacité de surveillance active. D'autre part, la nuit offre un environnement sonore plus stable, facilitant la détection des sons pertinents et réduisant le taux de faux positifs liés à l'ambiance générale. Ce contexte a ainsi constitué un cadre favorable pour les premiers tests du système, tant sur le plan technique qu'organisationnel.

uniquement sur l'analyse de ces postes de travail de nuit. En lien avec les axes 1, 2 et 3 de la thèse présentés précédemment (*cf.* chapitre 5), cette phase contribue à construire une vision d'ensemble cohérente des enjeux soulevés par l'activité des aides-soignantes ainsi que par l'introduction du système d'IA dans leur environnement de travail.

La seconde phase de la recherche marque une transition entre les premières investigations menées dans les EHPAD pilotes, qui correspondent aux premiers EHPAD clients de l'entreprise, et l'EHPAD A, établi comme terrain de référence. Cette phase correspond au recueil de données systématiques pour les axes 1 et 2 de la thèse. À ce stade, l'objectif est d'élargir le champ d'observation, en intégrant à la fois les postes de jour et de nuit pour pouvoir comparer l'activité des aides-soignantes et analyser les spécificités liées aux différents horaires. Parallèlement, le système d'IA commence à être expérimenté en journée.

Enfin, la troisième phase de la recherche se concentre sur l'EHPAD B, établissement client de l'entreprise, où l'axe 3 est exploré de manière prioritaire. Cette étape met l'accent sur l'évaluation du système d'IA, en analysant ses usages et ses effets sur l'activité des aides-soignantes de jour comme de nuit.

Cette représentation chronologique met en évidence une méthodologie inductive fondée sur une alternance entre réflexion stratégique, collecte et traitement de données, favorisant une approche itérative (*cf.* figure 10 suivante).

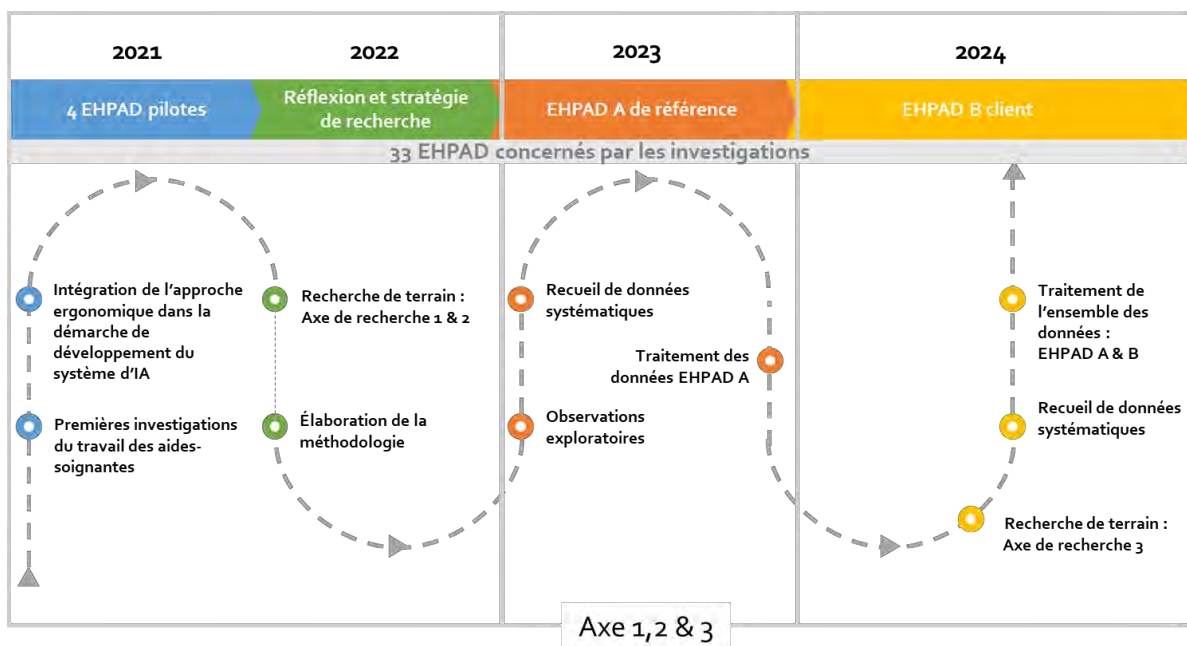


Figure 10. Représentation chronologique de la progression du recueil et traitement de données par axe de recherche

2. Bilan quantitatif de la totalité des investigations

Le tableau 4 ci-après synthétise la totalité des investigations réalisées dans le cadre du suivi des EHPAD. Il permet de distinguer les données relatives aux EHPAD pilotes et clients (dont l'EHPAD B) de l'entreprise conceptrice, l'EHPAD A et l'EHPAD B. Les indicateurs présentés incluent le nombre d'observations, d'entretiens semi-directifs (individuels et collectifs), de visites sur site, d'appels téléphoniques, de visioconférences et de formations dispensées. Cette répartition permet de visualiser la totalité des interactions et le type de méthodologie employée pour chaque établissement ou groupe d'établissements.

Tableau 4. Synthèse des différentes techniques utilisées sur l'ensemble des EHPAD

Technique de recueil de données	4 EHPAD pilotes	29 EHPAD (2 autres EHPAD pilotes et 28 clients)	EHPAD A	EHPAD B
Observations	4 observations (1 par EHPAD)		20	9
Entretiens semi-directifs/auto confrontations	4 entretiens exploratoires (1 par EHPAD)		15	11
Visites de terrain		53	/	/
Appels téléphoniques		359	/	1
Visioconférences		10	/	/
Formations		12	/	1

3. Réflexion méthodologique et stratégie de recherche

Au cours de cette partie, nous reviendrons premièrement sur les premières investigations menées dans quatre EHPAD pilotes, dans le cadre d'une démarche participative impliquant les aides-soignantes, les cadres et les directions, afin de documenter le travail réel de nuit à partir d'observations, d'entretiens exploratoires et de l'analyse des fiches de poste (§ 3.1). Ensuite, nous verrons comment l'approche ergonomique a été progressivement intégrée à la démarche de conception du système d'IA, à travers un processus collaboratif et itératif visant à adapter l'outil aux réalités du terrain (§ 3.2). Enfin, nous détaillerons le rôle du doctorant en tant que médiateur entre les équipes techniques et les soignantes, en soulignant les modalités de recueil et d'analyse des retours terrain, les dispositifs d'accompagnement mis en place, ainsi que l'apport de ces échanges pour l'amélioration continue du dispositif technologique (§ 3.2.1 et § 3.2.2).

3.1. Axe 1 & 2 : premières investigations sur le travail des aides-soignantes

Les premières investigations des situations de travail, ont été menées dans le cadre d'une démarche participative entre l'entreprise conceptrice et les EHPAD, impliquant les directions, les cadres de santé et les aides-soignantes dans le développement du système d'IA déployé. Ces tests d'usage, réalisés dans quatre EHPAD pilotes, ont été l'occasion de recueillir des données sur l'activité des aides-soignantes indépendamment de l'utilisation du système d'IA, spécifiquement sur les postes de nuit. Le tableau 5 en suivant présente les effectifs des aides-soignantes et des résidents pour chacun des quatre établissements, ainsi que le nombre d'observations, d'échanges, et d'entretiens réalisés.

Tableau 5. Présentation des effectifs d'aide-aides-soignantes et des résidents des quatre EHPAD pilotes du système d'IA et méthodologie du recueil de données

EHPAD	Effectifs AS la nuit	Effectifs résidents	Nombre d'observations et échanges avec les AS	Nombre d'entretiens menés
EHPAD 1	2 AS et 1 IDE	80 résidents	Pour chaque EHPAD : - Consultation des fiches de poste des aides-soignantes - Une observation ouverte tout au long d'une prise de poste de nuit.	-
EHPAD 2	3 AS et 1 IDE	147 résidents		1 entretien exploratoire individuel
EHPAD 3	3 AS et 1 IDE	110 résidents		-
EHPAD 4	1 AS pour l'Unité Protégée	20 résidents		1 entretien exploratoire individuel

Pour appréhender l'activité individuelle et collective des aides-soignantes pendant la nuit et mettre en visibilité le travail réel, la méthodologie s'est appuyée sur :

- La *consultation des fiches de poste*, informant sur le travail prescrit dans les EHPAD ;
- Des *observations tout au long du poste avec des observations ouvertes*, qui ont pour vocation le recueil d'informations sur les caractéristiques générales de l'activité des aides-soignantes de nuit. L'objectif est de cibler les situations singulières et pertinentes observées, et d'en rechercher les écarts avec les descriptions du poste d'aide-soignante dans les fiches de poste, dans un aller-retour entre observations et questionnements avec les aides-soignantes ;

- La conduite *d'entretiens individuels semi-directifs*, à l'aide d'une grille d'entretien exploratoire (cf. annexe 1) auprès de deux aides-soignantes. Cette grille d'entretien aborde 11 thématiques liées aux conditions de travail des aides-soignantes : caractéristiques du travail des aides-soignantes, exigences au travail, relations avec les résidents, travail collectif, travail en unité protégée, expérience professionnelle, qualité du travail, reconnaissance, valeurs professionnelles, travail de nuit, appels de résidents.

L'analyse des données recueillies a permis de faire écho aux constats initiaux tout en affinant le cadre conceptuel, lequel a servi de base à la réflexion méthodologique de cette thèse, en orientant plus particulièrement les deux premiers axes de recherche.

3.2. Axe 3 : intégration de l'approche ergonomique et boucle itérative

Dans le cadre du développement du système d'IA, l'entreprise conceptrice a adopté une démarche collaborative et itérative, en intégrant activement les retours des aides-soignantes et des directions des établissements concernés, recueillis par le doctorant. Cette approche reposait sur un double objectif : d'une part, assurer une utilisation pertinente et efficace du système d'IA par les soignants ; d'autre part, favoriser une amélioration continue par une interaction régulière entre les retours du terrain et les équipes techniques.

Pour y parvenir, l'organisation interne de l'entreprise conceptrice a été adaptée par la mise en place de dispositifs tels que :

- *Un accompagnement de proximité par le doctorant en ergonomie*, consistant à suivre de manière détaillée et personnalisée l'activité des aides-soignantes. Ce suivi s'est traduit par des observations in situ, des entretiens réguliers, et une assistance continue (par téléphone, visioconférence ou visites sur site) afin de recueillir les besoins, identifier les difficultés, et fournir des formations adaptées à l'outil ;
- *Une analyse collaborative des retours terrain*, via des groupes de travail faisant le lien entre les aides-soignantes et les équipes techniques. Ces réunions ont permis de traduire les retours terrain du doctorant en Ergonomie en améliorations concrètes, tout en hiérarchisant les priorités en fonction des réalités du terrain.

Ces deux axes de travail se sont appuyés sur une organisation, détaillée dans les sections suivantes, avec un suivi méthodique des interactions (visites, appels téléphoniques, formations, visioconférences) et une structuration des retours pour alimenter les processus de décision technique et stratégique de l'entreprise conceptrice.

3.2.1. Le rôle du doctorant/salarié dans l'accompagnement des aides-soignantes : observations, formations et suivi personnalisé

La démarche mise en œuvre s'est appuyée sur plusieurs modalités complémentaires : des observations in situ auprès des aides-soignantes, des entretiens semi-directifs, ainsi que des échanges téléphoniques hebdomadaires destinés à recueillir des retours réguliers sur l'usage du système d'IA et à identifier les besoins concrets liés à l'activité. En tant que salarié de l'entreprise, le doctorant occupait une position d'interface entre les équipes techniques et les équipes soignantes, contribuant à la formation des professionnels, à l'analyse des retours du terrain et à la traduction des besoins exprimés en pistes d'amélioration du dispositif.

Cette position d'interface s'est concrétisée à travers deux types d'interventions majeures :

- La *formation des équipes* à l'utilisation du système d'IA, que ce soit par téléphone, visioconférence ou en présentiel dès son intégration ;
- Les *retours d'expérience sur l'utilisation du système d'IA*, obtenus en utilisant comme support une grille d'entretien (cf. annexe 2). Structurée autour de cinq grandes thématiques (apprentissage, utilité du système d'IA, utilisabilité de l'application et du smartphone, impact sur les conditions de travail et suggestions d'amélioration), la grille d'entretien explore les perceptions et les pratiques des aides-soignantes pour guider l'évaluation et l'amélioration du système d'IA. Ces retours ont été réalisés de deux manières :
 - Le *suivi continu* de l'usage de l'IA par les aides-soignantes, avec des appels téléphoniques hebdomadaires pour identifier les problèmes techniques, répondre aux questions, et obtenir des retours d'expérience sur l'utilisation du système ;
 - Les *visites régulières* des EHPAD, une visite tous les deux mois, pour observer l'utilisation du système et recueillir les retours d'expérience en présentiel.

Sur les trois années d'intervention au sein de l'entreprise, de nombreux retours terrain ont été recueillis sous différentes formes. Le tableau 6 ci-dessous permet d'en rendre compte.

Tableau 6. Synthèse des différents dispositifs d'interaction pour le recueil de retours du système d'IA

Année	2021	2022	2023	Total
Formations en présentiel et en distanciel	-	2	10	12 formations

Entretiens semi-directifs	12	22	18	52 entretiens semi-directifs
Appels téléphoniques	80	118	150	348 appels téléphoniques
Visioconférences	-	-	10	10 visioconférences
EHPAD concernés par les interactions	9 EHPAD différents	19 EHPAD différents	29 EHPAD différents	33 EHPAD concernés au total

3.2.2. Analyse collaborative des retours terrain : le doctorant, médiateur entre aides-soignantes et concepteurs pour l'amélioration continue

Une analyse collaborative des besoins exprimés par les aides-soignantes a été conduite lors de réunions en groupes de travail avec les concepteurs. Cette démarche a notamment permis de mener les actions suivantes :

- L'agrégation des remarques des aides-soignantes, pour les traduire en propositions d'amélioration ou en nouvelles fonctionnalités ;
- La hiérarchisation des priorités entre les besoins identifiés ;
- L'assurance d'une amélioration continue des services, en jouant le rôle de médiateur entre les retours terrain et les équipes techniques (Machine Learning, Opérations).

L'objectif était de traduire ces retours d'usage en améliorations concrètes du système, en tenant compte des priorités identifiées sur le terrain. Ainsi, ces trois années d'échanges réguliers, de recueil de données et de boucles de retroaction, de mai 2021 à mai 2024, ont permis de mieux comprendre le contexte du travail des aides-soignantes en EHPAD et d'adapter progressivement et de manière continue le système d'IA aux réalités de l'activité de soin. Ce processus a également posé les bases des méthodologies de recherche développées dans le cadre des trois axes de cette thèse.

4. Recherche de terrains d'étude

4.1. Axes de recherche 1 & 2 : limites méthodologiques et posture scientifique

À la suite des premières investigations exposées dans les sections précédentes, une réflexion sur la posture méthodologique et scientifique adoptée pour le recueil de données s'est présentée. En effet, le rôle d'accompagnement et de suivi auprès des aides-soignantes a initialement permis d'accéder à l'activité de soin, principalement de nuit, dans le cadre de l'intégration de

système d'IA. Toutefois, cette posture d'intervention, centrée sur l'usage de l'outil, induit certaines limites méthodologiques et soulève des interrogations quant à la posture scientifique adoptée. Il a donc été choisi de compléter ce dispositif par une collecte de données dans un EHPAD de référence (EHPAD A), non concerné par la mise en œuvre du système d'IA.

D'un point de vue méthodologique, cette décision vise deux objectifs principaux :

- *Analyser l'activité de travail des aides-soignantes dans un cadre organisationnel, de jour comme de nuit.* Cette démarche consiste à étudier les modes de gouvernance (recrutement, organisation du travail, gestion du personnel) et à réaliser une analyse détaillée du travail réel des aides-soignantes, aussi bien le jour que la nuit ;
- *Etudier l'activité des aides-soignantes indépendamment de l'utilisation du système d'IA.* L'objectif est d'observer le travail dans un contexte où l'usage du système d'IA n'influence pas les dynamiques professionnelles, afin de permettre une comparaison rigoureuse et objective entre les pratiques, avec et sans le recours à ce système.

Ainsi, l'objectif est *d'adopter une posture scientifique indépendante*. Le choix d'un terrain de recherche distinct de notre statut de salarié de l'entreprise permet de préserver la distance critique nécessaire à une observation rigoureuse et impartiale. Cette démarche vise à minimiser les biais potentiels liés à la double posture de chercheur et de salarié, garantissant ainsi la fiabilité des données recueillies et la robustesse des analyses produites. L'accord de la direction de l'EHPAD A pour la réalisation de cette étude en son sein a permis d'apporter une réponse concrète aux questionnements soulevés sur les limites méthodologiques et sur la posture scientifique la plus adaptée.

4.2. Axe de recherche 3 : co-construction avec l'entreprise conceptrice sur la recherche de l'EHPAD B

Dans le cadre du troisième axe de recherche, il a été essentiel de collaborer étroitement avec l'entreprise pour identifier un terrain d'étude approprié, permettant d'évaluer l'impact des usages de système d'IA. Plusieurs critères ont été définis avec les concepteurs pour guider cette sélection :

- La possibilité de mener l'étude dans deux établissements a été envisagée mais rapidement écartée en raisons de contraintes temporelles et géographiques. Le choix d'un seul établissement situé en Bretagne a été retenu, parmi les 33, pour optimiser le recueil de données tout en limitant les déplacements, et en favorisant des périodes de

récupération adaptées pour le doctorant, notamment entre le recueil de données de jour et de nuit ;

- L'impératif, pour l'établissement sélectionné, d'utiliser le système d'IA tant sur les postes de jour que sur ceux de nuit, une condition que ne remplissent pas l'ensemble des 33 établissements clients ;
- L'équipement de l'établissement avec la version la plus récente du système d'IA (ce qui n'était pas le cas de tous les sites) afin de garantir que les équipes d'aides-soignantes disposent d'un niveau suffisant de familiarité avec l'outil.

Le choix final de l'EHPAD B, répondant à l'ensemble des critères définis, a permis d'engager le recueil de données pour l'axe 3.

5. Présentation des terrains de recherche

5.1. Axes de recherche 1 & 2 : EHPAD A

L'EHPAD A est un établissement public autonome qui peut héberger jusqu'à 82 résidents, dont 81 en hébergement permanent et 1 en hébergement temporaire. Ce dernier type d'hébergement est généralement utile pour soulager les aidants familiaux, pour effectuer un séjour d'essai en vue d'une transition vers un hébergement permanent, ou encore pour une situation d'urgence. L'EHPAD A dispose aussi d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) composé de 14 places, destiné à l'accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs. L'établissement est structuré en deux secteurs²⁶ principaux, chacun étant subdivisé en deux sous-secteurs.

Le tableau 7 suivant présente la répartition des résidents au sein des 4 sous-secteurs de l'EHPAD. Le secteur 1 et le secteur 2 accueillent 41 résidents chacun, répartis de manière presque égale entre leurs deux sous-secteurs.

Tableau 7. Répartition des résidents par secteur et sous-secteur

Secteurs	Sous-secteurs	Nombre de résidents
Secteur 1	Sous-secteur 1.1	21
	Sous-secteur 1.2	20

²⁶ En EHPAD, un secteur désigne généralement une unité de vie ou une zone spécifique de l'établissement, organisée selon différents critères comme l'organisation logistique de l'EHPAD, le niveau de dépendance, les pathologies ou besoins, etc. Dans l'EHPAD A comme le B évoqué dans la section 5.2. en suivant, le découpage est principalement géographique de par la conception des locaux.

Secteur 2	Sous-secteur 2.1	21
	Sous-secteur 2.2	20

5.1.1. Les missions du poste d'aide-soignant au sein de l'EHPAD A

Le chapitre 2 a montré que les missions des aides-soignantes s'inscrivent dans une approche globale de la personne âgée, intégrant la dimension relationnelle des soins. Elles visent en d'autres termes à la promotion, la protection, le maintien et la restauration de la santé, dans le respect des droits et de la dignité de chacun (Légifrance, 2021).

En cohérence avec cette approche, les principales missions identifiées dans les fiches de poste de l'EHPAD A s'organisent autour de trois grands axes :

- La réalisation de nursing : soins d'hygiène et de confort, aide à l'alimentation et à l'hydratation, aide à la mobilité, surveillance continue, réponses aux besoins des résidents (sonnettes, demandes orales) ;
- L'exécution des transmissions écrites et orales ;
- La mise en œuvre des tâches hôtelières : préparation des chariots de soins et tâches ménagères.

Nous préciserons dans les sous-sections suivantes la structuration des objectifs prescrits autour de ces trois grandes catégories de tâches.

5.1.1.1. Le nursing

Le nursing consiste en des soins courants dits « de la vie quotidienne » qui doivent permettre d'assurer la continuité de la vie des résidents, tels que les soins d'hygiène, de confort et d'accompagnement (Légifrance, 2021). Ces soins, réalisés par le résident lui-même ou une aide-soignante, supposent la prise en compte des polypathologies et des niveaux de dépendance des résidents.

Il existe deux types de nursing : premièrement, *le nursing courant* consiste en des soins planifiés et structurés selon des horaires spécifiques, tels que les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation et l'aide à la mobilité. Caractérisé par la présence des aides-soignantes auprès des résidents, il inclut les tâches décrites dans le tableau 8 en suivant, d'après la fiche emploi de France Travail du métier d'aide-soignante (2024) et les observations de leur activité.

On le distingue du *nursing variable*, car ce dernier apparaît à des intervalles fluctuants, sans planning fixe, et nécessite une grande réactivité de la part des soignantes : il se manifeste lors de la surveillance continue des résidents lors des passages dans les chambres, mais peut aussi découler de leurs sollicitations directes.

Tableau 8. Catégories et détails du nursing au sein de l'EHPAD A

Catégorie	Détails
Soins d'hygiène et de confort	▪ Aide à la toilette (bains, douches, soins bucco-dentaires) ▪ Assistance pour l'habillage et le déshabillage
Aide à l'alimentation et à l'hydratation	▪ Assistance et surveillance pendant les repas²⁷ ▪ Hydratation
Aide à la mobilité	▪ Accompagnement pour les déplacements : lever, coucher, toilettes, transferts lit-fauteuil ▪ Utilisation de dispositifs d'aide adaptés (lève-personnes, verticalisateurs)

Ainsi, en parallèle des soins courants, le nursing variable demande aux aides-soignantes une vigilance et des compétences particulières telles que :

- *La surveillance générale et continue des résidents* nécessite l'observation de l'état général des résidents, notamment lors des passages dans les chambres. Les aides-soignantes évaluent ainsi, grâce à leurs connaissances, les manifestations cliniques éventuelles d'un problème de santé : la détérioration ou non de l'état physique des résidents (fatigue, altérations cutanées, hygiène), la présence de signes de complications (difficultés respiratoires, douleurs exprimées ou visibles, incontinence, chutes répétées) ou encore l'anticipation des risques (prévention des escarres par le repositionnement, surveillance des risques de fausses routes). Cette surveillance concerne également l'observation de l'état psychologique et émotionnel des résidents (troubles du comportement, angoisses, perte d'appétit, etc.) ;
- *La réponse aux sollicitations des résidents* nécessite une réactivité des aides-soignantes, en particulier concernant des besoins physiologiques (aller aux toilettes, repositionnement, etc.), du réconfort psychologique (anxiété, détresse, etc.) ou des ajustements liés à l'environnement de vie (fermer un volet, arroser les plantes, etc.). Ces

²⁷ En EHPAD, les règles d'hygiène imposent une stricte séparation entre les actes de soins et les activités liées à la distribution des repas. Ainsi, lorsqu'une aide-soignante intervient auprès d'une résidente souillée (toilette, change), elle ne peut reprendre immédiatement la distribution des petits-déjeuners. Elle doit d'abord respecter une procédure de décontamination (lavage des mains, changement de tenue si nécessaire), voire attendre la fin complète des soins corporels avant de reprendre toute activité liée au service alimentaire. Ce protocole vise à prévenir les risques de contamination croisée entre les zones souillées et les denrées alimentaires, conformément aux normes d'hygiène en vigueur dans les établissements médico-sociaux.

sollicitations se manifestent de deux manières : d'une part, les *sonnettes* dont sont équipés les résidents permettent de demander l'intervention des aides-soignantes en cas de besoin. Lorsqu'un appel est émis, un bip sonore sur leur téléphone signale le numéro de la chambre du résident concerné. D'autre part, les *demandes orales* des résidents peuvent survenir pendant le *nursing* ou dans le couloir.

5.1.1.2. Transmissions écrites et orales

Les relèves de poste (matin, après-midi et nuit) correspondent aux périodes de remplacement d'une équipe par une autre en horaires postés (Grusenmeyer, 1991). Elles participent à assurer la continuité et la fiabilité du travail posté, notamment par le relais d'informations (Le Bris, Tirilly & Toupin, 2015). Différentes formes de relèvements peuvent d'ailleurs s'opérer entre les équipes montantes et descendantes (Le Bris, 2010) : des relèves avec rencontres des équipes caractérisées par des transmissions orales directes (en face à face) et des relèves sans rencontre, caractérisées par des transmissions écrites laissées à l'équipe suivante (via un logiciel, un cahier de transmission, les mails, etc).

Ces transmissions, qu'elles soient orales ou écrites, sont indispensables pour permettre de « réaliser la continuité des soins et de garantir la coordination et la coopération dans l'organisation de ces soins » (Estryn-Béhar, 2008, p.175). Les observations ouvertes réalisées dans les EHPAD étudiés ont mis en évidence qu'à chaque transmission, les aides-soignantes s'échangent des informations essentielles sur l'état physique et psychologique des résidents, en prenant en compte les événements récents pouvant influencer leur prise en charge future. En fonction des supports utilisés, le contenu des transmissions est soit un résumé, soit une liste d'événements saillants de la vacation qui s'achève (Le Bris & Barthe, 2013).

Quatre caractéristiques propres aux transmissions peuvent être distinguées (Estryn-Béhar, 2008) :

- La tâche des transmissions est informationnelle, c'est-à-dire qu'elle permet le transfert d'informations pour que l'équipe suivante puisse assurer son travail efficacement ;
- Les transmissions orales ont un contexte social qui favorise la cohésion de groupe, la proximité, voire le soutien entre aides-soignantes. Elles représentent également un contexte émotionnel qui offre l'occasion aux aides-soignantes de transférer leur responsabilité et de se soulager émotionnellement ;

- Les transmissions ont également une composante éducative, notamment pour la formation des débutants qui peuvent observer, apprendre et s'acculturer des plus expérimentés.

Cependant, les transmissions orales et écrites diffèrent dans la pratique et le contenu.

- **Les transmissions orales**

Les transmissions orales consistent en des échanges directs entre les membres des équipes soignantes, généralement lors du passage de relais entre deux équipes. Au sein de l'EHPAD A, elles se déroulent sur quatre temps distincts, pour faire le lien entre les 4 équipes qui alternent tout au long de la journée de 24 heures. Les horaires définis pour réaliser les transmissions sont les suivants :

- De 6h à 6h15, soit 15 minutes entre l'équipe de nuit et l'équipe de matin 1 ;
- De 7h15 à 7h25, soit 10 minutes entre l'équipe de matin 1 et l'équipe de matin 2 ;
- De 13h30 à 14h30, soit 1 heure entre l'équipe de matin 2 et l'équipe d'après-midi ;
- De 20h15 à 14h30, soit 15 minutes entre l'équipe d'après-midi et l'équipe de nuit.

Ces temps de transmission, répartis de manière formelle tout au long de la journée, sont pensés pour s'adapter au fonctionnement spécifique de chaque relais d'équipe. La variation de leur durée répond à des logiques organisationnelles : elle permet, par exemple, d'approfondir certains échanges lorsque les passages d'information sont plus denses, comme en milieu de journée. Ce découpage précis témoigne d'une volonté de garantir une continuité de soins optimale et une coordination fluide entre les professionnels.

- **Les transmissions écrites**

Les supports de transmission écrite ont pour objectif de laisser une trace durable de la situation de travail et d'être accessibles à l'ensemble des acteurs impliqués à différents moments (Le Bris & Barthe, 2013 ; Bataille, Guittet & Garnier, 2022). Elles remplissent principalement les fonctions suivantes (Clavagnier, 2014 ; Bataille et al. 2022) :

- Assurer la traçabilité médico-légale dans le dossier de soins du résident. En effet, sur le plan juridique, les écrits transmis constituent la preuve des soins dispensés et engagent la responsabilité des aides-soignantes. ;
- Maintenir un historique clair et structuré des évolutions médicales ou comportementales des résidents ;

- Offrir une base de référence pour toutes les équipes en ne se substituant pas aux transmissions orales.

Au sein de l'EHPAD A, les transmissions écrites sont réalisées via le logiciel Netsoins, qui constitue le système central pour la traçabilité et le suivi des soins. Ce logiciel regroupe une liste détaillée des résidents et la liste des tâches spécifiques à accomplir pour chacun, telles que la mise aux toilettes, le changement des protections, l'installation des barrières de lit, la gestion des appareils dentaires, la pose de bas de contention ou encore l'installation au lit, selon les besoins spécifiques de chaque résident. D'après les prescriptions sur les fiches de poste de l'EHPAD, les aides-soignantes doivent enregistrer les informations directement après les interventions en chambre à l'aide d'une tablette.

Les observations ont démontré que les aides-soignantes réalisaient ce suivi de différentes manières :

- Soit directement sur la tablette après l'intervention auprès du résident, comme demandé ;
- Soit indirectement, en reportant plus tard ces informations sur un ordinateur à partir de notes manuscrites ou de mémoire, souvent en fin de poste, pendant les pauses pour les équipes de jour ou lors des moments de veille pour les équipes de nuit.

Les fiches de poste n'indiquent pas la durée précise que les transmissions écrites représentent dans la journée de travail des aides-soignantes.

5.1.1.3. Tâches hôtelières

- **Préparer les chariots de soin avant le nursing**

La préparation des chariots de soin, réalisée par les aides-soignantes, consiste à assembler des « dotations » incluant les consommables nécessaires aux soins et à l'hygiène des résidents. Les dotations incluent plusieurs éléments indispensables aux soins, tels que :

- Des protections (couches) adaptées au niveau de dépendance des résidents. Dans l'EHPAD A, les protections sont différenciées par couleur en fonction de leur durée d'absorption (par exemple, les bleues ont une capacité plus courte que les violettes, ces dernières étant conçues pour durer jusqu'à 12h) ;
- Des gants jetables pour garantir une hygiène adéquate et prévenir les infections ;
- Des draps et alèses en quantité suffisante pour assurer l'hygiène et le confort des résidents ;

- Des produits d'hygiène : savons, lingettes et soins pour la peau ;
- Des sacs-poubelles pour gérer les déchets liés aux soins.

Cette préparation suit des consignes affichées dans le local des changes, régulièrement mises à jour par les référents via un tableau. L'établissement confie également à des « responsables dotations » la mission de commander les consommables en fonction des besoins identifiés (recomptage et ajustement selon les tailles ou couleurs nécessaires). Par ailleurs, un prestataire extérieur prend en charge la gestion du linge, avec des livraisons hebdomadaires chaque jeudi pour refaire le stock des chariots.

- **Effectuer les tâches ménagères**

Pour l'ensemble des aides-soignantes de jour et de nuit, les tâches ménagères comprennent :

- Le nettoyage et la désinfection des chariots à effectuer systématiquement à la fin de chaque prise de poste ;
- La désinfection des équipements utilisés tels que les téléphones et les tablettes numériques ;
- La gestion du linge sale, en acheminant le linge utilisé vers la lingerie, et en remplaçant les sacs de collecte pour maintenir un flux continu ;
- La gestion des déchets, qui comprend le vidage des poubelles.

En complément, les aides-soignantes de nuit doivent prendre en charge le nettoyage des sols.

5.1.2. Conditions d'exécution des soins et de l'accompagnement des résidents

5.1.2.1. Organisation temporelle des tâches selon les postes

Le cadre prescrit de l'EHPAD A énonce les différentes tâches en fonction des moments clés de la journée, en prenant en compte les besoins des résidents et les impératifs liés à la coordination avec les autres professionnels (IDEC, infirmiers, médecin). Pour rendre compte de l'organisation temporelle des tâches selon les trois postes (matin, après-midi et nuit), nous nous sommes appuyés sur les fiches de poste. Chaque période dans les figures 11, 12 et 13 page suivante illustre les spécificités des tâches des aides-soignantes :

L'organisation temporelle des tâches des aides-soignantes en EHPAD y est détaillée pour chaque poste. Ils montrent une répartition rigoureuse des soins et de l'accompagnement en fonction des moments clés de la journée, dans un souci de continuité, de qualité et de coordination avec l'équipe pluridisciplinaire. Chaque période de travail répond à des objectifs spécifiques, qu'il s'agisse des soins d'hygiène, de l'accompagnement aux repas ou de la veille

nocturne, tout en intégrant les temps de transmissions et de pauses. Cette structuration précise permet d'assurer une prise en charge adaptée et constante des résidents.

Horaires		Tâches des aides-soignantes durant l'activité			
		Postes de nuit	Poste de matin		Poste d'après-midi
			1 ^{ère} sous équipe	2 ^{ème} sous-équipe	
6h-6h15		Transmissions orales entre l'équipe de nuit et l'équipe de matin			
6h15-6h45		Soins d'hygiène, de confort et de prévention Réponses aux sonnettes			
6h45-7h15					
7h15-7h25		Transmissions orales avec la sous-équipe d'aide-soignante, l'infirmière et l'ensemble des agents de service			
7h25-8h30		Distribution et aide à la prise du petit déjeuner : en chambre Traitements			
8h30-11h40		Soins d'hygiène, de confort et de prévention Traçabilité des soins			
11h40-12h		Pause repas			
12h-13h		Distribution et aide en salle à manger Raccompagner les résidents en chambre : Mise aux toilettes et préparation à la sieste			Prise de relais à la salle à manger
13h-13h30					
13h30-13h45		Transmissions orales entre les équipes de matin et d'après-midi et Transmissions écrites			
13h45-14h30					

Figure 11. Organisation temporelle des tâches sur les horaires de matin

Horaires	Postes de matin	Postes d'après-midi	Postes de nuit
14h30-15h	14h30 : départ de la 2 ^{ème} sous équipe du matin	Préparation chariots de soin – réponses aux sonnettes	
15h-15h30		Lever les résidents de la sieste et mise aux toilettes	
15h30-16h20		Distribution et aide à la prise du goûter en chambre ou en salle à manger	
16h20-16h40		Pause	
16h40-18h15		Soins d'hygiène, de confort et de prévention – Traçabilité des soins	
18h15-19h30		Distribution et aide à la prise du dîner en chambre	
19h30-19h45			
19h45-20h15		Poursuite des soins d'hygiène, de confort et de prévention – Traçabilité des soins	Prise de connaissance des transmissions écrites – préparation des chariots, boissons et médicaments
20h15-20h45		Transmissions orales entre les équipes d'après-midi et de nuit Transmissions écrites	

Figure 12. Organisation temporelle des tâches sur les horaires d'après-midi

Horaires	Postes d'après-midi	Postes de nuit	Postes de 1 ^{ère} équipe matin
20h30-22h45 	20h45 : départ de l'équipe d'après-midi	1 ^{er} passage dans les chambres : Poursuite des couchers	
22h45-23-30 		Préparation des petits déjeuners Ménage	
23h30-23h45 		Pause	
23h45-1h 		Traçabilité des soins Lecture des transmissions écrites Veille : réponses aux sonnettes	
1h-1h45 		2 ^{ème} passage dans toutes les chambres : Soins d'hygiène, de confort et de prévention en fonction des besoins	
1h45-2h15 		30 minutes de pause	
2h15-4h 		Veille : réponses aux sonnettes	
4h-5h30 		3 ^{ème} passage dans toutes les chambres : Soins d'hygiène, de confort et de prévention en fonction des besoins	
5h30-6h 		Rangement chariot de soin Gestion du circuit sale Traçabilité des soins	6h : arrivée de la 1 ^{ère} sous-équipe du matin

Figure 13. Organisation temporelle des tâches sur les horaires de nuit

5.1.2.2. Effectifs soignants : taux d'encadrement

Le tableau 9 suivant met en évidence le taux d'encadrement des aides-soignantes dans l'EHPAD A (82 résidents) en fonction des secteurs et des postes de la journée, ainsi que les ratios aides-soignantes/résidents associés.

Tableau 9. Répartition des effectifs et des ratios soignants/résidents, EHPAD A

Secteurs	Nombre de résidents	Effectifs matin		Effectifs après-midi		Effectifs nuit	
		Effectif	Ratio	Effectif	Ratio	Effectif	Ratio
Secteur 1	41	4 aides-soignantes - 2 auxiliaires de soin	1 aide-soignante pour 10 résidents	2 aides-soignantes - 1 auxiliaire à partir de 17h	1 aide-soignante pour 14 résidents	2 aides-soignantes	1 aide-soignante pour 41 résidents
Secteur 2	41	4 aides-soignantes - 2 auxiliaires de soin		2 aides-soignantes - 1 auxiliaire à partir de 17h			

Les auxiliaires de soins en EHPAD assurent l'entretien quotidien de l'environnement des résidents, avec le nettoyage des chambres, des espaces communs et le maintien de l'hygiène matérielle. Leur journée est centrée sur ces tâches de ménage, surtout le matin et en début d'après-midi. En fin de journée, à partir de 17 h, elles viennent en renfort aux aides-soignantes pour les soins du soir : aide à la prise des repas, participation à l'aide au coucher (mise en pyjama, retrait des bas, etc.), en particulier pour les résidents n'ayant pas de besoins médicaux complexes. Elles travaillent alors en trinôme avec deux aides-soignantes, renforçant l'équipe et facilitant la fluidité des soins. Bien que leur rôle soit en retrait des soins directs, leur présence est précieuse pour soutenir l'organisation du travail et le confort des résidents.

Les ratios de personnel sont progressifs et reflètent une organisation modulée selon les périodes de la journée. Les effectifs sont plus nombreux le matin, moment clé pour les soins et l'accompagnement des résidents (levers, soins d'hygiène et petit déjeuner) et se réduisent l'après-midi, la nuit étant la période où l'effectif est le moins important. La réduction des effectifs nocturnes s'explique notamment par le fait qu'il s'agit d'une période de surveillance ou de veille des résidents, qui sont généralement en phase de sommeil à ce moment-là.

5.1.2.3. Caractéristiques des résidents : les niveaux de dépendance

Pour avoir une vision d'ensemble du niveau de dépendance des résidents au sein de l'EHPAD A, les GIR des résidents ont été obtenus auprès de l'établissement. Pour rappel (*cf.* chapitre 1),

les GIR correspondent au niveau de dépendance moyen des résidents qui sont classés des plus dépendants (GIR 1) aux moins dépendants (GIR 6).

Pour établir une comparaison pertinente, nous analyserons deux éléments :

1. La répartition des niveaux de GIR au sein de l'EHPAD A par rapport à la moyenne nationale, selon les données les plus récentes de la DREES de 2015 (Marquier et al., 2015) ;
2. L'estimation des besoins en soins de base en minutes (DREES, 2020) en fonction de la répartition des GIR dans l'établissement pour évaluer l'adéquation entre les besoins théoriques (besoins totaux théoriques recommandés en soin) et les ressources temporelles réelles au de l'EHPAD A (temps directs totaux).

Le tableau 10 ci-dessous met alors en évidence la répartition des résidents selon leur niveau de dépendance (GIR) dans l'EHPAD A en 2025, comparée aux données nationales de la DREES (Marquier et al., 2015). On observe que l'EHPAD A accueille une population plus dépendante que la moyenne nationale : les résidents en GIR 1 et 2, représentant les formes les plus lourdes de dépendance, y sont proportionnellement plus nombreux (58,1 % contre 54,2 % au niveau national). À l'inverse, les résidents les plus autonomes (GIR 5 et 6) sont sous-représentés, avec seulement 2 personnes (2,7 %) contre 8,7 % au niveau national.

Tableau 10. Comparaison des niveaux de dépendance des résidents : données nationales moyennes et EHPAD A

GIR	Niveau moyen de dépendance	Répartition des résidents (DREES, 2015)	Répartition des résidents (EHPAD A, 2025)	
			%	Nombre de résident (82 résidents au total)
GIR 1	Dépendance totale	17,6 %	16,2 %	13
GIR 2	Dépendance sévère	36,6 %	41,9 %	35
GIR 3	Dépendance modérée	17,1 %	21,6 %	18
GIR 4	Dépendance légère	20 %	17,6 %	14
GIR 5	Semi-autonome	5,3 %	2,7 %	2
GIR 6	Autonome	3,4 %	0 %	0

5.1.3. Les caractéristiques des aides-soignantes

- **Typologie des diplômés chez les aides-soignantes**

Le diplôme d'aide-soignant certifie l'acquisition de compétences techniques et relationnelles et d'être habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne (Légifrance, 2021). Il doit garantir la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (HAS, 2024). Toutefois, la proportion des « faisant fonction²⁸ » est aujourd'hui entre un quart et un tiers des effectifs dans les EHPAD de France (données du Synerpa, dans le rapport d'information au Sénat, 2024). Ce mode d'exercice dérogatoire est particulièrement fréquent et permet de pallier certains manques immédiats. Il pose néanmoins des questions sur la qualité des soins et la reconnaissance professionnelle des soignants non diplômés (Arborio, 2023).

L'objectif de cette section est de représenter le nombre de diplômées et de « faisant fonction » qui exercent les tâches d'aides-soignantes au sein de l'EHPAD A. Sur les 15 aides-soignantes participant à l'étude, la typologie des aides-soignantes participant à l'étude selon leur acquisition du diplôme ou non est détaillée dans le tableau 11 suivant.

Tableau 11. Typologie des diplômés parmi les participantes à l'étude, EHPAD A

Formations	Représentation	
	Nombre de soignants	Pourcentage de soignants
Aides-soignantes diplômées	9	60 %
Aides-soignantes « faisant fonction »	6	40 %
• Dont agent de service (ASH)	4	26 %
• Dont auxiliaire de vie sociale (AVS)	1	7 %
• Dont aide médico-psychologique (AMP)	1	7 %

Ce tableau 11 illustre que la majorité des aides-soignantes (60 %) sont titulaires du diplôme. Les « faisant fonction » ont également une place significative avec 40 % des professionnelles issues d'horizons variés (aussi bien des agents de service, que des auxiliaires de vie sociale ou des aides médico-psychologiques).

²⁸ Pour rappel, un « faisant fonction », notamment d'aide-soignante en EHPAD ici, correspond à une personne exerçant les missions d'aide-soignante sans en avoir le diplôme officiel requis (cf. définition complète au chapitre 2, § 3.1.3.).

- **Profils d’ancienneté des aides-soignantes**

L’ancienneté constitue un indicateur objectif du nombre d’années passées dans un établissement à un poste donné. Plus une aide-soignante a d’ancienneté, plus il y a de chance que son expérience et sa connaissance des résidents soient élevées. Cette connaissance de la vie des résidents, de leurs habitudes et de leurs valeurs lui permettra davantage d’agir conformément à leurs volontés (Croyere, 2013). L’activité de soin suppose une connaissance des personnes soignées, de leurs caractéristiques et des besoins qui leur sont propres, connaissance sans laquelle la qualité du travail de soin est dégradée (Raybois, 2014).

Sur les 15 aides-soignantes participant à l’étude, les profils des aides-soignantes en fonction de leur ancienneté sont détaillés dans le tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12. Typologie des aides-soignantes participant à l’étude selon leur ancienneté, EHPAD A

Niveau d’ancienneté	Représentation	
	En nombre	En %
Moins de 1 an	3	20 %
Entre 1 et 3 ans	3	20 %
Entre 3 et 5 ans	5	33 %
Plus de 5 ans	4	27 %

Ce tableau 12 montre une répartition relativement équilibrée dans l’EHPAD A entre les novices (40% avec moins de 3 ans d’ancienneté) et les professionnelles expérimentées (27% avec plus de 5 ans d’ancienneté). La tranche majoritaire est celle des professionnelles ayant une ancienneté « entre 3 et 5 ans » avec 33 %. Il est toutefois notable que seulement 30% des agentes de ce panel ont plus de 5 ans d’ancienneté, contrastant ainsi avec la moyenne nationale où 40,9 % des salariés sont dans leur emploi depuis plus de 10 ans (Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 2023). Cela rejoint la notion de turnover important dans le secteur du soin, évoqué dans le chapitre 2, § 2.3.3 notamment, qui se retrouve dans cet EHPAD.

5.2. Axe de recherche 3 : EHPAD B

Après avoir présenté l’EHPAD A précédemment, nous pouvons voir que l’EHPAD B est un établissement mutualiste à but non lucratif, qui peut héberger jusqu’à 95 résidents (77 chambres simples et 9 chambres doubles). Il dispose lui aussi d’un Pôle d’Activités et de Soins Adaptés (PASA) composé de 12 places, destiné à l’accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs. L’établissement est structuré en deux secteurs principaux (rez-de-chaussée et 1^{er}

étage) composés de 48 et 47 résidents chacun, et répartis de manière presque égale entre les quatre sous-secteurs comme le présente le tableau 13 suivant.

Tableau 13. Répartition des résidents par secteurs et sous-secteurs dans l'EHPAD B

Secteur	Sous-secteur	Nombre de résidents
Secteur 1 : Rez-de-Chaussée	Sous-secteur 1.1	12
	Sous-secteur 1.2	12
	Sous-secteur 1.3	12
	Sous-secteur 1.4	11
Secteur 2 : Étage 1	Sous-secteur 2.1	12
	Sous-secteur 2.2	12
	Sous-secteur 2.3	12
	Sous-secteur 2.4	12

5.2.1. Conditions d'exécution des soins et de l'accompagnement des résidents

L'objectif de cette section est de présenter le cadre organisationnel de l'EHPAD B en reprenant les éléments de comparaison avec l'EHPAD A, sans pour autant revenir sur les missions d'aide-soignante. Nous aborderons notamment l'organisation temporelle des tâches selon les postes, les effectifs soignants et le taux d'encadrement, les temporalités prescrites (temps généraux et temps directs) puis les caractéristiques des résidents. Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur la description détaillée des tâches, car elle sera explorée dans le chapitre 7 concernant l'EHPAD A.

5.2.1.1. L'organisation temporelle des tâches

Les postes des aides-soignantes au sein de l'EHPAD B s'organisent selon des cadres horaires bien définis, répartis entre le matin, l'après-midi et la nuit. Pour rappel, les tâches principales sont les soins de nursing, les transmissions écrites et orales, la préparation des chariots et les tâches ménagères. Les figures suivantes décrivent chaque période, détaillant les étapes clés et les horaires associés à chaque poste au sein de l'EHPAD B :

- Le *matin* (6h45-14h30), figure 14, l'organisation est structurée autour du réveil des résidents et des repas. Plus particulièrement, le nursing du réveil est réalisé, avec les soins d'hygiène et de confort (toilettes, douches, changes, habillage), l'assistance aux

repas (petit déjeuner et déjeuner) et les transmissions écrites et orales (avec l'équipe de nuit puis d'après-midi). Les agents hôteliers gèrent l'ensemble des sonnettes tandis que les aides-soignantes se concentrent exclusivement sur les passages dans l'ensemble des chambres de leur secteur pour le nursing du matin (assistance pour le petit déjeuner, soins d'hygiène et de confort) ;

- L'*après-midi (14h-21h)*, figure 15, l'organisation se structure autour des temps de repos, des temps récréatifs et des temps de repas. Les tâches incluent notamment le réveil des résidents après la sieste, l'assistance aux repas (goûter et dîner), le nursing du coucher avec les soins d'hygiène de confort et les transmissions écrites et orales (équipes de matin et de nuit). L'ensemble des appels des sonnettes est transmis aux aides-soignantes tout comme aux agents hôteliers, de la même manière que le matin ;
- La *nuite (21h à 7h)*, figure 16, au minimum deux passages sont prévus dans les chambres des résidents, le reste du temps étant réservé à la surveillance générale et continue par la veille et la gestion des urgences, ainsi qu'aux tâches ménagères (préparation des petits déjeuners et lavage du sol). Les aides-soignantes gèrent l'ensemble des sonnettes.

Ces trois figures permettent de se rendre compte de la répartition cadencée des tâches des aides-soignantes sur l'ensemble des plages horaires (matin, après-midi et nuit) au sein de l'EHPAD B. On observe une alternance entre soins directs aux résidents (nursing, repas, assistance) et activités de coordination (transmissions, organisation), entrecoupée de pauses relativement courtes. L'intensité du travail est importante, en particulier lors des pics d'activités liés aux soins corporels et aux repas, et la vigilance doit être continue, notamment pendant les postes de nuit. Cette organisation reflète la nécessité d'une présence constante capable de s'adapter pour répondre aux nécessités des résidents.

Horaires		Tâches des aides-soignantes durant l'activité
6h45 - 7h10		Transmissions orales avec l'équipe de nuit
7h10 - 7h30		Pause
7h30 - 10h15		Nursing matinal et préparation pour le petit déjeuner
10h15 - 10h45		Pause
10h45 - 12h		Continuation du nursing et préparation pour le déjeuner
12h - 13h		Assistance au déjeuner
13h - 13h30		Pause déjeuner
13h30 - 14h		Réponse aux sollicitations des résidents
14h-14h30		Transmissions écrites et orales avec l'équipe d'après-midi

Figure 14. Organisation temporelle des postes du matin au sein de l'EHPAD B

Horaires		Tâches des aides-soignantes durant l'activité	
14h-14h30		Transmissions orales avec l'équipe de matin	
14h30-15h		Nettoyage des locaux	
15h-15h15		Organisation des secteurs avec les collègues Préparation des chariots	
15h15-16h15		Réveil des résidents de la sieste et goûter Vérification présence des résidents Activités ludiques avec les résidents	
16h15-16h45		Pause	
16h45-17h30		Préparation des plateaux repas pour les résidents qui resteront en chambre pour le dîner	
17h30-18h10		1 ^{er} service du dîner (17h30) : Transfert résidents en salle à manger - aide au repas	2 ^{ème} service du dîner (18h10) : Transferts résidents en salle à manger - aide au repas
18h10-19h15		Transfert des résidents en chambre Nursing du coucher	
19h15-19h30		Pause	
19h30-20h30		Poursuite du nursing du coucher	
20h30-21h15		Transmissions écrites et orales avec l'équipe de nuit	

Figure 15. Organisation temporelle des postes d'après-midi au sein de l'EHPAD B

Horaires		Tâches des aides-soignantes durant l'activité	
21h-21h30		Transmissions orales avec équipes d'après-midi Prises d'information des transmissions écrites	
21h30-22h45		1 ^{er} passage dans les toutes les chambres des résidents : Vérification de la présence des résidents Distribution de médicaments Réponses aux demandes des résidents Discussions	
22h45-23h15		Préparation des petits déjeuners Préparation des piluliers	
23h15-23h30		Pause	
23h30-01h00		Veille des résidents : gestion des alertes - sonnettes	
1h-1h30		Pause repas	
1h30-3h15		Veille des résidents : gestion des alertes - sonnettes	Ménage
3h15-4h		2 ^{ème} passage dans les chambres des résidents Changes des résidents éveillés	
4h-5h45		Veille des résidents : gestion des alertes - sonnettes	
5h45-6h		Descente des poubelles	
6h-7h		Transmissions écrites et orales avec l'équipe de matin	Veille des résidents : gestion alertes - sonnettes

Figure 16. Organisation temporelle des postes de nuit au sein de l'EHPAD B

5.2.1.2. Effectifs soignants : taux d'encadrement

Le tableau 14 en suivant met en évidence le taux d'encadrement des aides-soignantes dans l'EHPAD B (composé de 95 résidents) en fonction des secteurs et des postes de la journée, ainsi que les ratios aides-soignantes/résidents associés. Nous avons rajouté les agents hôteliers, de par leur rôle de prise en charge des sonnettes, notamment le matin.

Tableau 14. Répartition des effectifs et des ratios soignants/résidents, EHPAD B

Secteurs	Nombre de résidents	Effectifs matin		Effectifs après-midi		Effectifs nuit	
		Effectif	Ratio EHPAD B	Effectif	Ratio EHPAD B	Effectif	Ratio EHPAD B
Secteur 1	47	5 aides-soignantes + 2 agents hôteliers	1 personnel soignant (AS et AH) pour 7 résidents	4 aides-soignantes	1 aide-soignante pour 12 résidents	2 aides-soignantes	1 aide-soignante pour 48 résidents
Secteur 2	48	5 aides-soignantes + 2 agents hôteliers		4 aides-soignantes			

Ainsi, il nous est désormais possible de comparer dans le tableau 15 suivant les ratios du nombre de soignants en rapport au nombre de résidents entre l'EHPAD A et l'EHPAD B, à l'aide du tableau 9 précédent (chapitre 6, § 5.1.2) et du tableau 14 ci-dessus.

Tableau 15. Comparaison des ratios de soignants/résidents entre l'EHPAD A et B

	Matin	Après-midi	nuit
EHPAD A	1 aide-soignante pour 10 résidents	1 aide-soignante pour 14 résidents	1 aide-soignante pour 41 résidents
EHPAD B	1 aide-soignante ou agent hospitalier pour 7 résidents	1 aide-soignante pour 12 résidents	1 aide-soignante pour 48 résidents

Cette comparaison entre les ratios des EHPAD A et B (tableau 15) montre que le ratio de personnel soignant par rapport au nombre de résidents de l'EHPAD A est plus élevé sur les postes de journée (matin et après-midi). La présence des agents hôteliers dans l'organisation du matin au sein de l'EHPAD B permet de réduire le ratio, même s'il s'agit seulement pour eux de répondre aux sonnettes. La nuit, la situation s'inverse avec un ratio plus élevé dans l'EHPAD B que dans l'EHPAD A.

5.2.2. Caractéristiques des résidents : les niveaux de dépendance

Afin d’avoir une vue d’ensemble du niveau de dépendance (GIR) des résidents de l’EHPAD B pour le comparer à celui de l’EHPAD A, les GIR des résidents ont été recueillis auprès de l’établissement. Deux axes d’analyse sont retenus : d’une part, la répartition des niveaux de GIR au sein de l’EHPAD B, mise en perspective avec la moyenne nationale ; d’autre part, une estimation des besoins en soins de base en minutes (selon les données de la DREES, 2020), permettant d’évaluer l’adéquation entre les besoins théoriques recommandés en soins et le temps de soins réellement disponible au sein de l’EHPAD B (temps directs totaux).

Ce tableau 16 compare la répartition des résidents selon leur GIR entre l’EHPAD B (2025), l’EHPAD A (2025) et les données nationales (Marquier et al., 2015). On constate que l’EHPAD B accueille une proportion nettement plus élevée de résidents en GIR 1 (29,5 % contre 17,6 % au niveau national et 16,2 % à l’EHPAD A). En revanche, l’EHPAD B compte moins de résidents en GIR 2 que la moyenne nationale, et surtout beaucoup moins que l’EHPAD A (22,1 % à l’EHPAD B contre 41,9 % à l’EHPAD A). On note également une plus grande diversité des niveaux de dépendance à l’EHPAD B, avec une présence non négligeable de résidents plus autonomes (GIR 5 et 6), contrairement à l’EHPAD A.

Tableau 16. Comparaison des niveaux de dépendance des résidents : données nationales moyennes, EHPAD B et EHPAD A

GIR	Niveau moyen de dépendance	Répartition des résidents (DREES, 2015)	Répartition des résidents (EHPAD B, 2025)		
			Nombre de résidents (sur 95 au total)	% EHPAD B	% EHPAD A
GIR 1	Dépendance totale	17,6 %	28	29,5 %	16,2 %
GIR 2	Dépendance sévère	36,6 %	21	22,1 %	41,9 %
GIR 3	Dépendance modérée	17,1 %	18	18,9 %	21,6 %
GIR 4	Dépendance légère	20 %	15	15,8 %	17,6 %
GIR 5	Semi-autonome	5,3 %	8	8,4 %	2,7 %
GIR 6	Autonome	3,4 %	5	5,3 %	0 %

5.3. Le fonctionnement du système d'IA

Initialement déployée dans les chambres des résidents en EHPAD pour prévenir les chutes en alertant le personnel soignant, cette technologie d'intelligence artificielle visait à élargir progressivement son usage à un éventail plus large de besoins liés à la surveillance et à la sécurité. Les concepteurs ont ainsi mis au point un système de traitement des signaux sonores, basé sur des micros couplés à une IA capable d'interpréter en temps réel les bruits ambiants. Le boîtier, fixé en hauteur et connecté en wifi, capte les sons de la chambre, les transmet à des serveurs distants pour analyse, puis envoie une alerte sur les smartphones via une application dédiée fournie par l'entreprise. Ce système de détection des sons détecte ainsi des situations potentiellement critiques liées à l'état des résidents, nécessitant l'intervention des aides-soignantes (cf. figure 17 suivante).

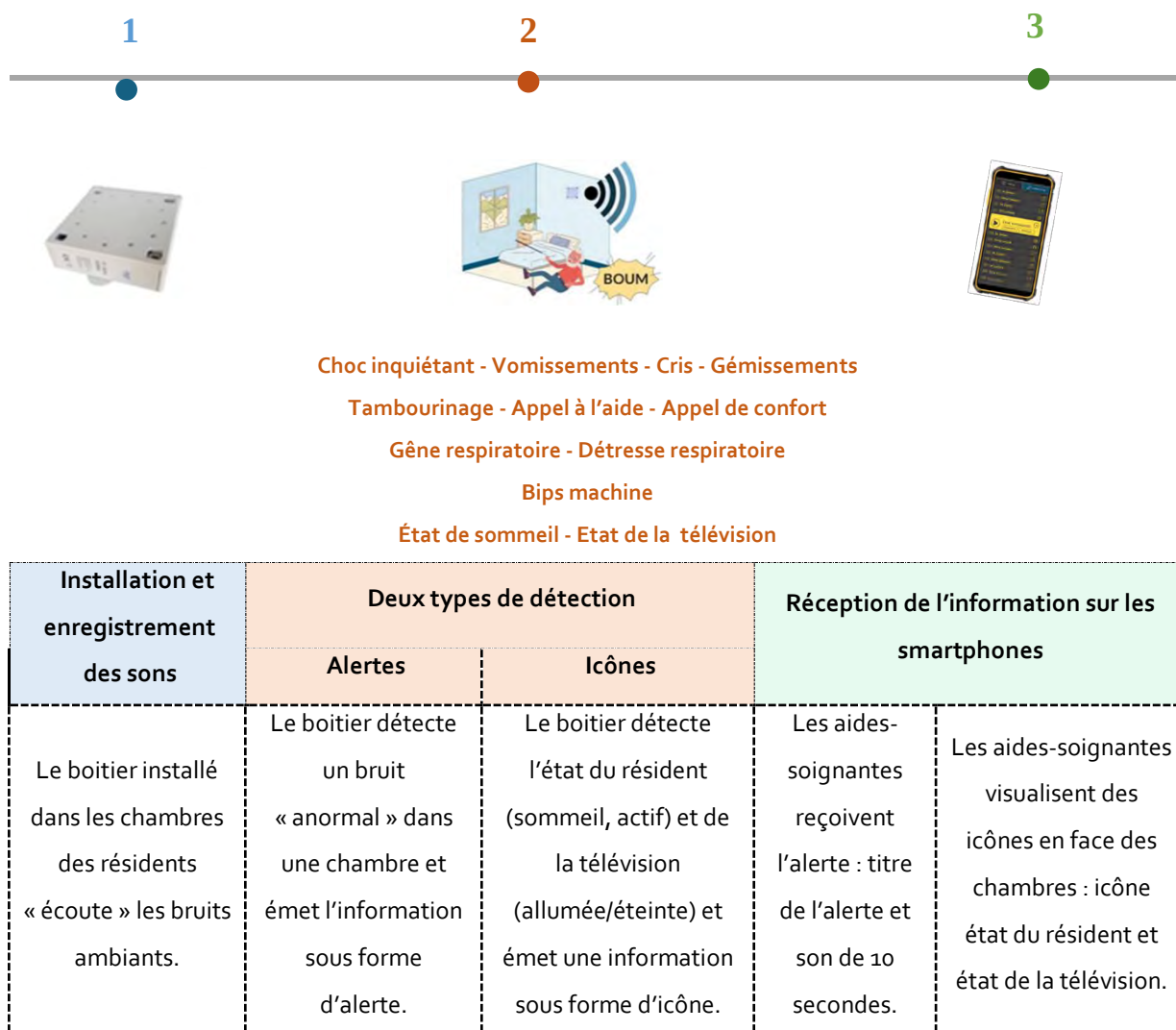


Figure 17. Représentation du processus de détection et de traitement des bruits par système d'IA

Le processus complet, incluant la détection des sons et la réception des alertes et icônes, est détaillé dans les sections suivantes.

5.3.1. Fonctionnement invisible du système d'IA : décrypter les comportements des résidents

Notre système de détection des sons s'appuie sur une base de données acoustiques collectées dans différentes chambres et EHPAD, permettant un apprentissage continu. Le processus de l'analyse sonore comprend plusieurs étapes :

- *Traitement et apprentissage automatisés* : les sons captés sont transmis à un serveur pour être analysés par des algorithmes d'apprentissage machine (machine learning²⁹). Ces algorithmes identifient divers éléments, comme la reconnaissance vocale et l'identification du locuteur (résidents, aides-soignantes³⁰, familles, autres professionnelles de santé), la détection de présence et l'état de sommeil³¹, avec une précision progressive au fur et à mesure de l'intégration de nouvelles données.
- *Labellisation des sons* : chaque son est classé en catégories afin que l'IA puisse réaliser des analyses fiables en temps réel et entraîner les modèles. Cette étape permet au système de transmettre des informations pertinentes organisées par niveau d'urgence et type d'information (cf. tableau 17 ci-après).

Le découpage du niveau d'urgence des informations traitées cherche à prioriser les alertes par rapport aux icônes pour permettre aux aides-soignantes de hiérarchiser leurs interventions :

- Le niveau « *détresse et besoins urgents* » regroupe des sons associés à des risques pour l'intégrité physique ou psychologique des résidents avec des sons souvent non verbaux (chutes, cris, vomissements) ou des sons liés à des dispositifs médicaux ;
- Le niveau « *confort et besoins non urgents* » regroupe des sons exprimant des besoins d'assistance sans notion d'urgence vitale (appel bouton, appels à l'aide verbaux non critiques, demandes de confort, état de sommeil et de la télévision).

²⁹ Le machine learning (ou apprentissage automatique) est une branche de l'intelligence artificielle qui consiste à développer des algorithmes capables d'apprendre à partir de données, sans être explicitement programmés pour chaque tâche.

³⁰ Le système de reconnaissance vocale permet de désactiver l'émission d'alertes en présence des aides-soignantes dans la chambre, garantissant le respect de leur vie privée. Cette présence est interprétée comme une prise en charge effective de la situation, rendant l'alerte superflue.

³¹ La reconnaissance de l'état de sommeil se base sur des critères tels que la respiration et les ronflements.

Tableau 17. Classification des alertes et informations transmises par système d'IA

Niveau d'urgence de l'information	Typologie des sons recueillis et traités	Libellés des informations envoyées sur l'application (alertes/icônes)
Détresse et besoins urgents	Chutes	« Choc inquiétant » ou « Gémissements »
	Vomissements	« Vomissements »
	Problèmes respiratoires	« Détresse respiratoire »
	Souffrance et altercation	« Cris » ou « Gémissements »
	Stress (agitation)	« Tambourinage »
	Appels à l'aide verbalisés : « au secours », « j'ai mal », etc.	« Appel »
	Bips machines : respirateurs, pousse seringue, etc.	« Bip machine »
Confort et besoins non urgents	Demande d'intervention par le résident qui active une cloche utilisée en remplacement des sonnettes	« Appel bouton »
	Demande d'intervention : « s'il vous plaît », « Madame », etc.	« Appel de confort »
	Besoins de confort : « j'ai soif », « j'ai froid », « ma télécommande est tombée », etc.	« Appel de confort »
	État de sommeil (éveillé/endormi) : respiration	Icône résident endormi 
		Icône résident actif 
	État de la télévision (allumée/éteinte)	Icône télévision 

5.3.2. Fonctionnement visible du système d'IA

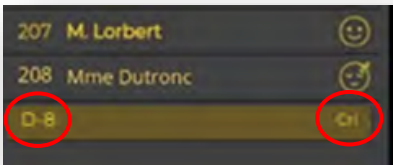
La partie visible du système d'IA comprend un boîtier installé dans les chambres, salons et zones de circulation (couloirs), ainsi qu'un smartphone avec une application dédiée. Ce système de détection des sons relaie des informations issues de l'analyse sonore de deux manières : les alertes et les icônes.

5.3.2.1. Alertes : répondre aux besoins des résidents

Les aides-soignantes reçoivent des alertes pour des situations définies précédemment (cf. tableau 17 ci-avant). Un extrait sonore de 10 secondes est mis à disposition pour aider à évaluer rapidement le degré d'urgence de l'intervention. Le processus d'analyse et d'envoi des alertes suit les étapes décrites dans le tableau 18 suivant.

Tableau 18. Processus de gestion et d'évaluation des alertes : étapes et fonctionnalités

Interface application	Étapes du processus d'analyse et d'envoi des alertes
	1. Réception de l'alerte - L'alerte se manifeste en trois temps : d'abord un flash visuel, suivi d'une vibration, puis d'une sonnerie.
	2. Écoute de l'extrait audio - L'application permet d'écouter un extrait sonore de 10 secondes associé à l'alerte pour mieux évaluer la situation.
	3. Prise en charge de l'alerte - L'application permet aux aides-soignantes de signaler qu'elles prennent en charge une alerte en cliquant sur « Je m'en charge ! ». Cette action fait disparaître automatiquement l'alerte des smartphones des autres membres de l'équipe.
	4. Évaluation des alertes - Après réception, les aides-soignantes peuvent évaluer la pertinence de l'alerte. Ce retour permet à l'IA d'affiner la précision des futures alertes générées.
	5. Gestion des alertes multiples - Si plusieurs alertes similaires surviennent pour un même résident, système d'IA active une sourdine automatique qui : • Filtre les alertes répétitives pour limiter les interruptions excessives ; • Affiche en surbrillance différente la chambre concernée et le titre de l'alerte répétitive (cf. photo) :

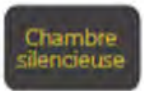
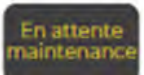


- Continue de surveiller en temps réel les autres types d'alertes.

5.3.2.2. Icônes : suivi en temps réel

En face du numéro de chambre et du nom de chaque résident, des icônes apparaissent en temps réel pour permettre aux aides-soignantes de suivre l'état du résident ou encore le fonctionnement ou dysfonctionnement du système d'IA installé dans sa chambre. Ces indicateurs fournissent des informations clés, comme l'état de sommeil ou d'éveil du résident, l'état de la télévision (allumée/éteinte) ou encore l'absence de bruit. Ils permettent également de signaler des problèmes techniques, tels qu'une perte de connexion Wi-Fi ou un dysfonctionnement du boîtier. Le tableau 19 ci-dessous récapitule les différentes icônes et leurs significations.

Tableau 19. Signification des icônes pour le suivi en temps réel des résidents

Icônes	Indications en temps réel
	- L'icône indique que le résident est en train de dormir.
	- L'icône signale que le résident est actif dans sa chambre.
	- L'icône montre que la télévision est allumée dans la chambre.
	- L'icône précise qu'il n'y a pas ou peu de bruits dans la chambre, ou que le résident est absent.
	- L'icône alerte du fait que le boîtier installé dans la chambre a perdu la connexion Wi-Fi de l'établissement.
	- L'icône informe que le boîtier présente un dysfonctionnement, déjà signalé à l'équipe des concepteurs.

5.3.2.3. Autres fonctionnalités de l'application

Plusieurs autres fonctionnalités sont présentes sur l'application du smartphone ou sur le téléphone en lui-même, telles que nous allons l'exposer en suivant.

- **Répertoire pour la communication interne et externe**

Le répertoire affiche la liste des contacts des professionnels internes à l'EHPAD (AS, ASH, infirmières) et externes (médecin d'urgence, SAMU) accessibles depuis l'interface. Deux fonctionnalités principales sont proposées pour chaque contact (cf. tableau 20) :

- Envoyer un message via l'icône dédiée.
- Passer un appel téléphonique grâce à l'icône correspondante.

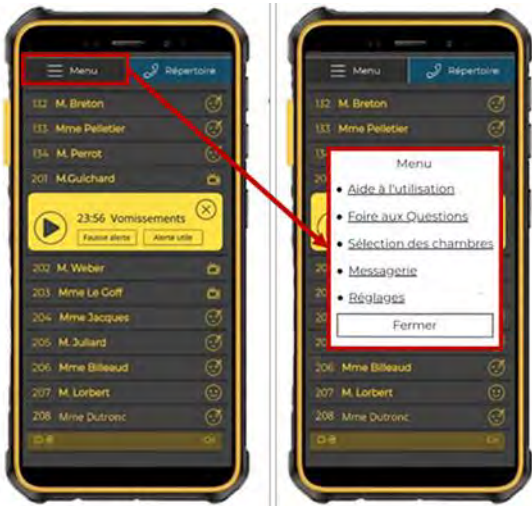
Tableau 20. Signification des icônes du répertoire pour la communication interprofessionnelle et la gestion des urgences

Interface application	Icônes	Fonctionnalités
		- Icône message : permet d'envoyer un message aux collègues aides-soignantes ainsi qu'aux autres professionnels de l'établissement.
		- Icône téléphone : permet de passer des appels téléphoniques, qu'ils soient internes (collègues soignantes, autres professionnels de l'établissement) ou externes, notamment pour des situations d'urgence (SAMU, médecin, etc.).

- **Menu**

Le bouton « Menu » permet d'accéder à des fonctionnalités complémentaires. Le tableau 21 présente les principales fonctionnalités du Menu, qui a pour objectif de faciliter la prise en main des aides-soignantes utilisant le système d'IA. Les aides à l'utilisation et la FAQ accompagnent les utilisateurs dans la prise en main de système d'IA, tandis que des fonctionnalités telles que la sélection des chambres et la messagerie permettent une adaptation efficace à l'organisation des soins. Enfin, les réglages offrent une personnalisation de l'interface.

Tableau 21. Signification des fonctionnalités du menu pour une utilisation optimisée de l'IA en EHPAD

Interface application	Fonctionnalités	Explications
	Aide à l'utilisation	- L'aide à l'utilisation propose différents types de contenus pour faciliter la prise en main de système d'IA : - o Tutoriels vidéo présentant les fonctionnalités ; - o Présentations écrites des principales fonctionnalités : gestion des alertes, icônes, sélection des chambres et passage d'appels.
	Foire aux Questions (FAQ)	- La FAQ répond brièvement aux questions fréquemment posées par les aides-soignantes, notamment sur : - o Le fonctionnement général de système d'IA ; - o L'écoute des chambres à distance (limite de 10 secondes d'enregistrement sonore) ; - o L'enregistrement des aides-soignantes.
	Sélection des chambres	- Les aides-soignantes peuvent choisir d'afficher les chambres en fonction de leur localisation (rez-de-chaussée, étages).
	Messagerie	- La messagerie permet aux aides-soignantes d'envoyer un message aux équipes conceptrices à tout moment afin de : - o Poser des questions ; - o Remonter des problèmes ; - o Proposer des suggestions d'amélioration.

	Réglages	- Les réglages permettent de personnaliser le thème de l'application : - o Clair ; - o Sombre ; - o Automatique (en fonction de l'heure de la journée).

- **Personnalisation de la liste des chambres**

Les aides-soignantes ont la possibilité de renommer les chambres équipées du boîtier de détection des sons, en maintenant la ligne de la chambre correspondante appuyée pendant trois secondes. Cette fonctionnalité vise à adapter rapidement l'affichage en cas de changement de chambre d'un résident ou lors de l'arrivée d'un nouveau résident. Elle garantit ainsi une mise à jour des informations pour faciliter le suivi.

5.3.2.4. Autres fonctionnalités du smartphone

Certaines fonctionnalités intégrées au smartphone offrent des usages spécifiques pour faciliter le travail des aides-soignantes :

- *Lampe torche* : un bouton dédié permet d'allumer rapidement la lampe torche pour améliorer la visibilité lors des interventions dans des environnements peu éclairés (par exemple les chambres des résidents la nuit).
- *Réglage du volume* : les boutons de volume permettent, entre autres, d'arrêter rapidement la sonnerie en cas de gêne, notamment dans des situations délicates comme la prise en charge d'un résident ou lorsque celui-ci est en train de dormir. Cette fonctionnalité contribue à limiter les perturbations et à préserver le confort des résidents.

6. Méthodologie de recueil des données

Dans cette recherche, les observations et les auto-confrontations ont été utilisées pour objectiver le travail des aides-soignantes en mettant en évidence la manière dont elles ajustent leur activité aux contraintes organisationnelles et techniques. Ces méthodes permettent d'accéder aux régulations invisibles et aux compromis opérés quotidiennement pour répondre aux exigences du soin des résidents. Elles ont été utilisées dans le cadre des trois axes de recherches.

- **Observations ouvertes et systématiques**

Pour analyser l'activité des aides-soignantes dans les EHPAD A et B, une approche immersive a permis une première appréhension des caractéristiques du travail, avant de réaliser une analyse plus approfondie. Deux types d'observations ont été mis en œuvre (Simonet, Caroly & Clot, 2011 ; Barthe, Boccara, Delgoulet, Gaillard, Meylan & Zara-Meylan, 2017) :

- Les *observations ouvertes*, qui permettent une vision globale du travail afin d'identifier des « points problèmes » ou des « situations critiques ». Ces éléments orientent ensuite le choix des observables pertinents pour les observations systématiques ;
- Les *observations systématiques*, qui se concentrent sur des faits et événements ciblés pour tester des hypothèses spécifiques et approfondir les investigations.

Ces observations ont eu lieu tout au long du poste, afin de saisir la continuité de l'activité.

- **Entretiens semi-directifs**

Des entretiens semi-directifs ont été utilisés pour explorer qualitativement les connaissances des participants. Composés de questions ouvertes préparées en amont (Imbert, 2010), ils favorisent une dynamique conversationnelle fluide plutôt qu'une simple lecture des questions (Kaufmann, 2016). Cela permet aux participants de s'exprimer librement, et aux entretiens de dériver parfois vers des thématiques inattendues, ouvrant la voie à l'entretien compréhensif. Ce dernier se construit au fil des échanges, entre l'écoute attentive, la prise de distance critique et la compréhension du discours (Kaufmann, 2016).

- **Auto-confrontations individuelles et entretiens d'explicitation**

Les résultats des observations ont ensuite été mobilisés pour des auto-confrontations, visant à encourager la verbalisation de l'activité mise en œuvre par les aides-soignantes pour répondre aux objectifs de soins (Simonet et al., 2011). La parole des opérateurs est essentielle pour objectiver le travail (Teiger, 1987 ; Guérin et al., 1997 ; Teiger & Laville, 1989 ; Noulon, 2002, Mollo & Falzon, 2004, Mollo & Nascimento, 2013), car l'activité ne peut être réduite à ce qui est manifeste et donc observable, des éléments comme le raisonnement ou le traitement de l'information n'étant pas accessibles par l'observation directe. Les observations étant limitées dans le temps et l'espace, la confrontation permet aux opérateurs de faire un retour réflexif sur leur activité et de mettre les mots (Clot & Faïta, 2000 ; Mollo, 2004 ; Arnoud & Falzon, 2013 ; Mollo & Nascimento, 2013 ; Quillerou-Grivot & Clot, 2013). Cette méthode permet d'explorer en profondeur les stratégies opératoires, les compromis, les arbitrages ainsi que l'usage de soi

dans l'activité (Schwartz & Durrive, 2003). Pour explorer les activités difficiles à observer, nous avons aussi mobilisé des entretiens d'explicitation (Vermersch, 2019), qui visent à soutenir le souvenir d'une situation vécue par les aides-soignantes dans l'activité, par exemple avec une question telle que : « pouvez-vous me décrire précisément ce que vous faisiez à ce moment-là ? L'accent est mis sur les signes verbaux et non verbaux permettant d'identifier si le sujet se replonge mentalement dans la situation. Les questions visent à favoriser une description détaillée des actions, pensées, perceptions sensorielles et émotions (Depraz, Varela & Vermersch, 2003 ; Vermersch, 1990 ; Cahour & Salembier, 2012). La dynamique de conversation doit amener le sujet à décrire des niveaux de granularité fins de l'expérience vécue (Cahour & Salembier, 2012), par exemple : « Quand tu as vu ça, qu'as-tu vu ? » ou « Quand tu as fait ça, comment l'as-tu fait ? ».

- **Allo-confrontation croisée et confrontation collective**

Les allo-confrontations croisées, confrontent un opérateur à l'activité d'un autre collègue en sa présence. Ce processus permet de réfléchir à sa propre activité en la comparant à celle des autres, de favoriser les échanges d'idées et de développer de nouvelles connaissances (Mollo, 2004). L'allo-confrontation croisée, aussi nommée auto-confrontation croisée (Clot, Faïta, Fernandez & Scheller, 2000 ; Clot, 2005) permet à l'opérateur dont son activité est commentée, de prendre connaissance des représentations de son collègue, d'explicitier ses propres connaissances et de clarifier les différents aspects de son activité (Mollo & Nascimento, 2013).

6.1. Axes de recherche 1 & 2 : EHPAD A

Dans la partie précédente, nous avons présenté le dispositif de recueil de données mis en place au sein de l'EHPAD A, comprenant 20 observations ainsi que 15 entretiens semi-directifs et auto-confrontations individuelles. Le tableau 22 ci-dessous reprend en détail la triangulation des approches.

Tableau 22. Synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude, EPHAD A

Observations ouvertes (42 heures d'observation)	Observations systématiques (130 heures d'observation)	Entretiens semi-directifs et auto-confrontations individuelles (15 heures d'entretien)
• 5 observations tout au long du poste, auprès de 5 AS différentes : - o 2 observations de matin - o 2 observations d'après-midi - o 1 observation de nuit	• 15 observations tout au long du poste, auprès de 15 AS différentes : - o 5 observations de matin - o 5 observations d'après-midi - o 5 observations de nuit	• 15 entretiens semi-directifs et auto-confrontations individuelles • 1 entretien semi-directif avec la directrice de l'EHPAD A

Les sections suivantes présentent en détail la triangulation des approches méthodologiques en exposant les méthodes d'observation et d'entretiens utilisées.

6.1.1. Observations ouvertes et systématiques des aides-soignantes

Dans l'EHPAD A, des observations ouvertes et systématiques ont été menées pour appréhender les caractéristiques du travail des aides-soignantes :

- Les observations ouvertes, guidées par des allers-retours avec la littérature scientifique, étaient délibérément souples et non directrices, dans l'objectif de saisir la complexité du travail réel. Au cours de ces phases, la *méthode des questionnements interruptifs* a été mobilisée afin de susciter la verbalisation en situation et de favoriser l'accès aux raisonnements sous-jacents à l'action (Theureau & Jeffroy, 1994 ; Viau-Guay, 2014). Elle consistait concrètement à interroger les aides-soignantes en poste sur les actions qu'elles étaient en train de réaliser ou venaient tout juste de réaliser, avec des questions simples et directes comme : « Donc, là, tu fais quoi ? ». Ce mode de questionnement, ancré dans le moment présent, a permis de recueillir des informations précieuses sur l'activité sans perturber ou interrompre le travail des aides-soignantes. Par ailleurs, cet échange informel a contribué à instaurer un climat de confiance, favorisant des réponses spontanées et plus riches, notamment lors des auto-confrontations et des entretiens semi-directifs pour aborder les questions sur les émotions et les ressentis.
- Les *observations systématiques*, élaborées à partir des observations ouvertes, ont été menées à l'aide d'une grille d'observation préétablie (cf. annexe 3), permettant de recueillir des données précises sur les interactions des aides-soignantes avec les

résidents dans l'EHPAD A. Cette grille a permis de recueillir plusieurs éléments clés : l'heure et le lieu de présence de l'aide-soignante (chambres, salle du personnel, etc.), les événements survenus (sonnettes, sollicitations des résidents, interruptions), les modalités de passage dans les chambres (prévu, spontané, à la demande du résident), l'évaluation de l'état du résident (hygiène, état physique et psychologique), ainsi que les actions de soin effectuées (actes de nursing, soins réalisés en supplément ou non réalisés). Ces éléments ont ensuite servi de support lors des entretiens d'auto-confrontation, afin de revenir avec les aides-soignantes sur leurs verbalisations et leurs choix d'action en situation.

6.1.2. Entretiens semi-directifs et auto-confrontations avec les aides-soignantes

Les entretiens semi-directifs et auto-confrontations individuelles (*cf.* annexe 4) menés auprès des aides-soignantes s'articulent autour de sept grands thèmes, permettant d'explorer en profondeur les dynamiques de leur travail quotidien et les tensions éthiques qui en découlent.

- (1) Le premier thème, centré sur *les questions personnelles et professionnelles*, vise à contextualiser le parcours de chaque aide-soignante en termes d'âge, d'ancienneté dans le métier et de formation, afin de mieux comprendre comment ces facteurs influencent leur pratique ;
- (2) Le second thème concerne le *sens attribué au métier d'aide-soignant*, en abordant des questions relatives à l'identité professionnelle, à la perception du travail réel par rapport au travail idéal, ainsi qu'aux formes de reconnaissance (par les résidents, les familles ou la hiérarchie). Le jeu *Dixit* (Roubira, 2017 ; Landry, A., Laneyrie, E. & Hilaire, Y., 2025) a été utilisé comme support projectif pour initier les échanges et explorer des dimensions sensibles du rapport au travail. Son caractère métaphorique, ludique et sécurisant favorise la mise en mots de vécus parfois difficiles à formuler directement, comme le soulignent Mousnier, Knaff et Es-Salmi (2016, p. 384) : « choisir une carte atténue la gêne, la résistance ou encore la peur de ne pas savoir répondre [aux] questions ». Les aides-soignantes ont été invitées à choisir des cartes imagées parmi 36 cartes possibles pour répondre à trois questions.



Figure 18. Représentation des cartes imagées du jeu Dixit présentées aux aides-soignantes

- (3) Le troisième thème porte sur les « arbitrages et l'impact éthique de ces arbitrages ». Il s'agit d'analyser les compromis auxquels les aides-soignantes sont confrontées lorsqu'elles doivent prioriser certaines actions en raison d'un manque de ressources ou de temps. Cette section explore la manière dont elles gèrent les dissonances entre les prescriptions officielles et la réalité de leur travail. Les auto-confrontations individuelles ont permis aux aides-soignantes de revenir sur leurs actions, de verbaliser les compromis réalisés au quotidien et de réfléchir aux critères mobilisés dans leurs arbitrages. L'objectif était de créer un espace de discussion autour des buts d'action, des tensions rencontrées et des stratégies mises en œuvre. Cette démarche visait à partir du travail pour accéder aux affects (Cahour, 2007 ; Bonnemain & Clot, 2017), révélant ainsi les processus d'auto-régulation, les stratégies opératoires et les valeurs qui sous-tendent leurs choix. Cependant, l'accès à ces dimensions affectives demeure méthodologiquement complexe, car elles relèvent de l'expérience intime des sujets et sont souvent dissimulées pour préserver leur image sociale. Bien que les processus cognitifs soient également difficiles à observer, il est généralement plus aisé de verbaliser une résolution de problème que de décrire les émotions associées à certaines situations. Comme le souligne Ly (2021, p. 91), « [dans] le dialogue d'autoconfrontation, les séquences les plus polémiques et les plus problématiques sont susceptibles de produire

un réel du dialogue qui dévoile le difficile à dire ou à expliquer et ce que l'action observée par le sujet lui-même n'a pas pu révéler ».

- (4) Le quatrième thème porte sur la « qualité des soins » et interroge les aides-soignantes sur leurs critères de bientraitance, les limites perçues de la maltraitance, ainsi que sur les objectifs de travail qu'elles jugent souvent inatteignables. L'analyse de ces éléments permet de mettre en lumière les conflits de valeurs auxquels elles sont confrontées, ainsi que les effets de ces tensions sur leur motivation et leur bien-être au travail.
- (5) Le cinquième thème aborde l'« *impact des ressources humaines, temporelles et techniques* » sur la qualité des soins et appréhende les tensions entre les ressources disponibles et les exigences du travail réel.
- (6) Le sixième thème vise à explorer le rôle du « *collectif de travail* » dans l'activité des aides-soignantes et son influence sur la qualité de la prise en charge des résidents. Ces questions permettent d'approfondir la compréhension des interactions professionnelles et des mécanismes de régulation collective mobilisés.
- (7) Le septième thème porte sur les « caractéristiques des résidents », notamment leur niveau de dépendance et leurs besoins en surveillance et analyse leurs effets sur le travail des aides-soignantes, ainsi que sur les compétences et connaissances qu'elles mobilisent pour assurer un accompagnement adapté.

Ces différents thèmes permettent d'analyser finement les tensions structurelles et subjectives du travail en EHPAD, en articulant les dimensions organisationnelles, éthiques, affectives et relationnelles de l'activité des aides-soignantes.

6.1.3. Entretien semi-directif avec la direction de l'établissement

L'entretien réalisé avec la direction de l'établissement à partir d'un guide d'entretien (*cf.* annexe 5) vise à explorer en profondeur cinq grands axes : le fonctionnement global de l'EHPAD, son mode de financement, les politiques d'admission des résidents, le recrutement et la fidélisation du personnel soignant, ainsi que l'organisation du travail et la gestion de l'absentéisme. La grille d'entretien est structurée autour de cinq thématiques principales, permettant de cerner les enjeux économiques, organisationnels et humains de l'établissement.

- (1) La thématique sur la « *spécificité de l'EHPAD et le rôle de la direction* » cherche à situer l'établissement dans son contexte historique et organisationnel. Elle permet de mieux

comprendre les fonctions de la direction, tant sur le plan médico-social qu'administratif, logistique et financier.

- (2) La thématique « *financement et budget* » a pour objectif d'analyser les mécanismes du financement tripartite (hébergement, soins, dépendance), les outils d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR, coupe Pathos), les exigences des autorités (ARS, Département) ainsi que les stratégies mises en place pour assurer la viabilité financière de l'établissement, en particulier face à l'évolution du niveau de dépendance des résidents.
- (3) La thématique « *politique de sélection et d'admission des résidents* » explore les critères d'entrée, les pratiques de gestion du taux d'occupation et l'évolution des profils des résidents. Elle vise à comprendre les arbitrages réalisés entre attractivité, dépendance et équilibre budgétaire.
- (4) La thématique « *politique de recrutement du personnel soignant* » s'intéresse à l'impact des contraintes budgétaires sur les pratiques de recrutement, au recours à l'intérim, à la politique de fidélisation, ainsi qu'à la gestion des « faisant fonction ». Elle permet de saisir les enjeux RH rencontrés par la direction dans un contexte de tension des métiers du soin.
- (5) Enfin, la thématique « *organisation et conditions de travail / absentéisme* » vise à documenter les effets des restrictions budgétaires sur les conditions de travail, le climat social et la qualité de la prise en charge. Elle s'intéresse aux espaces d'expression des équipes, aux causes d'absentéisme et aux répercussions du turnover sur l'organisation quotidienne des soins.

6.1.4. Caractéristiques des participants

L'ensemble des observations et entretiens menés dans l'EHPAD A ont été réalisés sur 15 postes de travail, chacun portant sur une aide-soignante différente, soit un total de 15 professionnelles suivies individuellement au cours d'un poste. Le tableau 23 présente l'échantillon des participantes en fonction de leur prise de poste (matin, après-midi, nuit), leur code d'identification, leur formation et leur ancienneté dans l'établissement.

Tableau 23. Synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude, EPHAD A

Prise de poste	Code	Formation	Ancienneté dans l'EPHAD
Matin	AS-A01	Aide-soignante	3 ans
Matin	AS-A02	Aide-soignante	3 ans
Matin	AS-A03	Aide-soignante	1 an
Matin	AS-A04	Aide-soignante	2 mois
Matin	AS-A05	Aide-soignante	11 ans
Après-midi	AS-A06	ASH	3 ans
Après-midi	AS-A07	Aide-soignante	7 ans (dont 3 ans en tant qu'agent hôtelière)
Après-midi	AS-A08	ASH	5 ans
Après-midi	AS-A09	ASH	4 mois
Après-midi	AS-A10	Auxiliaire de vie sociale	3 ans
Nuit	AS-A11	Aide-soignante	7 ans
Nuit	AS-A12	Aide Médico- psychologique	17 ans
Nuit	AS-A13	ASH	8 ans
Nuit	AS-A14	Aide-soignante	15 ans
Nuit	AS-A15	Aide-soignante	6 mois

Les données collectées sur les caractéristiques des participantes, présentées dans le tableau 23 ci-dessus, permettent de mieux comprendre la diversité des profils au sein de l'EPHAD A. Ces informations sont complétées par l'analyse de la typologie des formations dont disposent les aides-soignantes (tableau 24) et de leur niveau d'ancienneté (tableau 25), qui apportent un éclairage supplémentaire sur les parcours professionnels des aides-soignantes de l'établissement.

- **Typologie des diplômes des aides-soignantes**

Sur les 15 aides-soignantes participant à l'étude, la représentation des agents selon leur diplôme est détaillée dans le tableau 24 en suivant.

Tableau 24. Typologie des diplômes des participantes à l'étude, EHPAD A

Formations	Représentation	
	En nombre	En %
Aides-soignantes diplômées	9	60 %
Aides-soignantes « faisant fonction »	6	40 %
• Dont agent de service (ASH)	4	26 %
• Dont auxiliaire de vie sociale (AVS)	1	7 %
• Dont aide médico-psychologique (AMP)	1	7 %

Ce tableau 24 illustre que la majorité des aides-soignantes (60 %) sont titulaires du diplôme. Les « faisant fonction » ont également une place significative avec 40 % des professionnelles issues d'horizons variés (ASH, AVS et AMP).

• Profils d'ancienneté des aides-soignantes

Sur les 15 aides-soignantes participant à l'étude, les profils en termes d'ancienneté sont détaillés dans le tableau 25 ci-dessous.

Tableau 25. Typologie du niveau d'ancienneté parmi les participantes à l'étude, l'EHPAD A

Niveau d'ancienneté	Représentation	
	En nombre	En %
Moins de 1 an	3	20 %
Entre 1 et 3 ans	3	20 %
Entre 3 et 5 ans	5	33 %
Plus de 5 ans	4	27 %

Ce tableau 25 ci-dessus montre une répartition relativement équilibrée dans l'EHPAD A entre les novices (40 % avec moins de 3 ans d'ancienneté) et les professionnels expérimentés (27 % avec plus de 5 ans d'ancienneté). La tranche majoritaire est celle des professionnels ayant une ancienneté « entre 3 et 5 ans » d'une proportion de 33 % de représentation.

6.2. Axe de recherche 3 : EHPAD B

Pour synthétiser, les observations et entretiens réalisés pour le recueil de données de l'EHPAD B comprenait 9 observations et 11 entretiens semi-directifs. Le tableau 26 en suivant reprend en détail la triangulation méthodologique.

Tableau 26. Synthèse des caractéristiques des participants à l'étude au sein de l'EPHAD B

Observations systématiques (77 heures d'observation)	Entretiens semi-directifs Auto-confrontations individuelles Allo-confrontations croisées (7 heures d'entretien)	Confrontation collective (1 heure d'entretien)
• 9 observations tout au long d'une prise de poste pour comprendre le contexte : - o 3 observations de matin (2 AS et 1 Agent Hôtelier) - o 3 observations d'après-midi (3 AS) - o 3 observations de nuit (3 AS)	• 9 entretiens semi-directif et auto-confrontations individuelles de 45 min avec les aides-soignantes • 1 allo-confrontation croisée lors d'observations de nuit • 1 entretien semi-directif avec la directrice de l'EHPAD B	• 1 entretien collectif d'une heure avec 3 AS de jour, non concernées par les observations.

6.2.1. Observations systématiques

Les observations systématiques ont été réalisées à l'aide d'une grille d'observation préétablie (*cf.* annexe 6), basée sur celle utilisée pour l'EHPAD A (*cf.* annexe 3). Faute de temps, et en raison de l'ajout de questions portant sur l'usage du système d'IA, les cartes DIXIT n'ont finalement pas été utilisées. Outre les éléments recueillis dans l'EHPAD A (heure, lieu, événements, passages dans les chambres, état des résidents, actions réalisées, actions réalisées en plus ou non réalisées, verbalisations), des données spécifiques à l'utilisation du système d'IA ont également été recueillies via notamment des questionnements interruptifs (Theureau & Jeffroy, 1994). Ces données incluent :

- Les principales fonctionnalités de l'IA mobilisées, concernant les alertes et les icônes ;
- Les fonctionnalités liées à l'application : appels téléphoniques internes et externes, messagerie, menu, personnalisation de la liste des chambres ;
- Les fonctionnalités liées au smartphone en tant qu'objet : lampe torche, réglage volume,
- La description détaillée de cette utilisation ;
- Les raisons évoquées par les aides-soignantes pour justifier l'utilisation ou la non-utilisation de ces fonctionnalités, que ce soit lors des observations ou au cours des séances d'auto-confrontation.

6.2.1.1. Entretiens semi-directifs et auto-confrontations

La grille d'entretien utilisée pour réaliser les entretiens semi-directifs et les auto-confrontations (cf. annexe 7) s'appuie sur celle utilisée pour l'EHPAD A avec les sept grands thèmes (cf. section 5.1.2.2) afin de permettre une comparaison, tout en intégrant des questions supplémentaires sur le système d'IA et son impact sur les pratiques, les arbitrages éthiques et la qualité des soins. La grille d'entretien comporte ainsi au total 13 principaux thèmes, dont six thèmes visent à comprendre les pratiques, les perceptions et les impacts du système sur le travail, à travers les objectifs décrits en suivant.

- (1) La thématique « *arbitrages et impact éthique* » explore les raisons qui incitent ou dissuadent les aides-soignantes d'utiliser certaines fonctionnalités du système d'IA, tout en analysant l'influence de ces choix sur la priorisation des soins, les compromis et les arbitrages. L'objectif est d'évaluer l'impact du système d'IA sur les dilemmes éthiques en confrontant les aides-soignantes à l'utilisation de ce système au cours de leur activité de travail.
- (2) La thématique « *résident* » et « *sans système d'IA* » vise à comprendre l'adéquation du système d'IA aux besoins des résidents en examinant la pertinence du système d'IA pour les différents profils de résidents, selon leur niveau de dépendance et leur besoin de surveillance. Les questions cherchent également à identifier si le système participe, selon les aides-soignantes, à améliorer la connaissance des résidents.
- (3) La thématique « *attentes et compréhension du système d'IA* » cerne les attentes initiales des aides-soignantes, les éventuelles appréhensions face à sa mise en œuvre et les apprentissages liés au système. L'objectif est d'évaluer les écarts entre les attentes et la réalité d'utilisation dans l'activité de soin.
- (4) La thématique « *Impact du système d'IA sur la charge de travail et le sens au travail* » explore dans quelle mesure le système d'IA contribue à alléger ou non la charge de travail et à donner ou non davantage de sens au métier. Les questions portent notamment sur la perception du système d'IA en termes d'efficacité, de qualité du travail et d'impact sur le bien-être des aides-soignantes.
- (5) La thématique « *suggestions d'amélioration du système d'IA* » recense les besoins des aides-soignantes en termes de nouvelles fonctionnalités et d'adaptations nécessaires pour une utilisation plus fluide et mieux intégrée à leur environnement de travail. L'objectif est

de recueillir des suggestions concrètes pour faciliter l'utilisation et adapter le système aux contraintes pratiques et organisationnelles.

- (6) La thématique sur la « *satisfaction générale du système d'IA* » évalue la satisfaction globale des aides-soignantes vis-à-vis du système d'IA et leur volonté de poursuivre son utilisation. L'objectif est de mesurer la satisfaction globale vis-à-vis du système d'IA et d'identifier les points positifs et les limites rencontrées.

L'ensemble de ces six thématiques ont émergé de l'analyse des retours terrains des 33 EHPAD concernés par l'usage du système d'IA.

6.2.1.2. Allo-confrontations croisées et confrontation collective

Le recueil de données dans l'EHPAD B a reposé sur deux méthodes exposées en suivant, visant à susciter une réflexion collective autour d'une description interprétative de leur travail. Cette approche permet de valider les perceptions recueillies tout en enrichissant les données par les réflexions spontanées des participantes.

- (1) Une allo-confrontation croisée imprévue de nuit a permis de commenter l'activité d'une des aides-soignantes de nuit en la présence de sa binôme. Les discussions ont permis de nourrir des échanges d'idées sur les usages. L'interaction directe entre celles qui commentent et celle dont l'activité est observée enrichit l'analyse.
- (2) La confrontation collective des aides-soignantes de jour à la description interprétative de l'activité des 9 aides-soignantes observées et interrogées a permis de faire émerger une réflexion collective sur une synthèse de l'appropriation du système d'IA et les pratiques professionnelles liés à son usage, en réunissant trois aides-soignantes de jour. Une présentation Powerpoint de 16 diapositives a ensuite été construite à partir du recueil de données (observations et entretiens) de 9 aides-soignantes, pour revisiter leur propre activité, en discuter avec leurs collègues, et réfléchir aux stratégies qu'elles ont mises en place. Les thématiques concernées sont celles évoquées dans la section précédente (*cf.* § 6.2.1.1) avec pour objectifs de :
- Comprendre les pratiques réelles des aides-soignantes avec le système, en identifiant comment il s'intègre dans leur routine quotidienne et comment elles s'y adaptent ;
 - Analyser les prises de décision en contexte, en examinant les décisions prises par les aides-soignantes lors de l'utilisation du système d'IA, notamment en termes de priorisation des alertes et de gestion des situations urgentes ou non ;

- Évaluer l'impact sur la qualité de vie au travail et la prise en charge des résidents, en mesurant si le système soulage ou non la charge de travail, favorise ou non un travail de qualité, et participe ou non à donner du sens à leur métier.
- Recueillir des retours d'expérience pour l'amélioration du système d'IA, en collectant des suggestions pour ajuster les fonctionnalités et améliorer la fiabilité et l'utilisabilité du système d'IA, tout en tenant compte des contraintes du terrain.

6.2.1.3. Entretien semi-directif avec la direction de l'établissement

L'entretien réalisé avec la direction de l'établissement à partir d'un guide d'entretien (cf. annexe 7) vise à approfondir trois grands axes principaux : le fonctionnement de l'EHPAD, l'organisation du travail des équipes aides-soignantes, puis l'utilisation et l'impact du système d'IA. La grille d'entretien comporte les sept thématiques principales suivantes, qui ont chacune pour objectif de cerner le fonctionnement de l'établissement sous des aspects organisationnelles, humains et technologiques.

- (1) La thématique sur la « *spécificité de l'EHPAD et le rôle de la direction* » cherche à comprendre les particularités de l'établissement (historique, gestion médico-sociale, logistique et financière) ainsi que les fonctions de la direction pour situer le contexte global.
- (2) La thématique sur la « *politique de sélection et d'admission des résidents* » explore les critères d'attractivité, d'admission (GIR), et de tarification des soins. L'objectif est d'éclairer les stratégies d'occupation des lits et les politiques tarifaires.
- (3) La thématique sur le « *financement et budget* » porte sur l'analyse des modes de financement tripartite (hébergement, soins, dépendance) et sur leurs effets sur les pratiques de recrutement, les ratios soignants/résidents, et la mise en œuvre de dispositifs innovants.
- (4) La thématique sur l'« *utilisation du système d'IA* » évalue les attentes initiales, les ajustements organisationnels et l'impact perçu sur la prise en charge, la charge de travail et les conditions de travail des aides-soignantes. Elle cherche également à identifier les bénéfices et les limites observées pour les résidents, les familles, les aides-soignantes et les perspectives d'évolution de l'utilisation du système d'IA.
- (5) La thématique sur l'« *organisation du travail* » cherche à décrire les roulements et horaires des équipes, les dynamiques entre les différents statuts (ASH, AS et infirmières), et les consignes d'entraide.

- (6) La thématique sur l'« *absentéisme* » vise à renseigner la gestion des absences, les consignes en mode dégradé et l'impact du turnover sur la prise en charge des résidents.
- (7) La thématique sur les « *résidents* » a pour objectif de comprendre la conception de la qualité de la prise en charge, les obligations envers les résidents et leurs familles, les critères d'aménagement, et l'impact du niveau de dépendance croissant sur l'activité de travail.

6.2.2. Caractéristiques des participantes

Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble des professionnelles rencontrées ou observées au sein de l'EHPAD B, réparties selon leur prise de poste (matin, après-midi, jour ou nuit). Il permet d'appréhender la diversité des statuts, des parcours de formation et des niveaux d'ancienneté. L'équipe est composée de 8 aides-soignantes diplômées (ou en formation), dont 5 affectées aux postes de jour (matin, après-midi, ou journée continue) et 3 affectées aux postes de nuit. À cela s'ajoutent 2 agents hôteliers faisant fonction d'aides-soignantes (1 de jour, 1 de nuit) et 2 aides médico-psychologiques, dont l'une est actuellement en formation d'aide-soignante.

Tableau 27. Synthèse des caractéristiques des participantes au sein de l'EHPAD B

Prise de poste	Code	Formation	Ancienneté dans l'EHPAD	Type de recueil de données
Matin	AS-B01	Auxiliaire de gérontologie (faisant fonction d'aide-soignante)	5 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle
Matin	AS-B02	Aide-soignante	10 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle
Matin	AH-B03	Agent Hôtière (AH)	/	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle

Après-midi	AS-B04	Aide-soignante	22 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle
Après-midi	AS-B04	Aide médico-psychologique (AMP) (en formation d'aide-soignante)	20 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle
Après-midi	AS-B06	Aide-soignante	/	- Observations systématiques
Jour	AS-B07	Aide-soignante	/	- Confrontation collective
Jour	AS-B08	Aide-soignante	/	
Jour	AS-B09	Aide-soignant	/	
Nuit	AS-B10	Agent Hôtelière (faisant fonction d'aide-soignante)	2 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle - Allo-confrontation croisée de son activité avec l'AS-B11
Nuit	AS-B11	Aide médico-psychologique (AMP) (faisant fonction d'aide-soignante)	10 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle
Nuit	AS-B12	Aide-soignante	6 ans	- Observations systématiques - Entretien semi-directif - Auto-confrontation individuelle

Ces données individuelles sont complétées par deux tableaux synthétiques en suivant, permettant d'analyser, de manière transversale, la représentativité des formations (tableau 28) et des niveaux d'ancienneté (tableau 29) au sein des deux EHPAD étudiés.

- **Typologie des diplômes des aides-soignantes**

Tableau 28. Typologie des diplômes parmi les participantes à l'étude, EHPAD B, comparé à l'EHPAD A

Formations	Représentation EHPAD B		Représentation EHPAD A
	En nombre	En %	En %
Aides-soignantes	7	58 %	60 %
« Faisant fonction »	5	42 %	40 %
• Dont agent hôtelier (AH)	2	40 %	
• Dont auxiliaire de vie sociale (AVS)	1	20 %	
• Dont aide médico-psychologique (AMP)	2	40 %	

Ce tableau 28 met en évidence la répartition des formations parmi les participantes à l'étude dans l'EHPAD B puis dans l'EHPAD A. Dans les deux établissements, la majorité des soignantes sont diplômées : 60 % à l'EHPAD A et 58 % à l'EHPAD B sont aides-soignantes titulaires. Les « faisant fonction », qui représentent 40 % des effectifs à l'EHPAD A et 42 % à l'EHPAD B, proviennent de profils variés dans les deux EHPAD (AH, AVS et AMP).

- **Profils d'ancienneté des aides-soignantes**

Sur les 12 aides-soignantes participant à l'étude, la typologie des niveaux d'ancienneté des participantes est la suivante :

Tableau 29. Typologie du niveau d'ancienneté des participantes à l'étude, EHPAD B comparé à l'EHPAD A

Niveau d'ancienneté	Représentation EHPAD B		Représentation EHPAD A
	En nombre	En pourcentage	En pourcentage
Moins de 1 an	0	0 %	20 %
Entre 1 et 3 ans	2	17 %	20 %
Entre 3 et 5 ans	3	25 %	33 %
Plus de 5 ans	7	58 %	27 %

Ce tableau 29 présente la répartition de l'ancienneté des participantes dans les deux EHPAD. Pour l'EHPAD A, les profils sont relativement équilibrés entre novices (40 % ayant moins de 3 ans d'ancienneté) et professionnelles plus expérimentées, bien que la proportion de personnel avec plus de 5 ans d'ancienneté y soit plus faible (27 %). La tranche la plus représentée est celle des 3 à 5 ans d'ancienneté (33 %). En revanche, pour l'EHPAD B, la majorité du personnel

interrogé présente une ancienneté supérieure à 5 ans (58 %), traduisant une équipe plus stable et expérimentée.

7. Méthodologie d'analyse des données

7.1. Traitement des données issues des observations ouvertes et systématiques

L'analyse exploratoire des données issues des observations ouvertes a permis de faire émerger et d'enrichir les premières pistes de réflexion, en vue d'approfondir certaines thématiques lors des entretiens. Les observations ouvertes ont consisté en l'utilisation d'un *journal de bord* permettant de relater chronologiquement des faits (événements, activités, décisions) pour garder une trace de l'activité des aides-soignantes (Bellemare, Marier, & Allard, 2001). La structuration du journal permettait d'identifier les événements observés en notant l'heure, le lieu, les aides-soignantes présentes, les types d'activité de prise en charge puis les objectifs visés, les résultats obtenus et les décisions prises. Des réflexions à chaud, incluant des observations factuelles, des interprétations et des impressions personnelles sur les actions observées, faisaient le lien avec le cadre conceptuel défini jusque-là. L'objectif était de saisir la richesse du terrain et de constituer une base pour la méthode d'analyse par questionnaire (Paillé & Mucchielli, 2012). Cette analyse exploratoire consistait à relire les notes d'observation à la lumière des questions initiales de la recherche, afin d'affiner et de compléter les axes d'investigation. Ensuite, le journal de bord associé à la précision des axes de recherche a permis de construire la grille d'observation systématique.

Les *observations systématiques* ont permis de cibler des éléments spécifiques pour répondre aux axes de recherche, notamment pour comprendre les dynamiques temporelles de l'activité ou pour saisir les simultanités et enchaînements des événements (Kerguelen & Pigem, 2008). L'utilisation du logiciel *Actograph* (Barthe et al., 2017) permet de visualiser et d'analyser les données temporelles, situationnelles et comportementales de manière intégrée, favorisant ainsi une analyse plus fine de l'activité. Ce logiciel a notamment été utilisé pour enregistrer l'activité des aides-soignantes grâce à des tableaux d'observables créés suite aux observations systématiques. Les relevés chronologiques et les relevés quantitatifs ont ensuite été utilisés pour produire des graphes d'activités et de diagramme de répartition statistique.

7.2. Traitement des données issues des entretiens individuels et collectifs

La méthode d'analyse des données d'entretien s'inspire de l'analyse par théorisation ancrée, une approche qui permet de dégager un sens et une compréhension d'un phénomène tout en étant fermement ancré dans les données empiriques (Paillé, 1994). Cette méthode est particulièrement adaptée à notre démarche inductive, car elle permet de laisser émerger les concepts à partir des données plutôt que de les imposer a priori. Plus concrètement, nous adoptons l'analyse thématique (Blanchet & Gotman, 2001 ; Paillé & Mucchieli, 2016 ; Paillé & Mucchieli, 2021), qui permet d'identifier et d'interpréter le contenu des différents thèmes abordés lors des entretiens. L'analyse thématique se révèle complémentaire à l'analyse ancrée, car elle offre une structure pour identifier à la fois les thématiques transversales et spécifiques à chaque entretien, tout en mettant en lumière le contenu associé. Pour cela, le logiciel libre *Taguette* a été utilisé pour permettre d'analyser qualitativement le contenu. Ce système a permis d'annoter le corpus de données textuelles issu des entretiens, retranscrits de manière non automatique, pour réaliser l'analyse thématique.

Ce processus d'analyse proposé par Paillé et Mucchielli (2021) consiste à identifier l'ensemble des thèmes issus du corpus d'entretiens en lien avec les axes de recherche, puis à vérifier leur récurrence à travers l'ensemble des entretiens. L'analyse thématique débute donc par une lecture verticale des entretiens selon les axes de recherche (1,2 et 3). Pour rappel, les axes de recherche 1 et 2 issus du recueil de données dans l'EHPAD A comprend 15 entretiens et l'axe de recherche 3 issu du recueil de données dans l'EHPAD B comprend 10 entretiens. L'analyse du corpus s'est donc découpée en deux analyses thématiques proches des thématiques des grilles posées dans les grilles d'entretiens (*cf.* Annexe 4, 7 et 8). Pour chaque EHPAD, le processus de l'analyse thématique s'est déroulé de la manière suivante :

- La première étape permet de se familiariser avec l'ensemble du corpus et de réaliser un premier découpage thématique de manière inductive, laissant ainsi les thématiques émerger directement du discours des participants ;
- Ensuite, des lectures répétées des entretiens permettent d'affiner cette analyse en précisant les codes thématiques et en réorganisant progressivement les informations. L'objectif de la démarche est de construire une grille d'analyse horizontale pour faciliter le croisement des thématiques entre les différents entretiens ;
- La grille d'analyse horizontale permet ensuite de dégager des tendances générales et des variations spécifiques entre les entretiens. Parallèlement, un retour itératif aux données

empiriques issues des observations permet de valider la pertinence des thèmes identifiés et de réinterroger les codes en fonction des nouvelles informations ou de l'évolution de la grille d'analyse.

Dans le cadre du traitement des 25 entretiens des EHPAD A et B, l'analyse des corpus a fait ressortir plusieurs sous-thématiques en lien avec les thématiques des grilles d'entretien présentées précédemment (cf. §5.1 et §5.2). Le tableau 30 ci-après présente l'analyse thématique des 25 entretiens réalisés dans les deux EHPAD A et B. Ces entretiens explorent diverses dimensions du travail des aides-soignantes avec et sans l'utilisation du système d'IA. Les thématiques principales sont déclinées en 41 sous-thématiques, permettant de présenter une vision plus détaillée des enjeux personnels, professionnels, éthiques, organisationnels et techniques.

7.2.1. Analyse thématiques issues des entretiens avec les aides-soignantes de l'EHPAD A et B

Nous allons présenter la structuration des 25 entretiens réalisés auprès des aides-soignantes des EHPAD A et B dans le tableau ci-dessous, qui identifie sept grandes thématiques articulées autour de 32 sous-thèmes.

Tableau 30. Synthèse des thématiques et sous-thématiques ressorties de l'analyse du corpus des entretiens recueillis dans les EHPAD A et B

25 entretiens traités	
Thématiques	Sous-thématiques
1. Questions personnelles et professionnelles	1. Expérience professionnelle
2. Sens attribué au métier d'aide-soignant	2. Choix de carrière 3. Sens et vocation 4. Reconnaissance au travail 5. Représentation du métier vis-à-vis de la société 6. Vision de l'accueil en EHPAD 7. COVID
3. Arbitrages et impact éthique de ces arbitrages : auto-confrontations	Sans système : 8. Priorisation, compromis et arbitrages 9. Conflits de valeur 10. Éthique professionnelle 11. Impact AS (santé, souffrance, éthique)

4. Qualité des soins	12. Compétences et formations nécessaires 13. Continuité des soins 14. Prise en charge de qualité 15. Bientraitance 16. Maltraitance 17. Connaissance des résidents 18. COVID 19. Stratégies et régulations
5. Impact des ressources humaines, temporelles et techniques	20. Ressources humaines, temporelles et matérielles 21. Charge de travail 22. Organisation du travail 23. Turnover - Absentéisme 24. Recrutement
6. Collectif de travail	25. Imprévus et incertitudes 26. Temporalité 27. Stratégies et régulations 28. Organisation du travail
7. Caractéristiques des résidents	29. Bien-être et état de santé des résidents 30. Connaissance des résidents 31. Fin de vie des résidents 32. Rapport à la vieillesse

7.2.2. Analyse thématique sur le système d'IA avec les aides-soignantes de l'EHPAD B

Le tableau 31 suivant synthétise les six grandes thématiques issues des 11 entretiens menés dans l'EHPAD B, centrés sur l'intégration d'un système d'intelligence artificielle.

Tableau 31. Synthèse des thématiques et sous-thématiques ressorties de l'analyse du corpus des entretiens recueillis sur le système d'IA dans l'EHPAD B

11 entretiens traités	
Thématiques	Sous-thématiques
1. Attentes et compréhension du système d'IA	1. Appropriation 2. Satisfaction générale
2. Pertinence du système IA pour les résidents	3. Adéquation aux profils de résidents, niveau de dépendance, pertinence perçue, connaissance des résidents, adaptation des résidents au système
3. Impact du système d'IA sur la charge de travail et le sens au travail	4. Charge de travail 5. Impact sur la qualité de la prise en charge
4. Arbitrages et impact éthique de ces arbitrages : auto-confrontations	Sans système : 6. Priorisation, compromis et arbitrages

	7. Conflits de valeur 8. Éthique professionnelle 9. Impact AS (santé, souffrance, éthique)
5. Suggestions d'amélioration du système d'IA	Avec système : 10. Modes d'utilisation des alertes 11. Modes d'utilisation des icônes
6. Satisfaction générale du système d'IA	12. Satisfaction générale

7.2.3. Analyse thématique avec les directrices (EHPAD A et B)

Le tableau 32 ci-dessous synthétise les neuf grandes thématiques issues des deux entretiens menés auprès des directrices des EHPAD A et B.

Tableau 32. Synthèse des thématiques et sous-thématiques ressorties de l'analyse du corpus des entretiens recueillis auprès des directrices d'EHPAD A et B

2 entretiens traités	
Thématiques	Sous-thématiques
1. Modes de financement, budget	1. Tripartite, contraintes budgétaires
2. Grilles AGGIR / Pathos	2. Critères d'évaluation, dépendance
3. Gestions des ressources humaines	3. Tensions RH et impact organisationnel 4. Recrutement 5. Absentéisme 6. « Faisant fonction »
4. Niveau de dépendance des résidents	7. Profil des résidents
5. Contexte social et financier de l'IA	8. Déroulement de l'intégration
6. Appréhensions et co-conception IA	9. Lien avec les concepteurs
7. Adaptations organisationnelles face au système IA	10. Répartition des alertes
8. Comparaison sonnettes (médaillon) / clickers (IA)	11. Transition technologique
9. Conditions de travail	12. Vision managériale de l'impact IA

7.3. Triangulation des données

La triangulation des données via l'approche par méthodes multiples permet de comprendre la complexité des problématiques en les étudiant de plusieurs points de vue, notamment en recoupant les informations issues de sources différentes et de méthodes indépendantes (Denzin, 1978 ; Jick, 1979 ; Sawadogo, 2021). Le croisement des résultats des entretiens avec ceux d'autres méthodes de recueil de données, telles que l'observation systématique et les auto-

confrontations réalisées auprès des aides-soignantes, a permis de renforcer la validité et la richesse de l'interprétation des résultats. Cette démarche vise plusieurs objectifs (Boccaro & Delgoulet, 2015, p. 80) :

- Réduire le biais de « point de vue » pour augmenter la fiabilité et la validité de l'étude ;
- Améliorer la compréhension globale en apportant une richesse qualitative ;
- Rendre compte des processus d'apprentissage, qui ne peuvent être saisis par les seules observations ;
- Offrir aux participantes un support réflexif à partir de la restitution des faits, afin de faciliter l'analyse de leur propre activité et de faire émerger leurs savoirs tacites et savoir-faire incorporés.

Chapitre 7. Confrontation entre le cadre prescrit et le travail réel des aides-soignantes en EHPAD

Ce premier chapitre des résultats doit permettre de répondre au premier axe de recherche qui tend à montrer que *dans les EHPAD, l'organisation actuelle du travail, confrontée à un manque de ressources humaines et temporelles, génère une intensification du travail et des risques d'impact sur le bien-être des résidents.*

L'objectif de ce chapitre est d'analyser les conditions réelles de travail pour percevoir l'écart avec les objectifs prescrits. Pour identifier cet écart, nous devons rendre visibles les contraintes structurelles et les formes de variabilités imposées aux aides-soignantes qui compliquent l'atteinte des objectifs prescrits. Pour cela, nous allons mettre en évidence les conditions réelles de travail par l'intermédiaire d'une approche quantitative, en présentant les contraintes temporelles, puis qualitative, en mobilisant l'analyse de l'activité et les verbatims des aides-soignantes.

Les contraintes se répartissent en quatre catégories principales. pour lesquelles les niveaux d'analyse diffèrent.

- *Le premier niveau* renseigne, dans un premier temps, les contraintes structurelles liées à l'estimation des besoins des résidents et des sous-effectifs. Dans un second temps, il présente la dimension temporelle du cadre prescrit : ces éléments comparent l'organisation temporelle des « temps directs » prescrits et réels passés auprès des résidents.
- *Le second niveau* affine la compréhension du premier niveau en apportant des éléments liés aux contraintes et aux formes de variabilités de l'activité :
 - *Des contraintes liées aux variabilités organisationnelles* (absentéisme, formation des nouvelles aides-soignantes).
 - *Des contraintes liées aux variabilités contextuelles des résidents* : elles dépendent du profil des résidents (niveau de dépendance, pathologies, état de santé). Elles sont par nature variables car elles évoluent en fonction des changements de l'état des résidents et supposent une réactivité de la part des aides-soignantes.
 - *Des contraintes liées aux variabilités interindividuelles des aides-soignantes* : il s'agit des disparités de compétences (formations) et d'expérience entre les aides-soignantes.

Ainsi, afin de mieux comprendre les écarts entre les exigences prescrites par l'organisation du travail et la réalité de l'activité des aides-soignantes en EHPAD, nous ferons dans ce chapitre une analyse approfondie des tensions structurelles, temporelles et situationnelles qui traversent leur quotidien professionnel. Nous commencerons par identifier les contraintes structurelles liées aux ressources humaines, en les confrontant aux besoins en soins observés sur le terrain ainsi qu'aux référentiels de temps prescrits (1). Ensuite, nous examinerons la soutenabilité temporelle du cadre prescrit, en analysant la structuration réelle des temps de travail selon les différentes plages horaires (matin, après-midi, nuit), ainsi que le morcellement du travail au fil des tâches (2). Enfin, nous porterons notre attention sur les situations imprévisibles auxquelles sont confrontées les aides-soignantes, qu'il s'agisse d'événements non anticipés liés aux résidents, de dysfonctionnements organisationnels ou de contraintes découlant de l'absentéisme et de la formation (3).

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus de l'analyse des données recueillies à partir de la consultation de documents internes à l'EHPAD rencontré, des observations ouvertes consignées dans un journal de bord, des observations systématiques ainsi que des entretiens semi-directifs, incluant notamment un échange avec la directrice de l'établissement.

1. Les contraintes structurelles

Dans cette partie, nous proposons d'analyser les contraintes structurelles qui pèsent sur l'organisation du travail des aides-soignantes en EHPAD, en croisant les besoins réels des résidents avec les moyens alloués par les autorités de tutelle. Cette approche met en lumière le décalage entre l'intensité du travail requis par les situations de dépendance et les ressources humaines effectivement mobilisées au sein de l'établissement.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à comparer les besoins en soins de base des résidents de l'EHPAD A avec les effectifs d'aides-soignantes disponibles, en nous appuyant sur les données issues du modèle AGGIR-Pathos (1.1). Dans un second temps, nous procéderons à une estimation des temps de travail dits « directs », prescrits par l'organisation, afin d'évaluer la part du temps de travail réellement dédiée aux soins auprès des résidents et d'interroger ainsi les marges d'ajustement laissées aux professionnelles dans leur quotidien (1.2).

1.1. Comparatif entre les besoins en soins et les ressources humaines

Afin de comparer les ressources humaines allouées par les autorités publiques sur la base des outils d'évaluation (AGGIR et Pathos) aux besoins réels en soins des résidents, nous proposons d'estimer le temps de soins requis à partir du niveau de dépendance des résidents de l'EHPAD A.

Tout d'abord, il convient de souligner que les EHPAD n'ont pas accès aux estimations du temps de soin associé à chaque niveau de GIR. L'estimation que nous utilisons ici constitue la seule que nous ayons trouvée dans la littérature. Cette absence de repères est d'ailleurs soulignée par la directrice de l'établissement :

Verbatims

1	“ En fait, moi <i>je ne connais pas la grille qui est détenue par les autorités de tutelle</i>. Je sais qu'elle se base sur les résultats de la coupe Pathos. Et en fonction du GIR moyen pondéré et du Pathos moyen pondéré, elles sont capables de dire : « voilà, au regard de l'activité autorisée, donc 82 places, il y a tel GMP et tel PMP, il faut tant de professionnels ». Mais tout à fait sincèrement, <i>c'est complètement déconnecté du terrain. C'était vrai il y a encore peut-être 15 ans</i>, parce que le mode de financement était différent mais aujourd'hui ça ne l'est plus. [...] <i>Il y a un décalage entre la réalité du besoin et ce que les autorités déterminent comme besoins</i>. Je pense qu'il faudrait qu'elles viennent faire un « <i>vis ma vie</i> »³² auprès des soignants pour mesurer réellement ce qu'est le quotidien d'un soignant et l'impact que ça a sur l'accompagnement et la prise en soin des résidents. Parce que in fine, c'est le résident qui en pâtit. <i>On a l'impression souvent de ne plus exercer dans le même monde, alors qu'on est complètement imbriqué</i>. Tous mes collègues directeurs vous le diront. ”
Directrice EHPAD A	

La directrice (1) souligne qu'elle n'a pas connaissance des estimations des autorités de tutelle concernant les effectifs, mais qu'il y a vraisemblablement « un décalage entre la réalité du besoin et ce que les autorités déterminent comme besoin ».

Pour rendre compte de ce décalage, nous nous appuyons sur les estimations calculées à partir de l'étude Pathos menée en 2003 sur l'échantillon « Ernest » (DREES, 2020). Cette étude nationale, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées, a permis d'affiner l'évaluation de la dépendance par l'utilisation de la grille AGGIR. Elle a contribué à l'élaboration du modèle de tarification AGGIR-Pathos utilisé pour déterminer le niveau de

³² Un « vis ma vie » est une immersion temporaire dans le quotidien des aides-soignantes en EHPAD. L'objectif est de mieux comprendre la réalité du travail sur le terrain.

dépendance des résidents et le financement des soins par l'Assurance Maladie (volet soins). Le rapport de la DREES (2020), à l'origine du tableau présenté (cf. tableau 34 ci-après), souligne que les grilles PATHOS et AGGIR sont utilisées pour estimer les dotations en soins et les besoins en équivalents temps plein (ETP). Toutefois, ce même rapport souligne qu'en pratique, les effectifs réellement mobilisés ne correspondent pas toujours aux besoins théoriques estimés. Le rapport rappelle également que ces estimations reposent sur l'échantillon « Ernest » et sur des travaux réalisés en 2003, ce qui confère à leur utilisation actuelle un caractère essentiellement exploratoire en raison de la fragilité des données sur lesquelles il s'appuie.

Tableau 33. Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR (DREES, 2020)

Tableau A • Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR, d'après la grille circulant parmi les professionnels						
GIR	1	2	3	4	5	6
<i>Coefficient GIR</i>	1000	840	660	420	250	70
<i>Besoins de soins de base (en minutes/jour)</i>	210	176	139	88	53	15
<i>Besoins de soins de base (en heures/semaine)</i>	24,5	20,5	16,2	10,3	6,2	1,8
<i>Nombre d'ETP requis</i>	0,78	0,65	0,51	0,32	0,20	0,06

Les soins de base désignent l'ensemble des aides nécessaires à une personne âgée pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, en lien avec la dépendance. Nous pouvons considérer qu'il s'agit du nursing, incluant les soins d'hygiène et de confort, l'aide à l'alimentation et à l'hydratation ainsi que l'aide à la mobilité. Ils sont réalisés par le personnel soignant en charge des soins au quotidien, c'est-à-dire les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie sociales (AVS) et les aides-soignantes (DREES, 2020).

À partir de ces données, nous proposons une estimation du total des besoins quotidiens en soins de base, exprimés en minutes, pour l'EHPAD A à titre exploratoire. Ces besoins sont calculés en multipliant le nombre de résidents dans chaque catégorie de GIR par le temps de soins de base estimé (en minutes) selon l'échantillon « Ernest » (cf. tableau 35 en suivant).

Tableau 34. Comparaison entre les besoins en soins de base et le temps direct prescrit à l'EHPAD A

GIR	Nombre de résidents	Besoins (min/jour)	Besoins totaux (min/jour)	ETP/résident	ETP requis par jour
GIR 1	13	210 minutes	2730 min	0,78	10,14
GIR 2	34	176 minutes	5984 min	0,65	22,10
GIR 3	18	139 minutes	2502 min	0,51	9,18
GIR 4	14	88 minutes	1232 min	0,32	4,48
GIR 5	2	53 minutes	106 min	0,20	0,40
GIR 6	0	15 minutes	0 min	0,06	0
TOTAL	81	-	12 554 min/jour		47 ETP

Au sein de l'EHPAD A, 16 aides-soignantes à temps plein assurent les soins de base, ce qui représente 16 ETP dédiés quotidiennement à ces tâches. Ce chiffre reste largement insuffisant au regard des 46 ETP estimés comme nécessaires pour répondre uniquement aux besoins en soins de base des résidents, sans inclure les temps indirects (transmissions, tâches hôtelières). Sur cette base, il manquerait 30 ETP sur 24 h pour couvrir ces seuls besoins en soins de base. À titre de comparaison, les recommandations en matière de taux d'encadrement préconisent 6 aides-soignantes pour 10 résidents (Jeandel & Guérin, 2021 ; CNDEPAH, 2019), ce qui correspondrait à environ 49 ETP requis pour un établissement accueillant 81 résidents.

1.2. Calcul des temps directs prescrits

Alors que la section précédente portait sur les ressources structurelles, nous allons à présent nous intéresser aux temps relationnels prévus par le cadre organisationnel. Ce temps peut être interprété comme un « temps direct » passé auprès des résidents (soins d'hygiène et de confort, aide à l'alimentation et à l'hydratation, aide à la mobilité) en opposition aux « temps indirects » consacrés aux transmissions et aux tâches hôtelières. Le calcul se base sur la durée pendant laquelle les aides-soignantes réalisent le nursing en présence des résidents (individuellement et collectivement).

Les temps directs prescrits sont calculés de la manière suivante :

1. Le temps direct individuel par aide-soignante correspond à la durée prescrite (converti en minutes) que chaque aide-soignante doit passer directement avec les résidents selon les horaires définis par son poste de travail. Pour l'EHPAD A, ils sont calculés à partir des données du tableau 36 suivant.

Tableau 35. Répartition des « temps directs » prescrits selon l'organisation temporelle des trois postes (matin, après-midi et nuit) au sein de l'EHPAD A

Prise de poste	Horaires	Temps directs prescrits (en minutes)	Tâches
Équipe de matin 1	6h15-7h15	60 minutes	- Soins d'hygiène et de confort
	7h25-8h30	65 minutes	- Distribution et aide à la prise du petit déjeuner en chambre - Traitements
	8h30-11h40	190 minutes	- Soins d'hygiène et de confort
	12h-13h30	90 minutes	- Distribution et aide aux repas en salle à manger - Raccompagner les résidents en chambre : mise aux toilettes et préparation à la sieste
	Total	405 minutes	
Équipe de matin 2	7h25-8h30	65 minutes	- Distribution et aide à la prise du petit déjeuner en chambre - Traitements
	8h30-11h40	190 minutes	- Soins d'hygiène et de confort
	12h-13h30	90 minutes	- Distribution et aide aux repas en salle à manger - Raccompagner les résidents en chambre : mise aux toilettes et préparation à la sieste
	Total	345 minutes	
Après-midi	13h-13h30	30 minutes	- Distribution et aide aux repas en salle à manger
	15h-15h30	30 minutes	- Lever les résidents de la sieste et mise aux toilettes
	15h30-16h20	50 minutes	- Distribution et aide à la prise du goûter : en chambre ou en salle à manger
	16h40-18h15	95 minutes	- Soins d'hygiène et de confort
	18h15-19h30	75 minutes	- Distribution et aide à la prise du dîner en chambre
	19h30-20h15	45 minutes	- Poursuite des soins d'hygiène et de confort
	Total	325 minutes	
Nuit	20h-20h15	15 minutes	- Premier passage dans les chambres : coucher des résidents
	20h30-22h45	135 minutes	- Deuxième passage dans les chambres : poursuite des couchers

	1h-2h	60 minutes	- Troisième passage dans toutes les chambres : soins d'hygiène et de confort en fonction des besoins
	4h-5h30	90 minutes	- 3 ^{ème} passage dans toutes les chambres : soins d'hygiène et de confort en fonction des besoins
	Total	300 minutes	

Les deux autres calculs correspondent aux éléments suivants :

2. *Le temps direct total* est obtenu en multipliant le nombre d'aides-soignantes par *le temps direct individuel par aide-soignante* ;
3. *La proportion du temps direct* sur le temps de travail global permet de déterminer la part du temps des aides-soignantes consacrée à l'accompagnement des résidents. Les temps de travail globaux sont les suivants :
 - *Équipe du matin* : chaque aide-soignante travaille 7h45, soit 465 minutes. En retirant une pause de 20 minutes, le temps effectif de travail est de 445 minutes par personne. Avec 8 aides-soignantes sur l'ensemble de la matinée (Matin 1 et Matin 2), cela représente : $445 \times 8 = 3\,560$ minutes.
 - *Équipe de l'après-midi* : la durée de travail est la même (7h45 = 465 minutes), de même que celle de pause qui dure 20 minutes, soit un temps effectif de 445 minutes par aide-soignante. Avec 6 aides-soignantes, le total est : $445 \times 6 = 2\,670$ minutes.
 - *Équipe de nuit* : la durée de travail est de 10h30, soit 630 minutes. En déduisant une pause de 30 minutes, le temps effectif de travail est de 600 minutes par aide-soignante. Pour 2 personnes, cela donne : $600 \times 2 = 1\,200$ minutes.

Le tableau 37 en suivant montre que la part des « temps directs » auprès des résidents est inférieur (notamment la nuit) aux temps généraux au sein de l'EHPAD A. Le *matin* est la période où le temps direct total est le plus important (81 % du temps total), avec notamment le nursing lié au lever, à la toilette et aux petits déjeuners. Ces temps directs auprès des résidents diminuent progressivement *l'après-midi* (73 %), mais restent à peu près au même niveau avec les repas (goûter et dîner) et les couchers (soins d'hygiène et de confort). Ces temps atteignent leur minimum *la nuit* (48 %), ce qui s'explique en grande partie par les temps de sommeil des résidents qui réduisent les interventions.

Tableau 36. Répartition des « temps directs » prescrits par résident selon les postes au sein de l'EHPAD A

Prise de poste	Effectif	Temps direct Individuel AS	Temps direct total		Proportion de temps direct sur le temps total
Matin 1	2 AS	405 min	2 x 405 = 810 min	2 880 min	2 880 ÷ 3 560 = 81 %
Matin 2	6 AS	345 min	6 x 345 = 2 070 min		
Après-midi	6 AS	325 min	6 x 325 = 1 950 min		1 950 ÷ 2 670 = 73 %
Nuit	2 AS	300 min	2 x 300 = 600 min		600 ÷ 1 200 = 50 %
Total	16 AS		5 430 min		5 430 ÷ 7 430 = 73 %

L'ensemble de ces *temps directs* reflètent des moyennes basées sur des horaires standards et fixes qui ne prennent pas en compte les variabilités contextuelles liées aux résidents.

2. La soutenabilité temporelle du cadre prescrit

Dans les EHPAD, le cadre prescrit organise théoriquement le temps de travail des aides-soignantes en fonction des horaires institutionnels, des rythmes biologiques attendus des résidents et des contraintes de service. Cependant, ce cadre normatif se heurte souvent à la réalité quotidienne, marquée par une grande variabilité des situations, des besoins, et des événements imprévus. Ce décalage soulève une question centrale : dans quelle mesure le travail prescrit est-il soutenable au regard de l'activité réelle des soignantes, notamment en termes de temporalité et d'intensité de la charge de travail ?

Cette partie vise à analyser les formes de cette soutenabilité temporelle en comparant les temps prescrits aux temps réellement observés, à travers une approche ergonomique de l'activité. Nous montrerons d'abord comment s'organise la structuration temporelle des temps directs réels selon les différents postes de travail (matin, après-midi, nuit), révélant une forte adaptation aux rythmes de vie des résidents (§ 2.1). Nous analyserons ensuite les effets de cette organisation sur le morcellement du travail et les écarts au prescrit, révélateurs d'une intensification du travail et d'une instabilité du rythme quotidien (§ 2.2).

2.1. Organisation temporelle des temps directs réels

Les observations révèlent une variabilité prévisible du rythme de travail des aides-soignantes, principalement dictée par les temps de vie des résidents. Cette alternance de rythme est présente tout au long de chaque poste (matin, après-midi et nuit) et s'organise autour des périodes de sommeil et de repos (levers, siestes, couchers) ainsi que des temps de repas (petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner). L'objectif de l'étude qui va être présentée ci-dessous est double : d'une part, comparer les temps directs auprès des résidents, prescrits et réels, sur l'ensemble des postes afin d'évaluer la soutenabilité temporelle du cadre prescrit ; d'autre part, estimer la part occupée par le nursing variable³³ dans le travail réel des aides-soignantes.

Les résultats s'appuient sur un recueil systématique de données réalisé lors des observations, complété par l'analyse fournie par le logiciel Actograph³⁴.

2.1.1. Structuration des temps directs réels sur les postes de matin

Le *matin*, le travail des aides-soignantes est principalement centré sur le nursing du réveil, incluant l'aide au petit déjeuner, la toilette, la douche, le changement de protection et l'habillage, puis se termine par le transfert des résidents en salle à manger pour le déjeuner. Sur l'ensemble de ces temps, les pourcentages des différentes tâches dans les conditions réelles de travail sont décrites dans le tableau 38 ci-après.

Pour illustrer ces temps directs réels sur le poste de matin, une chronique d'activité a été réalisée à partir du recueil de donnée de l'AS-A01 (cf. figure 19 ci-dessous). Cette chronique montre que 89 % de son temps de travail est consacré aux temps directs auprès des résidents. Ces temps se décomposent de la manière suivante : soins d'hygiène et de confort (50 %) ; surveillance et aide au déjeuner en salle à manger (18 %) ; réveil et aide au petit déjeuner en chambre (14 %) et la part de nursing variable (7 %).

³³ Le *nursing* variable désigne l'ensemble des soins d'hygiène et de confort, l'aide à l'alimentation, à l'hydratation ainsi qu'à la mobilité, dont la fréquence est variable et non planifiée. Ces interventions, souvent imprévisibles, nécessitent de la réactivité de la part des aides-soignantes. Elles incluent notamment la surveillance générale et continue des résidents lors des passages en chambre ainsi que la réponse aux sollicitations.

³⁴ Pour rappel, le logiciel Actograph permet d'analyser les données issues des observations pour enregistrer l'activité des aides-soignantes à partir d'arbres observables. Les relevés chronologiques et quantitatifs permettent ensuite de générer des graphiques d'activité et des diagrammes de répartition statistique.

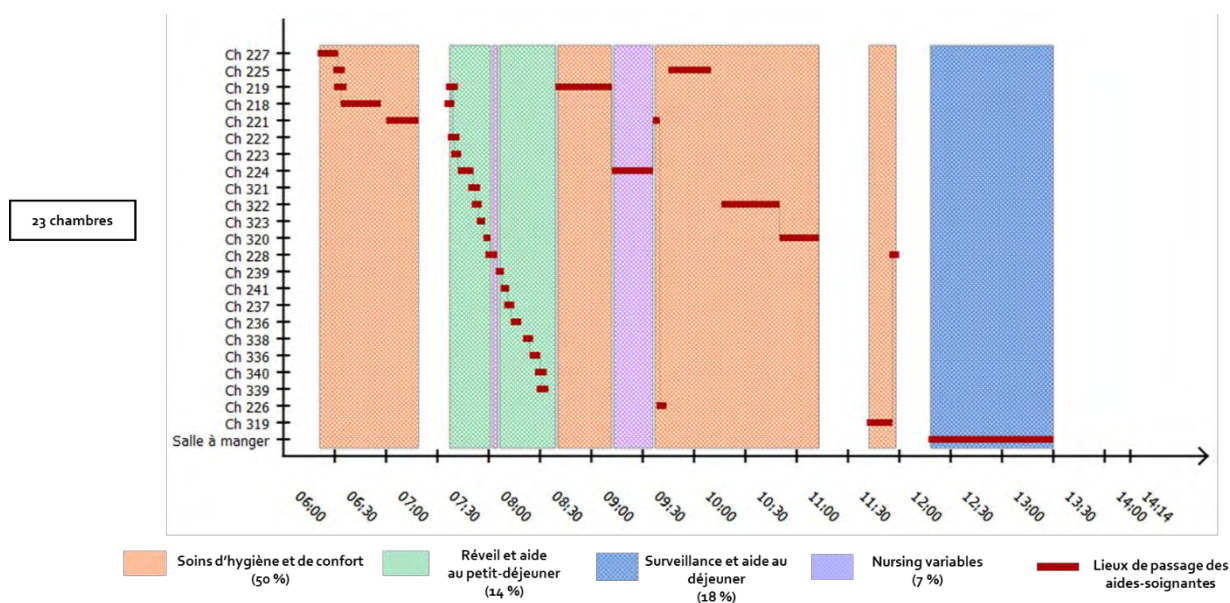


Figure 19. Chronique temps directs réels de l'AS-A01 lors d'une prise de poste de matin (6h-13h45) avec : en abscisse les horaires, en ordonnée les lieux de présence de l'aide-soignante et en fond les tâches auxquelles se réfèrent les passages en chambre

La chronique (cf. figure 19) met en évidence la variabilité des durées de passages en chambre en fonction de la nature des besoins des résidents. Ainsi, l'aide-soignante consacre la moitié de son temps de travail aux soins d'hygiène et de confort auprès de 10 des 23 résidents du sous-secteur, tandis que les activités de réveil et de distribution du petit déjeuner concernent 18 résidents. Cette organisation illustre également le passage des temps directs individuels (soins réalisés en chambre) et les temps directs collectifs (effectués en salle à manger). Les zones représentées en blanc correspondent aux temps indirects (transmissions, préparation du chariot) ainsi qu'aux pauses.

2.1.2. Structuration des temps directs réels de l'après-midi

L'après-midi, le travail des aides-soignantes se structure chronologiquement autour de plusieurs temps clés : la sieste, le goûter, les changements de protection, la mise en pyjama, le dîner puis le coucher des résidents, avant les transmissions avec l'équipe de nuit. Pour illustrer les temps directs réels durant le poste d'après-midi, la chronique d'activité de l'AS-A10 (cf. figure 20 en suivant) révèle que 74 % de son temps de travail est consacré aux soins directs auprès des résidents. Ces activités se répartissent principalement en soins d'hygiène et de confort (49 %), à l'assistance pour le déjeuner, le goûter et le dîner (18 %), à l'aide à la mobilité pour transférer les résidents de la salle à manger vers leur chambre (7 %)

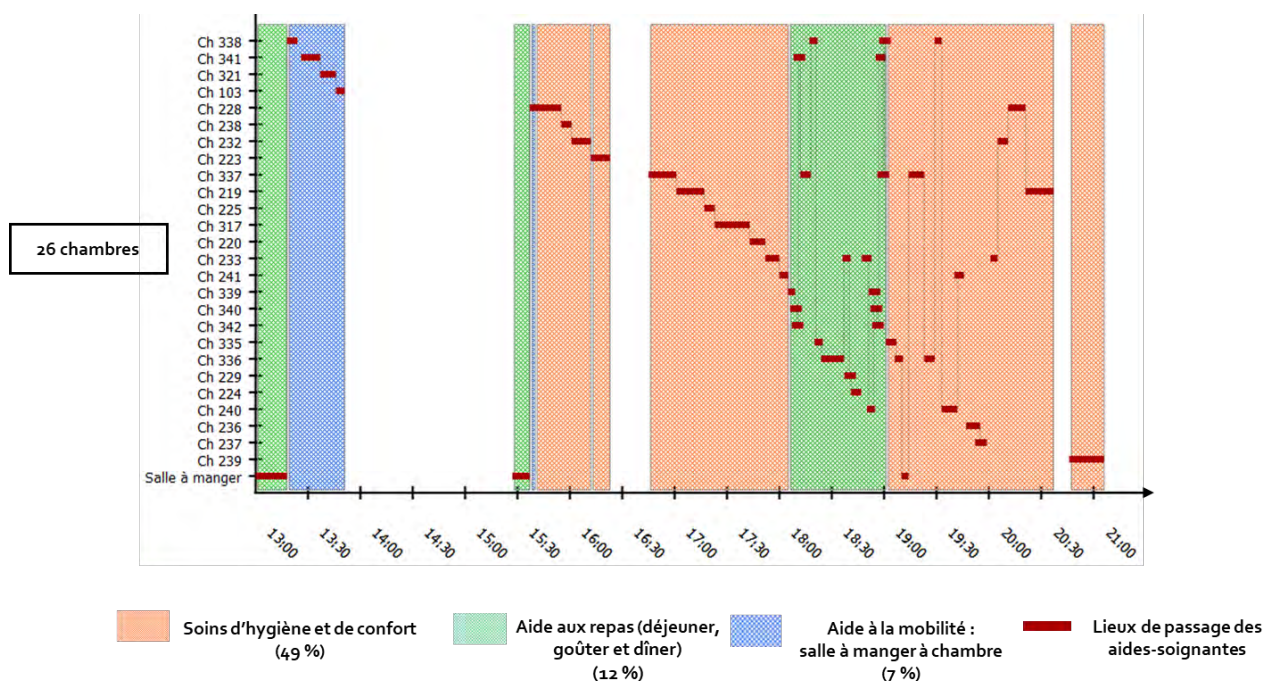


Figure 20. Chronique temps directs réels de l'AS-A10 lors d'une prise de poste d'après-midi (13h-20h45) avec : en abscisse les horaires, en ordonnée les lieux de présence de l'aide-soignante et en fond les tâches auxquelles se réfèrent les passages en chambre

La chronique (*cf.* figure 20 ci-dessus) montre que l'AS-A10 intervient auprès de 18 résidents sur les 26 pour des soins d'hygiène et de confort, ce qui occupe près de la moitié de son temps de travail. Le repas du dîner mobilise l'aide-soignante auprès de 12 résidents, tandis que les transferts concernent quatre résidents. Les zones représentées en blanc correspondent aux temps indirects (transmissions, préparation du chariot) ainsi qu'aux pauses.

2.1.3. Structuration des temps directs nocturnes

La *nuite*, le travail en binôme des aides-soignantes est structuré autour de trois passages en chambre. Ces périodes sont principalement consacrées au nursing des couchers, tels que les soins d'hygiène et de confort, l'aide à l'alimentation et l'hydratation, ainsi que la surveillance médicale des résidents.

Pour illustrer ces temps directs réels sur le poste de nuit, la chronique d'activité de l'AS-A12 (*cf.* figure 21) révèle que 35 % de son temps de travail est consacré aux temps directs aux résidents avec une prédominance des soins d'hygiène et de confort. L'aide-soignante intervient auprès de 31 résidents sur les 58 lors du premier passage, 35 lors du deuxième et 34 lors du troisième, ce qui illustre la répartition des soins en fonction des besoins spécifiques des

résidents. Le reste du temps de travail est essentiellement dédié à la veille en salle du personnel (46 %) et aux transmissions écrites et orales (14 %).

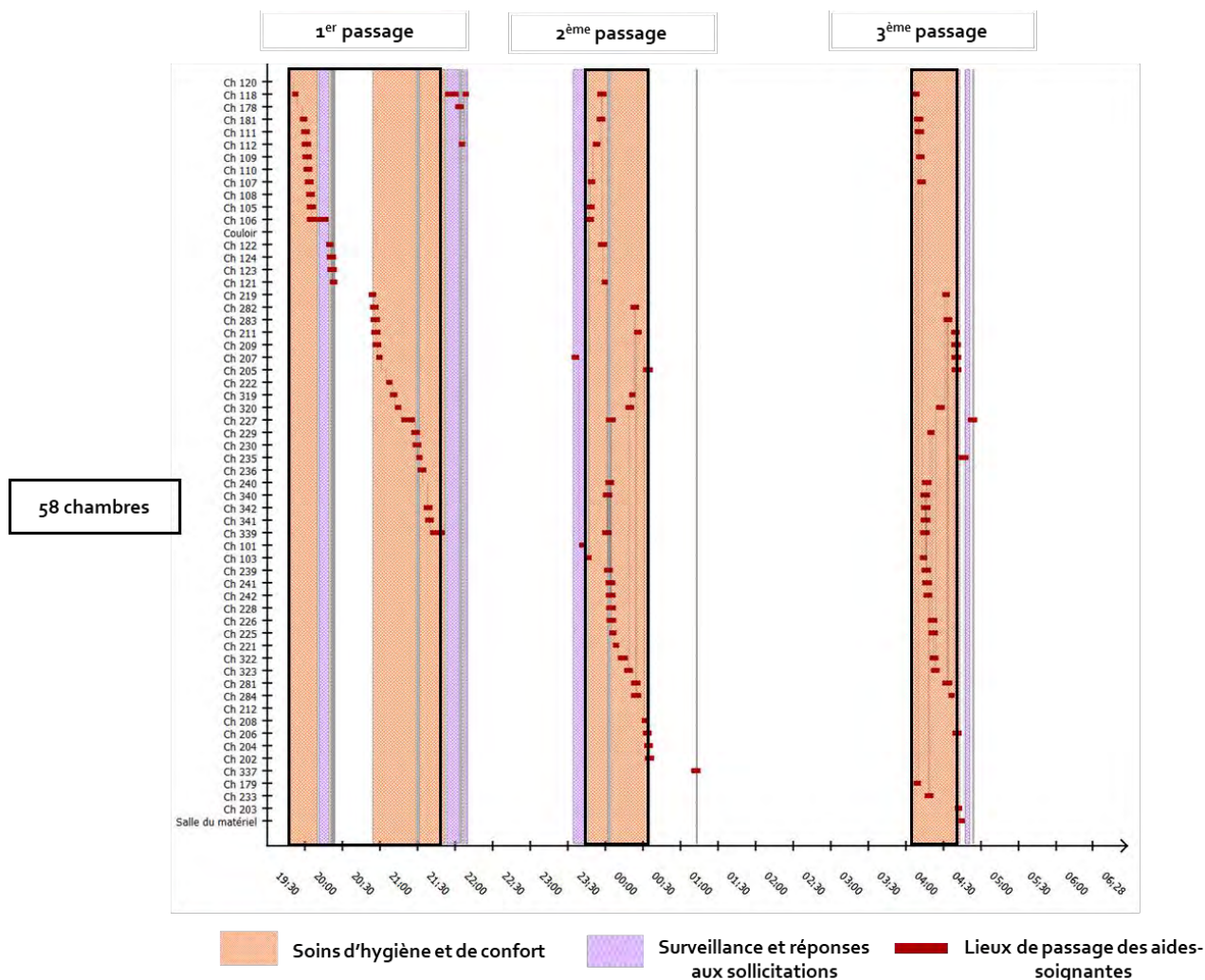


Figure 21. Chronique temps directs réels de l'AS-A12 lors d'une prise de poste de nuit (19h45-6h15) avec en abscisse les horaires, en ordonnée les lieux de présence de l'aide-soignante et en fond les tâches auxquelles se réfèrent les passages en chambre

Cette organisation du travail met en évidence la capacité des aides-soignantes à s'adapter aux rythmes et temps de repos des résidents, tout en maintenant une vigilance constante pour répondre aux besoins urgents ou imprévus, avec du nursing variable qui correspond à 7 % du temps. La veille des résidents, selon les réponses aux sonnettes, peut être considérée comme un temps direct mais n'est pas mesurable dans le prescrit, ce qui explique sans doute en grande partie la différence entre le temps direct réel et le temps direct prescrit. Les zones représentées en blanc correspondent aux temps indirects (veille en salle du personnel, transmissions, préparation du chariot), ainsi qu'aux temps de pause.

Les trois exemples (matin, après-midi et nuit) illustrent l'organisation temporelle du travail fondée sur une adaptation continue de l'activité des aides-soignantes aux rythmes de vie des résidents. Leurs interventions s'alignent sur les moments clés de la journée (réveils, repas, couchers) et la structuration du travail se module en fonction des périodes d'activité et de repos des résidents.

2.2. Morcellement du travail réel des aides-soignantes

L'analyse de l'activité des aides-soignantes permet d'établir un comparatif (cf. figure 22) entre la temporalité prescrite et la temporalité du travail réel sur les postes de matin.

La première chronique d'activité représente le *cadre prescrit*, avec une répartition planifiée des tâches : transmissions, soins d'hygiène et de confort, surveillance pendant les repas, ainsi que les temps de pause. Les deux chroniques suivantes, correspondant aux chroniques des aides-soignantes AS-A01, AS-A03, montrent une réalité de terrain sensiblement différente.

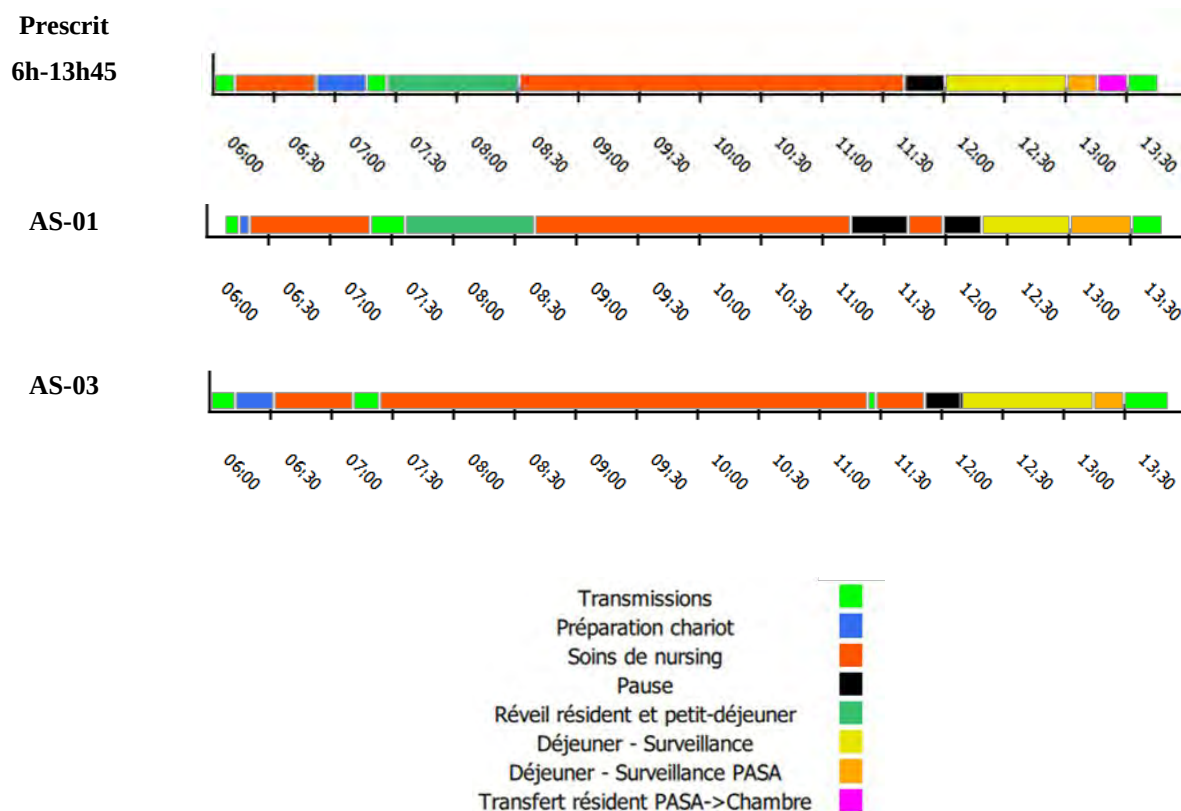


Figure 22. Représentations des catégories d'événements survenus lors de l'ensemble des observations

Cette figure 22 ci-dessus révèle plusieurs écarts significatifs :

- L'activité de l'AS-A01 reste relativement proche du prescrit, avec un léger décalage du temps consacré aux transmissions ;
- L'AS-A03 consacre près du double du temps prévu aux soins d'hygiène et de confort, avec le réveil et les petits déjeuners qui ne sont pas présents ;

Des témoignages d'aides-soignantes convergent pour souligner la variabilité constante du métier d'aide-soignante face aux besoins des résidents, des collègues et de l'organisation de travail.

Verbatims	
1	“ Alors, vu que c'est un métier d'humain, <i>les journées de travail ne sont jamais les mêmes.</i> Selon les situations, selon l'état des résidents, selon la disponibilité des collègues, selon l'heure d'arrivée, l'heure du départ. [...] On peut commencer une journée très tranquille et finir très agitée ou très fatiguée, <i>c'est jamais pareil.</i> Mais en général, on sait qu'on est là pour le soin, pour de l'aide, pour l'accompagnement, c'est global. Non, le métier du soin, <i>tu peux pas partir en te disant ça va se passer comme ça, impossible.</i> ” AS-A01
2	“ <i>Les journées se suivent et ne se ressemblent pas</i> (rires), donc un vrai labyrinthe. [...] Un jour, ça va se passer nickel comme tu le souhaites et deux heures après c'est plus possible donc il faut que tu rechanges de direction en disant « bah je vais fonctionner différemment. ” AS-A05
3	“ <i>L'organisation, elle change tous les jours. On peut imaginer un plan dans sa tête avant d'arriver et il y a trop d'imprévus pour que ça fonctionne comme on veut en fait au final.</i> ” AS-A07

Les aides-soignantes décrivent des journées de travail marquées par une forte variabilité, affirmant qu'elles « ne sont jamais les mêmes » (1), qu'elles « se suivent et ne se ressemblent pas » (2), avec une organisation « qui change tous les jours » (3). Ces propos soulignent une instabilité structurelle rendant toute planification difficile, voire impossible. Au-delà de la contrainte organisationnelle, ces verbatims révèlent également l'activité cognitive de leur travail : les aides-soignantes doivent constamment reconfigurer leur organisation en temps réel, en fonction des imprévus rencontrés. Comme le résume l'une d'elles : « deux heures après c'est plus possible donc il faut que tu rechanges de direction » (2), ou encore : « on ne peut imaginer un plan dans sa tête » (3).

Le soin et l'accompagnement des résidents supposent des prescriptions qui émergent de la confrontation et de l'interaction dans le travail avec les résidents. Nous sommes sur des

prescriptions qui existent formellement (répondre aux besoins des résidents), qui sont horodatées mais dont les conditions ne sont pas définies à l'avance. L'incertitude sur ces conditions de réalisation et la variabilité des situations de travail impactent l'écart entre le cadre prescrit et les conditions réelles de travail. Elle nécessite de la part des aides-soignantes une adaptation continue.

Pour illustrer quantitativement ce qui impacte précisément ces variabilités dans le soin et l'accompagnement des résidents, nous allons présenter la proportion de ces situations imprévisibles observées lors du recueil de données.

3. Situations imprévisibles pour les aides-soignantes dans le soin et l'accompagnement des résidents

Les sous-sections précédentes ont permis de relever les écarts qu'il pouvait y avoir entre des temporalités prescrites et réelles. L'objectif de cette section est alors de montrer le contenu de ces écarts par une approche quantitative, puis par une approche qualitative.

L'activité des aides-soignantes en EHPAD est soumise à un ensemble de contraintes, qui façonnent en profondeur les conditions d'exercice du métier. Ces contraintes relèvent à la fois des prescriptions organisationnelles, des normes implicites portées par l'équipe ou l'institution, et des ajustements permanents que nécessite l'imprévisibilité du travail réel auprès des personnes âgées dépendantes.

Nous nous appuierons dans un premier temps sur l'analyse quantitative des observations de terrain pour nous permettre d'identifier la fréquence et la nature des situations imprévisibles rencontrées au cours des postes (§ 3.1), dans l'objectif de mettre en lumière les ajustements permanents que les aides-soignantes doivent opérer face aux aléas du quotidien. Ensuite, nous explorerons les effets de l'absentéisme et des tensions liées à la gestion des effectifs sur l'organisation du travail, les situations de travail en « mode dégradé » devenant, selon les professionnelles elles-mêmes, une norme de fonctionnement (§ 3.2). Enfin, nous examinerons les contraintes qui s'imposent aux soignantes, liées aux caractéristiques individuelles des résidents, en particulier la dépendance physique, les troubles cognitifs et les situations de refus ou d'urgence (§ 3.3).

3.1. Analyse quantitative des situations imprévisibles

3.1.1. Catégorisation des situations imprévisibles

Le traitement du recueil de données permet de faire ressortir 145 situations considérées comme imprévisibles et survenues lors des 15 observations (moyenne de 10 situations imprévisibles par poste), impliquant une action ou une réaction des aides-soignantes. Ces faits sont classés en quatre catégories qui se distinguent par la nature de l'intervention requise (cf. tableau 41 ci-dessous) : les besoins des résidents, les sollicitations des collègues, les sollicitations extérieures et les aléas techniques et matériels.

Tableau 37. Catégorisation des situations imprévisibles survenues lors des 15 observations

Situations imprévisibles	Traces de l'activité
Sollicitation et état des résidents : sonnettes et demandes orales, surveillance continue des aides-soignantes, passage en chambre et prises d'initiative	• Soins corporels : changes, toilettes, habillage/déshabillage, douche, rasage, transferts lit-fauteuil/fauteuil-lit, ajustement de la protection pour assurer le maintien. • État physique et psychologique des résidents : médicaments, activation de l'assistance respiratoire (ventilation non invasive), vertiges, besoin d'être rassuré (angoisse, pleurs), agitation et déambulation, cris, tentative d'enjamber le lit, intrusion d'un autre résident. • Confort et bien-être : aide pour boire et manger, verrouillage de la porte, ajustement de l'éclairage, position inconfortable dans le lit, objet tombé au sol, repositionnement, sensation de froid, accompagnement à l'extérieur, gestion des appareils auditifs et du dentier, fermeture des volets, entretien des effets personnels (ex : vider un pot de fleurs), respecter le choix de rester en chambre pour le déjeuner en raison de la fatigue. • Fausse demandes : activation de la sonnette par un résident endormi la tenant en main, usage répété de la sonnette.
Sollicitations des collègues : demandes d'aides de la part des binômes, des aides-soignantes d'un autre secteur ou des infirmières	• Assistance aux soins : aide pour un transfert (lit-fauteuil, fauteuil-lit) ou le repositionnement de résidents très dépendant physiquement.
Sollicitations extérieures : demandes des professionnels externes ou des familles des résidents	• Assistance professionnelle : aide sollicitée par un kinésithérapeute pour lever un résident. • Démarches administratives : demande des pompes funèbres pour obtenir le certificat de décès d'une résidente.

	• Demande familles : donner le goûter, repositionner une résidente, pouvoir manger avec une résidente.
Aléas techniques et matériels : insuffisance de dotations ou dysfonctionnements des équipements (tablettes numériques, verticalisateurs, chariots de soin).	• Problèmes d'équipement : difficultés à trouver (télécommande d'un lit) ou utiliser du matériel (verticalisateur inadapté) • Manque de matériel : pénurie de fournitures (linge de change, matériel de soins spécifiques comme un bain de bouche ou un écrase-pilules). • Dysfonctionnements techniques : pannes ou problèmes techniques (tablettes numériques, sonnettes). • Difficultés avec le matériel médical : manipulation complexe de certains équipements médicaux (ex : ventilation non invasive).

3.1.2. Proportion des situations imprévisibles

La figure 23 en suivant présente la répartition et le nombre des situations relevées selon chaque catégorie de situations imprévisibles.



Figure 23. Représentations des situations imprévisibles survenues dans le travail des aides-soignantes sur l'ensemble des 15 observations

Les sollicitations ou l'état des résidents constituent la catégorie la plus importante et majoritaire (69 %), regroupant les sollicitations des résidents (43 %) avec les sonnettes, les demandes orales et les interventions liées à l'état des résidents lors des passages dans les chambres (26 %). Ensuite, viennent en second plan les sollicitations des collègues (16 %), traduisant la coopération entre soignants, puis les sollicitations extérieures (8 %) provenant des

professionnels externes ou des familles et, enfin, de manière moins régulière, on retrouve les aléas techniques et matériels (7 % du temps).

Pour rendre compte de la distinction entre les différents postes au cours des 24 heures, la figure 24 ci-dessous présente la répartition des quatre catégories toutes confondues de situations imprévisibles selon les postes (matin, après-midi, nuit).

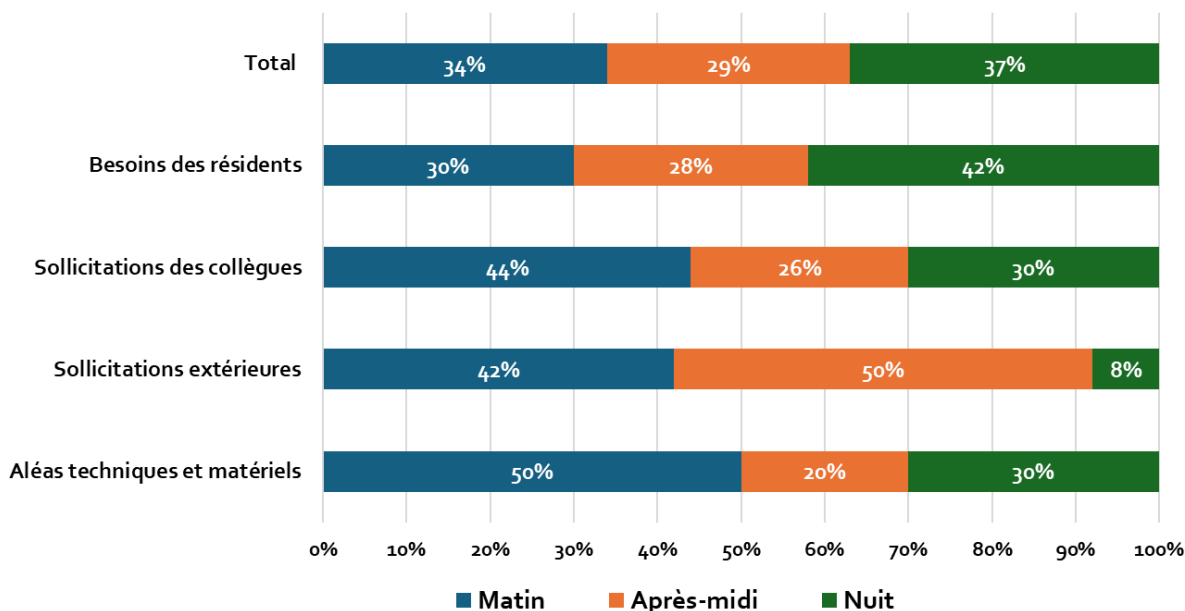


Figure 24. Répartition des situations imprévisibles survenues selon les trois postes (matin, après-midi, nuit)

Le graphique de la répartition des situations imprévisibles en fonction des différents postes (matin, après-midi, nuit) permet d'analyser les éléments suivants :

- Au niveau de la répartition générale, les situations dites imprévisibles apparaissent sur l'ensemble des trois postes à un niveau équivalent, avec une légère prédominance la nuit (37 %) et l'après-midi (29 %). ;
- Les besoins des résidents sont plus fréquents la nuit (42 %) dans un contexte caractérisé par les couchers des résidents, la diminution des effectifs et la veille nocturne (gestion des couchers, des angoisses et du sommeil des résidents). En revanche, le matin (30 %) et l'après-midi (28 %), la part de situations imprévisibles survenues en raison des besoins des résidents est équilibrée par rapport à la part des autres situations imprévisibles ;
- Les sollicitations des collègues se présentent davantage le matin (44 %), sur une période où les temps directs auprès des résidents sont également plus importants (77 % contre 70 % l'après-midi et 48 % la nuit), pouvant expliquer les besoins d'aide et de soutien entre soignants ;

- Les sollicitations extérieures surviennent majoritairement l'après-midi (50 %), en lien avec les visites des familles. Le matin, les aides-soignantes restent également confrontées aux sollicitations (42 %), en raison principalement de l'intervention des professionnels extérieurs souvent réservée à cette partie de la journée (kinés, médecins, etc.). En revanche, la nuit se caractérise logiquement par une très faible part de sollicitations extérieures, en raison de l'absence de visites nocturnes (8 %) ;
- Les aléas techniques et matériels surviennent principalement le matin (50 %), période où les équipements sont davantage sollicités (verticalisateurs, tablettes numériques, changes). La nuit (30 %) reste impactée, sans doute par l'utilisation de matériel médical (exemple de la ventilation non invasive ou VNI³⁵). L'après-midi est le moment où ces imprévus sont les moins fréquents (20 % seulement).

Ces résultats permettent de comprendre la nature de ces imprévus et leur apparition selon les moments de la journée.

3.1.3. Exemple d'observation révélant la fréquence des situations imprévisibles

Pour illustrer l'apparition des situations imprévisibles qui jalonnent l'activité des aides-soignantes, l'exemple de l'AS-A07 sur un poste d'après-midi (13h-20h45) est particulièrement éclairant. Dans cet exemple, figure 25 en suivant, 14 situations ont été identifiées, dont 10 situations liées aux besoins des résidents (7 sonnettes et 3 prises d'initiatives liées à l'état du résident), 2 aléas matériels (écrase pilule et produit bain de bouche introuvables) et une sollicitation extérieure (famille). Ces situations ont concerné 13 résidents différents sur les 36 pris en charge durant la journée. La proportion de cette activité variable et imprévisible représente 31 % du temps de travail de l'aide-soignante concernée.

³⁵ La Ventilation non invasive (VNI) est un dispositif médical permettant d'assister la respiration d'un patient sans intubation.

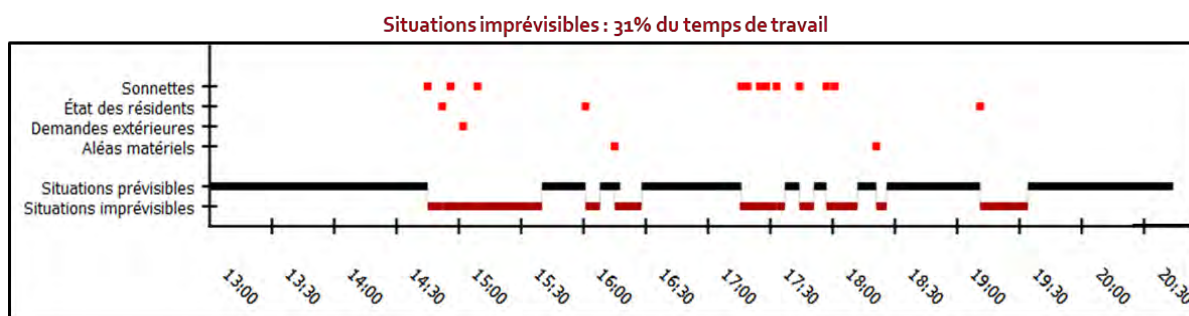


Figure 25. Chronique des situations imprévisibles lors d'une prise de poste d'après-midi (13h-20h45) de l'AS-A07 avec en abscisse les horaires et en ordonnée les catégories de situations imprévisibles

Cette figure démontre que les aides-soignantes rencontrent une part importante de variabilités dans leur travail. Ces situations, principalement liées aux sollicitations et aux états des résidents, perturbent le déroulement planifié de l'activité, nécessitant des ajustements constants pour répondre aux sollicitations des résidents, des collègues, des familles et pour s'adapter aux aléas techniques et matériels.

Ces écarts révèlent le décalage structurel du travail de soin entre les temporalités prescrites et réelles, marqué par une forte variabilité de l'activité des aides-soignantes, ce qui influe directement sur le niveau de leur charge de travail. Le respect des temporalités prescrites dépend en grande partie de l'état des ressources humaines disponibles et des besoins des résidents, deux facteurs qui contribuent à l'intensification du travail et que nous analyserons dans les sections suivantes.

3.2. Contraintes liées à la gestion des ressources humaines : absentéisme et formation

Pour rappel, d'après l'enquête Flash de 2017, les derniers chiffres révèlent que le taux d'absentéisme dans les EHPAD en France est de 10 % (Iborra, 2017) et 5,2 % sur l'ensemble des secteurs en 2023 (Groupe APICIL, 2024). À titre de comparaison, celui de l'EHPAD A est de 9 % en 2023 et de 12,6 % en 2024.

3.2.1. Situation de travail en « mode dégradé »

En EHPAD, on parle de « mode dégradé » lorsque, en cas d'absence prolongée d'aides-soignantes, une réorganisation s'appuie sur les seules aides-soignantes présentes (Djellal, 2020). La directrice de l'EHPAD A nous explique à cet égard le fonctionnement mis en place en cas d'absence le jour même :

Verbatims

1	“ Docteurant : - Quand vous apprenez les absences le jour même, vous faites comment ? Directrice : - Alors, deux cas de figure. Soit on va demander déjà en interne si un agent peut rester plus. Sinon, mode dégradé. C'est-à-dire que les toilettes que devait porter cet agent, elles sont réparties sur les autres collègues. Docteurant : - Ça arrive souvent ? Directrice : - Ah oui. C'est arrivé lundi, c'est arrivé mardi. Donc ça, c'est pour les absences non programmées. Et par contre, quand on a connaissance d'une absence, on met tout en œuvre pour assurer le remplacement. ”

Deux formes d'adaptation sont décrites par la directrice : le recours à une aide-soignante déjà présente pour prolonger le service (ce qui n'est pas possible le matin par exemple), ou à défaut, le passage en mode dégradé, consistant à redistribuer les tâches de la personne absente entre les autres membres de l'équipe. Cette réorganisation en urgence, qualifiée de courante (« Ah oui. C'est arrivé lundi, c'est arrivé mardi »), illustre une fragilité structurelle dans la gestion des ressources humaines. En outre, la directrice décrit ce fonctionnement comme étant chronique, tel qu'on l'aperçoit dans le verbatim suivant.

Verbatims

2	“ Il faut partir du principe que quand l'effectif est au complet, il est déjà en mode dégradé. Clairement, je ne suis pas soignante, je n'ai jamais exercé dans les soins, mais au vu de la lourdeur des prises en charge aujourd'hui, clairement, personne ne peut prétendre le contraire. Donc forcément, quand il manque quelqu'un, dans le pire des cas, on est arrivé jusqu'à 3, 4 qui ne sont pas là le jour J. Là, c'est la panique”.

Le fonctionnement en effectif complet est d'emblée perçu comme insuffisant par la directrice : « Il faut partir du principe que quand l'effectif est au complet, il est déjà en mode dégradé ». Elle met en lumière la disproportion croissante entre les ressources humaines disponibles et « la lourdeur des prises en charge », soulignant ainsi une normalisation de la pénurie dans l'organisation du travail. Cette situation de sous-effectif chronique rend l'organisation particulièrement vulnérable aux imprévus : en cas de multiples absences « 3, 4 qui ne sont pas là le jour J », l'organisation bascule rapidement dans un état de crise (« la panique »).

Dans le cadre du recueil de données, trois situations en mode dégradé ont été relevées sur les 15 observations pendant des prises de poste de matin et d'après-midi : un binôme non remplacé, le retard du binôme et le départ anticipé du binôme.

• **Binôme non remplacé**

Lors d'un poste de matin (6h-13h45), une aide-soignante (AS-A05) apprend que sa binôme est absente et qu'elle n'est pas remplacée. Elle se retrouve dans une situation en mode dégradée.

Verbatims

3	“ Docteurant : - Tu étais en mode dégradé ce matin-là. Dans ce cas, comment tu t'adaptes et comment tu gères cette situation ? Aide-soignante : - <i>En communiquant avec mes collègues, savoir qui va au petit déjeuner, aux installations, pour que moi j'ai sereinement la prise en soin des résidents à ce moment-là. Après, je communique s'il y a les collègues qui peuvent venir m'aider dans la matinée. Enfin, il y a tout un processus qui se met en place, mais en fait t'es en mode <i>tu tournes le cerveau</i> et tu dis « bon alors je suis seule, donc les installations, les soins, les transferts, les repas », donc tout va découler de ce manque. Tu as <i>le cerveau qui « vloup »</i> et dès que tu vois une collègue, « t'en as pour combien de temps ? Ok. Bon moi je suis là ». T'essayes de faire au mieux en fait, tu deviens pas un robot mais <i>t'es obligé de t'organiser</i>. [...] T'as les résidents qui disent « ah bah moi à 10h, je suis toujours pas faite quoi. D'habitude je suis fait à 9h ». Tu réponds « oui, j'arrive, j'arrive pas de problème » mais voilà <i>tu te mets la pression</i>. ”</i>
AS-A05	

Cette absence engendre pour l'aide-soignante une réorganisation qui passe notamment par la communication avec ses collègues pour l'ensemble des tâches et qui mobilise une charge cognitive intense : échanges constants, anticipation, priorisation des tâches et recherche de soutien ponctuel. L'expression « tu tournes le cerveau » rend ainsi compte d'un effort mental permanent pour maintenir la continuité des soins malgré des ressources insuffisantes. L'aide-soignante décrit une forme d'hyper-adaptabilité qui l'oblige à faire face seule à la totalité des tâches (soins, repas, transferts) tout en gérant la pression temporelle selon les besoins des résidents. Cette situation révèle une charge cognitive, émotionnelle et organisationnelle élevée, dans laquelle la professionnelle tente de préserver la qualité de la prise en soin sans se déshumaniser (« tu deviens pas un robot »), malgré la cadence imposée.

Pour illustrer cette situation (cf. figure 26 en suivant), la comparaison entre le cadre prescrit (premier graphique) et les conditions réelles de travail de l'AS-05 (second graphique) illustre comment l'absence de binôme intensifie le travail, en perturbant l'organisation temporelle des tâches, en débordant les horaires prescrits et en diminuant la possibilité de pauses.



Figure 26. Représentations des catégories d'événements survenues lors de l'ensemble des observations

La comparaison entre les deux chroniques d'activité met en évidence plusieurs écarts significatifs entre la temporalité prescrite et la réalité du travail observé :

- *Le temps de préparation des chariots* est plus long que prévu, ce qui repousse le début des soins d'hygiène.
- *Les soins d'hygiène*, bien que réalisés pour un nombre plus élevé de résidents, sont raccourcis en durée, suggérant une intensification du rythme d'exécution.
- *Les transmissions*, quant à elles, prennent plus de temps que prévu, tandis que le temps consacré au déjeuner est allongé.
- *L'aide-soignante dépasse son horaire prévu*, terminant sa journée à 14h au lieu de 13h45, soit un débordement de 15 minutes.
- Enfin, *les temps de pause sont réduits de manière drastique*, passant de 20 minutes prévues pour une journée de 7h45 à seulement 5 minutes prises sur 8h de travail effectif.

En comparant les données issues des observations, nous constatons que le temps direct réel s'élève à 414 minutes sur 470 minutes de temps total, soit une proportion significative de la journée de travail. En comparaison, le temps direct prescrit est de 405 minutes sur 445 minutes de temps total. Cela met en évidence un écart notable : non seulement le temps passé en contact direct avec les résidents est légèrement supérieur à ce qui est prescrit (+9 minutes), mais il est également accompli sur une amplitude horaire plus longue (+25 minutes).

Une autre aide-soignante (AS-A03) témoigne de l'impact de l'absentéisme sur une journée de travail et sur le bien-être des résidents.

Verbatims

4	“ Pas plus tard que vendredi dernier, j'étais toute seule. Ça fait pas une pression mais on sait que forcément on va passer beaucoup moins de temps. <i>Les douches, il y en a pas.</i> Donc ceux qui ont qu'une douche par semaine, soit tu la reportes au lendemain mais si c'est pas toi tu peux pas, parce que du coup forcément tout le monde ne fait pas de douches. Et du coup, <i>tu te mets une pression</i>, il faut faire attention. Après, <i>moi je pars du principe où je me presse pas, je finirai à l'heure que je terminerai</i>, parce que plus tu te presses, plus tu te stresses. <i>Et tu stresses le résident du coup qui panique et fait n'importe quoi. C'est quand même contraignant quand t'as cinq résidents lourds à lever.</i> ”
AS-A03	

L'AS-A03 la pression temporelle que cela génère (« on va passer beaucoup moins de temps »), l'obligation de faire un tri (« les douches, il y en a pas »), de gérer la pression (« je pars du principe où je me presse pas, je finirai à l'heure que je terminerai ») et de pénibilité physique concernant les résidents très dépendants physiquement (« C'est quand même contraignant quand t'as cinq résidents lourds à lever »). L'impact sur les résidents n'est pas sans conséquence en termes de soins d'hygiène (annulation des douches), de répercussions du stress de l'aide-soignante sur le résident (« Et tu stresses le résident du coup qui panique et fait n'importe quoi ») et de sécurité pour les résidents dépendants physiquement.

• Retard d'un binôme

Lors d'un poste de matin (6h-13h45), le retard de la binôme de l'aide-soignante (AS-A03) perturbe l'organisation habituelle avec une augmentation du nombre de toilettes à réaliser (deux toilettes en plus).

Verbatims

5	“ Doctorant : - Vu que t'avais ta binôme en retard, t'as dû faire deux, trois résidents en plus c'est ça ? Aide-soignante : - De manière générale oui. Tu te speedes à les faire pour être dans les temps. Par exemple M..., normalement il est fait avant le petit déjeuner parce que ça lui laisse le temps d'assimiler qu'il est réveillé, qu'il a eu la toilette. [...] Là comme elle était pas là (sa binôme), il y a quand même deux toilettes en moins de faites donc je m'organise. Normalement je fais les lourds. Le fait de faire les lourds en début de matinée, c'est beaucoup mieux parce qu'en fin de matinée, t'as plus la
AS-A03	

force que t'as en début de journée. Sauf que c'est pas une organisation au top parce que t'en as toujours une qui n'a pas beaucoup de toilettes lourdes et t'as celle qui fait tout toute seule et c'est crevant. Enfin t'arrives là, t'es épuisé. ”

La charge de travail se retrouve déséquilibrée avec une pression temporelle qui augmente (« tu te speedes à les faire pour être dans les temps »), une réorganisation de l'activité qui est optimisée en prenant en charge les résidents lourds en début de matinée avant que la fatigue s'accumule (« t'as plus la force que t'as en début de journée. »). De plus, la charge de travail peut être disproportionnée entre les aides-soignantes (« t'en as toujours une qui n'a pas beaucoup de toilettes lourdes et t'as celle qui fait tout toute seule et c'est crevant »). Comme pour le mode dégradé, les résidents sont impactés et peuvent voir leur rythme perturbé avec des réveils retardés (« Normalement il est fait avant le petit déjeuner parce que ça lui laisse le temps d'assimiler qu'il est réveillé, qu'il a eu la toilette »).

- **Départ anticipé l'après-midi**

Lors d'un poste d'après-midi, une aide-soignante (AS-A10) doit composer avec le départ anticipé (20h au lieu de 20h45) de sa binôme qui travaillait en 12 heures (8h-20h) pour compenser une absence. Pour compenser ce départ, l'aide-soignante met en place des stratégies d'anticipation organisationnelle qui se traduisent notamment par l'avancement des couchers des résidents (mise en pyjama et mise au lit) dès l'après-midi. Cette anticipation vise à répartir la charge de travail de manière à limiter la surcharge sur l'aide-soignante restante après 20h. Cette situation sera présentée plus en détail dans le chapitre suivant (cf. chapitre 9).

3.2.2. Formation de nouvelles aides-soignantes

Le secteur des EHPAD est touché par une pénurie d'aides-soignantes diplômées et s'appuie sur une proportion importante de « faisant fonction » (Martin & Ramos-Gorand, 2017 ; Bazin & Muller, 2018 ; DREES, 2019 ; Quéméner et al., 2023). L'EHPAD A n'échappe pas à ce constat. La directrice de l'établissement évoque la pénurie d'aides-soignantes diplômées dans le verbatim suivant.

Verbatims

1	“ Docteurant :
Directrice EHPAD A	- Et du coup, j'imagine que vous avez des difficultés de recrutement aussi ? Directrice : - C'est une catastrophe. Alors, elle est double. La première, c'est <i>qu'on est confronté à un manque crucial, notamment d'aides-soignants diplômés d'État</i>. Là, c'est plus que préoccupant, <i>c'est catastrophique</i>. Il y en a, mais il n'y en a pas beaucoup. Et la double peine pour nous, c'est que le métier d'aide-soignante à l'hôpital est difficile, mais il est incomparablement moins difficile que celui en EHPAD. Et du coup, <i>autant l'EHPAD est devenu attractif par la rémunération, autant il ne l'est plus du tout par la pénibilité du métier</i>. [...] On a quelques contractuels de remplacement auxquels on fait appel de façon ponctuelle. On a nos propres professionnels qui font des remplacements, dont les heures supplémentaires ne sont plus payées depuis le mois de mai 2024. Donc, c'est que de la récup. <i>Mais on les épuise</i>. Et puis, quand on a des arrêts longs, on recrute. Mais avec la limite que je viens de vous dire, <i>la notion d'engagement que requièrent ces métiers, elle n'est plus suffisamment partagée par les soignants qui composent le corps de métier</i>.”

Ce verbatim met en évidence la gravité de la crise du recrutement dans les EHPAD, décrite par la directrice comme « catastrophique ». La pénurie d'aides-soignantes diplômées s'accompagne d'une perte d'attractivité du métier en raison de la pénibilité du travail en EHPAD, jugé plus difficile que celui en milieu hospitalier. Malgré des efforts sur la rémunération, les conditions d'exercice (pénibilité du métier) dissuadent les professionnels de s'orienter vers le secteur des EHPAD. Face aux absences, l'établissement fonctionne avec des remplaçants ponctuels, des heures supplémentaires non rémunérées et une sollicitation constante des équipes en place, au risque de les épuiser. D'autant plus que le recrutement devient difficile car la notion d'engagement des aides-soignantes est perçue comme « plus suffisamment partagée par les soignants qui composent le corps de métier ». En effet, la directrice aborde la proportion de « faisant fonction » et les difficultés de recrutements pour trouver de « bons soignants » :

Verbatims

2	“ Docteurant :
Directrice EHPAD A	- En termes d'effectifs, vous avez une proportion de « faisant fonction » sur le nombre de diplômés ? Directrice : - On est quasiment à 50. J'ai moitié de diplômés AS et moitié de non-diplômés. Ça, c'est un vrai... combat.[...] <i>Je dis toujours qu'avant de trouver une pépite</i>, c'est-à-dire quelqu'un qui soit un bon soignant, qui soit à sa place, j'ai essayé dix échecs. On va recruter dix soignants qui vont faire un mois, on leur laisse encore une chance, on les accompagne. Et en fait, non. Je ne sais même pas

ce que ça représente en taux de turnover, mais c'est considérable. On a des accalmies, des périodes plus calmes, mais on a des périodes, là en ce moment, *on est dans le malheur*. On ne trouve pas d'aides-soignantes. J'en ai appelé deux ce matin, qui ne sont pas diplômés. Je fais des pré-entretiens de recrutement par téléphone pour gagner du temps.”

La directrice dresse un tableau où près de la moitié du personnel soignant n'est pas diplômée, témoignant d'un recours massif aux « faisant fonction », devenu une norme plutôt qu'une solution temporaire. Derrière cette statistique se cache un processus de recrutement éprouvant : pour une « pépite », « j'ai essayé dix échecs ». L'impossibilité de trouver des aides-soignantes (« on est dans le malheur ») résigne la directrice à réaliser des pré-entretiens téléphoniques pour « gagner du temps ».

En effet, les nouvelles aides-soignantes requièrent une période de formation et un accompagnement par des expérimentées. Cependant, certains témoignages (1, 2, 3) illustrent les difficultés auxquelles les nouvelles aides-soignantes et celles plus expérimentées sont confrontées dans cette période de tutorat.

L'AS-A05 évoque le temps insuffisant pour la formation des novices, qui sans expérience préalable, se retrouvent à s'occuper de la toilette de 10 résidents alors qu'ils ont été formés une journée, voire deux (« si elle a de la chance, deux journées »).

Verbatims

1	“
AS-A03	Moi je vois les filles, elles ont jamais travaillé en milieu hospitalier, elles arrivent ici parce qu'il faut travailler. Elles sont là un peu par hasard, elles n'ont jamais fait de toilette et tu leur donnes 10 toilettes à faire le matin. Elles comprennent pas les filles, elles font voilà. Sauf que derrière t'as un résident, t'as une personne, t'as tout l'affect qui va avec et on te colle 10 toilettes comme ça, tu te débrouilles. Elle est formée une journée ou si elle a de la chance deux journées.”

Dans la pratique, l'AS-A14 évoque le fait que, de manière générale, les nouvelles aides-soignantes les doublent pendant leur poste, c'est-à-dire qu'elles travaillent ensemble sur le même poste pour les former, sous une supervision directe. Cela nécessitant de « tout expliquer », c'est « aidant, sans l'être ».

Verbatims

2	“
AS-A14	Là ouais, doublé. Bon, c'est vrai que c'est aidant sans l'être parce qu'il faut tout expliquer.”

L'aide-soignante évoque également le fait que les nouvelles aides-soignantes peuvent être formées sans supervision directe, à savoir que les novices occupent déjà un poste et ne sont pas comptabilisées comme étant du personnel supplémentaire.

Verbatims

3	“ En général, ça se passe comme ça, pas toujours parce que des fois on les forme alors qu'elles
AS-A14	sont déjà en poste. Enfin elles (IDEC et directrice) les mettent en poste et on les forme pendant qu'elles sont en poste. ”

Lors du recueil de données, une aide-soignante (AS-A10) s'est retrouvée dans une situation complexe où elle devait former et superviser simultanément une nouvelle aide-soignante déjà en poste et un stagiaire. Durant cette prise de poste, le stagiaire l'accompagnait dans toutes les chambres tandis que la nouvelle aide-soignante réalisait de manière autonome le nursing. La figure 27 présente une chronique détaillée des événements :

Horaires	Temps supervision	Traces de l'activité	
9h18 - 9h21	3 min 	1. L'aide-soignante conseille la nouvelle aide-soignante sur la prise en charge d'un résident.	“ Normalement quand tu les doubles, le premier jour, ils voient, le 2ème jour ils font des toilettes mais t'es censé être là quand même pour voir comment ça se passe. Même si hier j'ai pu voir certaines choses. [...] Normalement t'es censé les suivre, parce que tu vois là le fait qu'elle ait pas levé Madame M.... Bon, ça c'est pas le problème, mais qu'elle n'ait pas mis la bonne protection, ça nous a fait perdre un temps énorme sur les installations. Enfin surtout parce que du coup on a dû la changer totalement. Enfin on a dû faire, puis même niveau économie de protection, vu que tu sais on a un quota à respecter. Le fait qu'elle s'est gourée de protection, ça veut dire que jeudi, enfin mercredi soir pour jeudi,
10h45	11 min 	2. L'aide-soignante explique à la nouvelle aide-soignante les soins qu'elle doit faire oralement.	
11h10 - 11h13	18 min 	3. L'aide-soignante supervise le stagiaire pour le soin d'hygiène du matin.	
10h32 - 11h44	1 min 	4. L'aide-soignante tutore la nouvelle pour le soin d'une résidente.	

10h31 - 10h33	2 min		5. L'aide-soignante est interrompue dans un soin par la nouvelle : demande de conseils.	il manquera une protection violette quoi. "
11h07 - 11h21	14 min		6. L'aide-soignante apporte son aide à la nouvelle.	
11h36 - 11h47	11 min		7. La nouvelle utilise un type de protection inadapté ³⁶ pour une résidente : rectification par l'aide-soignante.	

Figure 27. Chronique de la formation des nouveaux arrivants (stagiaire et nouvelle AS) par l'AS-A10 lors d'une prise de poste de matin (6h-13h45)

Au total, l'AS-A10 a consacré plus d'une heure à la supervision et à la formation de la nouvelle aide-soignante et du stagiaire. Ces activités incluent des explications, des conseils, des corrections d'erreurs et des interventions pour ajuster les soins. Dans l'autoconfrontation, l'aide-soignante souligne l'importance d'une supervision directe auprès des novices, notamment pour réduire les risques d'erreurs. D'autant que certaines erreurs ont des répercussions significatives, tant en termes de charge de travail que de consommation de protections, mettant en évidence la pression exercée par le respect des quotas. Ce passage montre l'importance d'une formation adéquate et d'une supervision pour permettre d'être au plus proche des nouveaux et éviter qu'elles ne se trompent.

3.3. Contraintes liées aux caractéristiques individuelles des résidents

Les caractéristiques et besoins individuels de chaque résident génèrent des contraintes prévisibles et variables dans l'activité de soin.

Dans les témoignages, les AS-A01 et AS-A06 ressentent l'augmentation significative de la proportion de résidents avec un niveau de dépendance et des pathologies lourdes au sein de

³⁶ Pour rappel, les protections sont différenciées par couleur en fonction de leur durée d'absorption (par exemple, les bleues ont une capacité plus courte que les violettes, conçues pour durer jusqu'à 12h).

l'EHPAD A (pour rappel 58 % des résidents de l'EHPAD A ont une dépendance totale ou sévère).

Verbatims

1	“ Avant, les résidents étaient moins absorbés par les maladies, le handicap et tout ça. Ils étaient plus ou moins autonomes, on pouvait avoir un Alzheimer ou deux, ou deux ou trois fauteuils roulants, alors qu'aujourd'hui c'est 80 %.”
AS-A01	
2	“ Le problème qu'on a ici, c'est que les résidents arrivent de plus en plus lourds. Donc, c'est une prise de soin qui est plus lourde, enfin plus longue [...].”
AS-A06	

Les résidents étaient « *moins absorbés par la maladie, le handicap* » (1) alors qu'aujourd'hui, ils arrivent en EHPAD « *de plus en plus lourds* » (2), ce qui rend la prise en charge « *plus lourde, enfin plus longue* » (2).

Ce constat est partagé par la directrice de l'EHPAD, qui évoque le profil des résidents qui font leur entrée dans l'établissement :

Verbatims

3	“ Aujourd'hui, les dossiers de demande d'admission que nous recevons, il n'y a pas de GIR 5 ou 6, il n'y en a quasiment pas. C'est très rare. La plupart, ce sont des GIR 1, 2, quelques GIR 3 et 4 mais on sent bien que les personnes elles sont allées au bout du bout de ce qu'il est possible de faire à domicile, et du coup on les accueille, très âgées ou pas, mais surtout très dépendantes et polypathologiques.”
Directrice EHPAD A	

La directrice souligne que les demandes d'admission concernent majoritairement des personnes en grande perte d'autonomie (GIR 1 et 2)³⁷, avec des cas de dépendance plus lourde et souvent polypathologiques. Cela traduit un report du maintien à domicile, qui conduit à une admission tardive en établissement, lorsque les capacités de prise en charge à domicile sont épuisées.

En parallèle, le nombre d'aides-soignantes n'a pas été ajusté en conséquence avec un ratio qui est resté le même (« *on est toujours un soignant pour 10 résidents alors que les résidents étaient plus valides* »). Ce déséquilibre rend difficile une prise en charge qualitative. Les aides-soignantes parlent notamment de l'impossibilité de répondre aux temporalités prescrites et à la qualité de soin et d'accompagnement des résidents :

³⁷ Les GIR 1 et 2 sont les niveaux de dépendance les plus sévères.

Verbatims

4	“ Depuis que j'ai commencé, le quota de soignants n'a pas bougé, on est toujours un soignant pour 10 résidents alors que les résidents étaient plus valides [...] et pour s'occuper d'eux, il y a moins de soignants. Sauf qu'on ne peut pas être « bon soignant » si on n'est pas assez pour prendre en charge les pathologies des résidents. ”
AS-A01	
5	“ Je me rappelle, avant il y avait des dames qui étaient bien, je passais, elles me disaient : « ouais tu viens me voir après les soins ? ». On parlait, « allez pour un café », on discutait. »”
AS-A06	

Les résidents très dépendants, qu'ils souffrent de troubles physiques, cognitifs ou qu'ils refusent les soins, mobilisent un temps de prise en charge important, que ce soit pour le nursing courant ou le nursing variable.

Les aides-soignantes constatent en effet une différence entre l'accompagnement des résidents autonomes et ceux dont le niveau de dépendance nécessite du temps de prise en charge :

Verbatims

6	“ Plus il est dépendant et plus on va passer de temps avec lui. Et plus ça va nous demander d'utiliser les outils mis à notre disposition justement pour s'occuper d'eux. Par exemple, t'as bien vu le coucher de monsieur F... on est parti chercher le lève-personne et pour d'autres personnes, non, car ils sont déjà couchés ou d'autres c'est juste un accompagnement au lit.”
AS-A13	

L'AS-A13 soulignent que plus un résident est dépendant, plus le soin nécessite du temps, des outils spécifiques (comme un lève-personne) et une approche personnalisée (6).

3.3.1. Prise en charge des résidents dépendants

3.3.1.1. Spécificité des dépendances physiques

La prise en charge des résidents avec une dépendance physique importante mobilise davantage de ressources temporelles liés notamment aux douleurs chroniques et aux raideurs physiques qui mobilisent un besoin constant d'assistance. Les verbatims des aides-soignantes illustrent la complexité de la prise en charge des résidents dits « lourds ».

Verbatims	
1 AS-A01	“ On est obligé de prendre plus de temps parce que pour lever quelqu'un qui est douloureux à un bras ou lorsqu'il fait un mouvement, tu lui dis de se lever mais il peut pas se lever parce qu'il a de l'arthrose et donc t'es obligé de prendre du temps. ”
2 AS-A07	“ Et après il y a les résidents qui sont vraiment lourds et là il faut vraiment rester qu'avec eux du début à la fin.”
3 AS-A08	“ Bah ça prend plus de temps en fait, oui. Les résidents lourds, il faut être à deux pour aller plus vite parce que toute seule. Monsieur B... par exemple, il est raide, tu le retournes, tu te pètes l'épaule parce qu'il pousse en fait. Tu le mets dans un sens, il se remet dans l'autre donc c'est une force. Oui, il faut être à deux pour que ça se passe bien. ”
4 AS-A15	“ Ça va impacter sur la manutention. Ça impacte sur le temps aussi parce que ça demande un peu de temps du coup. ”

Les aides-soignantes soulignent la complexité croissante des gestes de soin induite par les limitations physiques des résidents « lourds », comme les douleurs chroniques, la rigidité articulaire ou la perte de motricité. Ces situations nécessitent souvent un travail en binôme, tant pour assurer la sécurité du résident que pour préserver l'intégrité physique du soignant. L'aide-soignante AS-A08 illustre ainsi le risque de blessure en cas de manipulation seule : « tu te pètes l'épaule parce qu'il pousse ». Ce type de contrainte illustre un décalage entre les prescriptions organisationnelles (temps, effectifs) et la réalité de l'activité, génératrice de surcharge physique, mais aussi de stress et de sentiment de non-accomplissement du travail bien fait (Hubault, 1992 ; Clot, 2008b).

3.3.1.2. Gestion des refus de soins

Certains résidents, bien que physiquement en bonne santé, peuvent présenter une résistance psychologique qui complique la prise en charge pour les aides-soignantes. Comme l'évoque l'AS-A01 dans les verbatims suivants, ces résidents refusent les soins du quotidien pour exprimer leur mal-être vis-à-vis de leur perte de repères et d'autonomie.

Verbatims

1	“ [...] Ceux qui ne veulent pas être là, même s'ils ne sont pas malades, ils n'acceptent pas. Ils te compliquent le soin parce qu'ils sont pas bien donc ils vont être en refus ou tu arrives, tu lui donnes quelque chose, ça balance ou ça gicle sur toi. Il n'est pas malade mais psychologiquement ça va pas. [...] Ils ne comprennent pas pourquoi on les change parce que lui, il gardait son vêtement une semaine. Il comprend pas.”
AS-A01	

Ces comportements peuvent rendre les soins parfois plus éprouvants pour les aides-soignantes qui doivent faire face à des gestes de rejets comme le souligne l'AS-01 : « ça balance ou ça gicle sur toi ». Ce type de résistance met en lumière la nécessité pour les soignantes de mobiliser des compétences relationnelles et émotionnelles spécifiques afin d'accompagner ces résidents dans un climat de bienveillance, malgré la violence potentielle. Ces situations traduisent aussi le mal-être profond de certains résidents face à l'institutionnalisation, souvent perçue comme une dépossession de soi.

3.3.1.3. Gestion des troubles cognitifs

Pour les résidents souffrant de troubles psychologiques, cognitifs (démence ou maladie d'Alzheimer), un accompagnement personnalisé et une surveillance accrue sont importants pour les activités de la vie quotidienne.

Verbatims

1	“ Quelqu'un qui a Alzheimer, qui est perdu dans le temps, qui pense que c'est la nuit, et toi, tu viens le matin et lui pense que c'est la nuit donc tu prends plus de temps. ”
AS-A01	
2	“ Des personnes peuvent être autonomes au niveau moteur, mais par contre celles qui ont la maladie d'Alzheimer, ça peut demander énormément de temps aussi.”
AS-A13	

Ces troubles nécessitent du temps pour les aides-soignantes : rassurer et expliquer aux résidents que c'est le matin (1), même si sur le plan moteur, ils sont autonomes (2).

Tout comme pour les dépendances physiques, les aides-soignantes (AS-A01 et AS-A13) soulignent la dimension temporelle que nécessite la prise en charge des troubles cognitifs.

Verbatims

3 AS-A01	“ Pire encore, quand la maladie est installée, Alzheimer ou Parkinson, où tu as des troubles du comportement, qui peuvent être l'agressivité ou le refus. [...]”

La situation peut devenir encore plus complexe lorsque ces troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer ou Parkinson sont présents, comme mentionné par l'AS-01 (3), car ils peuvent provoquer des comportements agressifs ou de l'hostilité.

L'EHPAD A ne dispose pas d'Unité Protégée (UP) destinée à accueillir des résidents avec des troubles psychologiques ou cognitifs au sein de l'établissement. Ces unités sont des espaces sécurisés et aménagés limitant les risques de désorientation ou de comportements dangereux pour eux-mêmes et les autres résidents. Dans les verbatims suivants (4), l'aide-soignante exprime la difficulté de prendre en charge certains résidents, en raison de troubles du comportement ou de pathologies comme la maladie d'Alzheimer qui génèrent des comportements violents et perturbateurs, qui peuvent déstabiliser l'ensemble des résidents.

Verbatims

4 AS-A01	“ [...] Des fois, on nous rend des résidents et on se dit qu'ils n'ont pas leur place en maison de retraite. Il faut un secteur fermé. Des fois, tu te dis « non », quand un résident te tape tous les jours et qu'on fait rien pour trouver un traitement pour l'apaiser et que tous les jours tu rentres tu as la boule au ventre, tu te dis « il va me taper, il va me faire quoi aujourd'hui ? » ou bien t'y vas en reculant. Tu te dis « non, moi j'ai pas signé pour ça », je fais pas ce métier pour me faire frapper ou me faire insulter tous les jours ou surveiller un Alzheimer qui est déambulant, qui rentre dans toutes les chambres et qui met tous les autres en stress.”

Les aides-soignantes se retrouvent parfois dans un climat d'insécurité physique et psychologique. L'AS-A01 souligne également les limites des établissements sans secteur fermé, qui ne peuvent répondre de manière adaptée aux besoins de ces résidents, et le stress engendré par cette absence, non seulement pour le personnel mais aussi pour les autres résidents. Ces constats soulignent à quel point les caractéristiques individuelles des résidents influencent directement la charge de travail et les conditions d'intervention des aides-soignantes.

3.3.2. Gestion des urgences

Certaines situations, souvent qualifiées d'« urgences » par les aides-soignantes, correspondent à des situations imprévisibles d'ordre médical ou comportemental nécessitant une intervention

rapide pour préserver la santé, la sécurité ou le bien-être du résident en question ou même des autres résidents. Il peut également s'agir des fins de vie qui nécessitent une prise en charge spécifique. Ces urgences impliquent généralement des protocoles spécifiques tels que des soins immédiats, une surveillance accrue ou l'appel au SAMU.

Dans le cadre du recueil de données, *deux situations d'urgence* ont été documentées pendant les postes de nuit : une détresse respiratoire (1h37 de temps mobilisé) et un épisode de violence impliquant un résident présentant des troubles cognitifs (2h30 de temps mobilisé), soulignant le caractère exceptionnel de ces incidents. Ces situations, bien que globalement rares, mobilisent fortement les soignantes et désorganisent temporairement le déroulement habituel du travail nocturne. Elles génèrent également une charge émotionnelle importante, notamment lorsqu'il s'agit de fins de vie ou d'agressivité, nécessitant une capacité d'adaptation et une coordination rapide avec l'équipe pluridisciplinaire.

3.3.2.1. La prise en charge des résidents en fin de vie

Les fins de vie représentent une situation particulière nécessitant de la part des aides-soignantes des attentions et des agissements différents des autres soins, impliquant une charge émotionnelle importante. L'exemple de la prise en charge d'une aide-soignante (AS-A01) qui entre dans la chambre d'une résidente en fin de vie pour réaliser le nursing du matin (vider le pot de chambre, toilette, ranger la chambre) rend compte d'échanges, de gestes et d'une atmosphère spécifiques (cf. figure 28 suivante).

Traces de l'activité		
	1. L'AS enlève son masque en entrant dans la chambre pour faciliter la reconnaissance par la résidente malvoyante	
	2. Elle s'assoit sur le lit afin d'être à sa hauteur et débute une discussion	
	3. L'AS parle doucement de l'état de santé de la résidente	« Le plus important c'est que vous n'ayez pas de douleurs, ne pas souffrir »
	4. La résidente pleure	
	5. L'AS la console en lui caressant doucement l'épaule et les mains	« Je ne veux pas vous voir triste »

Figure 28. Chronique de la gestion relationnelle d'une résidente en fin de vie par l'AS-A01

Cet exemple montre que les résidents en fin de vie nécessitent un soutien émotionnel au-delà des gestes techniques. L'ambiance particulière de ces situations souligne les exigences émotionnelles de leur travail, comme l'évoque l'AS-A02 :

Verbatims

1	“ Tu sens une ambiance et t'es obligé de parler doucement, de parler calmement. Il y a moins de brouhaha qu'il peut y avoir dans d'autres soins avec d'autres résidents et ils ont besoin de ça aussi, tu vois, de calme. T'es pas obligé de leur parler pour qu'il y ait quelque chose qui se passe. ”
AS-A02	

Cette spécificité de la fin de vie des résidents entraîne des soins particuliers. Les aides-soignantes peuvent réaliser des massages (2 et 3), des soins de bouche (2) et des repositionnements (3). Ces gestes, à la fois techniques et empreints de douceur, visent à améliorer le confort et la dignité des résidents tout en soulageant certaines douleurs physiques liées à leur état.

Verbatims

2	“ Les gens en soins palliatifs, le soin va être différent. Parce que c'est des gens qu'on peut pas brusquer, pour lesquels on va prendre énormément de temps, ça va être du massage, ça va être de l'huile, ça va être les soins de bouche, ça va être les massages un peu partout sur le corps. ”
AS-A06	
3	“ Mais les fins de vie oui, ils demandent beaucoup de notre attention du coup parce qu'il faut changer le positionnement. Il faut masser, il faut voir si la personne est décédée ou pas. ”
AS-A08	

Le rapport à la douleur et à l'accompagnement jusqu'à la fin est également important pour les résidents et les aides-soignantes car « *c'est toujours des êtres humains* » (4) et qu'il faut rester les accompagner « *quand on sent que c'est le moment, on va rester* » (5).

Verbatims

4	“ Il faut être là pour avoir du temps. Il faut être au plus près d'eux, même si pour certains, quand ils arrivent à la fin, ben même s'ils sont dans le coma, il faut avoir le temps de s'occuper d'eux. C'est toujours des êtres humains. Faut aller jusqu'au bout pour les accompagner. ”
AS-A07	
5	“ Après soit c'est inattendu et puis là on n'est pas forcément présent. Soit c'est attendu, du coup il y a une surveillance un peu plus rapprochée de soins, de confort et surtout pour pallier à la douleur parce qu'on veut surtout pas qu'ils souffrent. Au moins être là pour pas qu'ils souffrent. Et puis quand on sent que c'est le moment, on va rester. ”
AS-A14	

Ces moments requièrent des gestes techniques certes, mais surtout une attention émotionnelle accrue de la part des aides-soignantes. Les verbatims recueillis soulignent un climat particulier autour de la fin de vie : une ambiance calme, feutrée, respectueuse. Les soins se transforment (massages, repositionnements, soins de bouche) et sont effectués avec lenteur et délicatesse, en réponse à une vulnérabilité importante. L'attention à la douleur et à la dignité du résident devient par conséquent centrale, tout comme l'importance d'une présence continue dans les derniers instants.

3.3.2.2. Le cas de la gestion d'un résident avec des troubles cognitifs

Lors d'une observation d'une prise de poste de nuit, la gestion des comportements d'un résident présentant des troubles cognitifs a mis en évidence la complexité des situations auxquelles les aides-soignantes peuvent être confrontées. Cette nuit-là, après une alerte par une résidente signalant une intrusion dans sa chambre, les trois aides-soignantes (deux aides-soignantes et une stagiaire) ont découvert le résident avec des comportements violents et déambulant dans une chambre. Elles ont dû intervenir pour le maîtriser et le raccompagner dans sa chambre, interrompant temporairement les soins d'une autre résidente.

Cet épisode a entraîné un stress important, nécessitant une pause pour « redescendre » et échanger sur la difficulté de l'intervention tout en poursuivant la nuit avec une vigilance accrue pour éviter de nouvelles crises. La gestion de cette situation d'urgence a également mobilisé un temps significatif (2h30), principalement consacré à l'intervention physique et à la gestion de la crise. Cet incident illustre l'impact significatif d'une structure inadaptée sur la sécurité et le bien-être des autres résidents, mais aussi sur les aides-soignantes, à la fois sur le plan physique et psychologique. Cette situation sera présentée plus en détails dans le chapitre suivant (cf. chapitre 9).

3.3.2.3. Le cas de la gestion d'une détresse respiratoire

Un autre exemple, celui de la situation de détresse respiratoire (cf. figure 29), illustre les ajustements opérés par les aides-soignantes en poste de nuit pour gérer ces situations critiques. La figure 29 ci-dessous présente un suivi détaillé des événements liés à une urgence médicale impliquant un résident.

Horaires	Événements		Traces de l'activité
20h28	Urgence médicale :		1. Difficultés respiratoires d'un résident détectées lors du premier passage en chambre.
-	détresse		2. Appel de l'infirmière et mise en place d'une assistance respiratoire.
20h52	respiratoire d'un résident		3. Vérification de l'état du résident et présence prolongée de l'infirmière.
21h52	Arrivée du Médecin		4. Une aide-soignante descend pour accueillir le médecin pendant que la binôme poursuit le passage dans les chambres.
22h03	Manque de bouteilles d'oxygène		5. Discussion sur le besoin de deux bouteilles d'oxygène pour la nuit. Les aides-soignantes n'en ont qu'une.
-			
22h54	Contrôle du niveau d'oxygène		6. Vérification du niveau d'oxygène du résident concerné.
-			
23h			
23h07	Intervention du SAMU		7. Le SAMU prend en charge le résident avec l'appui des aides-soignantes.
23h33	Départ du résident aux urgences		8. Le résident est évacué par le SAMU.

Figure 29. Chronique de la gestion d'une urgence par les aides-soignantes de nuit. AS-A11 et AS-A12 en poste de nuit (19h45-6h15)

Cette situation a nécessité plusieurs interventions sur une période d'environ 3 heures et une coordination étroite entre les soignants et les intervenants externes, notamment l'infirmière, le médecin et le SAMU. Les interventions ont principalement concerné des actions médicales directes (4 interventions) mais aussi des aspects logistiques et organisationnels, notamment le manque de matériel (bouteilles d'oxygène), et l'accueil des intervenants externes (médecin, SAMU). L'ensemble de l'urgence a mobilisé environ 1h37 (15 % du temps de travail global) de travail intensif. Un aspect marquant de cette situation réside dans la gestion du manque de ressources (bouteilles d'oxygène) qui a impliqué des discussions et des ajustements sous pression.

Chapitre 8. Les représentations du métier d'aide-soignante : valeurs professionnelles et critères de qualité des soins

Ce chapitre propose une analyse intermédiaire centrée sur ce qui garantit aux aides-soignantes la construction du sens dans leur action professionnelle (Petit et Dugué, 2013), en s'appuyant notamment sur les « valeurs logées dans l'activité », ce à quoi elles tiennent lorsqu'elles réalisent les soins et l'accompagnement des résidents (Mezzena et al., 2016).

L'objectif est double : il s'agit, d'une part, de caractériser les valeurs professionnelles qui sous-tendent leur engagement quotidien, et d'autre part, de définir les critères de qualité des soins à partir de leurs représentations, afin de mieux comprendre leur rapport au métier. Nous reprendrons ces critères dans le chapitre 9 pour les confronter au contenu de l'activité des aides-soignantes.

Tout d'abord, nous analyserons les valeurs professionnelles des aides-soignantes, en abordant leurs orientations professionnelles et la manière dont leur vécu et leurs valeurs personnelles influencent leur engagement dans ce métier (1). Ensuite, nous examinerons les critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents, en mettant l'accent sur les représentations de la qualité des soins, tant du point de vue institutionnel que celui des aides-soignantes elles-mêmes (2). Enfin, nous discuterons des ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs de qualité, en abordant les défis liés à la disponibilité des ressources humaines et temporelles, ainsi que les compétences spécifiques requises pour assurer une prise en charge optimale (3 et 4). Ces différentes sections permettront de comprendre comment les représentations professionnelles influencent la qualité des soins et l'expérience vécue des aides-soignantes.

1. Les valeurs professionnelles des aides-soignantes

Les entretiens réalisés avec les 15 aides-soignantes de l'EHPAD A ont fait émerger plusieurs thématiques qui détaillent les motivations profondes qui définissent leur engagement professionnel à exercer le métier d'aide-soignante, notamment à travers leur parcours, leur histoire personnelle et le sens qu'elles attribuent au métier d'aide-soignante.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'influence de leur vécu personnel et familial sur leur choix de carrière, en présentant l'importance donnée à la transmission intergénérationnelle, aux expériences de soins auprès de proches, et à la proximité affective avec les personnes âgées (§ 1.1). Puis, nous aborderons les réorientations professionnelles,

notamment les décisions de changer de voie après des événements marquants, et la recherche de sens dans une carrière orientée vers l'aide et le soin des autres (§ 1.2). Ces deux dimensions nous permettront de mieux comprendre comment ces aides-soignantes s'engagent dans un métier qu'elles perçoivent comme une vocation, tout en affrontant les défis qu'il implique.

1.1. Orientation professionnelle en lien avec le vécu et les valeurs des aides-soignantes

Parmi les 15 aides-soignantes interrogées, nous avons sélectionné les 8 témoignages les plus significatifs en lien avec les valeurs professionnelles des aides-soignantes. Les autres aides-soignantes, bien qu'ayant choisi cette voie professionnelle, n'ont pas exprimé de motivations aussi marquées ou détaillées.

1.1.1. Influence familiale

Parmi les 15 aides-soignantes interrogées, 5 évoquent une orientation professionnelle marquée par un lien familial fort. Toutefois, d'autres dimensions viennent compléter cette influence. On peut ainsi distinguer :

- *Le vécu personnel*, souvent façonné par des expériences de soins ou d'accompagnement de proches âgés, qui ont éveillé une sensibilité particulière au métier.
- *La transmission intergénérationnelle*, où le passé familial et les valeurs reçues des aînés nourrissent une vocation ancrée dans une histoire personnelle.
- *La proximité affective avec la personne âgée*, qui se manifeste par une affinité spontanée, une aisance relationnelle ou un intérêt profond pour cette tranche d'âge.

Ces dimensions ne s'excluent pas mutuellement : elles s'articulent dans un récit à la croisée du vécu intime, des attaches familiales, des expériences professionnelles et des convictions personnelles.

Tableau 38. Orientations à travers l'influence familiale

Catégories	Verbatims	
Liens familiaux Transmissions intergénérationnelles Vécu personnel Proximité affective avec la personne âgée	AS-A01	“ J'ai grandi avec des parents pas présents, nous les plus jeunes, on a été confié à notre grand-mère. Ma grand-mère, elle est décédée très jeune donc j'ai pas pu lui rendre ce qu'elle m'avait donné. Et puis, quand elle est décédée, elle s'est retrouvée toute seule. Elle n'avait personne pour être avec elle et elle est décédée à l'hôpital toute seule. Quand j'ai divorcé, j'ai dit je vais un peu donner aux personnes âgées, ce que moi une personne âgée m'a donné. Puisque c'est ma grand-mère qui m'a élevée et que si je suis celle que je suis aujourd'hui, c'est pas ma mère, c'est pas mon père, c'est ma grand-mère. ”
	AS-A02	“ Alors ma mère était aide-soignante, faisant fonction. Bon à l'époque hein, c'était en 2004 tu vois, elle travaillait en foyer résidence et j'allais souvent la voir et j'ai toujours été très proche des personnes âgées, entre guillemets. J'ai toujours été hyper à l'aise. Mais à l'époque, je préférais les enfants, je voulais faire auxiliaire puéricultrice et en fait, je suis tombée amoureuse du métier et de la gériatrie, en particulier parce que si tu regardes mon parcours, j'ai beaucoup plus travaillé auprès de personnes âgées que du reste donc voilà, c'est une vocation quoi. ”
	AS-A05	“ Moi je me suis occupée de ma grand-mère en soins palliatifs à la maison. Voilà, c'est moi qui m'occupais d'elle, jour et nuit. Et j'étais très jeune. La vie a fait que, en fait, je me suis orientée dans ce métier-là et en fait, c'était pour moi une logique. ”
	AS-A11	“ Parce-que j'ai toujours été très proche de mon grand-père. Depuis que je suis petite, j'ai toujours été avec les personnes âgées [...] parce que j'adorais m'asseoir, écouter. Ils avaient toujours des trucs à raconter. Ce sentiment protecteur, tu sais ? Protecteur. Ouais, j'ai toujours été attiré par la personne âgée parce que je me dis et je l'ai dit dans mon livret quand j'ai écrit la VAE : de leur passé, ils ont fait mon présent et permis l'ébauche de mon avenir. ”
	AS-A14	“ J'ai vécu personnellement avec plusieurs générations à la maison parce que je suis de la campagne et on était quatre générations à la maison. Et j'avais du mal à concevoir qu'on puisse placer ses proches en institution (rires). Puisqu'ils n'ont pas la chance d'être vraiment chez eux, ben moi je vais donner avec mes petits moyens à moi, enfin du haut de mes 20 ans au départ, tout ce que je peux de soutien et d'aide. ”

Ces expériences vécues auprès de leurs proches ont nourri les orientations vers le métier d'aide-soignante. Il en ressort notamment le fait d'être proche des personnes âgées de manière générale : « j'ai toujours été avec les personnes âgées » (AS-A11) ; « j'ai toujours été très proche des personnes âgées » (AS-A02). Certaines aides-soignantes expriment souvent une volonté de rendre ce qui leur a été donné par ces figures pour prolonger cet héritage en apportant aux résidents les soins et l'attention qu'ils estiment avoir reçus eux-mêmes : « je vais un peu donner aux personnes âgées, ce que moi une personne âgée m'a donné » (AS-A01).

1.1.2. Recherche de sens : orientations et réorientations professionnelles

Parmi les 15 aides-soignantes interrogées, 4 évoquent une réorientation professionnelle marquée par un événement personnel (divorce, décès) et une quête de sens face à des parcours initiaux éloignés du champ du soin. Ces dimensions s'entrecroisent dans des récits où le changement professionnel apparaît comme une manière de redonner du sens à sa vie, en investissant un métier porteur de valeurs d'aide, de soin et de relation.

Tableau 39. Catégorisation selon les liens familiaux, le vécu personnel et la proximité affective avec la personne âgée

Catégories		Verbatims
Réorientations professionnelles Vécu personnel	AS-A01	“ J'ai fait d'autres métiers avant, j'ai travaillé dans le commerce, dans la comptabilité, dans l'immobilier. Là où c'était vraiment l'argent, le business, c'était la rentabilité. Quand j'ai divorcé, j'ai dit je vais un peu donner aux personnes âgées, ce que moi une personne âgée m'a donné.”
	AS-A06	“ Moi je voulais faire quelque chose qui, comment dire ? Un métier que je sens que ça va avec ce que je ressens, avec la vie en fait, comment je peux donner un sens à un travail que j'aime ? Parce qu'il y a des métiers que j'ai fait, bon fallait le faire, mais ça apporte aucun sens et ça avait aucun goût.”
	AS-A07	“ Je travaillais dans la banque et j'ai tout arrêté. Donc j'ai commencé à travailler de nuit parce qu'on pouvait pas se permettre d'avoir un seul salaire et du travail de nuit. Bah quand j'ai réfléchi à ce que je voulais faire, je me suis dit que maintenant je consacrerai mon temps à aider les autres. Donc je me suis dit il me reste plus qu'une seule chose, ce que

		j'aimais bien, quand je vivais en Guadeloupe, c'était m'occuper des personnes âgées. Donc voilà, je suis partie chez les personnes âgées.”
	AS-A08	“ En fait j'ai eu comme un déclic. À la base, je suis esthéticienne. Et au décès de ma mère, j'ai voulu être vraiment dans les soins parce que je faisais du domicile avant et là je dis ben je change du tout au tout, je me suis reconvertie dans tout ce qui est aide à la personne. Et j'ai décidé de postuler dans une structure carrément. J'ai arrêté le domicile et l'esthétique aussi. ”

Ces réorientations professionnelles ont été la résultante d'un « déclic » lié à un évènement personnel comme le divorce (AS-A01) ou le décès d'un proche (AS-A08) mais l'ensemble de ces témoignages évoquent le besoin de changer de métier pour se recentrer sur l'aide à la personne et donner du sens à leur métier. L'AS-01 évoque la volonté de « donner aux personnes âgées, ce que moi une personne âgée m'a donné », l'AS-06 souhaite « donner un sens à un travail que j'aime », l'AS-07 veut consacrer du temps à aider les autres et l'AS-A08 ressent le besoin d'« être dans les soins ».

1.2. Représentation du métier par les aides-soignantes

La représentation du métier d'aide-soignante, telle qu'exprimée par celles travaillant à l'EHPAD A, met en évidence l'importance de la dimension relationnelle avec les résidents comme une source fondamentale d'engagement. À titre de rappel, des cartes DIXIT ont été utilisées comme support pour explorer ces représentations. Les aides-soignantes ont ainsi été invitées à choisir une ou deux cartes parmi les 30 disponibles, représentant leur métier, et à les commenter. Certains tableaux présentent la même carte pour plusieurs verbatims pour les aides-soignantes ayant sélectionné les mêmes. Nous présentons également les verbatims de certaines aides-soignantes qui n'ont pas toujours sélectionné de carte mais évoquent quand-même leurs représentations.

1.2.1. Relation avec les résidents

La dimension relationnelle avec le résident est largement mise en avant par les aides-soignantes dans la représentation de leur métier. Trois catégories ressortent des 15 entretiens et choix des cartes imagées : l'importance du lien humain et des échanges ; l'apport de joie, d'humour et le divertissement dans le soin ; l'accompagnement de la fin de vie et la dignité.

2 AS-A11	“ Ce qui est représentatif ? Ça, l'échange (en montrant la carte imagée), des moments de convivialité avec certains. Parce que je revenais des fois sur mon temps de pause, parce que je fais partie des bénévoles, pour faire des parties de scrabble tout ça. ”	
3 AS-A02	“ Cette image, c'est une personne âgée avec une personne plus jeune qui a l'air de semer, pour moi tu vois elle sème un peu les graines. C'est très symbolique à mes yeux. C'est assez con, elle m'a parlé surtout par le fait qu'il y a les deux populations, c'est-à-dire nous les jeunes qui nous occupons des personnes âgées. Et même si on s'occupe d'elles parce qu'elles ont perdu en autonomie, tu vois, elles sont capables encore de nous transmettre des choses, des émotions. Tu vois ? Des souvenirs, même des directives, des choses comme ça. ”	

- **L'apport de joie, d'humour et le divertissement dans le soin**

Parmi les 15 aides-soignantes interrogées, trois témoignages mettent en lumière une dimension souvent moins formalisée du soin, mais pourtant essentielle : celle de la joie, de l'humour et du divertissement. Dans leur quotidien professionnel, ces soignantes considèrent que leur rôle ne se limite pas aux soins corporels ou à la surveillance médicale ; il s'étend aussi à la capacité d'apporter de la bonne humeur, de l'énergie positive et une forme d'évasion aux résidents.

Le choix de cartes comme le manège ou le chef d'orchestre illustre cette volonté d'insuffler du rythme, du mouvement, voire une touche de spectacle dans les relations avec les personnes âgées. Ces images symbolisent le rôle d'animation sociale que certaines aides-soignantes endossent, consciemment, en parallèle de leurs missions de soins.

Ainsi, AS-A05 insiste sur l'idée que les aides-soignantes font partie intégrante du quotidien des résidents, presque comme une "bouffée d'oxygène" qu'elles leur apportent jour après jour, en cultivant bienveillance et ouverture sur le monde extérieur. AS-A06 et AS-A07, quant à elles, assument pleinement leur posture de "comédiennes du soin", capables de susciter rires et sourires, tout en respectant le cadre professionnel. L'humour devient ici un outil relationnel, un langage affectif partagé, un vecteur de lien social.

AS	Verbatims	Cartes imagées
1	“ Parce que mon métier est ça, c'est là, c'est-à-dire que c'est la joie, le partage, c'est la musique. Pour moi, la musique représente ça : le réveil des sens, le partage, l'écoute et puis l'entente. ”	
2	“ Et j'avais envie de te trouver une carte comme ça : on est leur vie en fait au quotidien. On leur apporte l'oxygène, tu vois, donc pour moi c'est ça que je leur apporte tous les jours. C'est ma bienveillance, ça va être mon humeur, je leur apporte le monde extérieur qu'ils n'ont plus. Donc du coup pour moi c'est ma mission du jour, Voilà, c'est la vie quoi, ça chante. Moi, j'essaye quoi du moins. ”	
3	“ Parce que j'aime bien m'amuser aussi tout en restant sérieux dans le domaine, mais m'amuser dans le bon sens du terme, c'est-à-dire avec les résidents qui me voient comme un comédien quoi en fait. ”	
4	“ Parce que j'aime bien, j'aime bien m'amuser avec mes résidents. Oui, j'aime bien blaguer, rigoler, ils aiment aussi ça en plus, rigoler, blaguer. J'aime la gaieté. ”	

- **Accompagner la fin de vie dans la dignité**

Deux témoignages relèvent la dimension de la fin de vie des résidents et de l'accompagnement des aides-soignantes. Deux cartes ressortent, le sablier (temps) et le sculpteur de nuage (colombe). L'AS-A01 (1) évoque deux temporalités entre celui du soin, de l'amusement tout

en étant conscient qu'ils vont disparaître tandis que l'AS-A14 (2) évoque la nécessité d'apporter un accompagnement humain et digne jusqu'à la fin.

AS	Verbatims	Cartes imagées
1	AS-A01 “ Pourquoi cette image ? C'est le sablier du temps qu'on aurait passé avec eux jusqu'à ce qu'ils disparaissent. Donc, en fait, voilà, c'est entre l'amusement et en même temps, on sait qu'ils vont disparaître. De leur laisser une image qui est joyeuse. ”	
2	AS-A07 “ Elle me fait penser à l'accompagnement de fin de vie. Voilà. Alors c'est peut-être dû au métier en EHPAD parce que je connais que ça. J'ai travaillé qu'en EHPAD donc pour moi, c'est faire au mieux pour un accompagnement digne. On n'est pas là pour les guérir. On est là pour les accompagner le plus dignement possible jusqu'au bout. Et ça, ça représenterait un peu ma philosophie du métier en EHPAD. ”	

1.2.2. Vocation et utilité

Dans le choix des cartes imagées et les verbatims qui les accompagnent, les aides-soignantes expriment leur engagement professionnel à travers les notions de « vocation », de « métier passion » ou encore de « métier de bon cœur ». Pour plusieurs d'entre elles, exercer ce métier relève d'une forme d'évidence ou de prédestination : « c'est dans mes gènes », « dans ma peau » (AS-A05). Cette idée d'un don de soi revient fréquemment, comme en témoignent les formulations telles que « c'est un métier qu'on doit faire avec le cœur » (AS-A15) ou encore « ça me donne envie de me lever le matin » (AS-A03). Le métier est ainsi présenté non seulement comme une voie choisie, mais aussi comme un engagement profondément ancré, qui dépasse les considérations matérielles : « il ne faut pas penser qu'on a un beau salaire à la fin ». Les contraintes du métier sont reconnues, mais relativisées à travers la valorisation de son utilité

sociale et humaine : « ça donne un sens à ta vie d'être là pour les personnes » (AS-A03). Ce sens attribué au métier semble alors constituer une ressource intérieure majeure pour affronter les difficultés du quotidien.

AS	Verbatims	Cartes imagées
1	AS-A01 “ Donc c'est pour ça que j'ai pris cette carte-là, parce que c'est pour ça que j'ai choisi ce métier-là, c'est une <i>vocation</i> pour moi. ”	
2	AS-A03 “ C'est vrai que moi le métier d'AS, je l'ai fait entre guillemets un peu par <i>vocation</i> parce que j'ai toujours préféré le médical à autre chose. [...] Je me verrais pas à l'heure actuelle faire un autre métier que celui-là. C'est être auprès des personnes qui ont besoin. La personne, elle est vulnérable à ce moment-là, elle a besoin de soutien et souvent ils n'ont pas le soutien de leur famille, de leurs proches, de leurs amis. Pour eux comme on est là tous les jours, ils nous le rendent dix fois mieux. [...] Au fond, on sent pourquoi on..., enfin ça a un sens important à notre vie, et par moment, tu vois, je préfère 100 fois être ici que seul chez moi. Enfin, je sais pas, ça donne un sens à ta vie d'être là pour les personnes. Moi ça me donne envie de me lever le matin même si t'as pas envie quoi. ”	Pas de choix de carte
3	AS-A05 “ C'est vraiment une <i>passion</i> mon métier. Donc voilà, c'est dans mes gènes quoi. Tu vois, c'est dans ma peau. Vraiment, j'adore mon métier et pour moi, c'est indispensable. ”	

4	“ Euh après celle-là, ça représente aussi pour moi un <i>métier de bon cœur</i>. C'est un métier qu'on doit faire avec le cœur en fait, pas penser qu'on a un beau salaire à la fin, parce qu'en général il y en a beaucoup qui pensent ça. Moi je pense pas du tout à ça. Je pense surtout que si je fais ce métier c'est vraiment pour aider les personnes âgées. ”	

1.2.3. Le manque de temps et la pénibilité

Parmi les 15 aides-soignantes interrogées, trois témoignages mettent plutôt en évidence les limites et contraintes du métier, en particulier le manque de temps et la charge de travail. Ces dimensions, bien que moins visibles dans les discours valorisants sur le soin, pèsent fortement sur le vécu professionnel au quotidien. Le choix de cartes représentant un sablier et une bougie témoigne de cette tension permanente entre les exigences du travail et les aspirations relationnelles des soignantes. L'impression de courir après les minutes, sans pouvoir accorder l'attention souhaitée aux résidents, revient de manière récurrente dans les propos. Ainsi, AS-A08 évoque directement cette course contre-la-montre qui empêche d'établir une relation de qualité. AS-A10 souligne que, même la nuit, période a priori plus calme, le temps reste insuffisant pour créer un véritable lien avec les résidents. Elle ajoute également une critique plus large du système, en insistant sur la disproportion entre les risques du métier, la charge mentale et physique, et le niveau de rémunération.

AS	Verbatims	Cartes imagées
1	“ Bah là, en fait, on court après le temps enfin. ”	

2	“ Le temps. Je trouve que par rapport à mon métier, on n'en a pas assez, même la nuit. Pour le relationnel. Même la nuit, oui, on va dire qu'on en a un peu plus que la journée, mais c'est pas assez. Comment t'expliquer ? En fait, quand on arrive déjà ils dorment ou alors ils sont déjà bien assoupis. Et là le relationnel, il y est pas. En journée, elles ont pas le temps parce qu'il y a trop de travail et nous la nuit, c'est parce qu'ils dorment en fait. Ils sont déjà assoupis quand on arrive.”	
2	“ Je trouve qu'il y a beaucoup de risques et que c'est pas assez rémunéré par rapport à la charge physique, mentale et tout ce qu'on peut avoir. ”	

2. Les critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents chez les aides-soignantes

L'objectif de cette section est de préciser les critères de qualité des soins en croisant deux sources : la définition proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'analyse des verbatims recueillis auprès des aides-soignantes sur leurs représentations de ce qu'est un soin de qualité. Il s'agira ainsi de confronter une approche institutionnelle, normative, à l'expérience vécue et aux perceptions professionnelles de terrain, afin d'identifier les dimensions de la qualité qui résonnent le plus fortement dans leur pratique quotidienne.

2.1. Définition institutionnelle de la qualité des soins en EHPAD

Pour rappel la définition de la Haute Autorité de la Santé (2024)³⁸ concernant la notion de qualité des soins est la suivante :

Définition de qualité des soins en EHPAD (HAS, 2024)
« La qualité des soins et de l'accompagnement en EHPAD vise à garantir la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées hébergées. Elle nécessite une approche globale et multidimensionnelle afin d'apporter une réponse personnalisée en termes de besoins et d'attentes physiques, psychologiques et sociales, dans le but de préserver leur dignité et leur autonomie, de respecter leurs choix et préférences et d'encourager leur participation active. Cette approche permet de considérer chaque résident comme une personne à part entière, avec ses propres préférences et aspirations, inscrite dans un parcours de vie singulier. Si l'évaluation de la qualité passe par une mesure des aspects structurels et opérationnels, elle doit tout autant s'attacher à apprécier les dimensions fonctionnelles, notamment relationnelles. Ainsi, cela inclut non seulement des soins médicaux et des aides à la vie quotidienne performants, mais également un soutien émotionnel pertinent et la proposition d'activités sociales, culturelles ou récréatives significatives pour la personne âgée ».

Afin de synthétiser les principaux éléments évoqués dans la définition de la HAS et de proposer une première grille de lecture des critères de qualité des soins, nous présentons ci-dessous le tableau 44. Les critères y sont regroupés selon trois grandes dimensions : la réponse aux besoins fondamentaux, la personnalisation de l'accompagnement, et le soutien à la socialisation, mettant ainsi en lumière l'importance de la dimension relationnelle dans le soin.

Tableau 40. Catégorisation des moyens d'atteinte des objectifs de la qualité des soins par la HAS (2024)

Catégories	Critères HAS
Répondre aux besoins fondamentaux	« Répondre aux besoins et attentes » « Préserver leur dignité et leur autonomie » « Soins médicaux » « Aide à la vie quotidienne »
Personnaliser les soins	« Apporter une réponse personnalisée » « Considérer chaque personne comme une personne à part entière, inscrite dans un parcours de vie singulier » « Respecter leurs choix et préférences » « Encourager leur participation active »
Soutenir la dimension relationnelle et sociale	« Soutien émotionnel » « Proposition d'activités sociales, culturelles ou récréatives »

³⁸ La définition de la HAS a déjà été présentée dans le chapitre 2.

2.2. Représentations de la qualité des soins chez les aides-soignantes

Nous présentons à présent l'analyse des 15 entretiens menés avec les aides-soignantes, portant sur leurs représentations de la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents, en mettant notamment en lumière leur compréhension de la bientraitance. Le traitement thématique des verbatims a permis de regrouper leurs discours en fonction de deux grandes dimensions : *la réponse aux besoins fondamentaux et la personnalisation des soins*, qui reflètent à la fois leurs représentations du métier et leurs valeurs professionnelles. La troisième dimension identifiée par la HAS, soutenir la dimension relationnelle et sociale, est peu présente dans les discours, ce rôle étant principalement assumé par d'autres professionnels de l'établissement, tels que les animateurs.

2.2.1. Répondre aux besoins fondamentaux des résidents

La perception du rôle des aides-soignantes se caractérise d'abord par une réponse aux besoins fondamentaux des résidents avec un équilibre entre les impératifs d'hygiène, la prévention médicale, le bien-être psychologique et la préservation de la dignité des résidents.

Tableau 41. Catégorisation des besoins fondamentaux des résidents

Catégories	Verbatims
Répondre aux besoins physiques (hygiène)	AS-A02 “ Qu’il soit propre et bien à mes yeux, c’est hyper important de sortir de la chambre et de veiller à ce que le résident il aille mieux. ”
	AS-A06 “ Quand je fais un soin à un résident, déjà c’est son hygiène de vie. Par exemple, ça va être des soins bucco-dentaires, des soins de bouche, les brossages aussi et ça va être les soins d’hygiène, donc le corps. Ça peut arriver à un résident d’être souillé. Nous dès qu’on voit ça, c’est un automatisme, la première chose c’est de mettre le résident au propre, donc l’hygiène très impeccable et toujours vérifier au niveau des protections que tout se passe bien, enfin qu’il reste pas longtemps souillé dans ses selles ou dans ses urines. Pour moi le truc le plus important, c’est qu’il se sente bien. Voilà qu’ils n’aient pas de gênes, qu’ils se sentent à l’aise. Je peux pas le laisser des heures et des heures tremper dans ses urines. ”
	AS-A07 “ L’après-midi je fais des toilettes pratiquement partout. Voilà, je préfère utiliser l’eau, le savon plutôt que de prendre juste du « gras ». Voilà, on va me dire « oui, mais on passe juste un peu de gras et puis c’est bon, on a pas

		besoin de mouiller ». Non, moi je peux pas, je préfère, un peu comme ils disent, « couper le feu » et faire la toilette. Pour moi, il faut qu'ils soient propres en toutes circonstances, c'est tout. ”
Préserver leur dignité	AS-A01	“ La personne est dans les selles même si elle refuse, elle va me dire « non » mais au bout d'un moment on peut pas laisser la personne dans les selles. On va faire un peu de maltraitance, on peut appeler ça comme ça mais c'est pas de la maltraitance. Et c'est aussi une forme de respect, c'est le respect de l'être humain, de pas laisser une personne comme ça, même si elle-même ne veut plus. ”
Soins médicaux	AS-A13	“ Que le soin soit effectué correctement, qu'il n'y ait pas de souci de peau, de santé, pas d'impact derrière qui puisse générer des graves problèmes. ”
Bien-être psychologique	AS-A05	“ Il faut que le résident, en retour de mon soin, soit apaisé, en sécurité. ”
	AS-A13	“ C'est de pas générer de stress, qu'il se sente bien. ”

L'attention portée à l'hygiène n'est pas seulement une réponse aux objectifs de réalisation du nursing, elle comporte également une dimension morale et d'éthique professionnelle. L'AS-A06 ne peut pas laisser le résident « des heures et des heures tremper dans ses urines » ; l'AS-07 ne peut pas juste utiliser du « gras » et préfère « couper le feu et faire la toilette » pour « qu'ils soient propres en toutes circonstances » (AS-A07) et pour l'AS-02, c'est « hyper important » que les résidents « soient propres et bien à mes yeux ». Le dilemme éthique entre le respect de la volonté du résident et la nécessité de soins d'hygiène est également abordé par l'AS-A01 qui ne peut pas « laisser la personne dans les selles ». Pour cette aide-soignante, la préservation de la dignité du résident (« respect de l'être humain ») passe par l'hygiène.

Au-delà des gestes techniques, les aides-soignantes prennent en compte la dimension médicale du soin pour qu'il ne génère pas de souci de santé (souci de peau) et la dimension psychologique des résidents pour qu'ils ne génèrent pas de « stress » et qu'ils se sentent « bien » « apaisé », « en sécurité ».

2.2.2. Personnaliser les soins

Les représentations de la qualité des soins par les aides-soignantes passent par la notion centrale de la bientraitance des résidents. Les verbatims mettent en évidence l'importance accordée à la

personnalisation des soins, la participation active des résidents et la prise en compte de l'histoire et du parcours de vie du résident.

Tableau 42. Catégorisation de la personnalisation des soins

Catégories	Verbatims	
<i>Respecter les choix et préférences</i>	<i>AS-A01</i>	“ La bientraitance, c'est vraiment comment on va se comporter vis-à-vis du résident. [...] Si on ne le respecte pas et qu'on veut faire contre la personne, ben c'est de la maltraitance. [...] On n'est pas obligé de taper une personne pour la maltraiter. [...] Pour moi, vraiment le plus important, c'est le respect de la personne. ”
	<i>AS-A02</i>	“ Dans le respect mais le respect tout englobé. Le respect de la personne, le respect de son être. Ouais le respect en général. »
	<i>AS-A05</i>	“ Qu'il ait pu verbaliser ses demandes, être à l'écoute. Vraiment dans cette bienveillance. ”
	<i>AS-A11</i>	“ Respecter, respecter ses désirs à lui, déjà en priorité. [...] La bientraitance du résident. C'est le respect de sa dignité, de ses droits, il a des droits. Ne pas l'infantiliser. Non, c'est une personne, c'est une grande personne. [...] Déjà ça commence par appeler la personne par son nom de famille. ”
	<i>AS-A13</i>	“ Qu'on réponde à ses attentes. ”
	<i>AS-A15</i>	“ Déjà que le résident soit d'accord, parce qu'il faut qu'ils soient d'accord les résidents, certains ne sont pas d'accord qu'on leur fasse les soins. [...] Quand on change les résidents, alors déjà les réveiller doucement. [...] Ne pas leur faire peur et les prévenir de ce qu'on va faire. Pour moi, une bonne qualité, du moins pour la nuit c'est surtout de les prévenir et de pas leur faire peur. [...] Vu qu'ils dorment en fait de pas couper non plus leur sommeil complètement. ”
<i>Encourager leur participation active</i>	<i>AS-A02</i>	“ Alors quand t'arrives à faire en sorte que le résident soit participatif. Une personne qui d'habitude est dans le refus de participer et qui là va le faire. ”
<i>Considérer chaque personne</i>	<i>AS-A11</i>	“ La bientraitance, c'est voir la personne dans sa globalité, pas seulement par son handicap ou par sa pathologie. ”

<i>comme une personne à part entière</i>	<i>AS-A12</i>	“ Dans la prise en soin, l'empathie. L'empathie et se mettre à la place d'eux. C'est pas faire à la place d'eux mais se mettre à la place d'eux. ”
	<i>AS-A14</i>	“ Quand on connaît un peu les histoires de chacun, demander des nouvelles de la famille, ça déjà. [...] On est soignant, on est là pour le soin mais on est aussi des êtres humains. [...] On n'est pas obligé d'être axé que sur du soin et de « est-ce que vous avez mal ? ». ”

Lorsqu'elles désignent la bientraitance, les aides-soignantes parlent généralement de respecter le résident, particulièrement ses préférences et ses droits. L'AS-A01 souligne qu'« on n'est pas obligé de taper une personne pour la maltraiter. Pour moi, vraiment le plus important, c'est le respect de la personne ». Ce respect prend en compte la personne dans sa globalité : « respect de la personne » (AS-A01 et AS-A02), « respect de son être » (AS-A02), ses « désirs » (AS-A11) et « ses attentes » (AS-A13) et donc cela suppose une « écoute » et une « bienveillance » (AS-A05). La participation active des résidents dans leur propre prise en charge est également favorisée par les aides-soignantes en encourageant le résident à être « participatif » (AS-A02). Enfin, la bientraitance passe aussi par la reconnaissance de chaque résident comme une personne à part entière, une approche globale de sa personne qui rejoint le respect du résident. L'objectif est de « voir la personne dans sa globalité, pas seulement par son handicap ou par sa pathologie » (AS-A11) et de s'intéresser quotidiennement à la vie personnelle des résidents en demandant « des nouvelles de la famille » (AS-A14).

L'ensemble de ces critères renvoie également à la dimension relationnelle de la qualité des soins (écoute, discussions en lien avec l'histoire et la vie personnelle du résident) mais pour autant les activités sociales, culturelles et récréatives ne sont pas mentionnées par les aides-soignantes dans les critères de qualité des soins. Cependant, une équipe d'animation intervient au sein de l'EHPAD A pour participer à la vie sociale des résidents.

À partir de l'analyse de nos résultats des représentations des aides-soignantes et de la définition de la HAS, nous pouvons définir de manière plus opérationnelle et complète la qualité des soins en EHPAD.

Tableau 43. Catégorisation des critères de qualité des soins à partir de l'analyse de la définition de la HAS et des représentations des aides-soignantes

Catégories	Critères HAS	Critères aides-soignantes
Répondre aux besoins fondamentaux	• « Répondre aux besoins et attentes physiques » • « Aide à la vie quotidienne »	• Assurer la propreté des résidents pour leur bien-être • Veiller à ce qu'ils ne restent pas souillés • Préférer des soins complets à des soins partiels pour préserver le confort
	• « Préserver leur dignité et leur autonomie »	• Ne pas laisser une personne dans une situation indigne (hygiène) même si elle refuse momentanément • Voir dans l'hygiène un acte de respect fondamental • Préserver l'autonomie autant que possible
	• « Soins médicaux »	• Réaliser les soins de manière rigoureuse pour éviter des complications physiques (ex. escarres, infections) • Anticiper les besoins médicaux pour protéger la santé globale
	• « Répondre aux besoins et attentes psychologiques »	• Apaiser les résidents par le soin • Créer un climat rassurant pour éviter le stress ou l'angoisse
Personnaliser les soins	• « Apporter une réponse personnalisée » • « Respecter leurs choix et préférences »	• Être à l'écoute des demandes et des préférences individuelles • Respecter les droits des résidents, sans infantilisation • Prévenir les gestes de soin, obtenir le consentement • Adapter les soins à leur rythme (ex. réveil en douceur la nuit)
	• « Encourager leur participation active »	• Valoriser l'engagement du résident dans les soins et le quotidien. • Accompagner sans imposer, en respectant leur rythme et leur volonté.
	• « Considérer chaque personne comme une personne à part entière, inscrite dans un parcours de vie singulier »	• Ne pas réduire un résident à son handicap ou sa pathologie. • Faire preuve d'empathie en se mettant à leur place sans agir à leur place.

		• Prendre en compte leur histoire personnelle et s'intéresser à leur bien-être au-delà des soins médicaux.
Soutenir la dimension relationnelle et sociale	• « Soutien émotionnel » • « Proposition d'activités sociales, culturelles ou récréatives »	• Instaurer une relation bienveillante au quotidien • Utiliser l'humour, la parole, la présence pour créer un climat de confiance • Offrir un espace d'écoute même en dehors des temps de soin

3. Les ressources nécessaires pour répondre aux objectifs de qualité des soins et d'accompagnement des résidents

La mise en œuvre de la qualité des soins et d'accompagnement des résidents nécessitent des moyens pour y parvenir. En définissant les conditions de travail idéales, les aides-soignantes pointent deux besoins essentiels : les effectifs suffisants et le temps minimal nécessaire pour faire leur travail.

Dans cette deuxième partie, nous analyserons les critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents en EHPAD à travers deux perspectives complémentaires. Dans un premier temps, nous étudierons la définition institutionnelle de la qualité des soins, telle que formulée par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui met l'accent sur une approche globale et personnalisée des soins, en tenant compte des dimensions physiques, psychologiques et sociales des résidents (§ 2.1). Puis, nous explorerons les représentations des aides-soignantes concernant la qualité des soins, en mettant en lumière les aspects de bientraitance et de respect des besoins fondamentaux et de la personnalisation des soins, tout en soulignant la dimension relationnelle souvent absente de leurs discours (§ 2.2).

3.1. Ressources quantitatives : les ressources humaines et temporelles

3.2. Ressources qualitatives : les compétences

3.2.1. Apports des compétences liées au diplôme d'aide-soignant et des formations spécifiques

La formation d'aide-soignante et les formations spécifiques telles que la formation « Humanitude », possédant une approche pédagogique mais aussi éthique pour améliorer la

qualité des soins et la relation entre les soignants et les résidents (ASSHUMEVIE, 2021), favorisent l'acquisition d'un ensemble de connaissances, de savoir-faire, d'attitudes et d'aptitudes nécessaires pour la prise en charge des résidents. Ces compétences diffèrent selon les aides-soignantes qui en définissent les contours des principales caractéristiques (2 sur les 3 sont diplômées) notamment pour répondre au critère de personnalisation des soins :

Catégories	Verbatims
Personnaliser les soins	AS-A01 diplômée “ [...] Si t'as pas eu les formations sur comment aborder une personne qui a Alzheimer ou Parkinson, tu peux pas communiquer, tu peux pas faire un soin facile ou tu peux pas faire un bon soin sans être maltraitant parce que tu vas forcer, parce que tu sais pas comment aborder cette personne, on t'a pas donné les bases, t'as pas eu les formations qu'il faut. ”
	AS-A05 Diplômée “ Les formations. Ça aide énormément. Sur la communication, sur le contact avec le résident. Un exemple, un résident qui est majoré au niveau troubles cognitifs, en déambulation et en agressivité. Une personne lambda qui est soignante ou même pas diplômée qui va arriver et faire cette personne-là, tu vas avoir directement un contact, un air agressif. Avec une formation, tu vas te mettre en tenue civile. Tu vas amener les choses différemment, tu vas avoir une approche différente et tu vas pas perdre 20 minutes à vouloir ramener la personne dans la chambre déjà. Je te parle d'atteinte cognitive hein, mais ça peut être sur plein de choses les formations. ”
	AS-A06 Faisant fonction “ Déjà, il faut être formé, ça c'est clair. Même sans être diplômé, il faut des petites formations, même en interne, même si c'est quelqu'un qui n'a pas le diplôme, on lui montre, on lui explique. Et puis, en fait pour moi, y'a pas photo, il faut être formé pour prendre soin d'un résident, d'une personne, pour connaître ce qu'on peut faire et ce qu'on peut pas faire. ”

Les aides-soignantes soulignent que le diplôme d'aide-soignante et les formations spécifiques apportent une meilleure compréhension du soin, de la communication, et de l'approche adaptée à chaque résident. Par exemple, les formations sur l'accompagnement de personnes atteintes de troubles cognitifs, permettent de maîtriser des approches spécifiques pour éviter l'agressivité et le stress chez les résidents (1 et 2). La qualité du soin est alors impactée comme le souligne l'AS-A01 et l'AS-06 : « tu peux pas faire un bon soin » (1), « y'a pas photo, il faut être formé pour prendre soin d'un résident » (3). L'AS-A05 souligne également l'impact temporel d'une

mauvaise approche d'un résident avec des troubles cognitifs : « et tu vas pas perdre 20 minutes à vouloir ramener la personne dans la chambre déjà. » (2).

L'AS-A01 décrit l'exemple d'un résident dont la perte progressive de son autonomie nécessite d'adopter des stratégies pour aborder les refus d'aide et de soins, en tenant compte de la frustration et du déni de certains résidents. L'aide-soignante utilise des stratégies indirectes en ajustant son mode d'interaction, ses mots pour encourager dans la bienveillance, le résident à accepter une assistance, tout en préservant son estime de soi.

Verbatims

4	“
AS-A01	Quand ce résident était autonome, il faisait tout, tout seul, donc c'est quelqu'un qui se rasait tous les jours et qui avait l'habitude de faire lui-même. Au final, il peut plus le faire de lui-même, et des fois il nous sollicite pas, parce qu'il est pudique et qu'il a du mal à accepter qu'il ne peut plus faire lui-même. Il va te dire « <i>non j'en ai pas besoin</i> » et puis il fait seul parce que la frustration est là, il se sent diminué. Qu'on le fasse à sa place, il veut pas. Bon malheureusement, c'est un besoin naturel. Du coup il fait sur lui. Parce qu'il a refusé qu'on l'aide pour aller aux toilettes. Donc quand c'est comme ça, on va lui demander mais il va dire « <i>non, non, je veux pas aller aux toilettes</i> ». On lui répond « <i>Oh vous allez pas aux toilettes, c'est pas grave mais on va quand même y aller, on va essayer même si vous faites que pipi</i> ». Je sais qu'il veut pas parce qu'il veut pas perdre son autonomie. Il a du mal à comprendre qu'il peut plus aller tout seul mais on va l'y amener, pas en m'imposant mais avec tact pour lui dire « <i>oui, vous allez juste faire pipi</i> » ou bien « <i>le temps que je vais faire le lit, restez un peu aux toilettes même si vous faites rien c'est pas grave</i> ». Donc je vais l'amener à faire ce qu'il veut pas que je lui fasse.”

En résumé, la formation est au cœur du développement des compétences des aides-soignantes en EHPAD, leur permettant d'acquérir les techniques et savoir-être nécessaires pour s'adapter aux résidents, à leurs besoins et aux différentes situations qu'ils peuvent rencontrer.

3.2.2. Apports des compétences liées à la connaissance des résidents

À travers plusieurs témoignages, les aides-soignantes décrivent comment leur connaissance des habitudes des résidents facilite leur travail au quotidien, rendant les soins plus fluides et améliorant la qualité de la prise en charge. Les aides-soignantes soulignent l'importance de bien connaître les résidents pour offrir une prise en charge de qualité et optimiser le temps :

Catégories	Verbatims	
Personnaliser les soins	AS-A06	“ Donc quand il y a des résidents comme ça, nous on les connaît un peu plus ou moins, comment ils sont dans leur prise en charge, dans leur prise en soin. Donc on prend déjà l'initiative parce qu'on sait qu'il va nous demander, on sait déjà comment ça se passe, donc on a l'initiative de le faire avant. [...] Quand on les connaît les résidents, on arrive à plus ou moins gérer ce temps-là en fait. ”
	AS-A07	“ C'est plus rapide, c'est plus fluide et quand il refuse, c'est plus facile, comment dire, de négocier pour arriver à quelque chose, en fait. ”
	AS-A08	“ Quand on les connaît bien, oui, c'est moins contraignant. ”
	AS-A10	“ Plus tu connais le résident, mieux est la prise en charge, il y a pas d'impact hein moi je trouve. ”
	AS-A11	“ Ben ça allège. On les connaît, donc on anticipe. On anticipe déjà le travail qu'on a à faire auprès d'eux, la prise en soin. ”

La connaissance des résidents facilite l'anticipation des besoins et les comportements des résidents, ce qui leur permet d'ajuster les soins en fonction des situations, de faciliter également les négociations lors de refus de soins et contribue à assurer le bien-être des résidents. L'analyse des entretiens permet de ressortir comment la connaissance approfondie des résidents impacte significativement la prise en charge des soins en EHPAD.

3.2.3. Les ressources humaines

Interrogées sur leurs aspirations en matière de conditions de travail idéales, les aides-soignantes sont nombreuses (huit aides-soignantes) à mentionner la nécessité de disposer de personnel suffisamment nombreux pour assurer le soin et l'accompagnement des résidents sous peine de ne pas « être bon soignant si on n'est pas en nombre suffisant » (1).

Verbatims	
1	“ Les conditions idéales, ça serait peut-être plus de soignants. [...] On ne peut pas être bon soignant si on n'est pas en nombre suffisant pour prendre en charge les pathologies des résidents. ”
AS-A01	

2	“ Bah oui, c'est plus de personnel déjà. Plus de personnel. Un peu plus, ça serait pas mal parce que par exemple, on a 10 résidents pour une personne, c'est énorme pour peu de temps, c'est pas possible. ”
AS-A04	
3	“ La journée idéale de travail, ce serait ça. Ce serait on va dire, dans l'idéal, trois résidents pour quatre soignantes tu vois ce que je veux dire ? ”
AS-A05	
4	“ L'idéal, c'est un peu complexe parce qu'on a toujours quelque chose qui nous va pas, mais en fait le problème qui se pose, c'est les manques d'effectifs en fait. Voilà c'est ça parce que s'il manque quelqu'un, c'est ça qui nous plombe en fait. ”
AS-A06	
5	“ C'est plus au niveau moyen financier, qu'il y ait l'argent nécessaire pour que les aides-soignantes puissent être en masse, tu vois. En nombre quoi. Plus que deux pour les après-midis ou deux par secteur pour les matins, tu vois. Malgré tout, c'est quand même peu. et puis ça se rejoint en plus, plus t'es nombreux et plus t'as le temps de bien faire les choses. ”
AS-A07	
6	“ Bon, là, le suivi régulier et surtout l'effectif. Surtout l'effectif. Si on peut travailler en effectif normal. Ce serait l'idéal. ”
AS-A10	
7	“ Bah l'idéal pour moi, que peut-on faire de plus ? Avoir plus d'effectifs, avoir une infirmière la nuit. ”
AS-A11	
8	“ Bah l'idéal, ce serait du personnel, du personnel, du personnel. ”
AS-A14	

Les témoignages relèvent d'ailleurs plus d'un constat de la nécessité de renforcer les équipes vis-à-vis du ratio actuel : « 10 résidents pour une personne, c'est énorme pour peu de temps » (2), l'idéal serait « trois résidents pour quatre soignantes » (3), ou « Plus que deux pour les après-midis ou deux par secteur pour les matins » (5). Plus qu'un surplus de personnel soignant, la nécessité d'être en effectif qui relève de la normalité est important (AS-A10) : « Si on peut travailler en effectif normal » (6) quand un autre aide-soignant (AS-A06) relève l'impact de l'absentéisme « parce que s'il manque quelqu'un, c'est ça qui nous plombe en fait » (4).

3.2.4. Les ressources temporelles

Une autre ressource nécessaire à la qualité des soins est le temps. Les verbatims de huit aides-soignantes viennent confirmer la place centrale de cette dimension temporelle.

Le tableau 48 ci-dessous présente les verbatims des aides-soignantes de l'EHPAD A qui caractérisent le besoin en temps en les catégorisant selon les critères de qualité de soin.

Tableau 44. Catégorisation de la qualité des soins et dimension temporelle selon les aides-soignantes

Catégories		Verbatims
<i>Approche globale</i>	<i>AS-A01</i>	“ Une prise en charge de qualité ? C'est le temps. Si j'ai assez de temps, je fais une prise en soin de qualité [...] Tu peux pas faire comme il faut si tu n'as pas de temps. ”
	<i>AS-A06</i>	“ La bientraitance, moi je dis c'est de leur donner le temps. C'est toujours ça qui revient, c'est le temps. ”
	<i>AS-A09</i>	“ Un peu plus de temps, pour faire toutes les choses tranquillement, on le fait, mais on le fait toujours en vitesse [...] s'il y a plus de temps, il y a une meilleure qualité pour tous les résidents. ”
<i>Répondre aux besoins fondamentaux</i>	<i>AS-A14</i>	“ Avec le temps qui est nécessaire, de pas forcément faire un soin bâclé parce que derrière y a beaucoup de choses à faire. ”
<i>Personnaliser les soins</i>	<i>AS-A03</i>	“ Les conditions idéales, ce serait d'avoir du temps pour chaque personne. [...] Moi ça serait 30 à 40 minutes de soin par résident déjà. Juste ça, c'est peu, mais c'est déjà bien. Du coup, tu peux prendre le temps avec la personne, lui sécher les cheveux correctement ou la coiffer, faire ce qu'elle demande. Genre si elle peut se brosser les dents, ben même si elle met 10 minutes, tu peux te permettre de perdre ces 10 minutes-là. C'est con mais mettre de la crème sur le visage. Il y en a, elles aiment bien être pomponnées, mettre leur crème hydratante, crème anti-rides et tout, ben tu sautes, alors que là si tu peux te permettre de prendre ton temps. ”
<i>Favoriser la dimension relationnelle</i>	<i>AS-A05</i>	“ C'est ça pour moi les questions de temps c'est ça. C'est la sérénité, je suis bien, je m'occupe bien de mon résident, j'ai 1 heure pour m'occuper d'elle. Et pour elle, ça va être voilà elle va prendre, elle va prendre, elle va prendre. ”

	AS-A06	“ Donner le temps pour les soins, le temps pour la parole, le temps même de discuter avec eux, le temps dans tout en fait ”
	AS-A07	“ La bientraitance et ben déjà, faut prendre le temps pour l'écouter. Le temps de prendre le soin, de lui faire le soin comme il faut. ”
	AS-A08	“ Le résident parle, tu passes outre ? Non, il faut l'écouter et il faut prendre son temps. C'est vrai qu'on a pas souvent le temps mais bon. ”

Pour caractériser la qualité des soins, les aides-soignantes évoquent la nécessité d'avoir le temps pour répondre à la finalité de bientraitance de manière générale (avoir du temps pour assurer une prise en charge de qualité), notamment pour répondre aux besoins fondamentaux (éviter les soins bâclés), personnaliser les soins (répondre aux demandes, sécher les cheveux, coiffer, mettre de la crème) et favoriser la dimension relationnelle (écouter, discuter).

Les deux variables quantitatives que sont les effectifs et le temps structurent l'activité et déterminent les marges de manœuvre des aides-soignantes pour assurer un soin et un accompagnement de qualité. Ces facteurs conditionnent aussi la mise en œuvre des compétences.

4. Les écarts entre conditions de travail souhaités et expérience vécue des aides-soignantes

Dans cette section, nous nous penchons sur les écarts entre les conditions de travail idéales et réelles nécessaires pour offrir des soins de qualité, ainsi que sur le ressenti des aides-soignantes face aux ressources effectivement mises à leur disposition. Pour mettre en évidence ces disparités, l'utilisation des cartes imagées DIXIT lors des entretiens a permis aux aides-soignantes de visualiser et d'exprimer la réalité du travail tel qu'elles le vivent au quotidien. Nous explorerons ainsi les contraintes quantitatives et qualitatives auxquelles elles sont confrontées dans l'exercice de leur métier.

Dans un premier temps, nous analyserons les besoins en effectifs et en temps, en éclairant les témoignages des aides-soignantes sur les conditions idéales de travail permettant d'assurer une prise en charge de qualité (§ 3.1). Puis, nous nous intéresserons à l'importance des compétences professionnelles, qu'elles soient issues de la formation initiale ou continue, ou encore de la

connaissance approfondie des résidents, pour personnaliser et adapter les soins aux besoins spécifiques de chaque résident (§ 3.2).

4.1. Contraintes quantitatives : manque de ressources temporelles

Le choix des cartes imagées représente et synthétise de manière symbolique le ressenti des aides-soignantes vis-à-vis des limites structurelles. Pour représenter le travail réel, 10 aides-soignantes sur 15 ont choisi une carte en rapport avec le temps (une montre, un sablier). Les verbatims complètent la symbolique en insistant sur l'intensification de l'organisation et sur son impact sur les résidents.



Catégories	Verbatims	
<i>Approche globale</i>	<i>AS-A01</i>	“ Le temps est maintenant plus important qu'il ne l'était avant. Avant, on n'avait pas ça. Maintenant, tu sais que t'arrives à telle heure, tu dois finir à telle heure. Entre-temps, ce que tu dois faire de telle heure à telle heure, il faut que ça soit fait. Tu n'as pas d'excuse de ne pas le faire, donc on est toujours sur le temps. ”
	<i>AS-A06</i>	“ Pour moi je trouve qu'on n'a pas assez de temps pour eux. On ne peut pas leur accorder assez de temps parce-que le temps qui nous est donné, c'est très réparti et c'est peu. ”
	<i>AS-A07</i>	“ Pour moi, c'est le manque de temps. Ça revient tout le temps. Manque de moyens mais c'est surtout le manque de temps en fait. ”
	<i>AS-A11</i>	“ La réalité du métier, le temps qui passe. ”

	AS-A14	“ Du coup, alors le temps, c'est un paramètre qui pff, qui devrait pas exister en EHPAD. En journée, on court après le temps, on court en permanence après le temps et on impose un rythme effréné à des personnes qui sont finalement à la retraite. On dit la retraite, c'est pour se reposer, mais pour eux les pauvres, c'est l'institution qui veut ça mais on leur impose un autre rythme et ça c'est pas cool. [...] Parce que la journée on est toujours en train de galoper et on passe à côté de pleins de choses. Et on ferme les oreilles finalement. On ferme à ce qu'on est censé faire, les écouter en premier lieu, et on se ferme parce qu'on a le temps qui nous chasse et vite, vite, vite, vite ça va être l'heure de, vite, vite, vite, vite. ”
Personnaliser les soins	AS-A09	“ C'est le temps oui. Des fois, on ne peut pas traiter tous les résidents. Pareil, à cause du temps parce qu'il y a des résidents qui en ont besoin plus que d'autres mais des fois on n'a pas le temps de l'accompagner, de lui parler, de rester un peu avec la personne. ”
Favoriser la dimension relationnelle	AS-A04	“ C'est le temps. Je trouve que le temps passe tellement vite et on n'en a pas. Des fois c'est dommage, il y en a qui ont besoin de discuter et on n'a pas assez de temps. ”

Les aides-soignantes expriment unanimement le poids du manque de temps comme un obstacle central à la qualité des soins et à la relation avec les résidents. L'AS-A01 insiste sur la pression temporelle depuis quelques années : « tu sais que t'arrives à telle heure, tu dois finir à telle heure » (1). Cette gestion chronométrée empêche l'adaptation aux besoins individuels. L'AS-A06 et l'AS-A04 déplorent quant à elles l'impossibilité « d'accorder assez de temps » à chaque résident, en particulier à ceux qui ont besoin de parler ou d'un accompagnement plus soutenu (2, 3). Le manque de temps est également associé à une frustration professionnelle, comme en témoigne l'AS-A07 : « ça revient tout le temps » (4), une image partagée aussi par l'AS-A14, qui parle d'un « rythme effréné » imposé à des personnes âgées censées être à la retraite (9). Ces rythmes contraints nuisent non seulement à la relation mais aussi au sens même du soin : « on ferme les oreilles », dit-elle, c'est-à-dire qu'on cesse d'écouter (9). L'impact relationnel est souligné par l'AS-A09 qui regrette de ne pouvoir rester, parler, ou simplement être présente auprès des résidents, que ce soit de jour ou de nuit (6, 8). Même la nuit, moment réputé plus calme, « le relationnel, il y est pas » (8). Enfin, certaines aides-soignantes, comme l'AS-A10, vont jusqu'à considérer que le manque de temps empêche de faire le métier tel qu'il devrait être

fait, avec humanité et proximité : « on peut pas prendre soin d'eux comme on le ferait si c'était nos proches » (10).

4.2. Contraintes qualitatives : disparités de compétences

4.2.1. Disparités de compétences entre les diplômés et les faisant-fonction

Pour rappel, 50 % des aides-soignantes de l'EHPAD A ont le diplôme d'aide-soignante. Dans le témoignage suivant, l'aide-soignante (AS-A14), à travers son expérience personnelle, évoque le renversement de la proportion entre les aides-soignantes diplômées et les faisant-fonction :

Verbatims	
1 <i>AS-A14</i> - <i>15 ans d'ancienneté</i>	“ La proportion maintenant de faisant-fonction et diplômée s'inverse en fait. Avant moi quand j'étais ASH, faisant fonction aussi, dans tous l'EHPAD on était trois. Moi j'y étais tout le temps, mais les deux autres y étaient qu'exceptionnellement et là on n'y est plus du tout quoi. Il y a même plus de faisant fonction que de diplômés.”

Le manque de formation peut notamment engendrer des lacunes importantes dans les compétences techniques nécessaires à une prise en charge de qualité. Les AS-A02 et AS-A14 soulignent l'importance d'avoir la formation requise pour garantir un niveau de qualification minimum, et encourage les faisant-fonction à intégrer une formation d'aide-soignant pour l'acquisition de compétences techniques.

Verbatims	
2 <i>AS-A02</i>	“ Ouais alors déjà je dis à toutes les filles qui sont faisant-fonction de faire l'école aide-soignante. Parce que c'est possible déjà et parce qu'en plus ouais, ça te permet de faire des stages dans plusieurs endroits, de voir aussi d'autres milieux, d'autres structures, d'autres services et en plus de ça, ça t'aide sur ta technique, ça t'aide d'être avec la personne au quotidien.”
3 <i>AS-A14</i>	“ Une partie, ils sont là mais devraient pas forcément ou alors même une mini formation parce qu'il y a quand même un diplôme derrière qui dure 10 mois avec des compétences attendues derrière et qui du coup nous font défaut. ”

Le manque de formation spécifique des aides-soignantes impacte également directement la qualité des soins prodigués aux résidents en EHPAD et l'absence de connaissances sur les

maladies telles qu'Alzheimer ou Parkinson. L'AS-A01 souligne le fait que les faisant-fonction peuvent être démunis face à ces pathologies :

Verbatims

4	“ Si les soignants sont plus formés, parce que là tu vois maintenant il y a les faisant-fonction, elles n'ont jamais fait des formations d'Alzheimer, elles ne connaissent pas, elles n'ont jamais été en formation d'aide-soignante. On est obligé de les prendre mais elles ne connaissent rien du métier, elles sont formées sur le tas, mais elles n'ont pas de base pour les maladies, Alzheimer, Parkinson, la démence, ils n'ont pas ces formations-là. ”

AS-A01

Ce déficit de compétences combiné à un manque d'effectif compromet la qualité de l'accompagnement, et mène à ce que l'AS-A01 nomme « des maltraitances » :

Verbatims

5	“ Forcément, il y a beaucoup de problèmes parce que les gens sont pas formés et on n'est pas assez nombreuses par rapport à la qualité de vie qu'on aimerait donner aux personnes âgées dans les EHPAD. Ils sont plus vieillissants, plus malades, plus dépendants donc si on n'a pas de formation et pas plus de soignants, c'est pour ça qu'on dit qu'il y a des maltraitances. Ça vient de là. ”

AS-A01

Cette chronique d'activité de l'AS-A01 (cf. figure 30 suivante) met en lumière les tensions liées aux priorités de soins. Cet évènement souligne non seulement l'importance de la communication et de la coordination entre collègues, mais aussi l'impact des différences de formation entre l'aide-soignante diplômée et son binôme faisant fonction. Ainsi, la situation met en évidence les différences d'interprétations au niveau des priorités de soins. La situation mène à des échanges tendus et souligne les enjeux liés à la qualité de la prise en charge et au bien-être des résidents.

Horaires	Traces de l'activité	
7h49	 1^{er} passage dans la chambre : - La résidente veut aller aux toilettes mais l'AS doit poursuivre la distribution des petits-déjeuners.	“ On ne laisse pas quelqu'un dans son urine ou dans ses selles et surtout une personne qui a toute sa tête qui dit « J'ai envie d'aller aux toilettes. J'ai un besoin pressant, j'ai la diarrhée ». ”

7h52		2. Communication entre l'AS et son binôme faisant fonction - L'AS demande à son binôme faisant fonction de s'occuper de la résidente. - Le binôme faisant fonction n'y est pas allé par la suite.	Elle est prioritaire. Tu vois avec tes collègues comme j'ai fait. Elle me l'a dit à moi et j'ai été voir mon binôme (faisant fonction) parce que moi j'étais dans le petit-déjeuner. Quand tu dis « ok, j'y vais », tu y vas, tu dis pas « ok, j'y vais » et tu y vas pas. C'est de la communication et surtout on sait ce qui est prioritaire ou pas. C'est pareil, M...(binôme), il n'est pas formé, il n'a pas été en formation d'aide-soignant. Quand tu as été en formation, tu sais que ça c'est une priorité, ça ne se fait pas. Tu prends A... (une collègue), tu prends A... (une autre collègue), toutes celles qui sont diplômées, on sait que ça ne se fait pas, parce qu'on a eu des formations mais ceux qui ne sont pas diplômés, qui n'ont pas eu de formation, bah pour eux, c'est un appel comme un autre. A l'école, tu passes les modules, tu passes des examens pour ça, qu'eux n'ont pas. Ici, c'est ça, t'as des gens diplômés, pas diplômés. Des fois on se retrouve en confrontation avec les non diplômés par rapport à ça. On fait tous la même chose sur le terrain, mais les priorités ne sont pas les mêmes parce que nous on sait que c'est pas comme ça que ça doit se faire. Eux, ils ont une formation sur le tas, c'est pas pareil. ”
9h12		3. 2^{ème} passage dans la chambre : Découverte de la résidente en pleurs qui verbalise qu'elle veut se suicider. La résidente attendait la venue d'un AS pour la douche et le change du matin.	
9h13		4. Échanges tendus entre l'AS et son binôme faisant fonction suite à cet évènement.	
9h15		5. L'AS rassure la résidente et s'occupe de son nursing du matin.	

Figure 30. Chronique sur la disparité de priorités entre une aide-soignante diplômée (AS-A01) et une faisant-fonction lors d'une prise de poste de matin (6h-13h45)

Une aide-soignante (AS-A14) souligne également le manque de « *sens* » et de « *valeurs autres qu'alimentaires* » mis derrière le travail de certains faisant fonction. L'engagement évoqué dans le chapitre 7 par certaines aides-soignantes est ainsi remis en question par l'aide-soignante, pour qui, il manque de « *gens qui ont envie d'aider et de travailler auprès de la personne âgée* ».

Verbatims

6	“ On tend à prendre des personnes par dépit parce que les soignants professionnels fuient un peu, enfin ils ont toujours fui les EHPAD. Du coup, on manque de professionnels compétents qui mettent du sens derrière ce qu’ils font. Je parle pas forcément d'un diplôme parce que le diplôme il fait pas tout mais qui mettent de la valeur autre qu'alimentaire dans leur profession. Pour certains professionnels, c'est dommage qu'il y ait que le côté alimentaire du job quoi. Parce qu'il y a tellement de choses à côté et quand on n'est pas fait pour ça, faut pas rester en fait. Et ça manque de gens qui ont envie d'aider et qui ont envie de travailler auprès de la personne âgée. ”
AS-A14	

4.2.2. Disparités de la connaissance des résidents

4.2.2.1. Comparaison entre les niveaux d'expérience professionnelle au sein de l'EHPAD A

Le manque d'expérience et par conséquent du niveau de connaissance des résidents peuvent entraîner des erreurs, des pertes de temps et des impacts sur l'organisation des soins. Pour rappel, dans l'EHPAD A, sur les 15 aides-soignantes concernées par l'étude, 40 % ont moins de 3 ans d'ancienneté. Les verbatims suivants mettent en évidence l'impact de l'expérience sur l'efficacité des soins en illustrant les écarts entre les aides-soignantes expérimentées et les moins expérimentées :

Verbatims

1	“ Tu mets une jeune qui vient d'arriver, tu la mets au sous-secteur 2B, ça fait une semaine qu'elle est là. Elle va perdre, elle va perdre une heure à faire un soin. Alors compliqué, mais du coup toi tu l'aurai fait en 30 minutes, elle, elle va mettre une heure. ”
AS-A05	
- 11 ans d'ancienneté	
2	“ Pour nous, on sait que 20 minutes on doit le faire donc pour moi les 20 minutes ça va être normal alors que pour d'autres, quelqu'un qui ne connaît pas ou qui n'est pas soignant, qui n'a pas la même expérience que moi, elle va dire « c'est impossible, moi il me faut plus de temps », ou celle qui est encore plus speed que moi, elle va dire « moi en 15 minutes je le fais. ”
AS-A11	
- 7 ans d'ancienneté	

Les deux aides-soignantes expérimentées (11 ans et 7 ans d'ancienneté) évoquent la gestion du temps lors des soins qui nécessitent davantage de temps pour les novices, que ce soit par une perte de temps significative pour un soin. Par exemple, une heure au lieu de 30 minutes (AS-

A05) ou l'impossibilité de faire un soin en 20 minutes (AS-A11), ce qui pourrait être considéré comme « *normal* » (2) pour des aides-soignantes expérimentées.

L'AS-A15, qui fait partie des aides-soignantes les moins expérimentées de l'étude (6 mois d'ancienneté) illustre les répercussions directes du manque d'expérience comme les sollicitations des collègues avec plus d'ancienneté (« *je vais devoir appeler mes collègues* ») pour compenser le manque de connaissances du travail de nuit.

Verbatims

3	“ Il y a des choses que je vais pas connaître, surtout que je débute en nuit. Y'a des choses que vraiment je vais pas connaître et du coup je vais devoir appeler mes collègues pour qu'elles m'expliquent en fait. Du coup ouais ça a des répercussions. ”
AS-A15	
-	
6 mois d'ancienneté	

L'AS-A06 souligne l'importance de transmettre des informations précises sur les habitudes et les comportements des résidents aux nouvelles aides-soignantes pour fluidifier le travail.

Verbatims

4	“ Par exemple, un nouveau qui arrive, il va pas comprendre. C'est pour ça que quand il y a quelqu'un de nouveau qui arrive, il faut lui donner toutes les informations : « <i>tel résident est comme ça, comme si, ils peuvent te prendre du temps</i> ». Il faut qu'il ait tous les informations et quand le résident il te connaît plus ou moins, t'es pardonné en fait. Nous on arrive facilement à leur expliquer aussi, on donne des explications que parfois, on peut être en sous-nombre, on est en manque d'effectifs donc on va essayer de faire un peu vite. ”
AS-A06	
-	
15 ans d'ancienneté	

L'aide-soignant explique d'ailleurs que la connaissance des résidents facilite les possibilités de compréhension des résidents face à la pression temporelle. Les aides-soignantes peuvent expliquer qu'elles sont en « sous-nombre » et qu'elles vont devoir aller vite, soulignant que les résidents, lorsqu'ils connaissent les aides-soignantes, peuvent pardonner plus facilement (« t'es pardonnée »).

4.2.2.2. La méconnaissance des résidents : les cas du changement de secteur et des nouveaux résidents

Les aides-soignantes peuvent rencontrer des difficultés lorsqu'elles ne connaissent pas bien les résidents, ce qui peut être le cas lorsqu'elles changent de secteurs ou lorsqu'il y a de nouveaux résidents.

Dans un premier temps, la méconnaissance des habitudes des résidents suppose pour les aides-soignantes d'aller chercher les informations que ce soit avec les résidents ou sur le plan de soin. Dans un premier temps, la méconnaissance des habitudes des résidents oblige les aides-soignantes à rechercher les informations, que ce soit auprès des résidents eux-mêmes ou sur le plan de soin. Elles témoignent de la nécessité de poser des questions aux résidents, qui peuvent fournir des indications directrices pour les conseiller (1), et de consulter le plan de soin pour connaître le jour de la douche (2).

Verbatims

1	“ Par contre quand tu connais pas bien le résident, c'est long parce qu'il faut poser des questions, il faut connaître les habitudes surtout au coucher, comme là avec la dame au fond. Je la connaissais pas bien, elle me disait « oui il faut ça, il faut ça. ”
AS-A08	
2	“ Il y a certains j'ai l'habitude de les prendre donc je sais quel jour ils ont les douches. Par exemple Madame M..., je la prends une fois de temps en temps et j'étais pas sûre donc je préfère regarder (le plan de soin). Même Monsieur A..., j'ai préféré regarder pour voir quel jour il avait la douche.”
AS-A14	

Les transmissions et les dossiers des résidents sont également des sources d'information pour connaître leurs besoins spécifiques, comme le niveau d'autonomie, les soins d'hygiène requis ou les dispositifs médicaux nécessaires.

Verbatims

3	“ [...] le matin, si tu sais que t'es sur le secteur où t'as une nouvelle personne que t'as jamais faite, tu vas sur les transmissions et tu vois que par exemple, c'est une toilette au lavabo ou que la personne elle se fait seule mais que du coup y'a une stimulation derrière ou une surveillance. ”
AS-A08	
4	“ En général, en fait, on a une macrocible, tout détaillé, de leurs antécédents, de leur incontinence, de ce qu'ils mangent et tout, et en fait nous, on fait en fonction quand on arrive. On
AS-A14	

se présente bien sûr, on dit qu'on est une équipe de nuit, qu'on passe plusieurs fois dans la nuit, et on voit aussi par rapport à la protection, ce qu'elle a ou pas. ”

Les aides-soignantes de l'EHPAD A restent 6 semaines sur un secteur avant de basculer sur un autre. La méconnaissance des habitudes des résidents, de leur niveau de dépendance ou des équipements nécessaires comme le verticalisateur peut entraîner des pertes de temps et des difficultés d'organisation.

Verbatims

5	“ Selon le secteur où tu es, si tu as l'habitude ou pas, déjà rien que le niveau de dépendance, il est là. C'est-à-dire que le sous-secteur 1A, je le connais par cœur. Le sous-secteur 1B je connais pas trop, tu me mets au sous-secteur 2B alors je suis complètement perdu. Et les niveaux de dépendance du coup, quand tu connais bien un secteur, tu vas savoir quel matériel il faut utiliser pour telle personne et là, à la limite tu gagnes du temps. Par contre là où ça va changer, c'est le niveau de dépendance sur un service que tu connais pas. « <i>Alors qu'est-ce qu'il lui faut à ce Monsieur ?</i> ». Déjà tu vas te poser la question « <i>Verticalisateur ? Est-ce qu'il marche ?</i> ». Il suffit que t'aies pas les infos sur la tablette, au niveau protection « <i>est-ce qu'il a appui ou pas ?</i> ». Pff tu perds un temps. Si t'as pas les infos dès le départ, c'est pour ça qu'on nous donne des tablettes qui fonctionnent pas toujours ou qui sont pas forcément actives. Pour le coup, tu perds du temps, ouais.”
AS-A05	

L'arrivée d'un nouveau résident nécessite une adaptation pour les aides-soignantes mais également pour les résidents. L'AS-A08 souligne le fait que l'intégration d'un nouveau résident impacte l'organisation des soins, notamment au niveau du temps passé auprès de lui, ce qui réduit le temps disponible pour les autres résidents (6).

Verbatims

6	“ [...] quand tu commences ta journée par un nouveau résident, tu sais très bien que tu vas passer un peu plus de temps avec lui et que du coup bah tu vas en avoir un peu moins pour les autres. ”
AS-A08	

Enfin, l'adaptation est un processus mutuel, nécessitant du temps aussi bien pour les aides-soignantes que pour le résident. Ce dernier doit s'habituer à son nouvel environnement, tandis que les aides-soignantes apprennent à connaître ses habitudes et ses besoins. Une approche progressive, combinant observation et ajustement des pratiques, permet d'optimiser la qualité de la prise en soin. Les aides-soignantes (AS-A08 et AS-A14) soulignent la nécessité de ce

temps d'adaptation aux habitudes des résidents mais également celle des nouveaux résidents aux lieux.

Verbatims

7 <i>AS-A08</i>	“ [...] et quand ils sont nouveaux, il faut le temps d'adaptation pour nous et pour eux d'ailleurs parce que c'est un changement de lieu. ”
8 <i>AS-A14</i>	“ Oui, quand ils sont nouveaux, il faut s'adapter à leurs habitudes et que les résidents s'adaptent aussi à l'établissement, c'est ça. On essaye de bien connaître comment ça se passe, comment ça fonctionne comme ça c'est plus facile la prise en soin, c'est plus facile. ”

Le travail des aides-soignantes en EHPAD est marqué par une tension constante entre le cadre organisationnel et les conditions réelles de travail, mis en exergue par le manque de ressources humaines et temporelles. Cet écart heurte l'expérience vécue par les aides-soignantes vis-à-vis de leurs propres représentations de la qualité des soins. L'objectif est maintenant d'analyser l'activité mise en œuvre compte tenu de ce cadre organisationnel.

Chapitre 9. Charge éthique des aides-soignantes

Ce chapitre constitue le cœur de cette thèse en introduisant la notion de charge éthique à partir de l'analyse de l'activité des aides-soignantes. Il vise à éclairer le deuxième axe de recherche, en mettant en évidence les ajustements, les compromis et les arbitrages réalisés par les aides-soignantes dans leur activité pour faire face aux contraintes structurelles, temporelles et aux différentes formes de variabilités (état des ressources humaines, caractéristiques des résidents) présentées dans le chapitre 7. Dans ce chapitre, nous présenterons également comment ces régulations/modes opératoires sont déployées pour faire face à des dilemmes éthiques auxquelles elles sont parfois confrontées pour préserver la qualité du soin et l'accompagnement de tous les résidents.

Dans un premier temps, nous illustrerons la diversité des modes opératoires mobilisés et des régulations mises en place par les aides-soignantes pour faire face à l'augmentation progressive de leur charge de travail (Sperandio, 1972) tout en visant l'atteinte des objectifs de qualité des soins et de l'accompagnement des résidents, en lien avec les critères présentés au chapitre 8. Nous verrons qu'elles sont parfois confrontées à des dilemmes moraux les conduisant à prendre des décisions en tension avec leurs valeurs professionnelles. L'un des objectifs de ce chapitre est de rendre visibles ces conflits éthiques et d'analyser la manière dont ils se traduisent dans l'activité.

Dans un second temps, l'analyse portera sur les effets de ces régulations sur le bien-être des résidents ainsi que sur celui des aides-soignantes. L'accent sera mis en particulier sur les formes d'astreinte éthique que les aides-soignantes peuvent éprouver lorsqu'elles doivent concilier, au quotidien, les exigences institutionnelles, les contraintes du travail réel et leurs propres valeurs professionnelles.

Les résultats présentés dans ce chapitre ressortent du traitement de données issues des observations systématiques, des entretiens semi-directifs et des autoconfrontations. En reprenant les 100 situations imprévisibles relevées, relatives aux sollicitations (63 situations) et à l'état des résidents (37 situations), présentées dans le chapitre 7 (*cf.* chapitre 8, § 3.1), nous analyserons les réponses des aides-soignantes aux besoins des résidents, de manière quantitative puis qualitative. L'analyse des traces de l'activité des 15 postes d'aides-soignantes met en évidence l'adaptation de leurs pratiques pour répondre aux critères de qualité des soins, en tenant compte des besoins fondamentaux des résidents, de la personnalisation des soins et de l'importance de la socialisation. L'ensemble de ces actions, ainsi que celles non observables,

seront explicitées en autoconfrontation avec les aides-soignantes. Parmi les « histoires » présentées, certaines pourront revenir plusieurs fois pour illustrer différents points.

1. Panorama des sollicitations et des interventions liées à l'état des résidents

Cette première section a pour objectif de présenter une vue d'ensemble des sollicitations et des interventions liées à l'état des résidents. Elle s'intéresse particulièrement aux situations imprévisibles qui, ajoutées aux contraintes structurelles (manque de ressources humaines et temporelles) et à l'état des ressources disponibles (absentéisme, tutorat des nouvelles aides-soignantes), amèneront les aides-soignantes à déployer, à un moment donné, différents modes opératoires (ajustements, compromis, arbitrages voire dilemmes éthiques) en fonction du niveau de contrainte rencontré. L'approche quantitative permettra de classer les 100 situations relatives aux besoins des résidents en fonction des critères de qualité définis dans le chapitre 8 : répondre aux besoins fondamentaux, personnaliser les soins et soutenir la dimension relationnelle et sociale.

Dans un premier temps, il s'agira d'examiner la nature et la diversité des sollicitations auxquelles les aides-soignantes sont confrontées dans leur activité quotidienne, en lien notamment avec l'état de santé des résidents, les situations d'urgence, les troubles cognitifs ou les sollicitations affectives (§ 1.1). Dans un second temps, l'analyse portera sur les formes de régulation mises en œuvre par ces professionnelles pour faire face à ces sollicitations, en mobilisant divers ajustements, compromis, arbitrages, voire en traversant des dilemmes éthiques (§ 1.2).

1.1. Typologie des interventions liées aux sollicitations des résidents

L'analyse des traces d'activité a permis d'identifier 63 situations relevées sur les 15 postes d'aides-soignantes correspondant aux sollicitations des résidents (*cf.* tableau 49). Nous pouvons les diviser en deux catégories : les sonnettes (56 %) et les demandes orales (44 %). Cette première analyse cherche à catégoriser la nature des sollicitations des résidents, qu'elles soient exprimées oralement ou avec la sonnette.

Le tableau 49 ci-dessous illustre la répartition des catégories de demandes par sonnette et demandes orales adressées aux aides-soignantes dans le cadre de leur activité professionnelle. Sur les 63 sollicitations répertoriées, les principales catégories représentées ont été classées

dans le tableau suivant selon les critères de qualité, la proportion de chaque situation et la typologie des sollicitations.

Tableau 45. Catégorisation des demandes relatives aux sollicitations selon les critères de qualité des soins

Catégories critères de qualité	Proportion	Typologie
Répondre aux besoins fondamentaux	21 %	• <i>Soins d'hygiène</i> majoritairement pour des changes de protection
	8 %	• <i>Assistance médicale et médicament</i> (demande ponctuelle d'un médicament, demande de mettre la VNI)
	5 %	• <i>Aide à l'alimentation et à l'hydratation</i>
	1 %	• <i>Intrusion d'un résident dans une chambre</i>
Personnaliser les soins	30 %	• <i>Demandes de confort et de bien-être</i> : massages, ouverture/fermeture fenêtre, verrouillage de la porte la nuit, etc.
	16 %	• <i>Aide à la mobilité</i> (aller aux toilettes, transferts lit au fauteuil ou inversement, etc.)
	14 %	• <i>Préparation au coucher</i> : sonnettes habituelles concernant des « couchers à la carte » ³⁹ (coucher des résidents : transferts fauteuil-lit, administration de médicaments, mise aux toilettes, changes et ajustements du confort, repositionnement, couverture)
Soutenir la dimension relationnelle et sociale	5 %	• <i>Soutien émotionnel</i> pour rassurer et apaiser les résidents

Ce tableau présente la diversité des interventions réalisées par les aides-soignantes en réponse aux sollicitations des résidents, en les organisant selon trois grands critères de qualité : répondre aux besoins fondamentaux (35 % des interventions), personnaliser les soins (60 % des interventions) et assurer un soutien relationnel et social (5 %) :

- La première catégorie regroupe des réponses aux sollicitations essentielles liées à la santé et à la sécurité, telles que les soins d'hygiène, concernant fréquemment des demandes de change, de soins médicaux ponctuels comme l'administration d'un médicament à la demande ou la mise en place de la ventilation non invasive, ou encore de l'aide à l'alimentation et à l'hydratation. On retrouve également des cas plus rares, comme la

³⁹ « coucher à la carte » : sonnettes récurrentes à la même heure, souvent prévisibles, et qui incluent principalement des interventions liées à la préparation au coucher.

gestion de situations d'intrusion, lorsqu'une résidente sonne pour signaler l'intrusion d'un résident dans sa chambre).

- La seconde catégorie, majoritaire, illustre la personnalisation déployée par les aides-soignantes pour répondre aux attentes et préférences individuelles des résidents. Les demandes de confort et de bien-être représentent la majorité des cas : ouvrir une fenêtre, verrouiller une porte, ajuster une couverture (une résidente a trop chaud, en réponse l'aide-soignante enlève la couverture), donner un bonbon à la menthe ou effectuer un massage ciblé au genou. L'aide à la mobilité concerne aussi bien les déplacements vers les toilettes que les transferts du fauteuil au lit. Enfin, la préparation au coucher constitue une part importante des interventions personnalisées, avec des routines à la carte souvent négociées avec les résidents (par exemple, un résident demande à être couché plus tard).
- La troisième catégorie correspond à assurer un soutien relationnel et social, plus particulièrement émotionnel, tel que rassurer une résidente en pleurs.

Ces réponses aux sollicitations sont complétées par une surveillance continue lors des passages en chambre, qui permet aux aides-soignantes d'effectuer des interventions liées à l'état des résidents.

1.2. Typologie des interventions liées à l'état des résidents

Pour compléter la sous-section précédente, Les interventions liées à l'état des résidents sont également analysées en suivant (cf. tableau 50). Sur les observations des 15 postes d'aides-soignantes, 37 situations ont été relevées lors de la surveillance générale et continue des aides-soignantes. Ces interventions consistent surtout à répondre aux besoins fondamentaux des résidents. Le tableau 50 ci-dessous détaille la diversité des ajustements mis en œuvre par les aides-soignantes en fonction des critères de qualité.

Tableau 46. Catégorisation des interventions liées à l'état des résidents selon les critères de qualité des soins

Catégories critères de qualité	Proportion	Typologie
Répondre aux besoins fondamentaux	33 %	• <i>Soins d'hygiène</i> : ne pas réaliser de change car linge du résident « non saturé », changer des draps souillés, etc.
	16 %	• <i>Respect du sommeil</i> : ne pas entrer dans une chambre la nuit pour éviter de réveiller un résident, ouvrir discrètement une porte, ne pas effectuer de change car le résident dort, etc.

	11 %	• Prévention et sécurité : surveillance en prévention d'une chute, surveillance à la prise de médicament, etc.
	11 %	• Soins médicaux : donner un médicament, convaincre un résident de porter une VNI⁴⁰
	8 %	• Adaptation du soin à la douleur : réagir à des gémissements en accompagnant une résidente aux toilettes, transférer un résident douloureux du fauteuil au lit et prévenir l'infirmière, adapter un soin pour une résidente qui exprime sa douleur en criant.
	5 %	• Intervention problèmes de santé : répondre à une situation d'urgence en identifiant une respiration compliquée chez un résident, réaction face à des appels au secours.
Soutenir la dimension relationnelle et sociale	16 %	• Soutien émotionnel (apaiser et rassurer) : rassurer les résidents stressés ou douloureux, discussions avec résidents pour encourager à se recoucher, calmer une résidente qui crie, intervenir auprès d'un résident qui voulait se lever en pleine nuit et avait allumé les lumières, afin de le calmer et préserver le sommeil des autres.

Ce tableau classe les interventions en fonction de l'état des résidents selon deux grands critères de qualité : répondre aux besoins fondamentaux (84 % des interventions) et assurer un soutien relationnel et social (16 % des interventions) :

- La première catégorie, implique une multitude de prises de décisions : différer un change pour préserver le sommeil, surveiller discrètement, adapter un soin en fonction de la douleur, ou encore gérer des situations médicales complexes comme l'administration d'une VNI. Les aides-soignantes ajustent leur conduite en fonction de l'état, du confort et de la dignité du résident.
- La deuxième catégorie concerne la dimension relationnelle. Ces interventions sont le plus souvent réalisées pour apaiser les angoisses et préserver le sommeil individuel et collectif.

Après avoir procédé à une analyse quantitative des interventions en lien avec les sollicitations et l'état des résidents, nous poursuivrons l'analyse en examinant plus finement les dimensions concrètes et situées de ces interventions.

⁴⁰ La Ventilation Non Invasive (VNI) est un dispositif médical permettant d'assister la respiration d'un patient sans intubation.

2. Vers une qualité soutenable des soins et de l'accompagnement des résidents

Cette section propose une analyse qualitative des interventions présentées précédemment, à travers les critères de qualité des soins : répondre aux besoins fondamentaux, personnaliser les soins et soutenir la dimension relationnelle et sociale. Cette lecture vise à approfondir la compréhension des pratiques des aides-soignantes, afin de favoriser une qualité de soins et d'accompagnement des résidents à la fois soutenable⁴¹ et conforme aux exigences de ces critères. L'ensemble de ces résultats qualitatifs seront présentés sous forme d'« histoires » de l'activité des aides-soignantes⁴².

Pour approfondir cette lecture qualitative, cette partie est structurée en quatre sous-parties correspondant aux critères de qualité des soins et de l'accompagnement. Nous analyserons d'abord la manière dont les aides-soignantes répondent aux besoins fondamentaux des résidents à travers des ajustements réactifs ou préventifs pour préserver leur dignité, leur sécurité et leur autonomie (§ 2.1). Nous explorerons ensuite la façon dont les professionnelles personnalisent leurs interventions en tenant compte des habitudes, préférences et singularités des résidents, afin d'individualiser les soins au quotidien (§ 2.2). La troisième sous-partie mettra en lumière la dimension relationnelle et émotionnelle de l'activité des aides-soignantes, en examinant les formes de présence, d'écoute et de reconnaissance mutuelle entre soignants et résidents (§ 2.3). Enfin, nous analyserons les régulations collectives et les formes de coopération qui rendent possible cette qualité de soin, en dépit des contraintes structurelles, organisationnelles et temporelles (§ 2.4).

2.1. Répondre aux besoins fondamentaux des résidents

Plusieurs situations mettent en évidence des ajustements pour répondre aux besoins fondamentaux des résidents. Ces situations sont mises en œuvre de différentes manières par les aides-soignantes, que ce soit en répondant immédiatement aux sollicitations des résidents ou en anticipant leurs besoins lors de leur surveillance générale et continue.

⁴¹ Dans cette section, une qualité des soins « soutenable » désigne une qualité qui répond aux critères définis par les aides-soignantes tout en pouvant être maintenue dans la durée, sans entraîner d'épuisement physique ou psychique.

⁴² Dans les figures, le sigle « AS » sera utilisé pour désigner une aide-soignante.

- **Préserver leur dignité et leur autonomie**

Pour illustrer les réponses aux sollicitations (déjà présentées synthétiquement dans le tableau 50, précédemment), nous allons présenter deux exemples issus de l'activité des aides-soignantes de jour :

- L'exemple issu de l'activité de l'AS-A06, montre que face à la demande d'un résident souhaitant être changé, l'aide-soignante choisit d'intervenir immédiatement afin de répondre à ce besoin, prévenir d'éventuels problèmes cutanés et préserver la dignité du résident (« Ça fait partie aussi de la bientraitance »).

Horaires		Traces de l'activité	
13h19 - 13h26		1. AS transfère le résident (en fauteuil roulant) de la salle à manger à sa chambre.	“ Doctorant : - Donc là à 13h19, tu as eu une demande de change du résident et tu préfères le faire maintenant pour éviter que le résident sonne plus tard, tant que t'as du temps ? AS-Ao8 : - [...] On fait ces changes-là à ce moment-là parce-que quand on arrive à 17h ou à 19h, c'est pour ne pas le retrouver souillé. Ça fait partie aussi de la bientraitance parce que si on laissait les résidents de telle heure à telle heure, ça fait des problèmes cutanés. ”
		2. Le résident demande à être changé.	
		3. AS effectue le change du résident.	

Figure 31. Catégorisation des besoins fondamentaux des résidents

- Un exemple issu de l'activité de l'AS-A08 illustre la vigilance de l'aide-soignante face au risque de chute d'une résidente. À la demande de celle-ci, l'aide-soignante choisit de rester à proximité pendant la mise aux toilettes, même si cela prend du temps, afin d'assurer sa sécurité, en connaissance du risque de chute.

Horaires		Traces de l'activité	
13h19 -		1. Mise aux toilettes de la résidente	“ AS-Ao8 :

13h33		2. Résidente s'adresse à l'AS : « N'allez pas loin »	Je préférerais parce qu'il y en a qui sont têtus justement. Des fois, on a des chutes parce qu'elle va dire qu'elle a attendu, personne n'est venu, donc elle s'est levée. Ça s'est déjà arrivé. Et là elle se lève et elle chute. Moi je préfère terminer sauf quand c'est vraiment long. Si la personne dit « allez-y, je prends mon temps et je vous sonne ». Là ok mais là elle me dit en sortant, « n'allez pas loin ». Bon, je suis resté dans le couloir. "
		3. AS attend dans le couloir que la résidente ait terminé.	

Figure 32. Réponse à la sollicitation d'une résidente par l'AS-A08

Ces deux exemples illustrent la capacité des aides-soignantes à adapter leurs réponses en fonction des besoins exprimés, tout en tenant compte des enjeux de sécurité, de confort, de dignité et de bientraitance.

• Anticipation des besoins

Pour illustrer l'anticipation des besoins, cinq exemples issus de l'analyse de l'activité individuelle et collective d'aides-soignantes de jour et de nuit représentent la manière dont elles anticipent les besoins :

- Dans la première situation (cf. figure 33), l'AS-A07 anticipe le passage des pompes funèbres dans les couloirs pour éviter que le passage du corps du résident décédé n'impacte les autres résidents. L'autoconfrontation met en lumière la gestion de cette situation délicate.

Horaires		Traces de l'activité	
15h03	!	1. Arrivée des pompes funèbres et passage dans le couloir avec un brancard pour prendre en charge le corps d'un résident décédé.	" AS-A07 : En fait, pour certains qui sont un peu mal à l'aise par rapport à la mort. Pour certains, pour la majeure partie, c'est le cercueil. Il y a certains qui sont mal à l'aise par rapport à ça, donc on les remet dans leur chambre ou dans la petite salle, la salle de réunion. On les met tous au même
15h04		2. AS demande à un résident de rentrer dans sa chambre.	
15h06		3. AS demande à une résidente de rester dans sa chambre	

15h08		4. AS regroupe des résidents dans une salle à part.	endroit. [...] C'est à chaque fois qu'il y a un décès. Après, il y en a qui sont là et qui restent.
15h09		5. Passage des pompes funèbres avec le résident décédé sur un brancard.	Voilà, ils disent « c'est pas grave » et ils vont rester quand même dans le couloir mais pour la grande majorité voilà. ”

Figure 33. Anticipation des besoins des résidents par l'AS-A07

- Dans la deuxième situation (cf. figure 34), l'AS-A15 évoque les difficultés rencontrées par une résidente pour gérer seule sa protection absorbante, surnommée « pince »⁴³. Cet échange met en évidence l'adaptation de l'aide-soignante aux besoins spécifiques de la résidente.

Horaires		Traces de l'activité	
20h10 - 20h13		1. 1 ^{er} passage de l'AS : donner médicament et boisson puis apporte une « pince ». 2. AS demande à la résidente de sonner quand elle a besoin d'aide pour aller aux toilettes.	“ AS-A15 : - En fait elle peut aller aux toilettes toute seule. Sauf que pour enlever et remettre la « pince », elle n'arrive pas à se baisser donc elle nous sonne juste pour qu'on lui remette et l'enlève en fait, et au moins on la recouche et elle dort. ”
2h10		3. Résidente sonne	
2h10 - 2h12		4. AS aide la résidente à aller aux toilettes, la change et lui met la « pince ».	

Figure 34. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A15

- Dans la troisième situation (cf. figure 35), l'AS-A14 explique comment elle essaie d'anticiper une éventuelle angoisse d'une résidente qui peut être soumise à des hallucinations. Tout d'abord, elle détecte de manière précoce les signes comportementaux et émotionnels indiquant une angoisse imminente chez la résidente, elle propose ensuite un « si besoin »⁴⁴ tout en respectant l'autonomie de la résidente, en lui laissant le choix final de le prendre. La résidente n'a pas sonné cette nuit-là pour avoir le médicament.

⁴³ Cette protection, généralement portée la nuit, couvre une large partie du bassin et se fixe à l'aide d'adhésifs ou de bandes élastiques, ce qui peut compliquer sa manipulation pour certaines personnes.

⁴⁴ Un « si besoin »⁴⁴ est un médicament prescrit par le médecin qui n'est administré que si l'état du résident le nécessite, anticipant une aggravation potentielle de la situation.

Horaires	Traces de l'activité	
21h17 - 21h20	 1. Passage de l'AS : distribution d'une boisson à la résidente et demande à la résidente si elle veut un « si besoin ».	“ Doctorant : - A un moment donné, avec Madame J..., tu lui demandais si elle voulait un médicament. Elle était craintive. AS-A14 : - Oui, parce que je l'ai senti angoissé en fait. C'est une dame qui a des hallucinations. Et par moments, elle les sent arriver. Et là, j'ai senti que c'était pas loin, donc je lui ai proposé. Après, c'est une des seules où on propose le « si besoin » parce qu'elle le sent arriver. Donc quand elle dit oui, en général elle ne le prend pas par abus, elle le prend vraiment parce qu'elle sent que c'est nécessaire. Ça va pas être une coquetterie pour elle de prendre un cachet supplémentaire. Bon, c'est à force de les connaître aussi, je lui propose. [...] Et elle a pas sonné. ”
	 2. La résidente est craintive.	
	 3. AS lui dit qu'elle peut sonner lorsqu'elle voudra prendre le médicament.	

Figure 35. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A14

- Dans la quatrième situation (cf. Figure 36), l'AS-A12 prend une l'initiative de réaliser un massage pour soulager la douleur d'une résidente souffrant d'arthrose. L'aide-soignante relève que cette initiative non médicalisée peut prévenir une demande médicamenteuse plus tard dans la nuit et ne prend que très peu de temps.

Horaires	Traces de l'activité	
20h02 - 20h03	 1. L'aide-soignante passe dans la chambre d'une résidente et réalise un massage car la résidente a de l'arthrose.	“ Doctorant : - Par exemple, faire un massage au genou, parce que la résidente a de l'arthrose ? T'es pas obligée ? AS-A12 : - Non non. On lui fait et ça lui procure... Elle prend pas de cachets. Tout est là. Du moment qu'on lui fait un massage, elle nous réclame pas un cachet pour la douleur. Ça nous a pris quoi ? 30 secondes, 40 secondes. ”

Figure 36. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A12

Une dernière situation comprend une coopération entre l'aide-soignante (AS-A05) et l'infirmière puis le personnel des cuisines pour répondre à une détérioration de l'état de santé d'une résidente (cf. figure 37). L'aide-soignante observe un essoufflement et décide d'alerter l'infirmière tout en anticipant un besoin d'ajustement du repas en chambre en appelant les cuisines.

Horaires	Traces de l'activité		
8h35 - 8h39		4. L'AS passe dans la chambre d'une résidente : positionnement pour le petit déjeuner.	“ Doctorant : - Ensuite, c'était Madame G..., t'as appelé l'infirmière pour lui dire que la résidente n'était pas bien et qu'il fallait prévoir un plateau repas dans sa chambre le midi plutôt que de l'envoyer en salle à manger. AS-A05 : - Là en l'occurrence, on a la facilité d'appeler les cuisines et de dire « untel est pas bien aujourd'hui, elle est essoufflée. Elle requiert d'être en chambre aujourd'hui ». Tu appelles directement l'infirmière, pour prévenir de l'état de santé de madame G... : « est-ce que tu peux passer dans la matinée parce qu'elle est pas bien ? » Et puis un autre (à la cuisine), « je pense que ça va découler sur un plateau en chambre ». Voilà.”
		5. La résidente n'est pas bien physiquement (essoufflée).	
		6. L'AS appelle l'infirmière pour la prévenir de l'état de la résidente.	
		7. L'AS appelle les cuisines pour prévoir un plateau en chambre.	

Figure 37. Anticipation des besoins d'une résidente par l'AS-A05

Ces cinq situations illustrent différentes formes d'anticipation mobilisées par les aides-soignantes, qu'il s'agisse d'anticiper une réaction émotionnelle, un besoin physiologique, physique (arthrose, respiration) ou psychologique. Elles montrent également comment la connaissance des résidents permet aux professionnelles d'agir de manière préventive.

2.2. Personnaliser les soins

L'analyse des traces de l'activité met en lumière différents ajustements des pratiques en s'adaptant aux demandes des résidents ou en les consultant pour respecter leurs préférences puis en respectant leur rythme lors des passages en chambre. Les dispositifs d'analyse réflexive,

comme les autoconfrontations, permettent de mieux comprendre comment les aides-soignantes intègrent le respect des choix et des préférences des résidents dans leur prise en charge quotidienne.

• Respect des choix et préférences des résidents

Pour illustrer la manière dont les aides-soignantes prennent en compte les choix et les préférences des résidents dans leurs pratiques quotidiennes, quatre exemples issus de l'analyse de leur activité, de jour comme de nuit, sont présentés ci-dessous.

Dans une première situation se déroulant pendant un poste de nuit, un résident exprime la volonté de fermer la porte pour la nuit, lors du passage de l'AS-A12 et de son binôme pour le coucher (1er passage) (cf. figure 38). Dans l'autoconfrontation, l'aide-soignante exprime le fait que cette pratique varie en fonction des préférences du résident selon les nuits, et de la nécessité de prendre en compte le confort et le ressenti des résidents en général, afin d'éviter qu'ils ne se sentent « agressés ».

Horaires	Traces de l'activité		
21h05 - 21h09		1. Passage de l'AS dans la chambre pour le coucher du résident.	“ Doctorant : - Vous fermez la porte parce qu'ils le demandent ? AS-A12 : - Oui, c'est le résident, parce que des fois il la veut ouverte et des fois, il la veut fermer. Tout dépend des nuits. Doctorant : - C'est pour leur sommeil ? AS-A12 : - Voilà, leur confort à eux. Qu'ils ne se sentent pas agressés. ”
		2. Le résident demande de fermer la porte.	
		3. L'AS ferme la porte.	

Figure 38. Respect des préférences d'un résident par l'AS-A12

Dans une autre situation, lors d'un poste de nuit également, l'AS-A14 évoque la tension entre le respect du choix du résident (en verrouillant la porte la nuit) et la gêne occasionnée par l'ouverture de cette porte fermée à clé pour vérifier l'état du résident. Bien que cette vérification puisse impacter le sommeil, notamment chez les résidents désorientés ou en plein rêve,

l'objectif reste de limiter les nuisances sonores pour ne pas provoquer une « éventuelle future crise ». Dans certaines situations, les aides-soignantes sollicitent elles-mêmes les résidents pour s'assurer que leur intervention respecte les préférences de ces derniers et répondent à leurs besoins.

Horaires	Traces de l'activité	
1h11	 1. Passage de l'AS dans une chambre pour vérification.	“ Doctorant : - Il était 1 heure, t'as dû ouvrir une chambre avec les clés. AS-A14 : - Ouais, c'est un peu compliqué. Il y a des résidents qui veulent se fermer à clé, donc c'est leur choix et on respecte ce choix-là. Du coup sur quelqu'un qui est sourd, il entend pas forcément mais c'est vrai que le clac d'une porte, la nuit c'est pas terrible, ça peut surprendre le résident. Puis si ils sont en train de rêver, ils se situent pas forcément en permanence à l'EHPAD. Et du coup, si c'est un intrus qui rentre. Alors si on peut éviter de leur faire peur (rires), ça serait pas mal. Ça anticipe aussi une éventuelle future crise. ”
	 2. La porte est fermée à clé à la demande du résident	
	 3. AS ouvre la porte qui est fermée à clé.	

Figure 39. Respect des préférences d'un résident par l'AS-A14

La troisième situation présentée figure 40 ci-dessous est vécue par l'AS-A06 (homme) qui, vis-à-vis d'une résidente qu'il connaît peu, lui propose de choisir si elle préfère une aide-soignante femme, respectant ainsi son intimité et sa liberté de choix.

Horaires	Traces de l'activité	
13h33	 1. Passage de l'AS dans la chambre d'une résidente.	“ Doctorant : - T'as demandé à une résidente, si elle préférerait une AS femme. Tu la connaissais peu et tu as posé la question parce que tu me disais que tu le faisais lorsque tu connaissais pas les résidents. AS-Ao6 :
	 2. L'AS (homme) demande à la résidente qu'il connaît peu si elle préfère que ce soit une femme qui l'accompagne aux toilettes.	

	3. La résidente préfère que ce soit une femme.	- C'était pour l'accompagner aux toilettes donc elle a préféré que ce soit une AS femme. Après, c'est à la demande des résidents, quand c'est comme ça, moi je n'insiste pas. "
	4. L'AS prévient ses collègues pour la prise en charge de cette résidente.	

Figure 40. Consultation des préférences d'un résident par l'AS-A06

Enfin, la dernière situation présentée ci-dessous, figure 40, illustre la prise d'initiative de l'AS-A02 qui met à profit un moment de disponibilité pour sortir balader une résidente dans le parc avant le déjeuner. L'aide-soignante explique que cela fait plusieurs jours que la résidente formule cette demande auprès des aides-soignantes, sans qu'il ne soit possible d'y répondre en raison des contraintes temporelles. Le fait que l'AS-A02 saisisse une opportunité pour répondre à cette sollicitation témoigne non seulement d'une personnalisation du soin (en tenant compte du désir exprimé par la résidente), mais aussi d'un engagement à soutenir la dimension relationnelle et sociale de l'accompagnement (bien-être de la résidente et lien social).

Horaires	Traces de l'activité	
11h32 - 11h44	 1. Passage de l'AS dans la chambre d'une résidente.	“ Doctorant : À un moment donné, tu as demandé à la résidente si elle voulait sortir parce-que t'avais plus de temps. AS-A02 : - Oui, elle m'a dit que ça faisait plusieurs jours qu'elle demandait et que les filles le faisaient pas. Et j'avais du temps, puisque c'est vraiment le secteur le plus léger et où tu peux vraiment prendre le temps avec les résidents. Donc quand je suis sur ce secteur-là généralement, c'est ce genre de chose que je fais ou couper des ongles que tu as pas le temps de faire forcément tu vois. ”
	 2. L'AS demande à la résidente si elle veut sortir se balader dehors dans le parc.	
	 3. La résidente accepte.	
	 4. Sortie dans le parc pendant 5 minutes en fauteuil roulant avant de l'amener à la salle à manger pour le déjeuner.	

Figure 41. Consultation des préférences d'une résidente par l'AS-A02

Ces quatre situations illustrent la manière dont les aides-soignantes intègrent les préférences individuelles des résidents dans leurs pratiques quotidiennes lorsqu'elles le peuvent, qu'il s'agisse de confort, de sécurité, d'intimité et de bien-être.

- **Respect du rythme de vie des résidents**

Pour illustrer la manière dont les aides-soignantes respectent le rythme des résidents, nous présenterons quatre exemples issus de l'analyse de l'activité.

Pour commencer, sur un poste de matin (cf. figure 42), l'AS-A04 justifie le fait de ne pas réveiller les résidents et souligne qu'elle s'adapte à leurs envies durant la matinée : « Il y a des jours où tu as envie de te lever tôt et il y a des jours où tu as pas envie de te lever ». L'aide-soignante concilie ainsi le respect du rythme de sommeil des résidents et l'ensemble des soins prévus en changeant l'ordre des interventions en fonction des résidents.

Horaires	Traces de l'activité		
6h47		1. Début du nursing du matin et du passage dans les chambres des résidents.	“ Doctorant : Au niveau du sommeil, tu me disais que tu faisais en fonction des résidents ? AS-A04 : - Bah moi je travaille en « Humanitude » donc l'humain d'abord. [...] Sur le plan de soin, on nous dit « voilà à 7h tu dois faire telle personne, telle personne, telle personne ». Non, il y a des jours où tu as envie de te lever tôt et il y a des jours où tu n'as pas envie de te lever. ”
		2. L'AS verbalise au doctorant pendant l'observation qu'elle débute par les résidents qui sont réveillés car « j'aimerais pas qu'on me le fasse ».	

Figure 42. Respect du rythme des résidents par l'AS-A04

Ensuite, sur un poste de nuit (cf. figure 43 ci-dessous), l'AS-A11 justifie également le fait d'adapter l'heure du coucher du résident pour respecter son souhait et parce-que c'est « la liberté du résident, il est chez lui ». Cependant, la verbalisation au résident souligne l'impossibilité d'appliquer ce principe à l'ensemble des résidents.

Horaires	Traces de l'activité		
20h33 - 20h35		1. Passage de l'AS avec sa binôme dans la chambre d'un résident pour l'accompagnement au coucher.	“ Doctorant :

	2. Le résident demande à être couché plus tard.	- Ensuite, c'était une demande d'un résident qui voulait être couché plus tard et à qui vous avez dit que vous repasserez plus tard. Donc là pourquoi avoir choisi d'accepter par exemple ? AS-A11 : - Parce-que c'est la liberté du résident, il est chez lui. On respecte son désir, son choix, d'être couché beaucoup plus tard. [...] C'est la liberté du résident, le respect de ses droits, il a des droits.."
	3. Les AS acceptent en verbalisant au résident « que si elles devaient faire le coucher à la carte de tous les résidents, ce serait impossible ».	

Figure 43. Respect du rythme des résidents par l'AS-A11

Enfin, une dernière situation exposée dans la figure 44 ci-dessous montre l'AS-A06 en train de reporter une prise en charge d'une résidente (change et mise au lit avant distribution du dîner) pour la préserver. Elle met ainsi en avant l'importance de connaître les habitudes et les réactions spécifiques des résidents pour adapter le moment de la mise au lit de la résidente, et ainsi éviter de la perturber en limitant son agitation et d'éventuels épisodes de cris nocturnes.

Horaires	Traces de l'activité	
17h06	 1. Passage de l'AS dans la chambre d'une résidente : changement de la protection.	AS-A06 : Oui j'ai préféré attendre plutôt en fin de pause parce que c'est une dame, si jamais on la met plus tôt au lit, elle va être très perturbée, elle va être très agitée et donc ça va être des cris. [...]. En fait, il faut pas que ce soit trop tôt pour elle parce que sinon toute la nuit, elle peut être agitée. C'est aussi la connaissance des résidents. On les connaît donc on sait comment réagir avec eux en fait. "
	 2. La résidente est agitée.	
	 3. AS décide de reporter la mise au lit à plus tard.	

Figure 44. Respect du rythme des résidents par l'AS-A06

Dans le dernier exemple disponible dans la figure 45 en suivant, l'aide-soignante AS-A04 choisit de ne pas se rendre aux transmissions de 7h15, car elle donne la priorité à la continuité de la prise en charge d'une résidente. Pour cela, elle s'appuie sur une coordination avec sa binôme, à qui elle délègue la participation aux transmissions. Elle prévoit aussi de récupérer ultérieurement les informations échangées pendant ces transmissions, soit par consultation des outils disponibles, soit en demandant directement à ses collègues. L'aide-soignante explicite

également une logique de réciprocité dans la relation de soin : elle considère qu'en ayant attendu, la résidente a elle-même fait un effort, auquel il est important de répondre pour s'adapter au rythme de la résidente, voire pour préserver une forme de qualité relationnelle.

Horaires	Traces de l'activité	
7h09 - 7h39	 1. Soins d'hygiène et de confort de la résidente	“ Doctorant : - Il y a un moment, tu me disais que t'avais raté la transmission mais que c'était pas grave parce que du moment qu'il y avait une binôme donc c'était A... (binôme) qui a dû aller. Du coup, la priorité est aux résidents sur le moment ? AS-Ao4 : - Oui, moi c'est comme ça que je fonctionne. La priorité c'est le résident, donc j'estime qu'on a tous les outils qu'il faut pour que je puisse regarder les transmissions après. Je peux demander à mes collègues aussi. Tu as vu, j'ai demandé même à A.. (binôme), « qu'est-ce qui a été dit ? ». Je lui avais promis que je finissais cette dame puis que j'allais venir mais je pense que pour sa pathologie et tout ça la rassure, qu'on respecte aussi cette attente. Elle, elle a fait le compromis de m'attendre donc c'est à moi de faire un effort aussi de la satisfaire. Doctorant : - Et avant les transmissions, vous devez faire un change peut-être ? AS-Ao4 : - Normalement, on a une toilette avant la transmission. Mais moi s'il y a un résident qui a besoin de moi, même s'il y en a 3, je ferai les 3. Ou si j'ai personne et que je suis toute seule, j'appellerai l'infirmière pour dire « écoutez, je ne serai pas en transmission parce que voilà un résident a besoin de moi. ”
	 2. 7h15 : Transmissions	
	 3. AS verbalise qu'elle ne va pas aux transmissions de 7h15: elle a vu avec sa binôme pour qu'elle puisse continuer les prises en charge.	

Figure 45. Respect du rythme des résidents et préservation de la qualité relationnelle par l'AS-A04

L'ensemble de ces situations sont représentatives de la personnalisation des soins par les aides-soignantes pour respecter au mieux le rythme et les besoins des résidents, en faisant preuve de capacités d'adaptation, tout en pointant la présence de certaines contraintes organisationnelles (respect du prescrit pour les réveils, impossibilité de faire des couchers à la carte pour l'ensemble des résidents).

- **Adaptation des soins pour préserver les résidents via les transmissions**

Des ajustements ont été relevés concernant la coopération interprofessionnelle et l'importance des transmissions au sein des équipes de soins.

1. Les transmissions, qu'elles soient ascendantes ou descendantes pour les aides-soignantes, sont des informations essentielles concernant les résidents. L'AS-A12 (1) évoque l'importance des transmissions orales lors des relèves de poste entre équipes de jour et de nuit, en complément des outils numériques. Le ressenti vis-à-vis des résidents sur les variations de leurs états de santé et sur les modifications d'attitudes sont des informations importantes pour les aides-soignantes. La connaissance des résidents pour détecter ces changements est également mise en avant, principalement liée au fait de les côtoyer au quotidien. Cela souligne l'importance d'un suivi régulier pour ne pas manquer d'information importante sur les résidents.

Verbatims

1	“ Et oui, effectivement c'est important de savoir tout ce qui s'est passé, au moins les dernières heures de la journée avec l'équipe du soir, s'il y a des gens et des résidents qui ont pas pu être couchés pour telle ou telle raison, il faut pouvoir prendre ce relais-là. Et le matin, s'il y a des surveillances particulières sur certains résidents ou des événements particuliers qui se passent ponctuellement dans la nuit, le lien est important. Et heureusement qu'on a ce temps quand même consacré. On a quand même 1/4 d'heure le matin, on a un bon quart d'heure le soir aussi et il le faut. Alors les ordinateurs c'est bien joli, mais quand il y a l'explication orale, je trouve que ça fait plus de liens. Un ordinateur, oui il va donner les détails sur les paramètres, les chiffres exacts mais le ressenti aussi du soignant vis-à-vis d'une personne qui est un peu moins bien que d'habitude, elle est vachement importante parce qu'on les connaît, on les voit au quotidien. Et quand il y a une différence d'attitude de comportement sans nous, enfin celles qui les connaissent bien, on le voit et ça c'est important. ”
AS-A12	

La gestion des comportements difficiles des résidents en EHPAD repose sur une anticipation souvent guidée par les transmissions. À travers l'exemple de Madame B., une résidente

susceptible d'être agressive, l'AS-A15 illustre comment les informations transmises influencent les stratégies d'interaction mises en œuvre par l'aide-soignante pour maintenir un climat apaisé (cf. figure 46 ci-dessous). Dans cette situation, avec le conseil de sa binôme, l'aide-soignante décide de laisser la résidente se calmer pendant un moment avant d'y aller. Lors du passage en chambre, environ 25 minutes après les transmissions, l'aide-soignante retrouve la résidente apaisée, essaie de lui parler d'autre chose, ce qui a facilité l'administration du traitement.

Horaires	Traces de l'activité	
20h32 - 20h38	 8. L'équipe de jour prévient qu'une résidente déambulait et qu'elle pouvait insulter.	Docteur : - Ensuite, il y avait madame B... donc ils en avaient parlé en transmission. Là tu dis que « tu vas devoir négocier ». Du coup, quelle gestion dans ce cas-là ? Comment vous vous occupez de ce genre de résident ? AS-A15 : - En fait comme elle dit N. (binôme), quand ils sont vraiment dans leur phase, vaut mieux les laisser tranquille parce qu'ils peuvent être vraiment agressifs comme vous l'avez entendu en transmission. La résidente peut être très agressive, donc vaut mieux la laisser se calmer un moment. Comme là quand je suis passé, elle était toute calme, elle s'était apaisée. J'ai pu lui donner le traitement et en fait faut essayer de lui parler d'autre chose, tout simplement."
21h04 - 21h10	 9. Ajustement du comportement de l'aide-soignante : l'aide-soignante dit qu'elle « va devoir négocier » avec la résidente avant d'entrer dans la chambre.	

Figure 46. Adaptation des interactions avec une résidente par l'AS-10

Ces exemples issus de l'activité réelle soulignent le rôle des transmissions dans le travail des aides-soignantes, qu'il s'agisse de la communication sur des informations liées aux comportements et à l'état de santé des résidents. Les échanges oraux complètent les outils numériques en apportant une dimension humaine et contextuelle.

2.3. Soutenir la dimension relationnelle et sociale

L'analyse de l'activité, à travers les autoconfrontations, met en lumière la manière dont les aides-soignantes prennent en compte la présence des familles et ajustent leurs interventions pour préserver les moments de socialisation des résidents, notamment l'après-midi. Elles soulignent l'importance de s'adapter aux situations afin de respecter le bien-être et la dignité des résidents, tout en intégrant les proches dans le processus de soin.

Pour expliciter cela, les traces de l'activité de l'AS-A09 viennent illustrer comment l'aide-soignante s'adapte à la présence familiale (cf. figure 47). Elle choisit de reporter le change de la résidente dans un premier temps, puis repasse quelques temps après et demande à la famille de sortir, en soulignant le besoin de changer la résidente (« sinon après elle sera trempée ») pour préserver sa dignité (hygiène). L'aide-soignante décrit comment elle navigue entre respect des besoins individuels des résidents et présence familiale.

Horaires		Traces de l'activité	
14h49		1. Change prévu mais la famille est présente : l'AS et son binôme repasseront	“ Doctorant : - Quand il y a de la famille vous faites comment ? AS-A09 : - On leur dit qu'il faut sortir parce qu'on la change. Quand il y a de la famille, qu'il y a de la visite, il faut les faire sortir pour qu'on fasse tous les soins. [...] Par exemple, elle (la résidente), il faut la changer sinon après elle sera trempée. C'est pour ça qu'on s'adapte à chaque résident. S'il y a un résident pour qui c'est pas la peine de le changer tout de suite, on le laisse.”
14h58		2. Second passage pour le change de la résidente : demande à la famille de sortir de la chambre.	
14h58 - 15h13		3. La famille sort pendant le change de la résidente et attend dans le couloir.	

Figure 47. Soutenir la socialisation des résidents par l'AS-A09

De même, l'extrait de l'activité de l'AS-A10, figure 48 en suivant, décrit l'interaction entre une aide-soignante et le compagnon d'une résidente, à qui il est proposé de donner le goûter à la résidente. L'intégration des familles dans le processus de soins et d'accompagnement des résidents est régulier, dès lors qu'elles sont présentes : « on leur demande toujours s'ils veulent le faire ou s'ils veulent que nous le fassions ».

Horaires	Traces de l'activité		
15h59		1. Passage de l'AS dans la chambre d'une résidente	“ Doctorant : - À un moment donné, c'était Madame M..., il y avait la famille qui était présente et donc il y avait un échange pour savoir qui donnait le goûter. Dans ce cas-là vous vous y prenez comment ? AS-A10 : La famille, elle peut s'en occuper vu qu'avant qu'elle n'arrive ici, la famille s'en occupait, son mari en l'occurrence. Et après on leur demande toujours s'ils veulent le faire ou s'ils veulent que nous le fassions. ”
		2. Présence du compagnon de la résidente.	
		3. L'AS demande au compagnon si elle donne le goûter ou si le compagnon veut le faire.	
		4. Le compagnon donnera le goûter.	

Figure 48. Soutenir la socialisation des résidents par l'AS-A10

Une situation spécifique dans l'activité de l'AS-A14, exposée dans la figure 49, décrit également comment l'aide-soignante ajuste son organisation pour gérer un appel familial d'un résident en soirée, tout en maintenant la continuité des soins. L'échange met en évidence sa capacité à prioriser le soin en cours, tout en répondant à la demande de la fille d'un résident.

Horaires	Traces de l'activité		
20h49		1. L'AS s'occupe du nursing du coucher d'une résidente.	“ Doctorant : - Il y a eu un appel sur le DECT ⁴⁵ de la fille d'un résident. Là t'étais dans la chambre de Madame D... et t'étais déjà en train de faire un soin. Ça arrive souvent ? AS-A14 : - Ça arrive (rires). En général, le soir du coup, on reçoit tous les appels puisqu'il n'y a plus l'infirmière, il y a plus de standard donc ça peut arriver oui. Une famille qui n'arrive pas à joindre son parent parce que
- 20h58		2. Appel extérieur sur le numéro de l'EHPAD : la nuit ce sont les AS qui les réceptionnent.	
20h58		3. Appel de la fille d'un autre résident : la fille du résident demande à l'AS si elle peut prévenir le résident (son père) de l'appel car celui-ci ne répond pas sur le téléphone de sa chambre.	

⁴⁵ Un DECT (Digital Enhanced Cordless Telecommunications) est un téléphone sans fil professionnel fonctionnant sur un réseau dédié, distinct du réseau téléphonique classique. Il est utilisé par les aides-soignantes pour communiquer entre eux, recevoir les appels des familles ou encore être alertés par le système de téléalarme en cas d'appel (sonnette) d'un résident.

20h58 - 21h06		4. L'AS termine la prise en charge de la résidente en cours.	le téléphone est trop loin ou mal raccroché donc on essaie d'estimer un peu le temps qu'il nous reste à finir le soin pour avertir qu'il nous reste à finir le soin pour avertir
21h09 - 21h12		5. Passage de l'AS dans la chambre du résident 6. AS prévient le résident (qui est malentendant) que sa fille l'a appelé 7. AS fait le numéro de la fille avec son téléphone et le passe au résident.	qu'on peut pas y aller dans l'instant T mais qu'on va s'en occuper. "

Figure 49. Soutenir la socialisation des résidents par l'AS-A14

Les situations décrites montrent toutes les trois que les aides-soignantes doivent prendre en compte la relation avec les résidents et l'implication de leurs familles. Un soin peut être reporté en raison de la présence d'un proche ou la famille peut être temporairement éloignée pour garantir l'intimité du résident pendant les soins. De plus, les aides-soignantes peuvent « collaborer » avec les familles pour donner un goûter ou répondre à des demandes spécifiques des familles, en prévenant un résident d'un appel de sa fille.

2.4. L'analyse de l'activité d'un poste de matin soutenable

Sur l'ensemble des 15 postes étudiés, l'analyse de l'activité de l'AS-02, dont on en a saisi une partie figure 41 précédemment, ressort comme le poste qui se rapproche le plus d'une journée de travail soutenable (cf. figure 50 suivante).

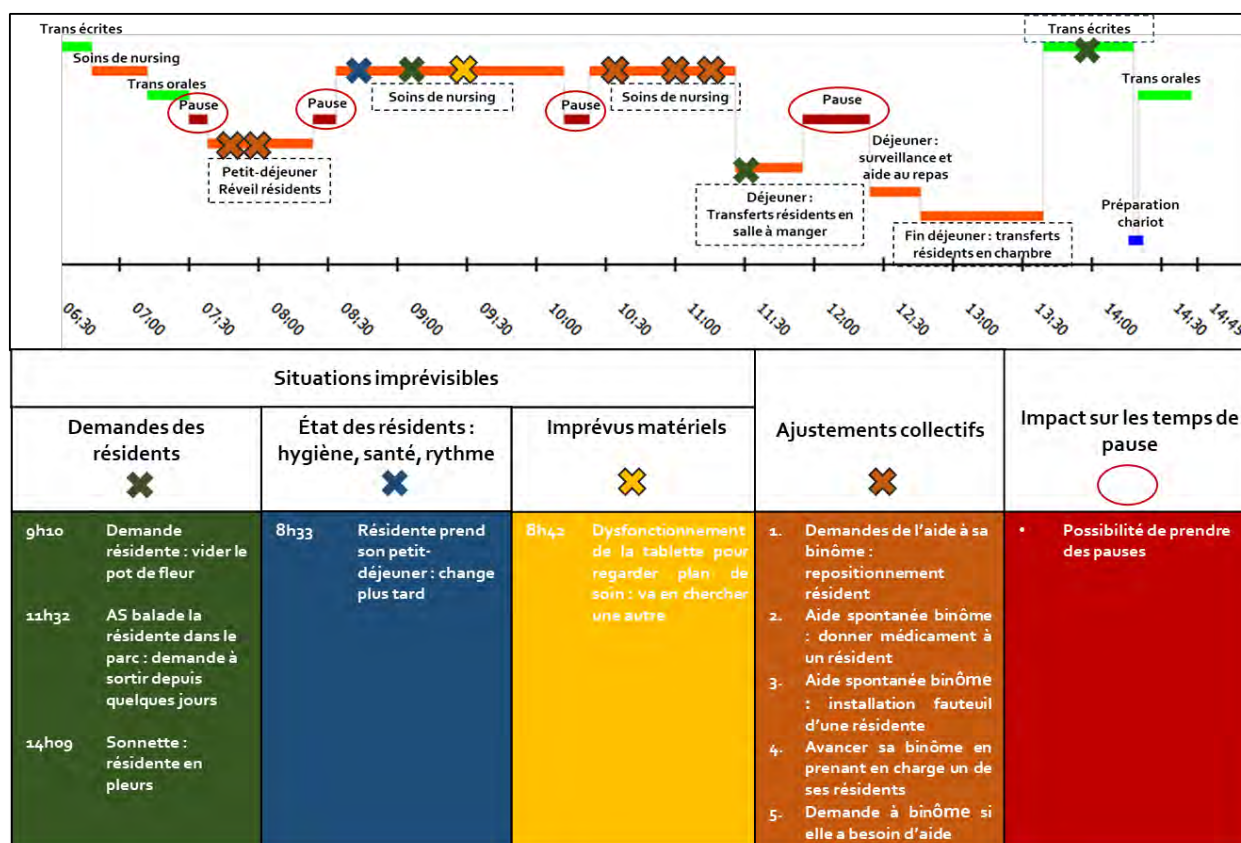


Figure 50. Chronique de l'activité soutenable de l'AS-02 sur un poste de matin (6h45-14h30)

Le poste observé concerne un secteur dit « léger », c'est-à-dire comportant des résidents aux niveaux de dépendance relativement faibles. Cette configuration permet à l'aide-soignante d'organiser son activité avec une plus grande flexibilité et de consacrer davantage de temps à la relation avec les résidents.

Verbatims

1	“ C'est vraiment le secteur le plus léger, tu peux vraiment prendre le temps avec les résidents. Donc quand je suis sur ce secteur-là généralement, c'est ce genre de chose que je fais ou couper des ongles, des choses que tu n'as pas le temps de faire forcément d'habitude, tu vois. ”

AS-A02

De plus, le déroulement de la journée est marqué par un faible nombre de situations imprévisibles (cinq en tout), réparties sur l'ensemble de la matinée, ce qui limite les interruptions et permet à l'AS-02 d'assurer l'ensemble des soins planifiés dans les temps.

Cette soutenabilité se traduit concrètement par plusieurs possibilités d'initiatives, visualisées dans la figure 51 en suivant :

- *Le soutien spontané à sa binôme* : Au cours de la matinée, l'AS-A02 prend l'initiative d'avancer sa binôme en réalisant le nursing d'un résident à sa place. Profitant de son

avance, elle continue de prêter une aide spontanée en assistant sa binôme dans l'installation d'une résidente. Plus tard, en chambre 3, les rôles s'inversent en sollicitant l'aide de sa binôme pour le repositionnement d'un résident lourd. Enfin, toujours dans une logique de soutien, elle propose spontanément son aide en chambre en constatant que son propre secteur est calme.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
10h23 - 10h43	Chambre 1 	1. AS décide d'avancer sa binôme en faisant le nursing d'un résident.	“ Doctorant : - Alors à un moment donné, c'était à 10h23 pour un résident. Tu regardes le plan de soin et tu fais le résident parce que tu me dis que ça va être rapide, mais c'était pas prévu dans le plan de soins je pense. Et comme c'est une matinée calme., tu avances ta collègue. AS-A02 : - Ah c'est monsieur C... que j'ai fait ouai. C'est ça. Du coup, je lui ai avancé oui, oui. Doctorant : - Parce que là t'avais le temps ? AS-02 : - Oui, c'est ça. En fait tu vois là, j'ai aidé ma binôme parce que j'étais en avance. Il m'en restait qu'une chambre à faire. Je crois qu'il me restait que Madame M... derrière. Et sinon après quand on a terminé, si on est en avance, on va dans les autres secteurs. Peut-être pas tout le monde, mais moi j'y vais (rires). ”
10h45	Chambre 2 	2. AS aide sa collègue à installer une résidente.	
11h10 - 11h13	Chambre 3 	3. AS demande de l'aide à sa binôme pour un repositionnement.	
10h32 - 11h44	Chambre 4 	4. AS demande à sa binôme si elle a besoin d'aide car c'est calme dans son secteur.	

Figure 51. Coopération de l'AS-02 avec sa binôme

- *La prise d'initiatives relationnelles* : À 11h32, l'AS-02 accompagne une résidente en promenade dans le parc, une demande formulée par la résidente depuis plusieurs jours, rendue possible par l'avance prise sur les soins.
- *Les temps de pause effectifs* : contrairement à de nombreux autres postes analysés, l'AS-02 bénéficie de plusieurs temps de récupérations (4) au cours de la matinée.

En résumé, cette séquence illustre comment un contexte organisationnel favorable (faible nombre de situations imprévisibles, secteur peu dépendant) permet à une aide-soignante non seulement de respecter les exigences du soin, mais aussi de développer une activité plus qualitative, centrée sur la relation avec les résidents, la coopération avec sa binôme et de se préserver avec des temps de récupération.

L'ensemble de ces résultats donne à voir le réel de l'activité des aides-soignantes, une activité que l'on peut qualifier de soins et d'accompagnement conformes aux critères de qualité. Ils montrent que, dans un contexte où les contraintes humaines et temporelles restent soutenables, les aides-soignantes déploient des ajustements continus pour répondre aux besoins fondamentaux des résidents, personnaliser les soins, et préserver la dimension relationnelle et sociale de l'accompagnement.

3. Une qualité des soins et de l'accompagnement des résidents acceptable : ajustements et compromis

Cette section présente les résultats de l'analyse de situations jugées *acceptables* au regard des critères de qualité des soins. Dans ces configurations, les contraintes, qu'elles soient liées aux effectifs ou au temps disponibles, tendent à s'intensifier progressivement, tout en restant, *dans un premier temps, anticipables*. Les aides-soignantes peuvent alors mobiliser des stratégies d'organisation pour préserver une qualité de soins qui reste acceptable, bien qu'à la limite de la rupture. Cependant, l'émergence de situations imprévisibles les contraint à ajuster leur activité en temps réel. Elles *doivent alors prioriser les besoins fondamentaux et les situations présentant un risque pour le bien-être, la sécurité ou la santé des résidents*, avant d'élaborer des compromis. Ces compromis ne visent pas à renoncer aux objectifs de qualité de soins, mais visent bien une adaptation raisonnée, afin de maintenir ces objectifs autant que possible, dans les conditions réelles du travail.

Dans un premier temps, nous verrons comment les professionnelles parviennent à maintenir cette qualité grâce à une anticipation active des besoins des résidents et à des stratégies organisationnelles visant à optimiser les ressources disponibles, tout en limitant les effets de la surcharge (§ 3.1). Ensuite, nous analyserons les situations dans lesquelles les soignantes sont confrontées à des imprévus ou à des défaillances organisationnelles, les contraignant à réagir en temps réel pour maintenir une qualité minimale de soin, parfois au prix de compromis sur les dimensions relationnelles ou temporelles de leur travail (§ 3.2). Enfin, nous mettrons en lumière les arbitrages éthiques et les formes de souffrance qui peuvent émerger lorsque les

aides-soignantes doivent ajuster leur activité en jonglant entre exigences institutionnelles, besoins des résidents et préservation de leur propre santé au travail (cf. § 3.3).

3.1. Ajustements par l'anticipation des besoins des résidents

Dans certaines situations, les aides-soignantes ajustent leur activité en anticipant activement les effets de l'augmentation de la charge, et en mettant en œuvre des stratégies visant à optimiser les ressources disponibles. Ces ajustements traduisent des modes opératoires plus économes, permettant de réduire l'astreinte éthique (Sperandio, 1972), tout en maintenant un niveau de qualité de soins et d'accompagnement jugé acceptable.

- **S'organiser pour prévenir l'augmentation de la charge, parfois au détriment des résidents**

Pour optimiser leur temps et éviter une surcharge en fin de service liée au départ anticipé de la binôme à 20h, les aides-soignantes anticipent en priorisant la prise en charge des résidents les plus dépendants avant la distribution des repas. Ces résidents, dits « lourds », nécessitent une mobilisation physique importante, impliquant une coopération pour la manutention en raison de leur incapacité à participer aux gestes de soin. L'aide-soignante AS-A10 souligne dans la figure 52 en suivant que cette organisation anticipée est essentielle : sans elle, la charge de travail deviendrait difficilement soutenable.

Horaires	Traces de l'activité	
16h03 - 17h45	 1. Organisation avec sa binôme : change des résidents lourds à cette heure-là avant la distribution des repas.	“ Doctorant : - Ensuite, en termes d'organisation, vous faites les changes des résidents « lourds » avant une certaine heure pour quelle raison ? As-A10 : - Oui 17 heures. En fait, si on ne fait pas ça, on ne s'en sort pas, parce-que le temps que ça prend. [...] Avant le goûter, on les change déjà, ceux qui sont dans les lits encore alités. Et après notre pause, on continue, on fait que les lourds. Parce qu'on ne peut pas les faire toute seule, c'est pas possible. Monsieur B..., Madame M.... Elle, tu peux pas, parce qu'elle est raide, elle ne bouge pas, elle n'aide pas,

	elle fait rien. Elle peut pas bouger sa jambe. Faut être deux pour pas se faire mal."

Figure 52. Anticipation de l'augmentation de la charge en fin de service par l'AS-A10

Au cours du même poste, la figure 53 montre que l'aide-soignante (AS-A10) ajuste sa planification pour tenir compte du départ imminent de sa binôme à 20h, dans un contexte de sous-effectif marqué. Pour optimiser la charge de travail et limiter les soins à réaliser en soirée, certaines étapes comme la mise en pyjama ou l'installation au lit sont anticipées dès l'après-midi (15h37), au détriment des résidents. Toutefois, la possibilité laissée à une résidente de refuser d'être changée trop tôt montre que l'aide-soignante conserve une marge d'adaptation, réintroduisant ainsi une forme d'équilibre entre exigences collectives et attention individuelle.

Horaires	Chambres	Traces de l'activité	
15h37	Chambre 1 	1. AS ramène une résidente de la salle à manger (goûter) à sa chambre. 2. Transfert du fauteuil au lit. 3. Changement de protection. 4. Mise en pyjama d'une résidente.	Doctorant : - Vous les mettez en pyjama, des fois, en avance aussi pour avancer plus vite ? AS-A10 : - Qu'ils soient en pyjama ou pas, de toutes les façons ils sont déjà au lit. [...] ça nous avance un peu, oui. Mais parce qu'on travaille aussi en fonction du temps, malheureusement."
17h01	Couloir 	5. AS verbalise au doctorant qu'elle décide d'avancer les couchers des résidents.	Doctorant : - On parlait de manque d'effectifs, la binôme faisait du 12 heures et vous avanciez pas mal. C'est des stratégies que vous mettez souvent en place du coup pour gagner du temps ? AS-A10 : - Oui pour qu'elles puissent partir et me laisser le moins de travail possible. Ouais, donc on essaie d'avancer le maximum possible. "

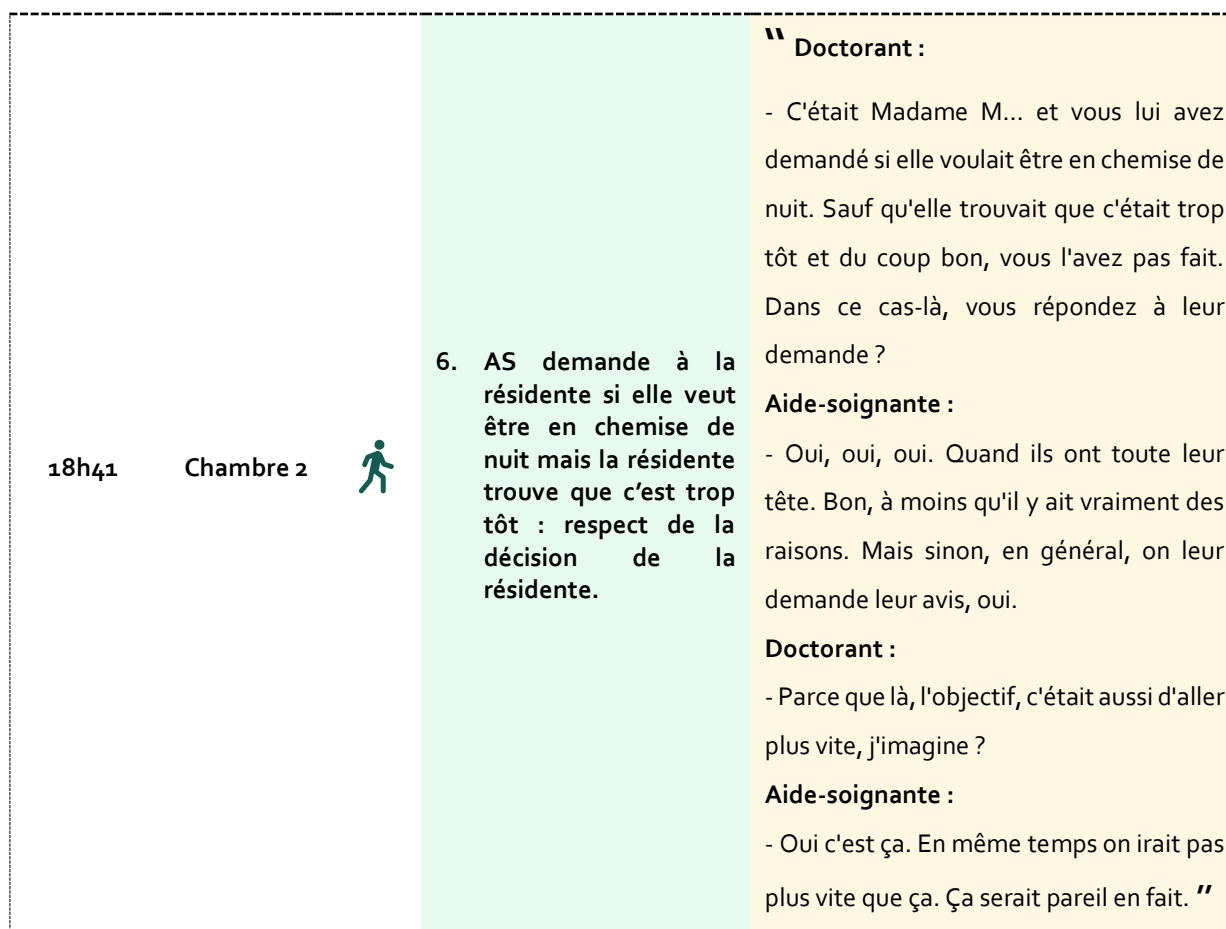


Figure 53. Anticipation de l'augmentation de la charge en fin de service par l'AS-A10

- **Stratégies de surveillance pour mettre les résidents en sécurité**

Les aides-soignantes développent également des stratégies qui incluent des actions préventives, telles que placer un résident dans un espace commun pour améliorer la surveillance ou demander à un résident de signaler la fin de ses besoins pour que les aides-soignantes puissent intervenir rapidement. Cet extrait, figure 54 suivante, illustre une situation où l'aide-soignante (AS-A01) intervient spontanément pour positionner une résidente en fauteuil dans le couloir afin de faire face aux contraintes de surveillance liées aux ressources humaines limitées. Le positionnement dans le couloir offre la possibilité de maximiser la surveillance, « même si elle n'est pas totale », en raison de la présence d'autres résidents et du passage de professionnels extérieurs.

Horaires	Traces de l'activité	
9h36	 1. La résidente glisse sur son fauteuil dans sa chambre	“ Doctorant : - C'était une résidente qui glissait sur son siège et tu l'as mise dans le couloir parce que ça favorisait une meilleure surveillance ? AS-A01 : - C'est les surveillances, au lieu de la laisser seule dans la chambre, vu qu'on sait qu'on n'y passe pas dans la chambre fermée. En les mettant dans le couloir, on sait qu'il y a plus de passage, donc si elle se met en danger, il y a toujours quelqu'un qui passe, même un autre résident peut nous appeler. On a eu des cas où c'est un résident qui a donné l'alerte. Quelqu'un passera. Un kiné ou une infirmière ou un autre résident et finira par dire « au secours, au secours » ou « elle est tombée ».
	 2. AS en passant devant la chambre voit la résidente et la positionne spontanément dans le couloir.	

Figure 54. Prévention des risques en fonction du manque de personnel par l'AS-A10

- **Stratégies pour rassurer et respecter les résidents vis-à-vis de l'attente**

Dans certaines situations, les aides-soignantes adaptent leur communication pour gérer la charge de travail en préservant la qualité de l'interaction avec les résidents. Pour cela, elles utilisent des stratégies telles que prendre des rendez-vous informels, éviter de préciser les délais et s'adapter aux profils des résidents selon leur degré d'acceptation de l'attente.

L'exemple de l'activité de l'AS-A02 ci-dessous illustre comment l'aide-soignante communique avec une résidente en l'informant qu'elle repassera plus tard pour s'occuper d'elle, tout en justifiant ce délai par d'autres priorités de soins. Cette pratique, inspirée de la formation « Humanitude », facilite la gestion des attentes pour prévenir les frustrations et favoriser la coopération des résidents. L'aide-soignante souligne que, même si Madame M... préfère être prise en charge tôt, elle est capable de comprendre les contraintes des aides-soignantes.

Horaires	Traces de l'activité	
8h33 	AS passe dans une chambre et dit à la résidente qu'elle repassera.	'' Doctorant : - J'ai remarqué aussi, que vous dites à certains résidents, donc là par exemple c'était la chambre n°..., que vous repasserez. AS-A02 : - Ah c'était à Madame M... Cette dame, elle aime bien être faite tôt. En fait, elle, c'est ça qui est rigolo, c'est qu'elle aime bien être faite tôt mais si tu la préviens en amont tu lui dis « <i>j'ai des personnes à faire avant, je suis désolée mais je pourrai pas venir avant telle heure</i> », elle est pas du tout dans le refus. Elle est capable d'entendre et de comprendre qu'on a du travail et qu'on peut aussi avoir d'autres personnes à faire avant. En « Humanitude », on nous apprend à faire des prises de rendez-vous avec les résidents pour les faire redescendre ou pour ceux qui sont en prise en charge compliquée, en refus, en incurie, ça peut permettre qu'ils acceptent plus facilement le soin.

Figure 55. Rassurer les résidents vis-à-vis de l'attente par l'AS-02

D'autres pratiques similaires ont été relevées soulignant qu'il s'agit d'une pratique récurrente pour les aides-soignantes. L'AS-A07 explique qu'il est crucial de ne pas donner de délais précis aux résidents, comme « dans 15 minutes », car l'équipe ne peut souvent pas respecter ces engagements en raison des contraintes de temps. Elle préfère rassurer les résidents en leur disant qu'elle repassera, évitant ainsi de les faire monter en pression ou de créer des frustrations. De son côté, l'AS-A09 souligne que la gestion des demandes dépend fortement de la connaissance des habitudes et des besoins spécifiques de chaque résident. Certains résidents (les « coquins »), font des demandes répétitives qui ne sont pas urgentes, tandis que d'autres nécessitent une intervention immédiate, comme un changement de protection ou une mise au lit.

Verbatims

1	“ Oui pour qu'ils s'impatientent pas, qu'ils montent pas en pression parce que sinon tout le monde va être fâché. Faut pas donner de temps précis, pour dire « dans 15 minutes », parce que la plupart du temps, on n'a pas le temps de revenir dans 15 minutes. On va repasser, c'est sûr mais voilà. ”
AS-A07	
2	“ On connaît déjà les résidents, des fois ils sont coquins, ils demandent des choses répétitives. Quand on les connaît, on leur dit « oui, on arrive » parce qu'on connaît déjà ses habitudes qui ne sont pas des cas urgents alors qu'il y en a d'autres qui appellent, il faut les changer, les coucher. Et ça on s'est habitué un peu à tous les résidents pour bien les connaître. ”
AS-A09	

Ces pratiques, renforcées par des formations comme l'« Humanitude », permettent de prévenir les refus de soins, de respecter les résidents et de maintenir une atmosphère apaisée.

- **Prévenir durablement les sollicitations des résidents**

Les aides-soignantes mettent également en place des stratégies pour gérer les sollicitations fréquentes de résidents, tout en équilibrant les besoins individuels et les contraintes collectives. Par exemple, lorsqu'une sonnette non urgente retentit, l'aide-soignante en poste de nuit choisit délibérément de temporiser avant de répondre. Cette décision, expliquée comme une manière d'encourager la résidente à développer de la patience et à modérer ses attentes, vise à préparer les résidents à des situations où une réponse immédiate n'est pas possible en raison d'une urgence ou d'un effectif réduit.

Horaires		Traces de l'activité	
21h49		1. 1 ^{er} passage dans les chambres sur le poste de nuit : AS sort d'une chambre.	“ Doctorant : - Après, c'est une résidente (sonnette). Tu attends un peu avant de descendre parce que sinon tu me disais qu'elle était trop exigeante. Tu le fais souvent ? Aide-soignante : - Je le fais pour les rendre moins.... Comment t'expliquer ? Doctorant : - Moins demandeur ? Aide-soignante :
		2. Sonnette d'une résidente	
21h50		3. AS attend un peu avant de répondre à la sonnette : elle verbalise qu'il s'agit d'une sonnette habituelle (non urgente) et que ça évite que la résidente soit exigeante.	

21h52 - 22h		4. L'aide-soignante répond à la demande de la résidente : mise aux toilettes et aide au coucher.	- Voilà, moins demandeur et qu'ils apprennent aussi un petit peu à attendre. On peut avoir une urgence et qu'on soit pas là (elle claque des doigts), en 2 secondes on arrive. [...] Pour qu'ils apprennent. A savoir qu'ils sont 80 et qu'on n'est pas là, à la minute où ils sonnent. Ça, je le fais sur pas mal de gens. Justement, au cas où il nous arrive une urgence et qu'on puisse pas répondre à la minute même. Ça leur apprend à avoir de la patience et de la tolérance, chose qu'ils n'ont plus (rires)."

Figure 56. Prévenir les sollicitations par l'AS-10

3.2. Ajustements par la réaction face aux situations imprévisibles

Dans certaines situations, les aides-soignantes ajustent leur organisation face aux situations imprévisibles auxquelles elles sont confrontées. Dans ce cadre, elles priorisent, c'est-à-dire qu'elles établissent un ordre d'importance entre les différents critères de qualité des soins, et réalisent des compromis en acceptant de faire des concessions entre plusieurs de ces critères.

- **S'organiser pour garantir l'équité des soins**

L'extrait met en lumière la gestion organisationnelle et temporelle d'un aide-soignant masculin (AS-A06) dans un contexte où les sollicitations se superposent. L'aide-soignant décrit sa stratégie pour faire face aux multiples demandes tout en conservant une « trame » dans ses interventions. Confronté à une sonnette dans la chambre 1 alors qu'il avait planifié des prises en charge pour les chambres 2 et 3, il choisit de différer sa réponse à la sonnette. Cette organisation lui permet de rester concentré, d'éviter la dispersion, et de garantir que tous les résidents reçoivent les soins prévus, sans risque d'omission.

Horaires	Chambres	Traces de l'activité		
19h26	Chambre 1		1. Sonnette	Docteurant : - Alors un moment, il y'a une sonnette, mais tu choisis de faire la chambre 2 avant la chambre 1 qui sonne. AS-Ao6 :
			2. AS avait prévu la prise en charge de la chambre 2 et 3. Il répondra à cette sonnette plus tard.	

19h26 - 19h33	Chambre 2		3. Prise en charge du résident prévu : soins d'hygiène.	Je me donne une organisation parce-que si je cours partout, je me disperse. Je me donne une trame quand je fais les changes, je peux me dispatcher mais j'essaie de suivre une seule ligne. Parce que si je me dispathe partout, parfois je sais pas qui j'ai changé, j'ai un oubli. Donc au moins ça me permet d'avoir une ligne et d'être correct sur les changes comme ça je sais au moins que tout le monde est fait. En fait je fais les plus faciles jusqu'au plus difficiles, ceux qui prennent le plus de temps. C'est une organisation que je me donne pour pouvoir gérer le temps parce que si je prends les plus compliqués, je perds trop de temps. "
19h34 - 19h39	Chambre 3		4. Prise en charge du résident prévu : soins d'hygiène.	
19h39	Chambre 4		5. Demande orale du résident de la chambre 4	
19h40 - 20h	Chambre 1		6. AS donne la priorité à la sonnette de la chambre 1.	
20h01 - 20h13	Chambre 4		7. Réponse à la sonnette : soins d'hygiène.	
			8. Réponse à la demande orale du résident : soins d'hygiène et mise au lit.	

Figure 57. Garantir l'équité des soins par l'AS-06

- **Préserver la qualité du soin en cours**

La situation de la figure 58 ci-dessous (AS-A04) présente une aide-soignante qui doit décider entre répondre à la sonnette d'une résidente et terminer la prise en charge en cours d'un autre résident. L'aide-soignante décide de terminer le soin en cours car le résident est déjà « à moitié nu » pour préserver la qualité du soin et la dignité du résident. À travers ses choix, l'aide-soignante montre comment la connaissance des comportements et des pathologies des résidents lui permet d'évaluer les risques puis de prioriser et de s'organiser en fonction. L'aide-soignante connaît les pathologies et le comportement des résidents, ce qui lui a permis de savoir que la résidente de la chambre 2, qui avait réalisé l'alerte, n'était pas en danger immédiat et n'allait « pas bouger », et donc de prioriser la mise en sécurité du résident de la chambre 1.

Horaires	Chambres		Traces de l'activité	
8h26 - 8h42	Chambre 1		1. AS prend en charge un résident.	“ Doctorant : - À 8h42, tu t'occupais de Monsieur F... (chambre 1) et à un moment donné t'as une sonnette chez Madame G... (chambre 2). Mais du coup la priorité c'est de finir le résident ? AS-Ao4 : Exactement parce que j'avais déjà commencé la toilette et il était un peu à moitié nu (chambre 1), donc je préfère terminer avec cette personne et venir après. Déjà, j'avais des gants. Si j'y vais, il faut que j'enlève tout et je savais qu'elle allait pas se lever comme ça Madame G... (chambre 2), je la connais. Elle va sonner, elle va appeler mais elle va pas se lever et quand je suis arrivée, je l'ai installée pour le petit déjeuner alors qu'il y avait la table et tout. Elle avait juste besoin d'assurance d'avoir quelqu'un qui lui donne à manger, Je lui ai juste donné la main, elle s'est assise toute seule et je lui ai donné le cachet. Comme je t'ai dit au début, je connais les pathologies, je connais le comportement de chacun donc je savais qu'elle allait pas bouger, donc du coup je préfère mettre en sécurité Monsieur F.... (chambre 1) parce que je sais que elle, elle était pas en danger. ”
8h42	Chambre 2		2. Sonnette de la chambre 2	
8h42 - 8h46	Chambre 1		3. AS priorise de terminer le soin en cours.	
			4. La résidente veut ses médicaments.	
8h46 - 8h51	Chambre 2		5. Prise en charge de la résidente : l'aide-soignante donne son médicament.	

Figure 58. Préserver la qualité du soin en cours par l'AS-04

- **Prioriser selon le risque pour la sécurité des résidents**

L'exemple d'une situation issue de l'activité de l'AS-A04 (cf. Figure 59) illustre la gestion de deux alertes de résidentes en simultané mais avec un degré d'urgence différencié. L'aide-soignante doit ici gérer deux résidentes dans des états émotionnels opposés : l'une en détresse

émotionnelle (pleurs) et l'autre dans une situation potentiellement risquée (tentative d'enjamber le lit et de chuter). Grâce à sa connaissance des comportements des résidentes (« je connais le dossier des 2 »), l'aide-soignante opte pour une priorisation de la chambre 1 basée sur le degré de risque perçu. La patiente de la chambre 1, avec des antécédents de fracture, est prise en charge en première afin de prévenir un danger immédiat. Le patient de la chambre 2, bien que dans un état émotionnel nécessitant une attention particulière, est rassuré verbalement avant d'être pris en charge plus tard.

Horaires	Chambres	Traces de l'activité	
6h46	Chambre 1 	1. 1 ^{ère} alerte : la résidente crie	“ Doctorant : - À 8h42, tu t'occupais de Monsieur F... (chambre 1) et à un moment donné t'as une sonnette chez Madame G... (chambre 2). Mais du coup la priorité c'est de finir le résident ? AS-Ao4 : Parce que je connais le dossier des 2. Je peux dire à Madame S... (chambre 2) de m'attendre, elle ne bougera pas mais par contre Madame L...(chambre 1) si je lui dis de m'attendre, elle va rester 5 minutes, elle va pas m'attendre, elle a déjà son objectif, elle va y arriver. Si je suis pas à côté, que j'arrive pas à la distraire un peu, elle va foncer dans son idée et elle peut se faire mal. Je priorise le danger, y'a plus de danger chez Madame L... (chambre 1) que chez Madame S.... (chambre 2). Voilà et en plus elle m'a verbalisé qu'elle va sauter hein (rires). Donc ça veut dire qu'elle va et elle est capable de le faire. [...] Elle s'est déjà cassé le col du fémur.”
	Chambre 2 	2. 2 ^{ème} alerte : la résidente pleure	
6h47	Chambre 1 	3. AS vient calmer la résidente qui crie.	
		4. La résidente veut enjamber le lit.	
6h47 - 6h48	Chambre 2 	5. AS vient ensuite calmer la résidente en pleurs et lui dit qu'elle s'occupe de la résidente de la chambre 1 avant et qu'elle revient.	
6h48 - 7h09	Chambre 1 	6. Prise en charge de la résidente : nursing du matin (change, toilette, habillage et mise en fauteuil)	
7h09 - 7h39	Chambre 2 	7. Prise en charge de la résidente : nursing du matin (Mise aux toilettes, douche, habillage)	

Figure 59. Prioriser selon le risque pour la sécurité d'une résidente par l'AS-04

- **Reporter ou délaier certaines tâches pour répondre aux besoins des résidents**

Dans cet extrait, l'aide-soignante AS-A01 explique comment le manque de temps, dû à des imprévus fréquents (comme des résidents nécessitant plus de temps pour des soins ou des refus à gérer), l'oblige à réaliser ses transmissions écrites pendant sa pause repas. Elle décrit un dilemme récurrent : prendre du temps supplémentaire après son heure de fin, laisser ses collègues assumer une charge de travail supplémentaire, ou empiéter sur son propre temps de pause.

Horaires	Traces de l'activité	
11h58 - 12h17	 1. Pause repas : l'aide-soignante trace les transmissions sur la tablette par manque de temps.	“ Doctorant : - Au moment du repas, tu faisais tes transmissions écrites sur la tablette.. AS-A01 : - Parce-que des fois, on prend même pas nos pauses parce que la résidente que tu dois faire en 20 minutes, il arrive un problème, c'est-à-dire que tu dois partir pour une toilette mais finalement tu es obligé de le doucher parce qu'elle est souillée ou tu dois partir pour une toilette, une douche, mais elle est tellement en refus que tu prends du temps pour lui faire comprendre que c'est nécessaire. <i>C'est une fois par semaine et que c'est là. On a 20 minutes, et tu sais derrière qu'à 11h45 tu as ta pause toi aussi pour manger.</i> Du coup, tu n'as pas le temps de faire les transmissions. Tu dis ok parce qu'après tout s'enchaîne donc tu vois. Du coup, soit tu restes plus tard, donc au lieu de partir à ton heure, tu dois rentrer chez toi, tu restes 5 minutes, 10 minutes plus tard, soit au bout d'un moment tu dois faire la surveillance du déjeuner avec tes collègues et c'est là que tu vas laisser tes collègues et prendre ce temps-là pour le faire ou soit c'est sur ta pause. Tu ne peux pas partir sans faire tes soins.”

Figure 60. Reporter certaines tâches pour prendre soin des résidents par l'AS-A01

3.3. Compromis : faire des choix au détriment de critères de qualité des soins

Lorsque les ressources mobilisables sont épuisées, les aides-soignantes peuvent modifier les exigences de la tâche et leurs propres exigences vis-à-vis de la qualité du soin et de l'accompagnement des résidents. Les situations de l'activité des aides-soignantes qui vont être présentées montrent une progression dans la prise de décision. Il s'agit de situations dans lesquelles les aides-soignantes mettent en œuvre une solution qui ne répond pas simultanément pleinement aux objectifs prescrits et aux critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents (hygiène, confort, dignité, contraintes organisationnelles). Elles doivent dans ces situations faire des choix au détriment partiel d'au moins un des critères de la qualité des soins et négocier une solution acceptable.

Pour illustrer des compromis impliquant des renoncements partiels à certains critères de qualité des soins, nous présenterons en suivant des exemples issus de l'analyse de l'activité des aides-soignantes.

- **Accepter l'initiative de la résidente au détriment du protocole d'hygiène**

L'extrait de l'activité de l'AS-02 illustre un compromis entre le respect des protocoles de soin et le respect de la personne. En raison de son arrivée tardive, l'aide-soignante doit faire face à une résidente, pudique ayant effectué seule une toilette partielle mais non conforme aux règles d'hygiène, l'aide-soignante choisit de ne pas la contraindre à recommencer. Bien qu'elle sache que le soin n'a pas été réalisé selon les standards d'hygiène attendus, elle privilégie ici la préservation de l'autonomie et de la dignité de la résidente, acceptant ainsi un écart aux exigences protocolaires pour éviter la frustration de la résidente.

Horaires	Traces de l'activité	
9h40 - 9h41 	1. AS arrive dans la chambre d'une résidente pour réaliser sa toilette.	“ Doctorant : - Ensuite, il y avait une résidente qui a fait sa toilette seule car elle a attendu trop longtemps, enfin, c'est toi qui me l'avais dit, trop longtemps l'arrivée du soignant. Du coup elle a pas besoin de faire sa

	2. La résidente a déjà fait sa toilette car l'aide-soignante est arrivée en retard.	toilette ? Enfin du coup t'as pas eu besoin de faire sa toilette ni de la changer ? AS-A01 : - Des fois certains résidents savent faire les toilettes, mais c'est jamais bien fait. Comme tu vois, quand on dit la toilette, on commence par les dents, le visage, les machins et on fait du plus propre au plus sale. T'as des résidents comme cette dame-là, on nous demande de le faire parce qu'elle respecte pas ces protocoles-là. D'ailleurs elle est capable de prendre un gant et puis de le remettre là. Pour elle, elle fait sa toilette, elle fait comme à la maison alors que le protocole veut que par rapport aux toilettes, le propre et le sale ne se touche pas. Donc en fait, elle fait vite avant qu'on arrive pour qu'on ne vienne pas la déranger et ça peut se comprendre, elle est pudique. Elle se dit qu'elle peut encore le faire même si c'est mal fait. Au final, même si je sais que je dois lui refaire, je vais pas lui mettre une frustration en plus, la redéshabiller, lui dire « <i>non, non, vous savez pas faire, il faut qu'on le refasse. Allez, on recommence</i> ». Non, je vais la frustrer. Je la valorise pas et je la respecte pas donc non. Je fais « <i>ok d'accord. Bon, vous avez fait comme ça aujourd'hui demain je vais venir plus tôt.</i> »
	3. AS laisse la résidente tranquille pour ne pas la frustrer.	

Figure 61. Compromis entre accepter l'initiative de la résidente au détriment du protocole d'hygiène par l'AS-04

- **Compromis entre besoins d'un soin d'hygiène et le protocole**

Dans cette situation, un compromis entre la réponse immédiate à un besoin d'hygiène et le respect des protocoles liés à la distribution des repas. L'aide-soignante (AS-A01), en pleine tournée des petits déjeuners, constate qu'une résidente est souillée. Bien qu'elle reconnaisse l'urgence d'une toilette, elle choisit de différer l'intervention, conformément aux règles strictes d'hygiène interdisant d'alterner entre soins corporels et distribution alimentaire. Ce choix, dicté par les contraintes organisationnelles et les normes sanitaires, illustre la nécessité pour les soignantes de hiérarchiser les priorités, parfois au prix d'un écart par rapport aux attentes en matière de confort ou de dignité.

Horaires	Traces de l'activité	
7h36 - 7h42	 1. AS est dans la distribution des petits déjeuners : repositionnement des résidents.	“ Doctorant : - C'était pendant la distribution du petit déjeuner, tu voulais faire la toilette d'une résidente mais tu devais continuer la distribution des petits déjeuners. AS-A01 : - Parce qu'elle était souillée. En général, cette résidente est souillée le matin. Et là, normalement il faut lui faire la toilette, mais si on est en installation, on peut pas. En général, il y a une collègue qui fait les installations, parce qu'on touche le repas, donc pour éviter la contamination. Tu vois, le problème d'hygiène, tu peux pas donner à manger et en même temps, faire les soins, c'est impossible. ”
7h42 - 7h49	 2. Passage dans la chambre d'une résidente pour distribuer son petit déjeuner et la repositionner.	
	 3. La résidente est souillée	
	 4. AS ne fait pas le soin pour des raisons d'hygiène.	

Figure 62. Compromis entre besoins d'un soin d'hygiène et le protocole par l'AS-04

- **Décaler un soin relationnel**

Une situation relevée dans l'activité d'une aide-soignante en poste de matin (AS-A02) montre une impossibilité de répondre à la demande d'un résident car l'aide-soignante est en fin de service (départ à 14h30). Dans cette situation, l'aide-soignante explique qu'elle ne peut pas accompagner un résident souhaitant sortir se balader en fin de service, mais qu'elle transmet l'information à ses collègues pour assurer une continuité de prise en charge. Le choix est contraint mais compensé par une communication d'équipe ou des relais. L'impact sur la qualité des soins reste limité car la continuité de la prise en charge a peut-être été assuré autrement.

Horaires	Traces de l'activité	
14h13	 1. Demande d'un résident pour sortir se balader.	“ Doctorant : - C'était un résident qui voulait sortir, il était 14h13 donc à ce moment-là vous-pouviez pas le sortir. Dans ce cas-là vous dites non ? AS-A03 : - Ah mais si Monsieur F..., tu passes l'info à tes collègues de l'après-midi. Si elles ont du temps, elles
	 2. AS ne peut pas sortir le résident car c'est la fin de son service.	

		vont le sortir dehors tu vois. Mais oui à 14h13, tu finis à 14h30, t'as pas le temps de le sortir. "

Figure 63. Décaler un soin relationnel par l'AS-03

- **Surveillance impossible malgré un risque pour le résident**

Dans cette situation, l'aide-soignante (AS-A01) est contrainte de prioriser la distribution des petits déjeuners, au détriment de la surveillance rapprochée d'un résident qui nécessiterait pourtant une attention spécifique pendant la prise de repas. Faute de temps et de personnel, elle mise sur la coordination avec sa binôme pour compenser cette limitation. Ce compromis organisationnel, dicté par la contrainte temporelle, n'est pas sans conséquence : il expose le résident à un risque pour sa santé, soulignant les tensions entre les exigences de la tâche, la sécurité des soins et les moyens disponibles.

Horaires	Traces de l'activité	
7h36 - 7h38	 1. L'aide-soignante distribue le petit déjeuner à un résident 2. Le résident nécessite d'être surveillé : surveillance impossible par manque de temps.	“ Doctorant : - À un moment donné, tu distribuais le petit déjeuner, et il y a un résident qui nécessite d'être surveillé, mais la surveillance est impossible par manque de temps. AS-A01 : - Oui, on doit continuer la distribution, c'est une question de temps. Sur mon poste, je devais faire tous les résidents, lui, l'installer au petit déjeuner pour qu'il puisse manger, mais il avait besoin d'aide. Je pouvais pas car je devais continuer à distribuer les autres résidents, donc je lui explique que je peux pas ou qu'une collègue peut passer derrière moi. Mais sur le coup, je peux pas m'arrêter sinon, ça va prendre 5, 10 minutes, les autres, ils attendent pour prendre leur petit déjeuner. On est que deux le matin à se suivre, à faire les installations. [...] C'est pour ça que le travail en équipe est important et la communication. ”

Figure 64. Surveillance impossible d'un résident à risque par l'AS-06

- **Impossibilité de répondre aux besoins d'un résident déambulant**

Une autre situation vécue par l'aide-soignante AS-A05 (cf. figure 65) consiste en la confrontation à une situation où, tout en positionnant un résident pour le petit déjeuner, est interrompue par un autre résident (troubles cognitifs et comportementaux), qui déambule et présente des comportements agressifs. Face à cette double exigence, l'aide-soignante ne peut pas consacrer le temps nécessaire à un accompagnement individualisé pour le résident qui déambule et priorise la sécurité du résident en cours de prise en charge, tout en s'assurant que Monsieur M. ne représente pas un danger pour lui-même ou pour les autres. Cette situation illustre les contraintes organisationnelles auxquelles sont confrontés les soignants, où la gestion simultanée de plusieurs résidents aux besoins complexes nécessite des arbitrages rapides, souvent au détriment de l'accompagnement personnalisé.

Horaires	Résidents	Traces de l'activité	
	Résident 1 	1. Aide-soignante positionne un résident pour le petit déjeuner	“ Doctorant : - Alors, t'as eu quelques interruptions, t'as Monsieur M... qui déambulait. Dans ce cas-là quelle gestion ? AS-A05 : - Faut le mettre en sécurité ou alors tu donnes le relais à une collègue. Parce que moi j'étais déjà en mode dégradée si tu veux. J'ai mes soins à faire. Monsieur M..., c'est une personne qui déambulait depuis le début. C'est une prise en charge vraiment compliquée qui demande du temps. Il faut l'accompagner dans tout, c'est une personne qui était déambulante, agressive, donc là en plus il était haut, c'est-à-dire que tous les traitements n'agissaient pas forcément. Ma priorité, ça a été vraiment de le mettre en sécurité pour que je puisse continuer. Je pouvais pas le prendre avec moi, je
7h37 - 7h40	Résident 2 	2. Interruption d'un autre résident déambulant pendant la prise en charge	
		L'aide-soignante priorise la sécurité du résident en cours et ne peut gérer le résident qui déambule.	

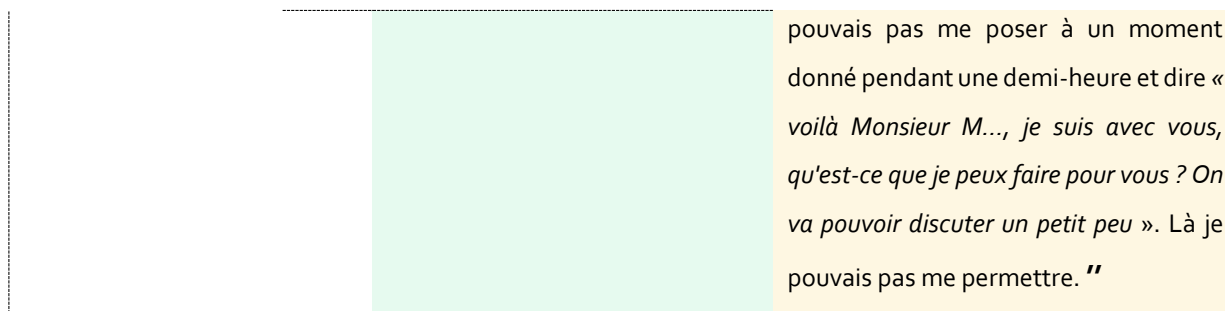


Figure 65. Impossibilité de s'occuper d'un résident à risque en déambulation, par l'AS-06

4. Mise à l'épreuve de la qualité des soins : entre arbitrages et dilemmes éthiques

4.1. Arbitrages pour assurer la prise en charge de l'ensemble des résidents

Certaines situations exigent des aides-soignantes qu'elles procèdent à de véritables arbitrages, c'est-à-dire à des choix délibérés entre plusieurs options, en fonction des contraintes du moment. Ces arbitrages vont au-delà de simples compromis : ils impliquent des décisions plus lourdes de conséquences, dans lesquelles il n'est pas toujours possible de répondre de manière satisfaisante à l'ensemble des besoins. Dès lors, les aides-soignantes doivent prioriser, parfois au détriment du bien-être, de la sécurité ou de la santé d'un résident, car les conditions ne permettent pas de tout concilier.

Dans cette quatrième partie, nous examinerons d'abord comment certaines situations imposent des arbitrages concrets entre différents aspects du soin (hygiène, santé, confort ou sécurité), des arbitrages que les aides-soignantes doivent parfois effectuer au détriment de leurs valeurs (§ 4.1). Ensuite, nous aborderons des situations où ces décisions se manifestent sous la forme de dilemmes éthiques, c'est-à-dire des conflits entre plusieurs principes de même importance, dans un contexte où chaque choix semble poser problème tant pour les soignantes que pour les résidents (§ 4.2). Enfin, nous étudierons un cas de poste réalisé en mode dégradé qui illustre de manière particulièrement marquée l'impossibilité de maintenir les standards de qualité attendus, en raison d'un cumul de contraintes organisationnelles, humaines et matérielles (§ 4.3).

Dans l'ensemble des données recueillies, très peu de situations relèvent de véritables arbitrages. Les extraits suivants illustrent deux de ces situations, où les professionnelles sont amenées à choisir entre hygiène et santé, entre soin et impossibilité matérielle.

- **Impossibilité de réaliser un soin d'hygiène pour préserver la continuité du petit-déjeuner**

Tout d'abord, une aide-soignante (AS-A03) est confrontée à un arbitrage entre deux critères de qualité des soins : assurer l'hygiène de la résidente, qui est souillée, et préserver la continuité du petit déjeuner, essentiel en raison de la pathologie de diabète de la résidente. Elle choisit de ne pas interrompre la prise alimentaire pour éviter un risque de décompensation, acceptant ainsi un compromis au détriment de l'hygiène. Si ce choix est justifié médicalement, il laisse transparaître un inconfort moral chez l'aide-soignante, qui exprime son malaise face à la situation et son attachement au respect de la dignité corporelle des résidents : « ce n'est pas agréable d'avoir un résident souillé », et ce n'est pas « quelque chose que j'aime quoi ».

Horaires	Traces de l'activité	
8h29	 1. La résidente prend son petit déjeuner.	“ Doctorant : - A un moment donné, il y avait Madame M..., tu l'as pas changé parce qu'elle prenait le petit déjeuner. AS-A03 : - C'est ça, parce que surtout qu'en plus elle était souillée. Donc moi je voulais la faire parce que c'est pas agréable d'avoir un résident souillé. Donc du coup quand ils prennent le petit déj, tu peux pas dire « bah non vous ne déjeunez plus, on fait la toilette avant quoi », surtout qu'elle est diabétique donc vaut mieux qu'elle prenne son petit déjeuner mais bon c'est vrai que du coup elle est restée mouillée. C'est pas quelque chose que j'aime quoi. ”
	 2. AS ne fait pas le soin d'hygiène car la résidente prend déjà le petit déjeuner.	

Figure 66. Arbitrage entre les soins d'hygiène et la préservation de la santé d'une résidente par l'AS-03

- **Impossibilité de réaliser un soin d'hygiène pour absence de protection**

L'aide-soignante (AS-A01) décrit une situation où le manque de protections influence directement la qualité des soins prodigués à un résident. Dans la situation présentée, l'impossibilité de réaliser un soin d'hygiène est liée à des problèmes de gestion des dotations, externalisées à une entreprise privée, ce qui oblige l'aide-soignante à justifier l'absence du soin. Cette contrainte logistique, indépendante de sa volonté, la place dans une position inconfortable

où elle doit assumer les conséquences d'un arbitrage dicté par une logique économique, au détriment des besoins fondamentaux du résident.

Horaires	Traces de l'activité	
6h20 - 6h29	 1. AS devait réaliser les soins d'hygiène du résident : soins reportés à un autre jour car il manque une protection.	“ Doctorant : - Tu devais faire un change mais t'as pas pu le faire car il y n'y avait plus de réserve de protection. AS-A01 : - Ça, ça arrive souvent puisqu'ici ils sous-traitent avec une entreprise privée, donc ce qui fait que le linge n'est pas géré par nous. C'est-à-dire que là t'as pas le choix, tu es obligé, tu dois faire un soin. Donc soit tu as le matériel sur place pour le faire, soit tu l'as pas, tu reportes sur d'autres résidents ou dans un autre secteur ou tu fais pas le soin parce que tu n'as pas pu et tu dois expliquer, justifier le pourquoi tu l'as pas fait. C'est ce qu'on fait en transmission ou sur la tablette. Tu justifies pourquoi tu n'as pas pu faire un soin, il te manquait ceci ou parce qu'il y a eu un problème de dotation. ”

Figure 67. Arbitrage entre les soins d'hygiène et ressource matérielle d'une résidente par l'AS-03

4.2. Dilemmes éthiques

Les dilemmes éthiques désignent des situations dans lesquelles toutes les options disponibles posent problème pour la personne, et impliquent un renoncement ou une transgression de certains principes moraux ou professionnels. Le recueil de données permet de revenir sur trois postes (matin, après-midi et nuit) au cours desquels les aides-soignantes ont été confrontées à de tels dilemmes, les conduisant à prendre des décisions en contradiction avec leurs valeurs afin de faire face aux contraintes rencontrées. Ces dilemmes sont de trois types :

- La préservation du bien-être de résidents ne faisant pas partie du secteur de l'aide-soignante, au risque que cela impacte la prise en charge des résidents de son propre secteur ;
- La préservation de la sécurité et du bien-être des autres résidents face à un résident avec des troubles cognitifs ;

- L'impossibilité de garantir la qualité des soins pour réaliser les soins de l'ensemble des résidents.

4.2.1. Préserver le bien-être de résidents

Lors d'un poste d'après-midi (13h-20h45), une aide-soignante (AS-A07) a été confrontée à 14 situations qualifiées d'imprévisibles (cf. figure 68⁴⁶ ci-après) dont 7 sonnettes, 3 interventions liées à la surveillance des résidents, 2 aléas matériels, une sollicitation extérieure et un oubli d'un résident qui a provoqué un conflit avec l'équipe de nuit lors des transmissions.

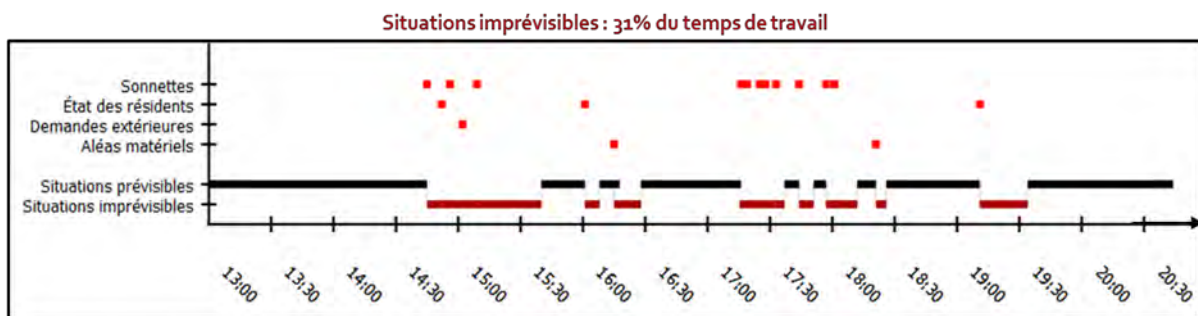


Figure 68. Chronique des situations imprévisibles lors d'une prise de poste d'après-midi (13h-20h45) de l'AS-A07

L'entretien semi-directif a permis à l'aide-soignante de revenir sur le déroulement de sa journée de travail et d'explicitier les tensions vécues dans la prise en charge des résidents. Elle souligne d'abord (verbatim 1) que le nombre particulièrement élevé de sonnettes (cf. figure 69) a rendu impossible la réalisation des soins en binôme auprès des résidents dits « lourds ». Le verbatim ci-dessous met en lumière un dilemme professionnel : d'un côté, les bonnes pratiques qui visent à garantir la sécurité des soignants comme des résidents en préconisant une prise en charge à deux ; de l'autre, les contraintes organisationnelles telles qu'elles rendent ces pratiques difficilement applicables. Ce décalage entre normes professionnelles et réalité du terrain expose à la fois les aides-soignantes et les résidents à des risques, tout en générant une forte tension éthique.

⁴⁶ Cette figure a déjà été présentée dans le chapitre 7 : pour favoriser la lecture, nous avons multiplié son utilisation.

Verbatims

1	“ Doctorant :
	- Vous faites les résidents lourds en binôme ?
	AS-A07 :
AS-A07	- Oui, sauf que là aujourd'hui ça a été impossible. Quand ça sonne trop, on ne peut pas. Voilà donc on se met en danger et on met aussi des résidents en danger [...] En fait les lourds, on les a fait toutes seules, chacune de notre côté. ”

Ensuite, l'aide-soignante revient sur la définition de la maltraitance (verbatim 2 suivant) en évoquant une situation concrète dans laquelle, faute de temps et en raison d'une intensification du rythme, une résidente a été oubliée et n'a pas reçu les soins d'hygiène attendus. Même si ce manquement est involontaire, il est clairement identifié par l'aide-soignante comme une forme de maltraitance passive.

Verbatims

2	“ Doctorant :
	- Et du coup, la maltraitance comment vous la définiriez ?
	AS-A07 :
AS-A07	- Être maltraitant, c'est ce qu'on a fait là cet après-midi. Où la résidente n'a pas été changée. Elle a pas eu son nursing d'après-midi. ”

4.2.2. La préservation de la sécurité et du bien-être des autres résidents au détriment de la gestion d'un résident avec des troubles cognitifs

La nuit, les aides-soignantes sont par effectif de deux pour 82 résidents, ce qui implique une organisation du travail particulièrement contrainte et impose une priorisation stricte lorsque des interventions sont nécessaires. Cette configuration rend difficile la réalisation de soins individualisés et augmente les risques de situations critiques, notamment en cas d'urgence ou de comportements perturbateurs de la part de certains résidents. Pendant le temps d'observation, ces 2 aides-soignantes réalisent notamment trois passages dans les chambres pour subvenir aux besoins des résidents (coucher, soins d'hygiène, soutien émotionnel). Cependant, des urgences survenant pendant la nuit nécessitent une gestion spécifique des résidents. Lors d'une observation de la prise de poste de nuit de l'AS-A14, la gestion des réactions d'un résident atteint de troubles cognitifs et manifestant des comportements violents illustre la complexité des situations auxquelles les aides-soignantes doivent parfois faire face. Après une alerte par une résidente signalant une intrusion, les trois aides-soignantes (deux aides-soignantes et une

stagiaire) découvrent le résident déambulant dans une chambre et doivent intervenir pour le maîtriser puis le raccompagner dans sa chambre, interrompant temporairement les soins d'une autre résidente.

La figure 69 suivante retrace chronologiquement les étapes clés de cette nuit en présentant des traces de l'activité des aides-soignantes.

Horaires	Traces de l'activité	
21h27 - 21h29	 1. Discussions avec une collègue concernant le résident qui est actuellement assis sur un fauteuil dans le couloir.	“ Doctorant : - Vers 21h30, il y avait déjà une discussion concernant le résident. Il était assis sur le fauteuil et avec L... (binôme), vous vous demandiez comment vous alliez vous y prendre. AS-A14 : - Il y a eu un épisode avec ce monsieur qui a été très compliqué, c'était pas pour mon équipe mais <i>elles se sont fait taper, donc j'appréhendais un éventuel moment similaire</i> en fait (rires) et puis finalement, c'est arrivé. ”
	 2. Sonnette de madame X : résidente qui ne sonne jamais d'habitude d'après les AS.	“ Doctorant : - Et du coup là on arrive à la sonnette d'une résidente qui n'appelle jamais donc vous êtes montés directement. AS-A14 : - Oui, <i>ça nous a mis la puce à l'oreille</i> ouais. ”
1h59 - 2h47	 3. Déplacement des AS	
	 4. La résidente signale aux AS une intrusion d'un résident dans sa chambre et a une petite blessure au bras dû au résident au comportement violent. 5. AS délaisse la résidente un moment pour privilégier l'intervention auprès du résident.	“ Doctorant : - Donc du coup, il y a eu l'intrusion de Monsieur M... AS-A14 : - Ça a eu un impact sur Madame X... qui a sonné. <i>Je l'ai, la pauvre, laissée tomber en plein milieu du pansement parce que je sentais que ça montait dans les tours dans le couloir et j'ai dit là il faut stopper avant que ça prenne.</i> Il faut stopper parce que faut pas que ça dure une éternité. Il était en train de crier, c'est la nuit, les autres dorment [...] <i>Madame X... la pauvre qui a dû attendre tout le processus avant de se faire mettre le pansement sur son bras la pauvre.</i> ”

	6. Les AS retrouvent le résident déambulant dans les couloirs.	
	7. Le résident refuse de retourner dans sa chambre et devient agressif physiquement (coups de poing, de tête, bousculades) et verbalement.	“ AS-A14 : <i>Il fallait être ferme, il fallait couper net. [...] Après, j'avoue que je fais ferme, mais j'étais pas du tout rassurée. Dans mon for intérieur, j'étais pas tranquille.</i>
	8. AS doivent le raccompagner de force dans sa chambre en le tenant par les bras.	<i>Même quand on le tenait avec L... (binôme), je me suis dit à tout moment, qui va être la première à....</i>
	9. AS-A14 appelle les urgences et l'infirmière pendant que les autres AS sont dans la chambre avec le résident : les urgences lui disent de donner un calmant.	<i>Parce que s'il faut soigner après la collègue (rires) ou se faire soigner soi enfin bon il me tardait d'arriver dans sa chambre.”</i>
	10. Attente pour que le résident se calme dans sa chambre et AS donne des calmants. Le résident finit par se calmer.	
2h37 - 3h33 	11. AS prennent une pause pour discuter et « évacuer » la tension de l'intervention	“ Doctorant : <i>Et ensuite il y a la pause, je sentais qu'il y avait la nécessité d'en reparler, d'évacuer.</i> AS-A14 : <i>D'évacuer (rires). Ce travail en force, franchement pff. C'est pas moi quoi, c'est pas ce qu'il faut faire. Là on avait vraiment pas le choix. Et puis c'est l'impact qu'il peut avoir s'il était rentré dans une chambre, vu la violence qu'il est capable d'émettre vis-à-vis de nous [...] Parce que c'est quand-même parti en coup de tête, coup de pied, morsure et je me dis, mais s'il y a une mamie toute fragile en face, elle devient quoi cette mamie en fait ? Elle peut pas se défendre, elle a pas la force. Donc il fallait stopper parce qu'il avait l'intention, de toute façon, de rentrer dans toutes les chambres. ”</i>
4h34 	12. Oubli de terminer le pansement de Madame X : AS se déplace pour aller vérifier et la résidente a fermé sa porte à clé. Elle dort.	

5h 	13. AS vérifient que le résident dort et expriment leur soulagement.	“ AS-A14 : <i>C'est pas toutes les nuits heureusement mais bon tant qu'il est là, il y a cette possibilité. Après, l'EHPAD n'est pas adapté pour lui. [...] Là le temps que j'ai été appelé les urgences et l'infirmière, vous étiez 3 (binôme, nouvelle AS et doctorant). Si on avait été que 2, elle aurait été seule et ça c'est pas possible, j'aurais pas pu la laisser seule en fait dans la chambre avec lui. Dans une crise comme ça, il faut pas rester seul, il peut se passer n'importe quoi. Donc là ça m'a permis moi d'aller un peu plus tranquille parce que vous étiez là (doctorant) et qu'au pire vous seriez sorti fermer la porte et voilà laisser s'agiter dans sa chambre. ”</i>

Figure 69. Chronique de la gestion d'un résident avec des troubles cognitifs en poste de nuit

L'analyse de l'ensemble de ces événements, notamment à travers l'autoconfrontation de l'AS-A14, met en évidence à plusieurs reprises des dilemmes éthiques : d'une part, en lien avec une résidente délaissée et oubliée ; d'autre part, lors de l'événement 7, qui constitue le dilemme éthique principal, dans lequel les aides-soignantes doivent mobiliser physiquement un résident violent pour se protéger elles-mêmes, protéger les autres résidents, ainsi que le résident concerné. L'AS-A14 exprime à plusieurs reprises l'impact moral de la gestion du résident au cours de l'autoconfrontation : « Je l'ai, la pauvre, laissée tomber en plein milieu du pansement », « Ce travail en force, franchement pff. C'est pas moi quoi ».

L'aide-soignante souligne également l'inadaptation de l'établissement pour accueillir un résident présentant des comportements violents, pointant ainsi un défaut d'orientation ou de moyens spécialisés. Elle exprime ensuite un dilemme éthique entre assurer la sécurité de sa collègue face à un résident en crise, tout en devant alerter les secours et l'infirmière dans un contexte de sous-effectif la nuit. La présence ponctuelle d'une troisième AS et du doctorant est ici mobilisée comme une ressource permettant une réorganisation du collectif de travail. L'évocation d'un risque potentiellement grave ("il peut se passer n'importe quoi") renvoie à une charge mentale et émotionnelle élevée, nourrie par l'incertitude et la peur dès le début de la nuit et jusqu'au bout (étape 1 à 13).

Pour définir un « soin jugé inacceptable », l'aide-soignante va également aborder la gestion de cette situation.

Verbatims

1	“ Doctorant :
AS-A14	- D'accord, et du coup à partir de quelle limite le soin il va être jugé inacceptable ? AS-A14 : - Quand il est bâclé. J'avoue que là avec Monsieur M..., on était à la limite. Enfin, je pense qu'on y était un peu quand même aussi. Par dépit. Parce que voilà, <i>c'était soit on forçait un peu avec lui, enfin un peu, beaucoup. Soit il chamboulait tout l'EHPAD donc c'était lui contre les autres et du coup dans la balance, il faut protéger quand même les autres et essayer de le contenir avec force. Mais là on était pas bon. Voilà, on était pas bon. Enfin, non, c'est pas possible de prendre quelqu'un par la force comme ça.</i> ”

Le verbatim (1) met en lumière une réflexion éthique de la part de l'aide-soignante, qui reconnaît ouvertement les limites de l'acceptable dans le soin. Face à une situation de crise avec le résident potentiellement dangereux pour lui-même et pour les autres, elle évoque une forme de contrainte physique exercée « par dépit ». Le dilemme est clairement exprimé entre préserver la sécurité des autres résidents et agir par la force avec le résident en question. L'aide-soignante conclut en soulignant qu'il s'agit d'un acte qu'elle ne cautionne pas : « c'est pas possible de prendre quelqu'un par la force comme ça ».

4.2.3. L'impossibilité de préserver la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents : le cas d'un poste de matin en mode dégradé

L'analyse de l'activité de l'AS-05 révèle que son poste est celui qui met le plus à l'épreuve la qualité des soins de manière durable (cf. figure 70 ci-après). Lors d'une matinée en mode dégradée, cette aide-soignante (AS-A05) doit travailler en sous-effectif (sans binôme) pour répondre aux exigences du travail réel, combiné à la survenue de situations imprévisibles (12) liées aux sollicitations des résidents et aux aléas techniques et matériels.

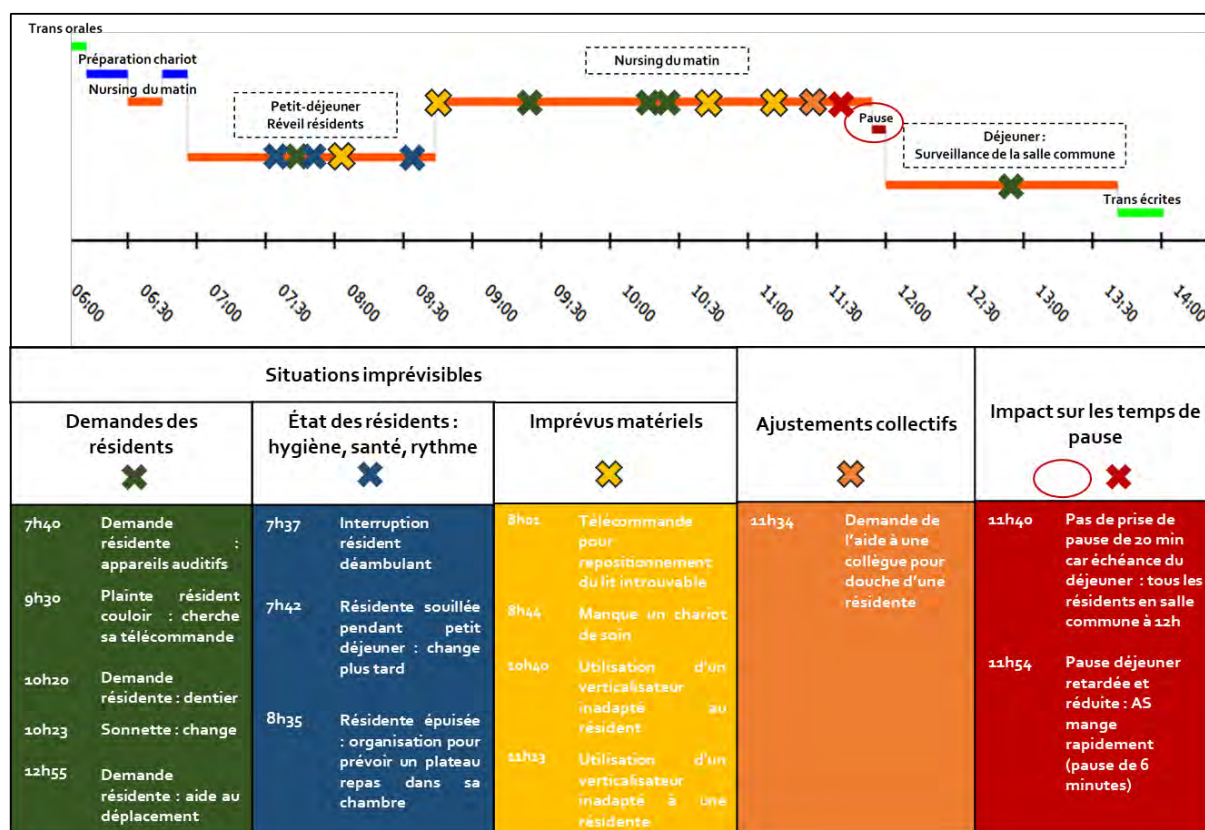


Figure 70. Chronique d'une matinée en mode dégradée pour l'AS-A05

Plusieurs situations imprévisibles viennent augmenter le niveau des contraintes. Déjà en sous-effectif, l'aide-soignante doit se réorganiser en communiquant notamment avec ses collègues, ce qui prévaut déjà une charge cognitive importante comme le rappelle ce verbatim⁴⁷ :

Verbatims

1	“ Docteurant :
	- Tu étais en mode dégradé ce matin-là. Dans ce cas, comment tu t'adaptes et tu gères cette situation ?
AS-A05	Aide-soignante :
	- En communiquant avec mes collègues, savoir qui va au petit déjeuner, aux installations, pour que moi j'ai sereinement la prise en soin des résidents à ce moment-là. Après, je communique s'il y a les collègues qui peuvent venir m'aider dans la matinée. Enfin, il y a tout un processus qui se met en place, mais en fait t'es en mode <i>tu tournes le cerveau</i> et tu dis « bon alors je suis seule, donc les installations, les soins, les transferts, les repas », donc tout va découler de ce manque. Tu as <i>le cerveau qui « vloup »</i> et dès que tu vois une collègue, « t'en as pour combien de temps ? Ok. Bon moi je suis là ». T'essais de faire au mieux en fait, tu deviens pas un robot mais <i>t'es obligé de t'organiser</i> . [...] T'as les résidents qui disent « ah bah moi à 10h, je

⁴⁷ Ce verbatim a déjà été utilisé dans le chapitre 7. Il est réutilisé pour contextualiser la situation et ce qu'elle génère pour l'aide-soignante en termes d'adaptation.

suis toujours pas faite quoi. D'habitude je suis fait à 9h ». Tu réponds « oui, j'arrive, j'arrive pas de problème » mais voilà *tu te mets la pression.*”

Le verbatim ci-dessus (1) illustre le processus d'auto-organisation sous contrainte : l'aide-soignante décrit comment elle doit anticiper, prioriser, négocier des aides ponctuelles et ajuster ses plans en fonction des disponibilités de ses collègues.

Sur la matinée, elle doit faire face à l'apparition de 12 situations imprévisibles (sollicitations des résidents, état des résidents, imprévus matériels), dans un secteur où la charge en soins est élevée, avec plusieurs résidents dits « lourds » qu'elle connaît peu. Ces imprévus surviennent à différents moments de la journée de travail, perturbant le déroulement du nursing, la préparation des soins et l'organisation des repas.

- Les interruptions liées à l'état de santé des résidents nécessitent des réajustements constants et chronophages.
- À cela s'ajoutent des contraintes matérielles (équipements inadaptés ou manquants).
- L'aide-soignante doit solliciter une collègue pour une douche difficile.
- L'ensemble de ces imprévus affecte directement les temps de pause, qui sont soit annulés, soit réduits (6 minutes au lieu des 20 prévues).

Voici les extraits les plus marquants issus de l'autoconfrontation, qui permettent d'entrevoir les ajustements opérés tout au long de la matinée :

Horaires	Traces de l'activité	
8h01 - 8h07	1. Télécommande lit introuvable	Doctorant : - Du coup, vous étiez obligé de la positionner manuellement donc là c'est pareil, ça peut impacter aussi le temps ? AS-A05 : - (rires) T'étais en plein dedans. Alors oui je me souviens, j'ai pas craqué le jour-là ? Doctorant : - Non (rires). AS-A05 :

		- Oui, en fait c'est tous ces aléas. Tu te dis que quand tu te lances que t'as tout ça à faire. Tu peux pas forcément avoir tout de suite le garçon d'entretien là pour te donner la réponse pour la télécommande. Il faut que tu saches gérer la situation, la situation d'urgence. Là l'urgence, il fallait qu'elle déjeune la dame mais on n'allait pas dire « bah attendez, il faut que je trouve une télécommande ». Non tu fais ce qu'il faut à ce moment-là et tu fais au mieux. ”
8h44 - 8h51 	2. Il manque un chariot de soin au moment de démarrer les soins d'hygiène.	“ Doctorant : - Ensuite, t'as échangé avec une ASH, il y avait qu'un seul chariot par étage donc t'as dû prendre le chariot et tu laissais le matériel nécessaire aux collègues. AS-A05 : - Ben écoute, c'est toujours organisationnel, c'est à dire que pourquoi j'avais qu'un chariot ce jour-là je sais pas. En fait au lieu de savoir la cause, tu vas pallier au manque. Tu peux pas attendre d'avoir la réponse : « mais comment ça se fait que je n'ai qu'un chariot ? Il est où mon autre chariot ? Il est où ? ». Je vais perdre 20 minutes à trouver l'autre chariot, ça se trouve je vais pas l'avoir. Du coup, j'ai dû trouver dans l'immédiat, je pallie beaucoup mais en fait c'est organisationnel. Dans l'urgence, on va fonctionner différemment. ”
9h30 - 9h32 	3. Plainte d'un résident qui cherche la télécommande et se plaint que personne ne réponde à sa demande.	“ Doctorant : - À un moment donné, c'était pas prévu, c'était dans le couloir. C'est un résident qui se plaint que personne ne répond à sa demande. Sa télécommande ne marchait pas. AS-A05 : - [...] La personne avec la télécommande, c'est une personne qui dans la matinée n'a que sa télé en fait donc toi si tu réponds pas à sa demande, à un moment donné la personne ça va amener d'autres troubles, tu vois. Elle va s'énerver, elle va être agressive, elle va interpeller n'importe qui. Elle peut même aller jusqu'à appeler la direction pour dire « vous vous rendez compte, on me répond pas », c'est déjà arrivé tu vois. Ça peut vite monter donc tant que tu arrives à

		prendre 30 secondes pour dire « <i>bah votre télécommande, alors attendez, je vais chercher avec vous c'est là, elle fonctionne pas, on va essayer de trouver un système, on va appeler les garçons. T'as des piles ? Oui.</i> » Alors forcément, ça prend du temps.”
10h20	4. AS ne prend pas sa pause	“ Doctorant : - A 10h20 tu me dis que tu ne prends pas de pause car il y a l'objectif que tout le monde soit prêt pour le midi. AS-Ao5 : - Ouais, moi je prends rarement de pause déjà. Là oui, effectivement, je t'ai dit que l'échéance était midi. J'ai pas besoin de ça en fait. Je vais me prendre un verre d'eau, je vais m'asseoir à côté d'une résidente et on va discuter 5 minutes. Moi ça me fait du bien en fait. C'est plus ça qui va me faire faire du bien plutôt que de me poser, perdre du temps. Puis dans ce contexte-là, j'étais seule. ”
11h40 - 11h08	5. Verticalisateur pas adapté à un résident pour réaliser sa douche.	“ Doctorant : - À un moment donné, avec monsieur B..., t'utilises le verticalisateur⁴⁸ et bon là tu verbalises plusieurs fois que t'en as marre. AS-Ao5 : - Ah oui le coup de grâce là. En fait, le verticalisateur, j'avais toutes les infos qui étaient fausses. Il y a deux verticalisateurs. On en a un petit qu'on a reçu il y a pas très longtemps que je supporte pas. Ça m'est arrivé une fois de faire tomber un résident à cause d'un verticalisateur qui était pas adapté. Donc c'est pour ça que j'ai aussi cette angoisse-là à la mise en sécurité avec ce genre de matériel. Monsieur B..., c'est un monsieur qui n'a pas du tout d'appui. Je trouve que le verticalisateur est pas du tout adapté. C'est un Monsieur qui aurait dû être prescrit en lève-malade sauf que

⁴⁸ Un verticalisateur est un dispositif médical utilisé pour transférer un résident en position debout, par exemple du lit au fauteuil ou aux toilettes. Il sollicite les capacités motrices résiduelles du résident, notamment l'appui sur les jambes, ce qui permet de favoriser le maintien de l'autonomie, de stimuler la circulation sanguine et de faciliter certains soins comme la toilette ou l'habillage. Il limite également les efforts physiques du soignant, en comparaison avec un transfert totalement passif.

		ça a pas été fait. Moi j'ai suivi, c'est un secteur que je fais jamais."
11h13 -  11h54	6. Résidente qui crie pendant la douche : verticalisateur pas adapté.	Doctorant : Voilà elle crie pendant la douche parce que le verticalisateur n'est pas adapté. Et du coup, tu estimes la mettre en danger et t'es obligée d'appeler une collègue pour avoir de l'aide ? AS-A05 : - Le coup de grâce où le matériel était effectivement pas du tout adapté. C'est une dame qui a un très léger appui aussi. Soit c'est un transfert à deux soit c'est un lève-malade. Il y avait une mise de douche, j'aurais gagné énormément de temps à faire juste le transfert comme ça. Ce matériel-là, il faut déjà être deux pour l'utiliser. Les personnes qui l'utilisent ont pas conscience que ça peut faire très mal en fait et c'est ça qui me gonfle. C'est toujours un manque de formation. C'est les filles qui mettent ça qui ne sont pas au courant, qui prennent du matériel qui n'est pas du tout adapté, ça se voit. Tu mets en danger la personne, tu te fais mal. Ça n'a ni queue ni tête en fait, donc j'ai envie de te dire oui, le matériel c'est bien mais il faut l'utiliser à bon escient et moi, ça me met dans un état, ça me gonfle parce que ça met en danger ton résident et toi même. Et ça c'est pas possible. "

Figure 71. Extraits de l'activité en mode dégradé de l'AS-A05

Cette autoconfrontation précise l'impact de la multiplication des contraintes auxquelles l'aide-soignante est confrontée au cours de sa matinée : sous-effectif, insoutenabilité temporelle, multiplication des situations imprévisibles (matériel inadapté, sollicitations de résidents), manque de formation (prescription matériel), pause réduite.

Elle illustre d'abord la nécessité constante de réguler l'imprévu, que ce soit face à l'absence de matériel fonctionnel (télécommande de lit, chariot de soin, verticalisateur) ou aux sollicitations directes des résidents. Ces aléas techniques et matériels, souvent non anticipés et liés à des défauts organisationnels, exigent de l'aide-soignante une adaptation immédiate, souvent au détriment de la planification initiale de l'activité. Ensuite, la prise en charge des résidents implique une régulation de la dimension relationnelle comme le montre la gestion d'un résident frustré dont la demande pourrait, si elle n'est pas prise en compte, dégénérer en conflit. Par ailleurs, l'absence de pause n'est pas seulement liée au manque de temps mais aussi au propre besoin de récupération de l'aide-soignante, qui dans ses objectifs de soins, préfère un échange informel avec une résidente à un véritable temps de repos. Enfin, les difficultés rencontrées avec le verticalisateur soulignent les risques éthiques et physiques générés par un usage

inapproprié d'un matériel mal prescrit ou mal utilisé. L'aide-soignante exprime une forte charge mentale et émotionnelle, liée à la peur de blesser un résident ou de se blesser elle-même, mais aussi à un sentiment d'impuissance face à un manque de formation de ses collègues.

Le verbatim de l'AS-A14 met en évidence le poids moral ressenti après une journée de travail en mode dégradé. Ici, il ne s'agit pas d'un dilemme éthique ponctuel propre à une situation de travail mais bien d'une situation prolongée rendant impossible la possibilité de réaliser un soin et un accompagnement de qualité. L'aide-soignante conclue par une auto-évaluation de la qualité de soins réalisée au cours de cette journée : « *tu te dis j'ai fait du boulot de merde* » (1).

Verbatims

1	“ Doctorant :
AS-A05	- Et du coup vous, ça vous impacte d'un point de vue éthique ? AS-A14 : <i>- Ah oui, éthique oui complètement. Là, à partir du moment où tu t'arrêtes, après tes soins, tu fais (elle souffle) « la matinée de merde ». Quand tu arrives à te poser, tu te dis « j'ai fait du boulot de merde quoi ». Et là paf, tu t'en prends plein la tête mais toi-même. Tu te remémores toute la matinée, tu fais « mais c'est pas possible ». ”</i>

4.3. Astreintes éthiques

Ce que nous avons pu constater dans la section précédente, c'est que plus le niveau des contraintes augmente, plus l'astreinte sur le plan éthique apparaît. L'objectif de cette section est d'analyser les conséquences de l'activité et de l'exécution des tâches sur cette astreinte éthique vécue par les aides-soignantes.

Nous avons vu que l'apparition progressive de l'impact de l'activité sur le plan éthique est intimement liées au respect des critères de qualité des soins et de l'accompagnement des résidents. Cette section va présenter la manière dont les conditions de travail réelles des aides-soignantes peuvent altérer le bien-être des résidents et par conséquent impacter les aides-soignantes.

4.3.1. Altération visible de la qualité des soins

4.3.1.1. Inadaptation au rythme des résidents

Les données suivantes présentent les situations où le bien-être des résidents est altéré par la non-réponse à leurs demandes, des oublis, des retards, ou des priorisations imposées par le manque de personnel et les contraintes organisationnelles.

Des témoignages des aides-soignantes, rapportent des remarques de résidents lucides sur la précipitation dans l'exécution des soins et de l'accompagnement des aides-soignantes. L'AS-02 souligne que la cadence imposée les amène à déshumaniser la relation avec les résidents : « on en oublie qu'on est avec des gens en fait ». L'AS-A09 dit qu'elle explique au résident qu'il « manque du personnel » face à des résidents parfaitement conscients et capables de comprendre.

Verbatims

1	“ T'as beaucoup de résidents qui disent qu'on est rapide, on est trop rapide parfois. Même moi
AS-A02	hein, ça m'est déjà arrivé qu'un résident me dise « doucement, va plus doucement » parce qu'on est tellement dans le faire vite entre guillemets, que des fois on en oublie qu'on est avec des gens. ”
2	“ Des fois quand les résidents ils sont conscients, ils disent « vous allez vites, vous êtes rapides »
AS-A09	et ont dit « oui excusez-moi ». On explique quand même qu'il manque du personnel. Ils comprennent, mais des fois ils te disent « mais pourquoi vous êtes toujours en train de courir » (rires), des choses comme ça. ”

4.3.1.2. Propreté et bien-être des résidents : un critère de qualité parfois mis à mal

Le recueil de données met en évidence certains oublis dans la prise en charge des résidents, dont les conséquences varient selon les situations et peuvent affecter différemment leur bien-être.

- **Des oublis compensés par les collègues**

Un exemple tiré de l'activité de l'AS-A01, figure 72 suivante, montre la compensation du collectif face à l'oubli de la toilette d'une résidente dû à un manque de temps et de personnel au cours d'une matinée. Alors qu'elle est engagée dans un soin, l'aide-soignante est informée

par une collègue de l'autre secteur qu'une résidente de son secteur n'a pas encore été prise en charge alors que le déjeuner approche (12h). La prise en charge est finalement assurée par l'équipe d'un autre secteur, montrant comment la solidarité entre collègues permet de pallier ponctuellement les défaillances organisationnelles.

Horaires	Traces de l'activité	
11h49	 1. AS est dans les soins d'hygiène d'un résident (douche, change)	“ Doctorant : Ensuite, c'était une collègue qui est venue vous prévenir qu'il y avait une résidente qui avait été oubliée. Donc tout à l'heure, on parlait de ressources humaines avec le manque d'effectif et de temps et donc du coup là, les collègues ont compensé le soin ? AS-A01 : - C'est ça. Le manque de temps, le manque de personnel. ”
	 2. Une collègue vient prévenir qu'il y a une résidente du secteur de l'aide-soignante qui a été oubliée : les collègues de l'autre secteur vont faire la toilette à leur place.	

Figure 72. Oubli des soins d'hygiène d'une résidente compensé par le collectif

- **Des oublis qui engendrent des conflits avec l'équipe suivante**

Deux oublis ont été relevés lors d'une observation de postes d'après-midi et ont fait l'objet de tensions avec l'équipe de nuit. Le premier oubli concerne l'AS-A07 :

Horaires	Événements	Traces de l'activité
20h09	Transmissions orales avec l'équipe de nuit	 L'aide-soignante se fait sermonner par l'équipe de nuit pour avoir oublié le change d'une résidente.

Figure 73. Oubli du change d'un résident par l'AS-07

Le second concerne l'AS-A10, figure 74, qui avant de se faire sermonner par l'équipe de nuit se rend compte qu'elle a oublié le nursing du coucher d'un résident et prend sur son temps personnel pour compenser son oubli.

Horaires		Traces de l'activité	
20h37 - 20h46		1. L'aide-soignante remarque en faisant les transmissions écrites qu'elle a oublié la prise en charge d'un résident.	“ AS-A10 : Bon, lui, il était tranquille hein, dans son fauteuil, même quand je suis arrivée (rires). En fait, lui, et c'est justement pour ça que je l'ai oublié. Il reste au fauteuil le plus longtemps possible jusqu'à tard dans la nuit et il se couche tout seul. Mais quand-même nous on lui met la protection de nuit et on lui met un t-shirt et il reste encore dans son fauteuil et il va se coucher plus tard. Je sais pas à quelle heure mais plus tard dans la nuit. Bon il n'a pas sollicité, il n'a pas sonné pour qu'on vienne. ”
20h46 - 21h04		2. Le résident est dans son fauteuil.	
		3. L'aide-soignante rassure la résidente et s'occupe du coucher du résident.	

Figure 74. Oubli du change d'un résident par l'AS-10

- Des oublis avec un impact conséquent sur le bien-être ou la dignité des résidents

La première situation concerne l'oubli d'une résidente mise aux toilettes par l'AS-A15 et qui finit par sonner. Entre temps, il s'est passé 21 minutes pendant laquelle l'aide-soignante poursuit son passage dans les autres chambres des résidents avant de prendre sa pause. La sonnette lui rappelle qu'elle a oublié la résidente. Comme le souligne l'aide-soignante elle-même, la résidente, restée dans l'attente, a probablement vécu un moment d'inconfort et d'anxiété. La situation est autant mal vécue par la résidente que par l'aide-soignante : « J'ai mal pour eux parce qu'ils nous attendent, c'est ça le pire ».

Horaires		Traces de l'activité	
21h38 - 21h42		1. L'aide-soignante réalise le nursing du coucher d'une résidente (change, médicament)	“ Doctorant : - À ce moment-là, c'était l'oubli de Madame... AS-A15 : La pauvre. Voilà, c'est ça. En plus, j'ai mal pour eux parce qu'ils nous attendent, c'est ça le pire.
		2. L'aide-soignante laisse la résidente aux toilettes et lui dit qu'elle reviendra.	

21h42 - 21h55		3. Poursuite du passage dans les chambres : 5 chambres	Parce qu'ils nous attendent, on leur dit qu'on va arriver et eux ils sont là en mode « elle est où ? Elle est où ? Elle est où ? » donc pour eux les pauvres c'est pas évident. "
21h55 - 22h03		4. Pause	
22h03		5. Sonnette de la résidente : oubli de l'aide-soignante qui devait revenir terminer la prise en charge de la résidente	
22h03 - 22h05		6. L'aide-soignante met au lit la résidente.	

Figure 75. Oubli d'une résidente aux toilettes par l'AS-A15

La situation présentée ci-dessous, figure 76, a déjà été illustrée précédemment pour montrer les disparités de compétences (cf. 3.2.1). Elle met en évidence les enjeux liés à la qualité de la prise en charge et du bien-être d'une résidente en détresse psychologique suite à l'oubli du binôme de l'aide-soignante.

Horaires		Traces de l'activité	
9h12		1. 2 ^{ème} passage dans la chambre : découverte de la résidente en pleurs qui verbalise qu'elle veut se suicider. La résidente attendait la venue d'une AS pour la douche et le change du matin.	" AS-A01 : On ne laisse pas quelqu'un dans son urine ou dans ses selles et surtout une personne qui a toute sa tête qui dit « j'ai envie d'aller aux toilettes. J'ai un besoin pressant, j'ai la diarrhée »."
9h13		2. Échanges tendus entre l'AS et son binôme.	
9h15		3. L'AS rassure la résidente et s'occupe des soins d'hygiène.	

Figure 76. Oubli d'une résidente aux toilettes par l'AS-A15

4.3.1.3. Lieux de vie : écart entre la réalité et la dimension relationnelle et sociale

Par l'intermédiaire de l'utilisation des cartes DIXIT⁴⁹ pour représenter la réalité du métier, deux aides-soignantes ont choisi des cartes imagées qui dépeignent une réalité marquée par l'enfermement des résidents et l'impact sur la dimension relationnelle et sociale :

- L'AS-A01 (1) évoque les formes d'enfermement vécues par les résidents face aux règles institutionnelles ayant pour objectif de les protéger. La restriction des libertés fondamentales comme le fait de circuler librement, « continuer à sortir », « être libre de pouvoir contempler » et de ne pas être contrôlé, « rendre des comptes » pour pouvoir continuer à « avoir une vie » malgré l'entrée en maison de retraite. Elle souligne également l'impact sur les résidents et sur elles-mêmes : « Donc forcément, des fois ils le vivent mal et même nous des fois on le vit aussi mal ».
- L'AS-A03 (2) va dans le même sens que l'AS-A01 en verbalisant que les résidents sont « prisonniers » des contraintes institutionnelles. Elle souligne également l'écart entre les intentions affichées : « c'est beau tout ça », et la réalité observée : « ils vont passer leur journée dans leur chambre », en mentionnant par exemple l'absence d'animation.

Tableau 47. Catégorisation des besoins fondamentaux des résidents

AS	Verbatims	Cartes imagées
1	“ C'est-à-dire que les gens qui arrivent, ils se sentent enfermés, ils sont pas là par choix, ils se sentent abandonnés par les familles. Ils sentent que nous, on les enferme aussi par rapport à leur sécurité pour fermer les chambres parce qu'il y a un autre résident qui déambule ou du fait que les chambres ne peuvent pas rester ouvertes par rapport aux bruits des autres. Donc	

⁴⁹ Pour rappel, les aides-aides-soignantes ont été invités à choisir des cartes dessinées parmi 30 cartes possibles pour répondre à des questions sur trois thématiques : les dimensions du sens du travail, de l'identité professionnelle et les écarts entre le travail idéal et le travail réel.

Nous allons présenter la manière dont la confrontation entre les critères de qualité de soins, l'accompagnement des résidents et la réalité du travail amènent les aides-soignantes à remettre en question la qualité de leur travail. Nous présenterons les critères de qualité de soin qui entrent en contradiction avec la réalité du travail des aides-soignantes et les contraintes qui y sont

associées par les aides-soignantes. Enfin, nous montrerons comment cette qualité empêchée génère des conflits éthiques pour les aides-soignantes.

4.3.2.1. Les critères de la qualité du soin et de l'accompagnement « empêchés »

Lorsque nous comparons la qualification de la qualité des soins avec la frontière de la maltraitance, la dimension temporelle se confronte à la réalité du travail des aides-soignantes. Les verbatims mettent en lumière une forme de maltraitance insidieuse et quotidienne, vécue par les aides-soignantes non pas comme le fruit de négligences volontaires, mais comme une conséquence directe des contraintes institutionnelles.

- **Impossibilité de répondre aux besoins fondamentaux**

Le tableau 52 ci-dessous met en évidence un décalage entre les critères de qualité attendus en matière de soins d'hygiène et les conditions réelles d'exercice des aides-soignantes. Les verbatims recueillis révèlent un sentiment partagé de frustration et d'insatisfaction professionnelle, lié à l'impossibilité de répondre pleinement aux besoins fondamentaux des résidents, notamment en termes d'hygiène. La répétition des « oublis », tels que l'application de crème ou la réalisation complète d'une toilette, est perçue par les professionnelles elles-mêmes comme une forme de maltraitance non intentionnelle. Ces manquements sont directement attribués à des déterminants structurels récurrents : sous-effectif, manque de temps, surcharge de travail.

Tableau 48. Confrontation entre la réponse aux besoins fondamentaux et les déterminants structurels

Catégories critères de qualité	Verbatims	Contraintes relevées
Répondre aux besoins physiques (hygiène)	AS-A03 “ Ben ouais parce que bah du coup tu ressors, t'es satisfait sans l'être en fait. Parce que du coup tu te dis « ouais ben je me suis speedé à faire ça alors que d'habitude j'aurais pu prendre mon temps à le faire » et en fait c'est bête mais t'oublies certains trucs hein. Genre si t'en as une qui doit mettre de la crème sur les jambes, ben tu le sautes en fait, tu te dis « bon c'est pas grave elle aura demain » tu vois. Du coup, t'as plein de trucs comme ça où c'est pas... [...] Tu es dans un soin efficace en fait. C'est tant que la toilette est	Manque de ressources temporelles

		faite, c'est bon. Du coup, juste ça, c'est de la maltraitance, mais elle est pas voulue quoi vraiment, c'est pas intentionnel. ”	
	AS-A04	“ Bah le travail bâclé. Bah par exemple la douche il y a certaines douches je vais privilégier ceux qui sont vraiment souillés. Si c'est leur jour de douche et qui sont pas souillés et qu'on est en sous-effectif et que je suis en manque de temps. Je ferai une petite toilette par exemple. Et ça, je trouve ça dommage et même si je suis pas satisfaite de mon travail, mais on n'a pas le choix. ”	Manque de ressources humaines et temporelles
	AS-A07	“ Être maltraitant, bah ce qu'on a fait là cet après-midi. Où elle a pas été changée. ”	
	AS-A09	“ Des fois, on n'arrive pas à faire la toilette comme il faut. Ça c'est de la maltraitance. On ne fait pas tout comme il faut parce qu'il faut avancer ou faire au moins le minimum. Comme ça on est dans les temps pour faire les autres. [...] ”	Manque de ressources temporelles

- **Impossibilité de personnaliser les soins**

Nous allons maintenant mettre évidence les tensions profondes entre l'idéal de personnalisation du soin et les contraintes structurelles qui pèsent sur le quotidien des aides-soignantes, comme l'illustre le tableau 53 ci-après. Les professionnelles expriment un sentiment de conflits éthiques face à leur incapacité à répondre de manière individualisée aux besoins des résidents. L'AS-A03, par exemple, associe le refus d'une simple douche, imposée par le manque de personnel, à une forme de maltraitance : « c'est aussi de la maltraitance quand t'es une seule aide-soignante ». De même, AS-A07 évoque l'impossibilité de répondre aux sollicitations des résidents : « même pas répondre aux résidents quand ils interpellent [...] ça c'est de la maltraitance », révélant un malaise profond lorsque la relation de soin se réduit à un traitement impersonnel dicté par l'urgence. AS-A08 souligne la pression du « rush » : « tout le monde va demander en même temps la prise en soin [...] on est obligé de dire « faut attendre », mettant en lumière les arbitrages forcés imposés par le manque de temps. Enfin, AS-A09 dénonce l'impossibilité de respecter le rythme des personnes âgées : « on leur dit d'aller vite ». Ces témoignages convergent pour montrer que les ressources humaines et temporelles insuffisantes empêchent

les soignants de garantir un accompagnement respectueux et personnalisé, générant une souffrance au travail et un sentiment de maltraitance involontaire.

Tableau 49. Confrontation entre la personnalisation du soin et les déterminants structurels

Catégories	Verbatims	Déterminants structurels
<i>Répondre à leur demande</i>	AS-A03 “ En fait, c’est bah du coup juste le fait de refuser une douche, pour moi j’estime que c’est aussi de la maltraitance quand t’es une seule aide-soignante, puisque t’es pas dans un soin de qualité. ”	
	AS-A07 “ Il y a le fait de ne pas répondre, même pas répondre aux résidents quand ils interpellent et tout, ça c’est de la maltraitance quoi. [...] Bah les sonnettes qui sonnent de manière intempestive, oui. Les demandes orales où on dit « non mais on n’est pas dans votre secteur, il va falloir patienter ». C’est pas pour déculpabiliser mais on prévient l’autre l’équipe pour dire « oui, vous avez telle personne à vous occuper, il devient impatient. ”	
	AS-A08 “ C’est que, au moment du rush, c’est que tout le monde va demander en même temps la prise en soin et ça c’est impossible, donc c’est ça aussi, un manque de personnel, ça peut-être ça, parce qu’on peut être en soin avec quelqu’un et quelqu’un a besoin. Donc c’est pas une personne, c’est 2 ou 3 personnes en même temps donc ça met une pression et on est obligé de dire « faut attendre parce qu’on finit avec Monsieur Untel » et parfois même en prévenant « quand j’ai fini je viendrai vous voir », bah parfois ça se fait pas comme ça. ”	Manque de ressources humaines et temporelles
<i>Respecter leur rythme</i>	AS-A09 “ [...] ça c’est pour vous dire que c’est un petit peu la maltraitance qu’on nous ne laisse pas le temps avec les personnes comme il faut, pour le faire à son rythme parce que c’est des personnes âgées quand même. Il faut leur laisser du temps et des fois on dit « allez-y », des fois on leur dit d’aller vite. ”	Manque de ressources temporelles

4.3.2.2. Impossibilité de répondre à la bientraitance, finalité de la qualité des soins

Les témoignages recueillis montrent que la réalité des aides-soignantes en EHPAD est marquée par un manque chronique de personnel et une pression temporelle constante, qui les conduit à *faire des compromis sur la qualité des soins prodigués*, au détriment du bien-être des résidents, mais aussi de leur propre satisfaction professionnelle. Elles évoquent l'impact du manque de ressources temporelles qui amènerait à de la « maltraitance du bien-être », de la « non-bientraitance », de la « maltraitance institutionnelle ». Cela se caractérise notamment par la non-réalisation des besoins fondamentaux (faire une toilette « comme il faut »), la non adaptation au rythme des résidents (remarques des résidents sur la rapidité, résidents pressés) voire de la déshumanisation (« on en oublie qu'on est avec des gens en fait ») pour « être dans les temps ». Ces témoignages traduisent également un malaise éthique chez les soignants, tiraillés entre leur volonté de bien faire et les limites imposées par l'organisation du travail.

Verbatims

1	“ Bah quand ça a pas été fait correctement. Rapide, trop vite. T'as beaucoup de résidents qui disent qu'on est rapide, on est trop rapide parfois. Même moi hein, ça m'est déjà arrivé qu'un résident me dise « <i>doucement, va plus doucement</i> » parce qu'on est tellement dans le « faire vite » entre guillemets, que des fois on en oublie qu'on est avec des gens en fait. ”
AS-A02	
2	“ Ben ouais parce que bah du coup tu ressors, t'es satisfait sans l'être en fait. Parce que du coup tu te dis « ouais ben je me suis speedé à faire ça alors que d'habitude j'aurais pu prendre mon temps à le faire » et en fait c'est bête mais t'oublies certains trucs hein. [...] En fait, c'est bah du coup juste le fait de refuser une douche, pour moi j'estime que c'est aussi de la maltraitance quand t'es tout seul, ben t'es pas dans ton soin de qualité. Tu es dans un soin efficace en fait. C'est tant que la toilette est faite, c'est bon. Du coup, juste ça, c'est de la maltraitance, mais elle est pas voulu quoi vraiment, c'est pas intentionnel. ”
AS-A03	
3	“ La maltraitance on la frôle tous les jours hein. Pas la maltraitance physique hein mais la maltraitance dans la façon où il y a pas le temps. Pour moi, c'est déjà une maltraitance, donc voilà parce que c'est limite au niveau du temps, pas la maltraitance où on tape, c'est pas physique, je parle de la maltraitance du bien-être en fait. ”
AS-A06	
4	“ On n'a pas le temps d'être bien traitant en fait. On est pas maltraitant, on est pas bientraitant. Mais comme il disait, comme j'avais appris en formation pour nous faire déculpabiliser. En fait, on est non bientraitant. C'est de la maltraitance institutionnelle. Du coup c'est parce qu'il manque les bras. ”
AS-A07	

7

AS-A10

“ Ah mais on pourra jamais les faire tous. Ça c'est pas possible. Mais le problème c'est que les nouveaux résidents qui sont arrivés, ils sont assez dépendants et pour certains ils sont fatigables assez rapidement, donc il faut les coucher assez vite aussi tout de suite après le repas. Et ça, c'est un objectif qui est inatteignable. Donc on fait progressivement autant qu'on peut et ben après les veilleurs de nuit, ils prennent le relais et s'ils peuvent pas bah, c'est même pas qu'ils peuvent pas, c'est qu'ils ont pas trop le choix non plus mais bon. Donc on essaie au maximum, donc la plupart du temps ben il est 20h30, on n'est pas encore descendu, on a pas encore tout lâché. On les couche quand même quoi jusqu'à temps qu'on ait terminé. Donc c'est assez rare les fois où on finit totalement à l'heure, en ayant couché parfaitement, en ayant été bien traitant, comme on dit, en ayant couché tous les résidents, en étant à l'heure. On n'est pas à l'heure. Euh, ça veut pas dire qu'on les maltraite, mais peut-être qu'on prendrait un peu plus de temps pour faire plus de choses parce qu'il y a certains gestes ou certains soins qui sont un peu bah bâclés. On le fait rapidement et s'il y avait plus d'effectifs pour un nombre de résidents réduit, on prendrait un peu plus de temps mais bon malheureusement c'est pas possible (rires). Ouais. ”

4.3.3. L'impact sur les aides-soignantes : les conflits éthiques

Cette dernière section aborde le poids éthique ressenti par certaines aides-soignantes dans leur travail quotidien, en particulier face à l'impossibilité de répondre pleinement aux critères de qualité des résidents. En plus de l'AS-A05 déjà confrontée dans la section 4.2.3, deux aides-soignantes expriment des conflits éthiques avec un degré différent.

Dans le premier verbatim (1), l'aide-soignante exprime un conflit éthique entre les besoins fondamentaux du résident (sa dignité, son hygiène) et ses propres besoins, notamment le droit au repos. Elle confie son impossibilité morale à prendre une pause en sachant qu'un résident est resté « trempé dans l'urine depuis hier à 19h ». Ce renoncement n'est pas motivé uniquement par un sens de l'engagement mais par une atteinte à ses valeurs personnelles : « ça me dérange moralement... éthiquement voilà ». L'extrait met également en lumière une forme de surengagement, où la pression intérieure est telle que seule l'intervention de sa collègue l'amène à s'arrêter. Ce témoignage illustre clairement l'arbitrage entre prendre soin d'autrui et prendre soin de soi.

Verbatims

1

AS-A03

“ Doctorant :

- Mais sinon tu prends des pauses d'habitude quand même ou c'est rare ?

Aide-soignante :

AS-A07

- C'est rare, c'est rare. Souvent même ma collègue, elle m'arrête. [...] ça me permet d'avancer, parce-que je me dis que le résident est resté au lit depuis hier à 19h, trempé dans l'urine. Mais comment je peux aller m'asseoir en sachant qu'il y a quelqu'un qui est trempé depuis. Donc moi ça me dérange, moralement, ça me...

Doctorant :

- ça t'impacte même éthiquement ?

Aide-soignante :

- éthiquement voilà.”

Le second témoignage de l'AS-A07⁵⁰ ci-dessous évoque une souffrance éthique liée à la déshumanisation perçue dans certaines pratiques institutionnelles, comme le « jeté de résidents », expression employée par l'aide-soignante pour désigner le fait de coucher rapidement les résidents dans un contexte d'urgence. Pour elle, ce mode d'organisation « n'est pas possible », car il va à l'encontre de ses valeurs fondamentales : « on ne travaille pas avec des chiens [...] c'est de l'humain ». Ce mal-être est aussi nourri par un haut niveau d'exigence envers elle-même : elle se décrit comme « perfectionniste » et utilise la métaphore du « clown triste » (carte DIXIT) pour qualifier son état émotionnel en fin de journée, quand elle n'a pas pu assurer les soins comme elle l'aurait souhaité. Ce conflit entre ses principes professionnels et les réalités du terrain dépasse le cadre du travail pour envahir sa sphère personnelle. Elle confie ne dormir que trois heures par nuit, rongée par ses pensées, et mettre en place des stratégies physiques intenses (« je me suis mise à faire bien 1h, voire plus de sport ») pour épuiser son corps et tenter de retrouver le sommeil. Elle souligne également l'importance de trouver des espaces de ressourcement (« je vais à la campagne, je vais à la montagne ») pour maintenir un équilibre psychique face à cette charge émotionnelle.

⁵⁰ L'activité de cette aide-soignante a également été présentée en § 4.2.1. Les éléments présentés ici, complète l'analyse et ont été recueillis dans le cadre de l'entretien semi-directif et non de l'autoconfrontation à son activité.

AS	Verbatims	Cartes imagées
1 AS-A07	“ Celle-là (image du clown triste) parce que quand j'ai fini ma journée, étant donné que je suis assez perfectionniste dans ce que je fais, ça m'énerve en fait, par exemple, ne serait-ce que là avec Madame S... (une résidente oubliée). Ben je suis pas satisfaite. Et je me sens comme le clown triste à la fin de ma journée. Ça m'énerve en fait, quand j'ai raté quelque chose, ça m'énerve donc. Je me sens comme ça [...] Et puis ben ne serait-ce que le fait de faire le « jeté de résidents » le soir, ça c'est pas possible pour moi. [...] Bah le fait d'aller dans l'urgence, il faut les mettre au lit. J'appelle ça le « jeté de résidents ». [...] Comment ça m'impacte ? Je dors quasiment pas. Ça me travaille en fait donc du coup, soit il faut que j'en parle quand on est en équipe et tout quand même pour régler le problème. Déjà chez moi pour me fatiguer, ça fait pas longtemps, je me suis vraiment mis à faire bien 1h, voir un peu plus de sport. Pour bien me casser, pour dire que je vais dormir dans la nuit. Et sinon bah après je dormais que 3 heures hein donc à force de penser au travail, donc voilà. [...] Moi oui, perso oui c'est pas possible. On travaille pas avec des chiens, c'est pas des animaux, c'est de l'humain. Donc du coup voilà. Donc j'essaie de prendre dès que je peux. Dès que j'ai plusieurs jours, je prends du recul et je vais à la campagne, je vais à la montagne. Il faut que je m'aère l'esprit, donc voilà, et après je repars sur de bonnes bases et c'est bon. ”	

Chapitre 10. Démarche participative et genèse instrumentale d'un système d'IA

Ce chapitre entame la partie de la thèse liée à l'activité instrumentée par un système d'analyse du contexte sonore. Il a pour objet de répondre au troisième axe de recherche, afin de comprendre *si et comment la genèse instrumentale d'un système d'IA d'analyse du contexte sonore peut améliorer la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD, tout en réduisant les situations d'astreinte éthique. Il s'agira également de mettre en lumière les obstacles, les limites et les risques associés à ce système.*

Les résultats présentés dans ce chapitre s'appuient sur l'analyse de l'activité instrumentée par système d'analyse du contexte sonore à partir des observations systématiques, des verbatims issus d'entretiens semi-directifs et d'auto-confrontations. Nous retracerons la démarche participative ayant guidé l'intégration progressive d'un système d'intelligence artificielle d'analyse sonore en EHPAD, en l'envisageant comme un processus évolutif, à la croisée des usages réels, des contraintes organisationnelles et des ajustements techniques. Dans un premier temps, nous reviendrons sur la dynamique circulaire de conception du système, en montrant comment les retours d'usage successifs ont permis d'en faire évoluer les fonctionnalités au fil du temps (1). Nous analyserons ensuite les principaux déterminants sociaux, financiers et organisationnels ayant conditionné les modalités d'intégration du dispositif dans l'environnement de travail réel (2). Enfin, nous étudierons l'activité de soin et d'accompagnement instrumentée par le système d'IA, à travers l'analyse fine des usages et des schèmes d'action développés autour de ses principales composantes techniques (3).

1. Boucle de conception du système d'analyse du contexte sonore : une dynamique circulaire

Afin de comprendre comment le système d'analyse du contexte sonore a été conçu et affiné dans les établissements médico-sociaux, cette première partie revient sur la dynamique circulaire de co-conception engagée avec les utilisateurs de terrain, en lien étroit avec les équipes techniques. Dans un premier temps, nous reviendrons sur la démarche itérative de conception du système d'analyse du contexte sonore, en mettant en lumière les dynamiques collaboratives et les modalités de recueil des retours d'usage mobilisées tout au long du projet (§1.1). Puis, nous analyserons l'évolution progressive des fonctionnalités du système d'IA à

partir des retours des aides-soignantes recueillis entre 2021 et 2023, en identifiant les principaux leviers et freins à son intégration en contexte réel d'usage (§1.2).

1.1. Rappel de la démarche itérative

La démarche mise en œuvre par l'entreprise conceptrice (*cf.* chapitre 6) repose sur une approche collaborative et itérative, impliquant activement les aides-soignantes et les établissements concernés. L'objectif était double : donner les moyens aux aides-soignantes de s'approprier le système de détection des sons dans l'activité de soin et favoriser la poursuite du processus de conception dans l'usage.

Deux grands axes ont permis de structurer la conception dans l'usage des fonctions constituées (Rabardel, 1995), caractérisée par l'émergence et l'évolution des fonctions par les aides-soignantes :

- La construction de l'action participative avec les aides-soignantes par un doctorant en Ergonomie⁵¹, en assurant la formation des équipes soignantes au système d'IA, puis le suivi par des observations sur le terrain, des entretiens réguliers (grille d'entretien) et une assistance à distance (par téléphone) ou en présentiel. L'objectif était de recueillir les besoins, identifier les difficultés et former les utilisateurs.
- L'analyse collaborative des données issues des besoins des aides-soignantes du point de vue de l'usage, par l'organisation de groupes de travail avec les équipes techniques conceptrices. L'objectif était de traduire les données issues des usages des aides-soignantes en améliorations concrètes, selon les priorités du terrain.

Pour rappel, le tableau ci-dessous, déjà exposé au chapitre 6 section 2 (*cf.* tableau 4), présente une synthèse quantitative des dispositifs d'interaction mis en place pour le recueil des retours d'usage du système d'IA de détection des sons par les aides-soignantes au cours de la thèse, entre 2021 et 2024. Nous pouvons observer une progression significative des actions menées au fur et à mesure de l'augmentation du nombre d'EHPAD intégrant le système d'IA dans leur établissement, l'année 2024 étant marquée également par l'évaluation de l'EHPAD B. Il détaille le nombre d'observations sur site, d'entretiens avec les aides-soignantes par appels téléphoniques et par visioconférences, ainsi que de formations réalisées (*cf.* tableau 54).

⁵¹ Moi-même, le doctorant.

Tableau 50. Synthèse des différentes techniques utilisées sur l'ensemble des EHPAD

Année	2021	2022	2023	Total
Formations en présentielle et en distancielle	-	2	10	12 formations
Entretiens semi-directifs	12	22	18	52 entretiens semi-directifs
Appels téléphoniques	80	118	150	348 appels téléphoniques
Visioconférences	-	-	10	10 visioconférences
EHPAD concernés par les interactions	9 EHPAD différents	19 EHPAD différents	29 EHPAD différents	33 EHPAD concernés au total

Cette démarche, déployée sur plusieurs années (2021-2024), a abouti aux fonctionnalités du système d'IA de détection des sons évaluées au sein de l'EHPAD B. Pour expliciter le développement de ce système d'IA, nous allons présenter l'analyse des traces quantitatives et qualitatives du recueil des retours d'usage par les aides-soignantes. Cette analyse est structurée autour de quatre grandes thématiques : utilité du système d'IA, utilisabilité de l'application, impact sur les conditions de travail/perception générale et suggestions d'amélioration.

1.2. Évolution des fonctions constitutives en fonction des retours d'usage

L'ensemble des retours ont permis au fur et à mesure de l'évolution de l'IA de faire émerger les fonctionnalités du système. L'objectif de cette section est de présenter son évolution en se reposant sur les retours relatifs aux quatre thématiques selon les trois années suivantes : 2021, 2022 et 2023.

1.2.1. Les premiers retours d'usage en 2021

Le tableau 55 ci-dessous résume les éléments récurrents, convergents ou critiques relevés par les aides-soignantes dans chacun des établissements.

Dans l'ensemble, l'appropriation de système d'IA reste limitée, freinée principalement par la fréquence importante des fausses alertes. Si certaines fonctionnalités comme l'icône sommeil sont jugées utiles, l'utilité globale de système d'IA est jugée faible dans plusieurs établissements. Le contexte du nombre peu important de chambres équipées au départ n'aide pas à la multiplication des alertes (10 chambres équipées seulement). Le système d'IA peut

occasionnellement soutenir la prévention de certains risques, mais il est souvent perçu comme une source supplémentaire de charge cognitive, peu compatible avec la charge structurelle de travail déjà conséquente. Des améliorations sont attendues, notamment sur la fiabilité des détections, la sélection des résidents à équiper et la stabilité technique du dispositif.

Tableau 51. Synthèse des retours terrain de l'utilisation du système d'IA sur l'année 2021

Thématique	Synthèse des retours sur 9 EHPAD
Utilité du système d'IA	• Peu de retours explicites sur un apprentissage structuré du système d'IA. • Dans certains cas, un apprentissage par l'usage est observable, notamment pour l'interprétation de certaines icônes comme le sommeil. • Une appropriation progressive est possible, surtout lorsque les alertes sont perçues comme pertinentes (exemple de la détection du lever d'un résident déambulant). • Toutefois, le nombre important de fausses alertes limite l'apprentissage constructif dans plusieurs établissements.
Utilisabilité de l'application	• Utilité perçue comme limitée dans plusieurs EHPAD, en particulier en raison des fausses alertes fréquentes (bruits sans lien avec des situations à risque). • Fonction sommeil la plus citée pour son utilité, notamment concernant la surveillance nocturne. • Dans certains cas, le système d'IA est jugé utile pour prévenir des situations à risque (résidents qui se lèvent, agitation). • Dans les unités protégées, l'usage peut être un peu plus soutenu, mais reste freiné par les contraintes de travail (unité fermée qui permet de voir et d'entendre ce qu'il se passe plus facilement).
Perception générale Impact sur les conditions de travail	• Le système d'IA est souvent perçu comme générateur de surcharge cognitive, surtout à cause du grand nombre de fausses alertes. • Effet positif possible lorsqu'il permet une veille à distance ou évite des déplacements inutiles, mais cela reste minoritaire. • La surcharge structurelle du travail dans les EHPAD limite la disponibilité cognitive et temporelle pour intégrer le système d'IA dans l'activité quotidienne. • Le débordement des tâches rend parfois impossible l'écoute ou la prise en compte des alertes, même pertinentes.
Suggestions d'amélioration	• Améliorer la sélection des résidents à équiper (ciblage plus pertinent en fonction des profils et des risques). • Réduire les fausses alertes et améliorer la précision des détections (éviter les bruits anodins interprétés comme des signaux).

	• Élargir l'usage à des résidents plus mobiles ou actifs lorsque le système d'IA est jugé trop limité. • Stabiliser les conditions techniques (connexion wifi) pour assurer la continuité de l'usage.

1.2.2. Les premiers retours d'usage en 2022

Les retours des usages recueillis auprès de 19 EHPAD mettent en lumière une perception contrastée du système. Si son utilité est reconnue dans certains contextes, notamment pour la détection de comportements à risque, son efficacité reste limitée par une forte proportion d'alertes jugées non pertinentes. L'utilisabilité est également freinée par des problèmes techniques récurrents (réseau Wi-Fi défaillant, bugs, détections inexactes), ce qui affecte la confiance des équipes. Des pistes d'amélioration sont proposées, notamment le filtrage des alertes et une meilleure sélection des chambres à équiper. Globalement, l'adhésion reste inégale, influencée par le profil des aides-soignantes, les conditions de travail et le niveau de maturité technologique de l'établissement.

Tableau 52. Synthèse des retours terrain de l'utilisation du système d'IA sur l'année 2022

Thématique	Synthèse des retours (19 EHPAD)
Utilité du système d'IA	• Utilité jugée variable selon les contextes et les profils de résidents. • Apprécié pour la détection de comportements à risque (chutes, agitation, déambulation). • Perception d'un système d'IA utile mais intrusif, parfois davantage source de bruit que d'aide réelle.
Utilisabilité de l'application	• Réseau Wi-Fi défaillant dans plusieurs établissements : alertes non reçues ou retardées. • Détection des chutes jugée incomplète ou imprécise (non-détection, faux positifs⁵²). • Difficultés techniques : chambres hors ligne, bugs d'interface. ⇒ Cela nuit à la confiance dans le système et freine son intégration dans le travail réel.
Suggestions d'amélioration	• Réduction des fausses alertes (meilleur filtrage des sons, alertes réellement critiques). • Meilleur ciblage des résidents à équiper, selon les risques effectifs. • Ajouts fonctionnels suggérés : « détection de sortie de chambre », « alerte intrusion », « meilleure intégration avec d'autres systèmes comme les

⁵² Un faux positif est une alerte qui

	logiciels de transmissions Netsoins ou la fusion avec les téléphones des EHPAD (DECT ⁵³) ».
Perception générale Impact sur les conditions de travail	• Amélioration du réseau Wi-Fi prioritaire pour garantir l'efficacité globale. • Adhésion plus forte chez certaines équipes (notamment jeunes ou après amélioration technique). • Système perçu comme rassurant pour certaines situations (veille passive, détection nocturne). • Système générateur de stress et de lassitude chez d'autres, du fait de l'exposition constante aux alertes. • Une adoption qui varie selon les profils, la charge de travail et le climat organisationnel.

1.2.3. Les premiers retours d'usage en 2023

Les retours de 29 EHPAD montrent une satisfaction globale vis-à-vis du système, notamment pour la gestion des alertes de nuit et la priorisation des interventions. Les alertes « chute », « déambulation » et « bruit anormal » sont jugées pertinentes, mais leur efficacité est limitée par des fausses alertes fréquentes et quelques chutes non détectées. L'application mobile est perçue comme indispensable, bien que freinée par des problèmes techniques (bugs, batterie, connectivité) et un manque d'équipements. Des nécessités d'amélioration sont exprimées sur le calibrage des alertes, le confort d'usage et la formation des équipes. L'impact sur les conditions de travail est majoritairement positif (réduction du stress, surveillance renforcée), malgré des doutes sur l'utilité dans certains contextes, une adoption inégale selon les équipes et une charge cognitive liée aux fausses alertes.

Tableau 53. Synthèse des retours terrain de l'utilisation du système d'IA sur l'année 2023

Thématique	Synthèse des retours (29 EHPAD)
Utilité du système d'IA	• Les alertes de chutes, déambulations et bruits anormaux sont jugées les plus pertinentes. Certaines alertes mineures (cris, gémissements) sont utiles selon les profils. • Des fausses alertes, surtout liées aux comportements ritualisés, cris normaux, ou objets tombés, nuisent parfois à la réactivité. • Plusieurs établissements demandent un meilleur calibrage de la sensibilité de l'analyse sonore pour réduire les alertes non pertinentes.

⁵³ La norme DECT est une norme de téléphonie sans fil, destinée aux particuliers et aux entreprises, largement utilisée pour sa fiabilité. Elle utilise une technologie radio sur la gamme de fréquences 1 880 à 1 920 MHz.

	• Des chutes non détectées ont été rapportées, souvent liées à un problème de connexion réseau ou de configuration. • L'utilisation des icônes varie fortement selon les équipes (plus fréquente la nuit) • Les icônes sommeil sont jugées utiles. • Quelques retours signalent des icônes incorrectes (pas fiables) ou figées toute la nuit.
Utilisabilité de l'application	• Les téléphones sont perçus comme indispensables pour la réactivité des équipes. • Plusieurs sites signalent des bugs fréquents : écrans figés, flashes intempestifs, sonneries mal paramétrées (volume élevé), ou perte de connexion. • Manque de stations de charge, souci de batterie, et inconfort d'utilisation (coques, protections à retirer). • Souhait d'avoir plus d'appareils pour couvrir tous les postes, surtout la nuit. (1 téléphone par unité/étage au début de l'intégration de l'IA dans l'EHPAD).
Suggestions d'amélioration	• Meilleure prédiction des chutes, possibilité de désactiver certaines alertes, détection des personnes décédées. • Création de supports pour boîtiers, pochettes avec crochets. • Demande de formations renforcées, système d'IA mieux institutionnalisé, et sessions de retour d'expérience avec les équipes.
Perception générale Impact sur les conditions de travail	• La majorité des EHPAD expriment une satisfaction générale, notamment grâce à une meilleure gestion des alertes et une utilité plus importante la nuit. • Plusieurs établissements notent une réduction des fausses alertes, une meilleure prise en main, et un impact positif sur la qualité de surveillance. • Quelques structures signalent des problèmes techniques (pannes réseau wifi, boîtiers hors-ligne), des difficultés d'apprentissage pour les nouveaux personnels qui arrivent, ou des réseaux instables. • Certains considèrent le système comme peu utile ou trop chronophage, en particulier dans des contextes où il y a très peu d'alertes réelles. • Plusieurs établissements constatent une réduction du stress chez les équipes grâce à la surveillance, notamment la nuit. • Les alertes permettent de prioriser les interventions et d'éviter des rondes inutiles. • Le système est jugé très utile dans des contextes à risque, comme les résidents épileptiques, les résidents chuteurs, ou les unités à effectifs réduits. • La surcharge d'alertes, notamment les fausses, crée un stress chez les équipes. • Adoption difficile : certaines équipes restent réticentes ou peu formées au système d'IA.

	• Doutes sur la pertinence : dans quelques structures, le système est perçu comme peu utile, voire inutile, selon la configuration du lieu ou le profil des résidents.

La figure 77 suivante présente les leviers identifiés pour faciliter l'intégration et l'usage du système d'IA en EHPAD, en mettant l'accent sur deux axes clés : l'explicabilité du dispositif et les retours des aides-soignantes en matière d'utilité et d'utilisabilité du service. Cela souligne l'importance de la formation et des supports pédagogiques pour renforcer l'appropriation de l'outil par les professionnels, ainsi que la prise en compte des besoins concrets des équipes de terrain (pertinence des alertes, fiabilité des icônes, qualité du réseau, portabilité des équipements...). La finalité est d'intégrer l'outil dans les pratiques quotidiennes, tout en réduisant la charge cognitive et en répondant aux préoccupations liées à la vie privée (caractère intrusif), tout en sollicitant l'implication active des aides-soignantes dans son usage réfléchi.

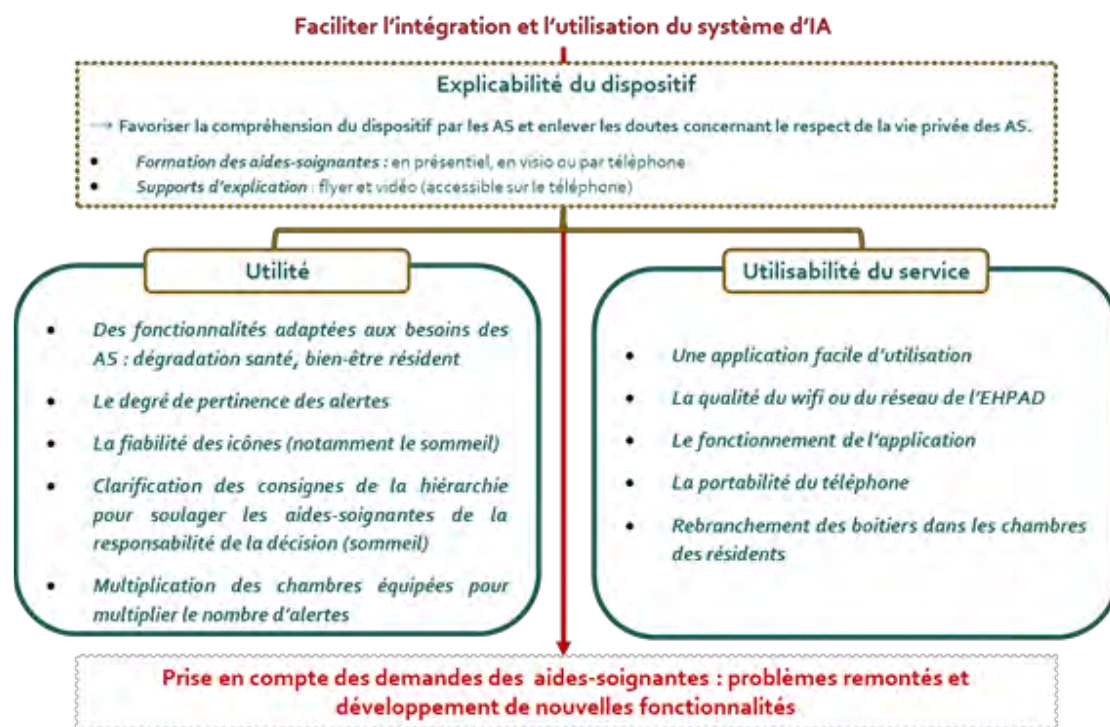


Figure 77. Synthèse des conditions d'une bonne intégration et utilisation du système d'IA

L'objectif de cette partie consistait à présenter le contexte de l'évolution du système d'IA : ses conditions d'intégration dans les EHPAD et l'évolution des retours des usages. Nous allons maintenant présenter précisément le contexte de son intégration au sein de l'EHPAD B en 2024.

2. Analyse des déterminants sociaux, financiers et organisationnels de l'intégration du système d'analyse du contexte sonore

L'intégration du système d'analyse du contexte sonore dans l'EHPAD B s'est réalisée dans un contexte social, financier et organisationnel spécifique. Afin de mieux comprendre les dynamiques ayant facilité ou entravé l'intégration de la technologie, plusieurs entretiens ont été menés. Tout d'abord un entretien avec la directrice de l'établissement a permis de revenir sur le contexte social et financier de l'intégration. Ensuite, les entretiens individuels menés avec la directrice et plusieurs aides-soignantes ont permis d'apporter des éléments de compréhension sur les adaptations organisationnelles et techniques mises en œuvre pour intégrer efficacement le système d'analyse du contexte sonore dans les pratiques quotidiennes.

Cette deuxième partie s'attache à analyser les déterminants sociaux, financiers et organisationnels de cette intégration. Dans un premier temps, nous verrons que cette dernière s'est appuyée sur un contexte social stable et un soutien financier ciblé, qui ont permis de transformer un besoin de renouvellement technique en une opportunité d'innovation organisationnelle (§2.1). Nous reviendrons ensuite sur les principales étapes de l'intégration du système dans les pratiques quotidiennes, en insistant sur les ajustements progressifs opérés face aux réticences initiales, et sur le rôle décisif des espaces de discussion entre équipes et concepteurs (§2.2). Enfin, nous analyserons comment les boucles d'itération ont permis de faire émerger des adaptations techniques et organisationnelles spécifiques, notamment autour de la gestion des alertes et de la conception de nouveaux dispositifs adaptés au contexte de travail réel (§2.3).

2.1. Contexte social et financier de l'intégration

Pour présenter le fil de l'intégration de système d'analyse du contexte sonore, la directrice de l'établissement dresse le portrait du contexte social et financier de l'EHPAD.

Tout d'abord, elle souligne (1) qu'une équipe stable depuis environ deux ans, sans conflits majeurs depuis la période de la COVID-19, a permis une intégration sereine du système d'analyse du contexte sonore. Cette cohésion interne a ainsi favorisé une approche collaborative et apaisée, propice aux nouvelles initiatives technologiques sans générer de tensions importantes.

Verbatims

1	“ Il y a des hauts et des bas dans des équipes, dans des établissements, mais concrètement là, depuis un an ou deux, on est plutôt une équipe stable. Après la Covid, on a tous eu des soucis de recrutement, mais il n'y a pas de gros conflits sociaux depuis longtemps, il n'y a pas de gros conflits entre la direction et l'équipe, de conflits intra-équipes. En tout cas, c'est relativement apaisé. Et donc ça en faisait un terrain assez favorable pour qu'on mette le système d'analyse du contexte sonore chez nous et pour qu'on révolutionne un peu la façon d'accompagner. [...] Je sais qu'il y a quatre, cinq ans, on était dans des embrouilles entre les équipes, ça s'entendait pas. Ça aurait évidemment pas été aussi facile à installer. ”
Directrice EHPAD B	

Sur le plan financier, l'EHPAD B a bénéficié d'un soutien de la CNSA dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) des établissements et services médico-sociaux (ESMS). Ce plan global, déployé à l'échelle nationale, vise à moderniser le secteur médico-social à travers plusieurs volets d'intervention, dont le Plan d'aide à l'investissement du quotidien (PAIQ).

Ce dernier constitue un volet spécifique du PAI, ciblant les établissements habilités à plus de 50 % à l'aide sociale (ARS, 2024). Il a pour objectif de soutenir des investissements courants en finançant des besoins en équipements, du petit matériel ou de petites opérations de travaux destinées améliorer le quotidien des résidents et des professionnels.

La directrice de l'EHPAD B souligne le rôle du PAIQ dans la stratégie de rééquipement de l'établissement avec une partie des fonds, qui a notamment été utilisé pour acquérir notre système d'analyse du contexte sonore. En effet, les enveloppes annuelles allouées sur trois ans (« environ 35 000 euros par an ») ont permis de programmer différents achats selon les besoins prioritaires du moment. Ainsi, après un premier volet centré sur le renouvellement de matériel médical et d'animation, puis un deuxième consacré à la climatisation, une partie des crédits de la troisième année a servi à l'acquisition du système d'analyse du contexte sonore.

Verbatims

2	“ En fait, ça tombait à un moment où on avait un certain nombre d'amortissements qui arrivaient à zéro, donc je devais réinvestir. Et puis, il y a eu, avec l'Europe et à la sortie du Covid, pendant trois ans, ce qu'ils ont appelé des PAIQ [...] L'Europe a donné de l'argent aux régions et les régions ont compté leurs établissements et ont dit, « en fonction du nombre de places, par an, vous pouvez investir sur quelque chose qui relève d'améliorer le quotidien des résidents ». Moi, j'avais environ 35 000 euros par an sur trois ans. Donc la première année, on s'est rééquipé en médical, en tout un tas de choses, en animation. Puis la deuxième année, la climatisation dans certaines salles. Et puis du coup, la troisième année, on a fléché ce système d'analyse du contexte sonore. ”
Directrice EHPAD B	

La directrice explique également que le choix d'investir dans le système d'analyse du contexte sonore s'est inscrit dans un contexte d'opportunité de remplacement du système appelé « médaillon » (les sonnettes) pour des raisons d'obsolescence.

Verbatims

3 Directrice EHPAD B	“ Le système de médaillon qu'on avait était complètement obsolète. [...] on avait fait un devis pour le remplacer, il y en avait pour environ 50 000 euros. On a aussi déduit ce coût-là, [...] Je pense que s'il n'y avait pas eu cette enveloppe de 35 000, on aurait mis plus de temps à se décider mais on y serait venu quand même. ”

En effet, le remplacement nécessaire du « système de médaillon », estimé à 50 000 euros, aurait été de toute façon une dépense incontournable. La convergence entre un besoin technique de remplacement et l'opportunité budgétaire via le PAIQ a permis d'accélérer l'introduction de système d'analyse du contexte sonore.

Enfin, la directrice revient sur la décision du financement du système d'analyse du contexte sonore par un discours qui laisse transparaître un manque de compréhension initial des fonctionnalités du système d'IA:

Verbatims

4 Directrice EHPAD B	“ En tout cas si les médaillons avaient été nickel et changés il n'y a pas longtemps, là clairement on ne serait jamais allé sur un investissement du système d'analyse du contexte sonore parce qu'on ne comprenait pas, pour nous on changeait le système de médaillons en mettant système d'analyse du contexte sonore à l'époque. [...] On a été voir un système d'IA dans un autre établissement et on a dit « bon on tente le coup quoi ». Et j'avais pas mesuré, pour moi je remplaçais le système de sonnettes point barre, par un truc un peu plus moderne, j'avais pas mesuré et je m'en suis rendue compte bien après. ”

L'établissement n'avait pas immédiatement mesuré l'implication de ce changement technique, pensant qu'il s'agissait d'un remplacement du système de sonnette par un système capable de détecter des chutes, qui est une grande préoccupation dans les EHPAD :

Verbatims

5 Directrice EHPAD B	“ Dans les EHPAD, c'est la grosse préoccupation, les chutes. On s'est dit qu'on allait beaucoup y gagner, « quand on aura une chute, on sera alerté ». Mais je n'avais pas mesuré à quel point ça modifie le travail lui-même, des soignants et des agents. ”

Le PAIQ a donc permis de transformer une nécessité de rénovation en une opportunité d'innovation.

2.2. Contexte d'intégration et d'adaptation organisationnelle

2.2.1. Phases d'intégration de système d'analyse du contexte sonore

Pour rappel, le choix de l'EHPAD B comme terrain pour ce recueil de données a été défini avec les concepteurs, notamment parce qu'il répondait aux critères de compatibilité technique (version la plus récente), d'usage du système d'IA par les équipes de jour comme de nuit, et de faisabilité logistique (*cf.* chapitre 6). Le doctorant est apparu dans le processus pour l'évaluation finale de l'usage de système d'IA sans pour autant avoir participé aux étapes précédentes (phase d'essai, réunion de clarification, boucles d'itération).

Les 12 entretiens menés avec les aides-soignantes, ainsi que le témoignage de la directrice de l'établissement, ont permis de retracer le processus d'intégration du système d'IA au sein de l'EHPAD B. Ce processus s'est déroulé en plusieurs étapes clés marquées par des ajustements progressifs. Le tableau 58 en suivant présente les différentes étapes de l'intégration progressive de système d'analyse du contexte sonore, en détaillant les actions menées, les ajustements réalisés et les périodes associées que nous commenterons dans les parties suivantes.

Tableau 54. Évolution de l'intégration du dispositif dans l'EHPAD B

Étapes	Description	Période
1. Phase d'essai	- Déploiement du dispositif en phase d'essai pour évaluer son fonctionnement et son adaptation au contexte de l'EHPAD B. - Maintien du système de sonnettes par précaution pendant cette phase.	Avril à août 2023 (5 mois)
2. Réunion de clarification	- Organisation d'une réunion avec les concepteurs pour clarifier son usage, répondre aux questions des équipes soignantes. - Maintien du système de sonnettes.	Septembre 2023
3. Boucles d'itération : adaptations organisationnelles et techniques	- Mise en place des ajustements proposés par les équipes soignantes. - Maintien du système de sonnettes pour les résidents actuels mais suppression progressive pour les nouveaux résidents entrants.	Octobre 2023 à janvier 2024 (4 mois)
4. Évaluation du doctorant	- Analyse approfondie de l'usage du système d'analyse du contexte sonore et de son impact sur la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents après une période de stabilisation de son usage.	Février 2024

2.2.2. Phase d'essai : appréhension et adoption progressive

Les entretiens avec les aides-soignantes et la directrice de l'EHPAD permettent d'évoquer les premières résistances liées à l'utilisation du système d'analyse du contexte sonore. Trois grandes thématiques ressortent de l'analyse des entretiens concernant les attentes de départ et les premières impressions sur l'intégration de ce système. Ils concernent l'appréhension et le scepticisme vis-à-vis de l'écoute par système d'analyse du contexte sonore, l'attente d'une utilité équivalente au système de sonnette puis la transition du système de sonnette au nouveau système d'analyse du contexte sonore.

2.2.2.1. Appréhension et scepticisme vis-à-vis de l'écoute par système d'analyse du contexte sonore

La directrice de l'EHPAD évoque au départ (1) les résistances initiales des équipes, marquées par des inquiétudes autour de la confidentialité et du contrôle.

Verbatims

1 <i>Directrice EHPAD B</i>	“ Je me souviens, la toute première réunion, bah P... (un des concepteurs) était là. La seule question que les soignantes avaient : « <i>c'est quoi ces conneries, on va nous écouter maintenant pour vérifier ce qu'on fait dans les chambres ?</i> ». Il a fallu expliquer quoi. Ça, c'était beaucoup de boulot. Alors, on a fait deux ou trois grandes réunions d'équipe. Plusieurs fois, il a fallu répéter parce que les gens oublient. Et puis même, j'ai quelques années de plus que toi (rires) mais moi je me considérais comme jeune, moderne, et en fait non je comprenais pas ce que c'était que l'intelligence artificielle. Il a fallu comprendre ça, que les concepteurs nous l'expliquent bien en fait.”

Ces réticences légitimes ont nécessité un important travail d'explication et de pédagogie, impliquant des réunions d'équipe et des rappels réguliers. La directrice évoque notamment la nécessité, pour les encadrants comme pour les aides-soignantes, de se familiariser et de comprendre ce qu'est l'intelligence artificielle pour limiter les résistances.

Les verbatims de six aides-soignantes disponibles ci-dessous, issus des entretiens individuels et collectifs, témoignent de ces craintes concernant la perception de surveillance et l'impact potentiel sur leur liberté d'action et d'interaction, tant avec les résidents qu'au sein de l'équipe.

Verbatims	
2 AS-B02	“ L'appréhension, je pense pour moi comme pour beaucoup, c'était justement le fait d'avoir un boîtier. Au départ, on se demandait est-ce que ça enregistrerait les conversations, c'était plutôt ça. ”
3 AH-B03	“ Et ouais moi au début, j'étais un peu sceptique. Enfin on entend vraiment tout et j'avais peur au niveau de l'intimité, qu'on entende plus que ce qu'on doit savoir. ”
4 AS-B05	“ C'est vrai qu'au départ, j'avais un peu de mal, je disais « <i>ah si on est fliqué</i> ». On s'est dit, on va être fliqués, ça va être compliqué, on pourra plus être nous-même, on pourra plus déconner avec les résidents et moi, ça m'a perturbé au départ [...] J'avais presque peur de devoir me restreindre à déconner, à parler parce que j'avais peur d'être enregistrée, que tout soit fliqué. Au départ, on avait tous peur de ça. [...] Parce que des fois on en rigole, ça va être « <i>allez, levez votre jambe là, un petit peu de gym</i> ». Et ça peut paraître choquant pour quelqu'un d'extérieur comme vous alors que nous on en rigole quoi. ”
5 Entretien collectif AS-B07 AS-B08 AS-B09	Doctorant : - Et est-ce que vous aviez des appréhensions aussi ? AS-B08 : - Ah oui moi au début. AS-B07 : - Oui et j'en ai toujours. AS-B09 : - Oui. Doctorant : - Vis-à-vis de quoi ? AS-B07 : - Ah bah le fait que, enfin moi je vais le dire franchement hein. C'est comme si on était écoutées en fait. AS-B08 : - Ouais bah moi, c'est la même chose. AS-B09 : - Ouais. ”

Les doutes exprimés oscillent entre la peur d'être « écouté » (5), « fliqué » (4), « entendre plus que ce qu'on doit savoir » (3), l'inquiétude sur le respect de l'intimité des aides-soignantes et des résidents (3), et la réticence face à un changement perçu comme pouvant altérer la spontanéité et la convivialité de leur travail (4). Une appréhension qui est toujours présente chez certaines aides-soignantes comme le souligne l'extrait de l'entretien collectif (5). Ces réactions mettent en avant l'importance des représentations initiales et la nécessité d'un accompagnement pour rassurer et lever les ambiguïtés autour du fonctionnement et des objectifs du dispositif.

2.2.2.2. Attente d'une fonctionnalité équivalente au système des sonnettes

Outre l'appréhension vis-à-vis de système d'analyse du contexte sonore, les témoignages de quatre aides-soignantes ci-dessous révèlent l'attente d'une fonctionnalité comparable au système de sonnette dans un premier temps.

Verbatims	
1	“ Avant de l'utiliser, j'attendais que l'outil nous permette de faire moins d'aller-retour, que ça puisse nous alerter sur des situations pour lesquelles avec les sonnettes, on se déplaçait automatiquement. Là l'outil nous permettrait de déceler des situations qui ne nécessitent pas un aller et venu pour rien en fait. Et ça c'est un travail de longue haleine parce qu'il faut faire confiance, il faut se faire confiance aussi. C'est pas évident. ”
AS-B05	
2	“ Doctorant : - Qu'attendiez-vous de l'utilisation du dispositif au tout début ?
Entretien collectif	AS-B07 : - Bah déjà, la même fonction que le premier (système de sonnettes). AS-B08 : - Oui, voilà. AS-B07 : - À savoir que les résidents, s'ils ont besoin... AS-B08 : - Qu'on puisse nous appeler. Enfin nous prévenir. En cas de chute aussi. AS-B09 : - C'est un bip (en parlant des sonnettes) qui se répercute sur nos portables. Donc on attendait au moins ce truc basique sur le 2 ^{ème} quoi (système d'analyse du contexte sonore). Et que les résidents surtout puissent avoir une manière de nous appeler, s'il y avait quoi que ce soit.”

D'un côté, il y a la volonté que le système d'analyse du contexte sonore facilite leur travail en réduisant les déplacements inutiles (1) grâce à une meilleure précision des alertes, puis, d'un autre côté, qu'il y ait une continuité avec les fonctionnalités apportées par le système de sonnette (2), comme la possibilité pour les résidents de solliciter rapidement de l'aide.

2.2.2.3. Transition du système de sonnette vers le nouveau système d'analyse du contexte sonore

La transition du système de sonnette vers le nouveau système d'analyse du contexte sonore s'est faite de manière progressive. Durant la phase de test initiale, les sonnettes (médaillons) des résidents ont été maintenues en parallèle afin de ne pas les perturber.

Les verbatims des aides-soignantes en suivant (AS-B01 et AS-B04) illustrent les difficultés de passer d'un système (les sonnettes) à un autre (le système d'analyse du contexte sonore). Les premières étapes de la prise en main du système d'analyse du contexte sonore sont marquées par une phase d'apprentissage et d'adaptation progressive.

Verbatims	
1	“ Les premières fois, c'est vrai qu'on n'y connaissait pas grand-chose. Bon après c'est pas compliqué hein, une alerte, hop on appuie, on écoute. [...] mais c'est vrai qu'au départ on l'utilisait pas tant que ça finalement. Enfin je pense qu'on est tellement habitué avec les autres téléphones. ”
AS-B01	

2	“ Ça été une découverte (rires). Après l'attente, ça fait toujours un peu peur, quand c'est nouveau « <i>olala, qu'est-ce qu'on va avoir là ? On va devoir gérer ça</i> » (rires). Mais finalement on s'adapte. ”

AS-B04

Les aides-soignantes évoquent à la fois la nouveauté, perçue initialement avec une certaine appréhension, et la nécessité de l'intégrer dans leurs pratiques quotidiennes. Tandis que l'AS-B01 souligne la difficulté de s'adapter en continuant à utiliser les sonnettes (1), l'AS-B04 met en avant la peur de la nouveauté (« *ça fait toujours un peu peur quand c'est nouveau* ») avant finalement de réussir à s'adapter (2).

2.2.3. Une réunion décisive avec les concepteurs

Initialement déployé en avril 2023, le système d'IA a connu une période où l'utilisation stagnait, avec des hésitations quant à son utilité malgré la détection de certains événements, notamment des chutes. Le maintien du système de sonnette et son utilisation toujours en cours ont limité l'usage de système d'analyse du contexte sonore. La directrice de l'EHPAD B raconte :

Verbatims

1	“ On a commencé à le déployer en avril 2023 mais comme ça. Et puis, ça a un peu végété. Et puis on a eu ce grand boom-là après l'été. En fait, à un moment, moi, je me suis dit « <i>on a investi tout ça pour rien finalement</i> ». Bon, bien sûr, on a eu quelques chutes mais on avait toujours le système de sonnette parce qu'on ne savait pas comment fonctionner sans. [...] Pour nous, les téléphones (système d'IA), ils alertent pour les chutes et on va garder l'autre système de sonnette, on verra bien. ”

Directrice
EHPAD B

Cette lente progression a pris fin à partir de septembre 2023, lorsque la directrice, l'infirmière coordinatrice et la responsable hôtelière se sont réunies pour engager nettement l'intégration du système d'analyse du contexte sonore. La directrice poursuit :

Verbatims

2	“ À partir de septembre, l'infirmière coordinatrice, la responsable hôtelière et moi, on s'est posé et on a dit : « <i>maintenant, il faut y aller</i> ». On a un peu réfléchi puis après, il y a eu cette fameuse réunion qui a tout débloqué (avec les concepteurs du système d'analyse du contexte sonore). Donc je dirais d'avril à septembre, on a testé, on était vraiment en phase de test et d'appropriation du système d'analyse du contexte sonore comme on dit. Et puis c'est vraiment parti au dernier trimestre 2023. ”

Directrice
EHPAD B

Une réunion décisive est ensuite organisée afin d'instaurer un véritable espace de discussion au sein de l'EHPAD, entre les aides-soignantes et les concepteurs du système d'analyse du contexte sonore. A l'initiative du directeur régional du groupe gestionnaire de l'EHPAD, cette rencontre a consisté à discuter de la pertinence d'un déploiement plus large de la solution dans d'autres établissements.

Verbatims

3	“ On a eu la chance que le groupe gestionnaire de l'EHPAD s'intéresse au système d'analyse du contexte sonore et qu'on soit les premiers à l'avoir installé. A un moment, quand le directeur général a voulu rencontrer les concepteurs, il a proposé que ce soit chez nous pour voir s'ils déployaient le système d'IA sur plusieurs établissements. ”
<i>Directrice EHPAD B</i>	

La réunion avec les concepteurs en lien avec les cadres (directrice de l'EHPAD, infirmière coordinatrice et responsable hôtelière) a permis d'instaurer un véritable espace de discussion autour du travail réel en donnant la parole aux soignantes. La directrice décrit le déroulement :

Verbatims

4	“ Les concepteurs sont restés l'après-midi avec une équipe de soignantes et puis la responsable hôtelière, l'infirmière coordinatrice, qui connaissent bien le terrain. Et c'est là qu'en fait, on a détaillé notre fonctionnement. Les concepteurs sont venus aux transmissions et à la fin des transmissions, on s'est rendu compte que ça faisait émerger des questions. Et donc, j'ai juste dit à voix haute : « bon G... (<i>Directeur technique de l'entreprise</i>) veut bien rester pour voir avec vous si vous avez des questions plus techniques. Est-ce qu'il y a trois ou quatre volontaires ? ». Et en fait, tu as cinq, six aides-soignantes, enfin agents confondus, qui ont levé la main. Et en fait, après, il fallait voir, ils étaient autour d'une table, tu vois, t'as pas ça dans tous les établissements. Là, personne s'est posé de questions. Ils voyaient un intérêt pour le collectif de travailler avec G... ”
<i>Directrice EHPAD B</i>	

Au-delà de l'aspect technique, le système d'analyse du contexte sonore a permis de valoriser l'ensemble des soignants (aides-soignantes et agents hôteliers) en participant activement à l'amélioration du système d'analyse du contexte sonore.

Verbatims

5	“ Dès qu'on avait une question, G... répondait « <i>ah non ça on fait pas</i> ». Puis après, tu voyais ses yeux qui montaient au plafond puis il disait « <i>je pense que je peux trouver comment faire</i> ». C'est valorisant pour une équipe. Il a dit, « <i>je prends ça comme un défi, on va y arriver</i> ». Et la réalité c'est que moins de dix jours après c'était possible. [...] C'est pas un système d'IA qu'on te donne clé en main, c'est un système d'IA pour lequel elles ont pu donner leur réalité et ils ont cherché à adapter à leur propre réalité. C'est vachement valorisant pour elles et puis c'est surtout très utile et efficace. ”
<i>Directrice EHPAD B</i>	

La présence des concepteurs a permis aux aides-soignantes d'influencer le processus de choix et de décision pour ajuster le dispositif aux réalités du travail des aides-soignantes. Comme l'exprime la directrice, cette rencontre a marqué un tournant, en permettant une appropriation collective du système d'IA grâce à une meilleure prise en compte du « point de vue du travail ».

Verbatims

6

Directrice
EHPAD B

“ Les concepteurs ont pris ça comme un petit challenge de réussir à adapter l'outil. On a des aides-soignantes qui ont proposé des trucs aux concepteurs et ils se sont arrangés pour les mettre. C'est à partir de là, en fait, que ça a tout changé, qu'on a vraiment pu se l'approprier. Pour notre établissement, ça a été précieux symboliquement, cette rencontre-là. J'en suis persuadée. À chaque fois que V... (salarié de l'entreprise) vient, il est super bien accueilli pour ça, parce qu'il représente le mec qui écoute tes problèmes et qui trouve une solution. ”

Le déploiement du système d'IA s'est fait progressivement entre la phase d'essai et les boucles d'itération. La réflexion collective impliquant la direction, les équipes soignantes et les concepteurs a permis d'accélérer l'intégration du système d'analyse du contexte sonore à partir du dernier trimestre 2023. Les ajustements opérés par les concepteurs aux besoins de l'établissement seront explicités dans la section suivante.

2.3. Boucles d'itération : adaptations techniques et organisationnelles

La prise en compte du fonctionnement organisationnel et technique (système de sonnette) de l'EHPAD par l'intermédiaire des boucles d'itération a conduit les concepteurs à prendre en compte deux ajustements principaux : la répartition de la gestion des alertes et la conception d'une solution de remplacement des sonnettes.

2.3.1. Attribution et paramétrage des smartphones

Les ajustements des concepteurs vis-à-vis de l'organisation de l'EHPAD B se sont caractérisés par la mise à disposition de smartphones attribués spécifiquement aux fonctions (agents hôteliers, aides-soignantes et infirmières) et à leurs secteurs de manière automatisée :

- Les smartphones sont étiquetés par fonction et par secteur ;
- Les secteurs sont automatiquement attribués selon les postes et les fonctions, ce qui permet la réception des alertes selon l'horaire, le secteur pris en charge et la fonction.

La directrice souligne dans le verbatim suivant la simplicité et l'efficacité de ce paramétrage qui s'intègre aux pratiques des aides-soignantes :

Verbatims

1

Directrice
EHPAD B

“ Aujourd'hui, le soignant, il arrive le matin, à 6h45, il est à l'aile 2, il prend le téléphone de « l'aile 2 soignant », il réfléchit pas, il a les alertes au bon moment. Les agents, ils se repassaient un téléphone parce que selon le poste, ils s'échangeaient les bips. Ça a sans doute simplifié les choses parce que tu arrives le matin, toi, tu es sur l'aile 3, tu prends ton téléphone « aile 3 », tu ne te poses pas de questions. T'as plus le « *il faut que je passe le téléphone à machin* », là tout est paramétré, c'est génial. En fait, c'est surtout les concepteurs qui ont collé à notre organisation. ”

2.3.2. Répartition de la gestion des alertes

Cette adaptation technique permet également de répartir les responsabilités de la gestion des alertes entre les aides-soignantes et les agents hôteliers, notamment sur les postes de matin et d'après-midi. Pour rappel, contrairement à l'EHPAD A, la gestion des sonnettes repose sur une répartition entre les agents hôteliers (AH) et les aides-soignantes (AS), selon les horaires et les priorités (cf. chapitre 10, section 2.1.1). La directrice argumente ce choix dans un objectif de valorisation des agents hôteliers (verbatim 2), en soulignant l'importance symbolique et pratique d'impliquer les agents hôteliers dans la réponse aux sonnettes :

Verbatims

2 Directrice EHPAD B	“ En fait, déjà, l'organisation qu'on avait avant par rapport aux sonnettes, c'était quand même que les agents hôteliers aient le report des bips le matin, pour deux raisons. D'abord, parce que les soignants, ils sont charrettes avec les toilettes, mais surtout parce que ça avait un sens aussi de dire que c'est l'agent qui va voir ce que veut le résident. Ça permettait justement que l'agent, il soit directement dans la prise en charge, qu'il ne soit pas juste sur le ménage. Ça leur donne une valeur aux yeux des résidents [...] Pour moi, c'était symbolique, si tu veux. ”

Pour poursuivre la répartition des sonnettes, durant la matinée, les alertes du dispositif envoyées sur l'application sont principalement gérées par les agents hôteliers jusqu'à 13h :

- Les agents hôteliers reçoivent la majorité des alertes, y compris celles liées aux besoins non urgents (comme les demandes de lever ou les mises aux toilettes) ;
- Les aides-soignantes ne reçoivent que les alertes urgentes (chutes, vomissements).

Comme l'explique l'AS-B01, les aides-soignantes sont mobilisées sur des tâches nécessitant leur présence prolongée le matin (soins d'hygiène tels que les toilettes et les douches), ce qui limite leur disponibilité pour gérer les alertes considérées comme moins urgentes. Ce sont donc les agents hôteliers qui prennent en charge ces alertes.

Verbatims

3 AS-B01	“ On n'a pas trop le temps. Si on devait avoir une alerte d'un tel, d'un tel, d'un tel pendant une toilette, on pourrait pas. Du coup, on priorise la toilette, par contre les alertes qui sont à côté, on y va pas. C'est pour ça que la plupart des alertes, les agents hôteliers les ont et se déplacent. ”

L'après-midi, les aides-soignantes prennent en charge les alertes dès le début de leur service, tandis que les agents hôteliers assurent une couverture temporaire entre 17h30 et 18h30, période critique précédant le repas. C'est ce qu'explique l'agent hôtelière dans le verbatim suivant :

Verbatims

4

AH-B03

“ L'après-midi, ce sont les aides-soignantes qui prennent les alertes et nous les agents, on a les alertes de 17h30 jusqu'à 18h30, pendant une heure, le temps de faire notre tour le soir avant le repas. ”

Le tableau 55 présent dans la section 3.1.1.1 suivante présente une synthèse de la répartition des responsabilités liées à la gestion des alertes selon les catégories de personnel (aides-soignantes et agents hôteliers) et les différentes périodes de la journée. Il compare d'une part la répartition actuelle avec celle précédant l'intégration du système d'analyse du contexte sonore, et d'autre part avec l'organisation observée au sein de l'EHPAD A.

2.3.3. L'émergence de nouvelles fonctionnalités

La volonté exprimée par les aides-soignantes et l'ensemble des cadres (cadre infirmière, responsable hôtelière et directrice) de remplacer complètement le système de sonnette et de ne disposer que d'un seul téléphone en poche a conduit les concepteurs à explorer de nouvelles solutions.

Le système de sonnette comprend des médaillons, que les résidents portent autour du cou ou au poignet pour appeler le personnel en cas de besoin. De cette réflexion a émergé l'idée de substituer les sonnettes par des prototypes de « clickers » pour signaler un besoin, destinés à remplacer les médaillons actuellement utilisés par les résidents. Le principe repose sur un mécanisme sonore (comme une petite clochette) : lorsque le résident appuie sur le « clicker » (comme une petite télécommande avec un seul bouton), celui-ci émet un bruit distinct, reconnu, détecté puis traité par l'IA. Ce signal est ensuite interprété et transmis aux aides-soignantes directement sur leur application, sous la forme d'une alerte avec le libellé « *appel bouton* ».

Le remplacement des médaillons par des « clickers » demande une adaptation pour les résidents habitués à porter ce genre de médaillon. Le verbatim suivant (1) de la directrice de l'établissement illustre les enjeux d'accompagnement au changement liés au remplacement progressif des médaillons par le système de détection des sons :

Verbatims

1	“ Docteurant : - Vous avez vu un changement avec les « clickers » ? Directrice : - L'IDEC a fait le tour, elle a supprimé les médaillons. Il doit en rester trois ou quatre pour les résidents les plus réfractaires, mais on utilise quand même le système d'analyse du contexte sonore dans leur chambre. C'est beaucoup de pédagogie. Un nouveau résident qui arrive là, ça fait 20 ans qu'à la maison, on lui disait « <i>n'oublie pas de prendre ton médaillon dès que tu prends ta canne</i> ». Et donc il arrive là, on lui dit « <i>c'est pas la peine, on t'entendra dans tous les cas</i> », c'est pas intuitif pour eux (rires). ”

La directrice met en évidence la résistance de certains résidents en raison de leurs habitudes profondément ancrées, tout en soulignant l'importance d'une approche pédagogique pour apaiser leurs inquiétudes. Cet accompagnement pédagogique est nécessaire dès l'arrivée des nouveaux résidents en EHPAD puisque, comme l'explique la directrice, la qualité de l'accueil et des explications fournies dès l'entrée conditionne le niveau de compréhension et de confiance des résidents et des familles.

Verbatims

2	“ Quand on a lancé les « clickers », on s'était dit : il faut vraiment qu'à toutes les entrées des résidents, on prenne le temps de bien expliquer. Et donc, en l'occurrence, c'est moi qui l'ai fait. J'allais, le jour de l'entrée du résident, expliquer ça. Et en fait, évidemment, il y a certains jours, je n'y suis pas allée ou j'ai été beaucoup plus vite parce que j'avais pas le temps et bien on a vu la différence. C'est-à-dire que le lendemain, le surlendemain le résident était beaucoup plus inquiet que ceux à qui tu as bien expliqué.”

Cette section a permis de présenter les adaptations organisationnelles et techniques rendues possibles grâce aux échanges itératifs entre les équipes soignantes et les concepteurs, tout en facilitant la compréhension du mécanisme de répartition des alertes. La prochaine section marquera l'évaluation des usages du système d'analyse du contexte sonore par le docteurant, en présentant les résultats issus de l'analyse de l'activité instrumentée.

3. Analyse de l'activité de soin et d'accompagnement instrumentée

Le troisième axe de recherche vise à analyser comment la genèse instrumentale du système d'IA façonne et améliore la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD, tout en réduisant les situations d'astreintes éthiques, ainsi que les obstacles, les limites et les risques associés à son utilisation.

Le cadre d'analyse mobilisé pour cette section s'appuie sur le modèle quadripolaire de l'activité instrumentée (Folcher & Rabardel, 2004), qui permet d'appréhender les dynamiques de médiation à travers quatre pôles constitutifs : le sujet (ici, les aides-soignantes), l'objet de

l'activité (la qualité de soin et d'accompagnement des résidents), l'instrument (système d'IA) et les autres sujets (les résidents, l'équipe soignante, l'encadrement). L'analyse portera également sur les médiations instrumentales mobilisées dans l'usage du système d'IA (pragmatiques, épistémiques, interpersonnelles et réflexives) qui soutiennent la transformation des objets de l'activité, et donc le développement de l'action en situation. L'articulation de ces médiations avec l'analyse des schèmes d'usage et des schèmes d'action instrumentée mis en œuvre dans les situations observées permettra de décrire et de comprendre comment les aides-soignantes s'approprient le système d'IA dans leurs pratiques quotidiennes, en l'inscrivant à la fois dans une logique d'action (activité productive) et de développement professionnel (activité constructive).

L'objectif est de reprendre les critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents définis dans le chapitre 8 pour évaluer la manière dont le système d'IA répond ou non aux objectifs de qualité des soins. Pour chaque niveau, nous présenterons l'activité des aides-soignantes, par l'intermédiaire des actions observables. En reprenant les situations instrumentées (55 alertes et 84 visualisations des icônes/surbrillances), présentées dans la section précédente (*cf.* chapitre 10, § 4.1), nous analyserons les réponses des aides-soignantes aux besoins des résidents à la fois quantitativement et qualitativement. L'analyse des traces de l'usage instrumental dans l'activité des 8 postes d'aides-soignantes et du poste d'agent hôtelier seront explicitées en auto-confrontation avec les aides-soignantes.

Dans un premier temps, nous verrons comment les alertes sonores donnent lieu à des schèmes d'usage et des schèmes d'action instrumentée, révélant les dynamiques d'appropriation de l'outil par les aides-soignantes, ainsi que leur impact sur la priorisation et la coordination des interventions (§3.1). Ensuite, nous nous intéresserons aux usages des icônes et des surbrillances affichées sur l'application, en particulier pendant les postes de nuit, pour comprendre comment elles soutiennent la vigilance et la qualité du suivi des résidents, dans une logique d'instrumentalisation progressive (§3.2).

3.1. Genèse instrumentale des alertes

Dans un premier temps, nous présenterons les schèmes d'usage des alertes, c'est-à-dire la manière dont les caractéristiques et propriétés spécifiques de l'artefact sont prises en charge, indépendamment du but visé dans l'activité (Folcher & Rabardel, 2004), en nous appuyant sur une vue d'ensemble quantitative de la fréquence des usages. Nous poursuivrons ensuite avec

l'analyse des schèmes d'action instrumentée, orientés vers l'objet de l'activité, qui confèrent du sens à l'utilisation des alertes.

3.1.1. Schèmes d'usages des alertes

3.1.1.1. Fréquence d'émission des alertes sur six mois

La fréquence des alertes réceptionnées par les aides-soignantes au cours des six derniers mois (novembre 2023 à avril 2024 : 182 jours) a été calculée par l'intermédiaire de la base de données de l'entreprise conceptrice. Ces données permettent d'établir une moyenne du nombre d'alertes réceptionnées par poste sans pour autant avoir accès à la typologie des alertes (chutes, vomissements, etc.).

Le tableau 55 ci-dessous propose une synthèse des 3 363 alertes émises sur une période de six mois, réparties selon les postes qui les ont réceptionnées. Il présente trois indicateurs clés : le nombre total d'alertes émises sur six mois, le nombre moyen d'alertes par jour (sur 182 jours), et le ratio d'alertes quotidiennes par soignant selon les postes, en tenant compte de la répartition des alertes entre agents hôteliers (sonnettes non urgentes le matin) et aides-soignantes (alertes urgentes uniquement). Cette répartition permet d'identifier la charge de travail relative à la gestion des alertes au sein des différentes équipes.

Tableau 55. Répartition et ratio d'alertes quotidiennes par poste sur une période de 6 mois

Postes	Horaires	Nombre d'alertes émises sur 6 mois	Nombre moyen d'alertes par jour	Effectifs	Ratio des alertes par poste
Matin	6h45-14h30	3 363 alertes	19 alertes	10 aides-soignantes	1,9 alerte par aides-soignantes
				4 agents hôteliers (selon niveau d'urgence)	4,8 alertes par agents hôteliers
Après-midi	14h-21h	2 560 alertes	14 alertes	8 aides-soignantes	1,8 alerte par aide-soignante
Nuit	21h-7h	4 443 alertes	24 alertes	2 aides-soignantes	12 alertes par aide-soignante

Cette répartition met en lumière les variations significatives des alertes émises entre les plages horaires, notamment la nuit, où le faible effectif entraîne une concentration plus importante des alertes par aide-soignante.

3.1.1.2. Analyse quantitative des fréquences d'émission lors des observations

Le tableau 56 en suivant présente une répartition des 55 alertes réceptionnées lors des huit observations en fonction des postes (matin, après-midi, nuit) et des aides-soignantes ou agents hôteliers concernés. La concentration des alertes est nettement plus forte la nuit, avec 37 alertes recensées, contre 10 l'après-midi et 8 le matin. Cette disparité s'explique en partie par l'organisation du travail : deux aides-soignantes reçoivent les alertes de nuit, tandis que le matin et l'après-midi, celles-ci sont réparties par secteur, ce qui dilue la réception. La moyenne d'alertes par professionnel s'élève à 12,3 la nuit, contre 3,3 l'après-midi et 2,7 le matin.

Tableau 56. Distribution des alertes par poste et type, avec ratio par professionnel

Postes	Code	Nombre d'alertes	Total d'alertes	Moyenne d'alerte	Typologie et fréquence
Matin	AS-B01	0	8	2,7	• Choc inquiétant : 2 alertes • Tambourinage : 2 alertes • Gêne respiratoire : 1 alerte • Gémissements : 1 alerte • Appel « S'il vous plaît » : 1 alerte • Appel « J'ai froid » : 1 alerte
	AS-B02	4			
	AH-B03	4			
Après-midi	AS-B04	3	10	3,3	• Appel bouton (clicker) : 2 alertes • Appel vocal « Madame » : 1 alerte • Appel vocal « Venez me chercher » : 1 alerte • Appel vocal « J'ai froid » : 1 alerte • Choc inquiétant : 1 alerte • Gémissements : 1 alerte • Vomissements : 1 alerte • Tambourinage : 1 alerte • Cri : 1 alerte
	AS-B05	4			
	AS-B06	3			
Nuit	AS-B10	14	37	12,3	• Alerte « Gémissements » : 13 alertes • Alerte « Cri » : 7 alertes • Alerte « Choc inquiétant » : 5 alertes • Alerte « Tambourinage » : 2 alertes • Alerte « Détresse respiratoire » : 2 alertes • Alerte appel « S'il vous plaît » : 3 alertes • Alerte appel « Madame » : 1 alerte • Alerte appel « Au secours » : 1 alerte • Alerte « Appel bouton » : 1 alerte
	AS-B12	14			
	AS-B13	9			
Total			55		

La typologie des alertes dans ce tableau révèle une majorité de détection de gémissements (13 alertes), de cris (7 alertes), et de chocs inquiétants (5 alertes), principalement détectés sur le poste de nuit, illustrant la sensibilité accrue du système dans ces conditions.

3.1.1.3. Analyse des schèmes d'usage à chaque étape du processus de gestion des alertes

Pour compléter l'analyse et comprendre les schèmes d'usage, c'est-à-dire la manière dont les aides-soignantes s'approprient et gèrent les caractéristiques du système d'IA (ici l'interface et l'application), nous allons décrire les composantes récurrentes de l'action orientée vers ce système, en prenant pour point d'entrée l'émission des alertes sonores transmises via l'application mobile.

A. Récupération des smartphones en début de poste

Étapes	Description
1 Récupération des smartphones au début du poste 	Les téléphones, étiquetés par secteur et par aile, sont récupérés dans le local où ils sont mis à charger. Chaque aide-soignante prend un téléphone en fonction de son affectation (secteurs, aile et jour/nuit). Les téléphones sont ensuite portés dans les poches des aides-soignantes qui se déplacent avec eux dans les chambres et les ressortent lors de la réception d'une alerte. La sélection du secteur est automatique.

B. Réception de l'alerte : affichage et consultation de l'alerte

Étapes	Description
2 Lecture du libellé de l'alerte 	L'application affiche le libellé de chaque alerte de gauche à droite, avec l'heure de l'alerte, le type de son et la chambre associée. De manière générale, les aides-soignantes consultent ces informations et écoutent le son enregistré de 10 secondes pour interpréter le degré de priorité de l'alerte. L'interprétation du degré d'urgence repose alors sur une double analyse, à la fois contextuelle et située. En fonction de leur connaissance des caractéristiques et habitudes des résidents, les aides-soignantes peuvent : - Identifier rapidement une situation potentiellement critique à partir du libellé de l'alerte (par exemple, « choc inquiétant » pouvant correspondre à une chute) ; - Dédurre l'urgence ou la banalité d'un événement en fonction de la répétitivité de l'alerte, grâce à l'identification de la chambre (par exemple, une résidente qui déclenche régulièrement une alerte en voulant se rendre aux toilettes seule).
3 Écoute du son 	De manière générale, les aides-soignantes écoutent le son pour mieux interpréter la priorité de l'alerte (sur les 55 alertes, seules 3 alertes n'ont pas été écoutées).

Certaines aides-soignantes expliquent que le libellé des alertes facilite l'évaluation de l'urgence. En contexte de forte charge de travail, le titre agit comme un indicateur rapide de priorité, permettant aux professionnelles de filtrer les alertes en fonction de leur gravité perçue et de déterminer la prochaine action à réaliser. Cette lecture immédiate s'appuie sur leur expérience du terrain et leur connaissance des comportements récurrents des résidents.

Verbatims	
1 AS-B01	“ Après lorsqu'on reçoit « Gémissements », « Vomissement » ou « Choc inquiétant », ça n'a pas le même impact quoi. Les titres permettent de savoir l'urgence. ”
2 AS-B02	Doctorant : - Et c'est aussi le titre des alertes qui vous alertent quand vous n'avez pas le temps ? Aide-soignante : - Oui, c'est vrai. C'est sûr que si c'est marqué juste « <i>s'il vous plaît madame</i> », on sait. ”

C. Décision de déplacement

La décision de déplacement est influencée par le degré d'urgence de l'alerte :

- *Alerte non urgente* : Si l'alerte concerne une demande du résident, les aides-soignantes, selon leur disponibilité, peuvent choisir de la traiter plus tard, surtout s'ils sont déjà en train de prendre en charge un autre résident.
- *Alerte urgente* : En cas d'urgence (atteinte à la santé du résident), les aides-soignantes privilégient cette urgence. Selon leur disponibilité, elles se déplacent immédiatement, appellent une collègue ou sécurisent d'abord un résident avant de répondre à l'alerte urgente.

Étapes	Description
4 Décision de déplacement ou non 	Après l'interprétation de l'alerte, les aides-soignantes décident de se déplacer ou non : - Si l'alerte est perçue comme fausse, aucun déplacement n'est effectué ; - Si l'alerte est perçue comme liée à un rituel ou une habitude du résident, un déplacement n'est pas nécessaire ; - Si l'alerte correspond à un besoin réel ou une urgence (demande urgente du résident), un déplacement est effectué.

D. Prise en charge de l'alerte

Lorsque les aides-soignantes décident de se rendre sur place, elles appuient sur le bouton « Je prends en charge », ce qui a pour effet de supprimer automatiquement l'alerte des téléphones de leurs collègues. Ce mécanisme indique que la situation est en cours de traitement, et évite ainsi que plusieurs aides-soignantes se déplacent simultanément pour la même alerte.

Cette possibilité de visibiliser son activité à ses collègues participe à la coordination des interventions en équipe (médiation vers les autres sujets). Il permet aux aides-soignantes de signaler explicitement leur engagement dans la gestion d'une alerte, renforçant ainsi la répartition des rôles, comme le souligne l'AS-B02 dans le verbatim 1 suivant :

Verbatims	
1 AS-B02	“Ça nous responsabilise parce que du coup, si je mets « Je m'en charge », c'est que bien évidemment j'y vais, donc ça détache tout le monde en fait de ne pas y aller. Je m'en occupe et voilà. Je trouve que c'est bien ça par contre. Ça limite plutôt que 3, 4 personnes viennent en même temps à la chambre.”

Ce retour de l'AS-B02 met en évidence la double fonction du bouton : à la fois outil de communication implicite au sein de l'équipe et vecteur de responsabilisation individuelle. En ce sens, il contribue à fluidifier l'organisation collective du travail tout en limitant les déplacements inutiles.

E. Qualification de l'alerte après la prise en charge

Une fois la situation gérée, les aides-soignantes qualifient l'alerte en fonction de son caractère réel ou non :

- *Alerte utile* : Si l'alerte correspond à un événement réel comme un cri, une chute, ou un appel urgent ;
- *Fausse alerte* : Si le son perçu n'est pas lié à un besoin réel du résident, comme dans le cas de résidents qui répètent certaines phrases sans réelle urgence.

F. Synthèse

La figure suivante illustre clairement par un schéma le processus décisionnel mis en œuvre par les aides-soignantes lors de la réception d'une alerte sonore via l'application. Ce processus repose sur une série d'étapes hiérarchisées, articulant interprétation, évaluation de l'urgence et coordination de l'intervention, ce que l'on appelle les schèmes d'usage.

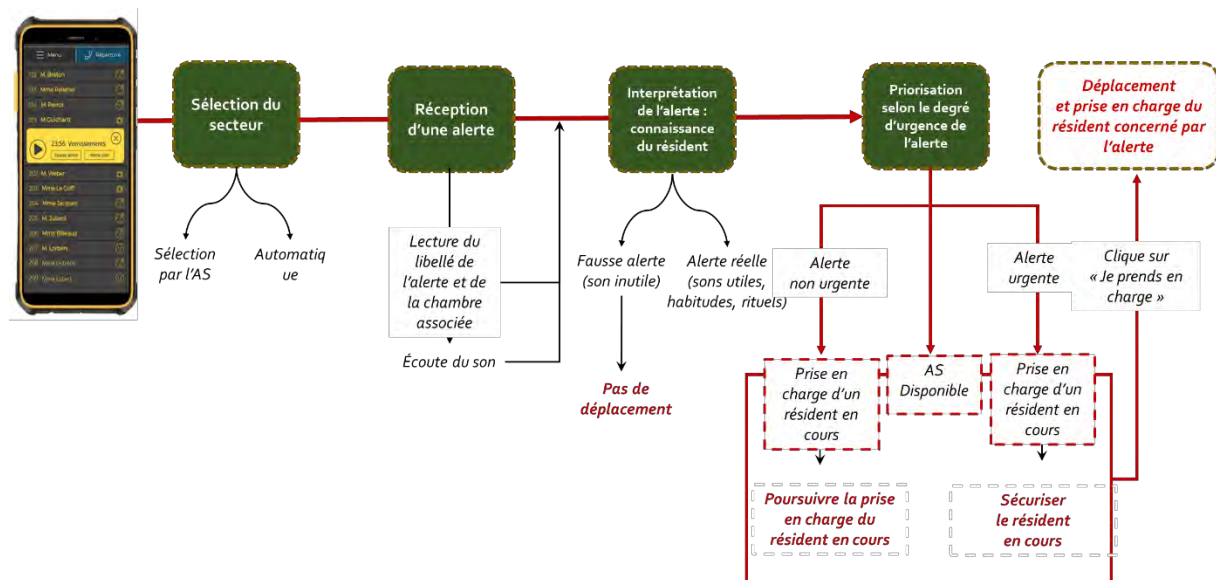


Figure 78. Processus décisionnel des aides-soignantes pour la gestion des alertes via l'application

Ces schèmes décrits précédemment ne se manifestent pas de manière uniforme, mais sont activés en fonction de classes de situations spécifiques, définies par les aides-soignantes à partir

de leur expérience du terrain, de leur connaissance des résidents, et de la nature des alertes reçues.

3.1.2. Schèmes d'action instrumentée des alertes

L'objectif maintenant est de catégoriser les schèmes d'action instrumentée mis en œuvre par les aides-soignantes dans le contexte de l'activité de soin et d'accompagnement des résidents. Pour les présenter, nous allons nous baser sur les niveaux de qualité des soins et de l'accompagnement des résidents définis dans le chapitre 8, puis repris dans le chapitre 9.

Le traitement des données issues de l'analyse de l'activité nous a permis de catégoriser deux niveaux de qualité des soins et d'accompagnement des résidents : une qualité soutenable et acceptable. Pour présenter les « histoires » issues de l'activité instrumentée, nous allons suivre la même trame progressive que dans le chapitre 8. Nous caractériserons également les schèmes d'action instrumentée en proposant une lecture croisée à partir du modèle quadripolaire et des formes de médiation instrumentale (Rabardel, 1995).

3.1.2.1. Assurer une qualité de soins et d'accompagnement soutenable pour les résidents

L'exemple présenté ci-dessous figure 79 montre la situation d'une agent hôtelière (AH-B03) qui au cours de son activité (poste de matin), réceptionne une alerte, écoute le son et interrompt son explication auprès de la stagiaire pour prioriser la résidente de la chambre concernée par l'alerte (chambre 2).

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
7h59	Chambre 1	1. AH est dans la chambre 1 pour des explications à une stagiaire.	
8h01		2. Alerte - Chambre 2 • Libellé « S'il vous plaît » : • AH écoute le son : la résidente dit « s'il vous plaît, j'ai froid. » • AH se déplace dans la chambre 2.	
8h01 - 8h09	Chambre 2	3. La résidente de la chambre 2 a froid et s'est déshabillée.	
8h10 - 8h13	Chambre 1	4. AH l'aide à s'installer dans son fauteuil, l'habille et l'amène aux toilettes.	
8h10 - 8h13	Chambre 1	5. AH revient dans la chambre 1 : repositionnement de la résidente.	

“ Doctorant :
- Donc là, t'as écouté le son, tu te déplaces dans la chambre 2 sachant que t'étais déjà dans une autre chambre donc t'as interrompu. La résidente avait besoin parce qu'elle avait froid.

AH-Bo3 :
- Oui, elle a dit « s'il vous plaît, j'ai froid » et en fait elle était déshabillée et fallait s'occuper d'elle du coup.

Doctorant :
- Donc là, tu l'aides à aller aux toilettes ?

AH-Bo3 :
- Ouais je l'aide à la mettre dans son fauteuil roulant, je lui remets un tee-shirt et je préviens l'aide-soignante pour qu'elle puisse faire la toilette. Sinon je l'aurais fait mais là il y avait pas trop le temps. ”

Figure 79. Schème de priorisation de l'agent hôtelier pour la gestion d'une alerte sur un poste de matin (6h45-14h30)

L'exemple analysé illustre une situation caractéristique de médiation instrumentale pragmatique à l'objet. L'application de détection sonore agit ici comme instrument médiateur entre le sujet (l'agent hôtelier) et l'objet de l'activité (la situation de besoin de la résidente). En écoutant le message « S'il vous plaît, j'ai froid », l'agente interprète immédiatement la situation comme nécessitant une intervention prioritaire. L'instrument (le smartphone et l'alerte sonore) soutient ainsi une transformation directe de la situation (rhabiller la résidente, la mettre en sécurité, alerter l'aide-soignante pour la toilette), ce qui correspond à une médiation pragmatique à l'objet : l'action est orientée vers la gestion concrète d'un besoin du résident.

3.1.2.2. Une qualité des soins et de l'accompagnement des résidents acceptable

L'analyse des traces de l'activité et les auto-confrontations ressortent quatre situations comprenant des schèmes de priorisation des aides-soignantes dans leur activité instrumentée. Les situations relevées concernent des reports d'intervention vis-à-vis des besoins des résidents et de la hiérarchisation des risques.

• **Ajustements par la réaction face aux situations imprévisibles : schème de priorisation**

Deux exemples issus de l'analyse de l'activité instrumentée illustrent comment les aides-soignantes hiérarchisent leurs interventions en évaluant le degré d'urgence des alertes grâce à la connaissance des résidents.

L'extrait suivant montre les arbitrages effectués par l'aide-soignante (AS-B04) dans la gestion des priorités lors des transferts de résidents entre la salle télé et la salle à manger pour le premier service.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
17h21	Rez-de-chaussée : Hall ↓ Salle à manger	 1. AS commence à déplacer les résidents du hall jusqu'à la salle à manger 2. Alerte - Chambre à l'étage • Libellé « Appel bouton » • Pas d'écoute du son • AS décide de ne pas se déplacer directement pour poursuivre le déplacement des résidents en salle à manger.	“ Doctorant : - Là, il y a une alerte à 17h21 mais sur le moment comme vous savez que c'est une habitude vous n'y allez pas, priorité à la mise en salle. AS-Bo4 : C'est une dame qui demande souvent d'aller aux toilettes. C'est une dame qui a une sonde urinaire donc c'est pas quelqu'un qui va s'uriner dessus. C'est plus pour aller à la selle et c'est un peu son angoisse donc elle demande souvent d'aller aux toilettes mais c'est pas une urgence où elle va se faire pipi dessus quoi parce-que du coup elle est sondée. Après c'est vraiment au cas par cas, on les connaît. ”
17h21 - 17h29		 3. AS poursuit les déplacements des résidents en salle à manger.	
17h29 - 17h34	Chambre à l'étage	 4. AS se déplace pour répondre au besoin de la résidente. 5. La résidente souhaite aller aux toilettes	

Figure 80. Schème de priorisation de l'aide-soignante pour la gestion d'une alerte sur un poste d'après-midi (14h-21h)

L'exemple en figure 80 illustre une situation de médiation instrumentale épistémique vers l'objet. L'alerte déclenchée (« Appel bouton ») n'est pas immédiatement écoutée, mais interprétée par l'aide-soignante à partir de sa connaissance de la résidente concernée. L'application agit ici comme un support d'interprétation, mobilisé non pas pour agir directement, mais pour produire un jugement sur la situation : la résidente, porteuse d'une sonde urinaire, exprime une demande fréquente liée à une angoisse, mais sans caractère d'urgence.

L'instrument permet donc une appréciation différée de la situation, qui guide la décision de prioriser une autre tâche (mise en salle des résidents) sans mettre en danger la résidente. Ce type de médiation correspond à une médiation épistémique à l'objet, dans la mesure où l'instrument soutient une prise de connaissance contextualisée, sans transformation immédiate de la situation.

• **Ajustements par la réaction face aux situations imprévisibles : schème de priorisation**

De même, l'extrait de l'activité de l'AS-B13 sur un poste de nuit montre comment une alerte « Gémissements » est également rapidement jugée non urgente par l'aide-soignante qui poursuit la vérification des chambres.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
21h37	Chambre 1	1. AS passe dans la chambre 1 pour vérification et discute avec la résidente.	“ Doctorant : - Alors c'était au tout début, vers 21h30. Il y a eu une alerte dans la chambre 2 et vous m'avez dit que c'était habituel. AS-B13 : - Oui, elle crie en général à cette heure-ci pour avoir son médicament le soir. Doctorant : - Là vous continuez votre tour parce-que vous savez que c'est pas urgent ? AS-B13 : - Après on essaie d'y aller quand même un peu plus tôt parce que sinon elle va pas arrêter de crier, c'est un peu embêtant pour les voisins parce-qu'elle a la voix qui porte. ”
21h39		2. Alerte - Chambre 2 • Libellé « Gémissements » • Pas d'écoute du son • Aide-soignante décide de ne pas se déplacer directement pour poursuivre la vérification des chambres.	
21h39 - 21h44		3. Poursuite discussion avec la résidente de la chambre 1	
21h45 - 21h46	4 autres chambres	4. AS poursuit les vérifications et passe dans quatre chambres.	
21h46	Chambre 2	5. AS arrive à la chambre 2.	
		6. La résidente souhaite avoir son médicament du soir.	

Figure 81. Schème de priorisation de l'aide-soignante pour la gestion d'une alerte sur un poste de nuit (21h-7h)

L'exemple analysé illustre une situation de médiation instrumentale épistémique à l'objet. L'alerte « Gémissements », générée par l'application, n'est pas écoutée ni suivie d'un déplacement immédiat. L'aide-soignante mobilise ici ses connaissances sur la résidente (cri

habituel à cette heure pour demander un médicament) pour interpréter le signal comme non urgent. L'instrument agit donc en arrière-plan comme repère contextuel plutôt que comme déclencheur d'action immédiate. Il soutient une appréciation contextualisée de la situation, permettant à l'aide-soignante de poursuivre son tour de vérification des chambres sans compromettre la sécurité de la résidente. Ce type de rapport à l'instrument correspond à une médiation épistémique à l'objet, dans la mesure où il permet une lecture contextualisée de l'alerte, fondée sur l'expérience et la connaissance des habitudes des résidents. L'aide-soignante souligne tout de même qu'elle essaie plutôt d'aller préserver les autres résidents des cris de la résidente puisque c'est « embêtant pour les voisins parce qu'elle a la voix qui porte ».

• **Ajustements par la réaction face aux situations imprévisibles : schème de hiérarchisation**

La seconde situation présente l'aide-soignante AS-B02 en cours de prise en charge d'un résident dans la chambre 1, interrompue dans son action par deux alertes successives.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
7h38	Chambre 1	1. AS réalise les soins d'hygiène de la résidente de la chambre 1.	“ Doctorant : - En terme de priorité pour le lever, là c'était Madame J... (chambre 1) ? AS-B02 : - Oui parce qu'elle avait sa douche ce jour-là et sinon elle s'habille seule et elle va prendre son petit-déjeuner donc c'est pour ça que j'ai commencé par elle. Doctorant : - Ok. Donc il y a eu une interruption parce qu'il y avait une alerte pour « Choc inquiétant » (alerte 2). Là vous priorisez parce que j'imagine que la résidente (chambre 1) était en sécurité ? AS-B02 : - Oui voilà, elle était en sécurité, elle était en fauteuil, il me restait plus que les cheveux à sécher. Donc déjà, j'avais vu que la première alerte (alerte 1) c'était « Gêne respiratoire ». Donc j'ai écouté, il y avait rien de grave. Par contre, je me suis dit « <i>je termine avec la dame</i> » parce qu'il me restait 5 minutes et j'irai voir après. Et entre temps il y a eu « Choc
7h53		2. Alerte 1 - Chambre 2 • Libellé « Gêne respiratoire » • Écoute du son • AS décide de ne pas se déplacer et de poursuivre la prise en charge de la résidente de la chambre 1.	
7h54		3. Alerte 2 - Chambre 2 • Libellé « Choc inquiétant » • Pas d'écoute du son • Interruption du soin de la chambre 1. • AS se déplace dans la chambre 2.	
7h56 - 8h03	Chambre 2	4. La résidente a du mal à respirer. 5. AS rassure la résidente et appelle l'infirmière pour la prévenir de l'état de la résidente.	

	 6. L'infirmière arrive et diagnostique une crise d'angoisse de la résidente.	inquiétant » (alerte 2) et là par contre je suis allée parce que si la personne est tombée, c'est clairement une urgence. Doctorant : - D'accord. Du coup, là, tu as été allée la voir et il avait une crise d'angoisse ?
8h03 - 8h10 Chambre 1 	7. AS retourne dans la chambre 1 pour poursuivre la prise en charge de la résidente.	AS-Bo2 : - Oui, une crise d'angoisse finalement, mais je l'avais jamais vu respirer comme ça donc c'est vrai que sur le moment, on sait pas trop."

Figure 82. Schème de hiérarchisation des besoins en temps réel de l'aide-soignante pour la gestion de deux alertes sur un poste de matin (6h45-14h30)

L'exemple illustre une médiation instrumentale à la fois épistémique et pragmatique vers l'objet, en fonction de la nature et de l'évolution des alertes. L'application joue ici un rôle dans la hiérarchisation des risques de l'aide-soignante. Lors de la première alerte « Gêne respiratoire », l'aide-soignante écoute le son, interprète la situation comme non critique, et décide de poursuivre la prise en charge de la résidente en cours, considérée comme en sécurité. L'instrument agit alors comme support d'interprétation contextualisée, relevant d'une médiation épistémique, fondée sur une connaissance des résidents et une évaluation des risques. En revanche, l'apparition immédiate d'une seconde alerte « Choc inquiétant », sans écoute du son cette fois, entraîne une interruption immédiate du soin et un déplacement vers la chambre concernée. L'alerte est perçue comme potentiellement grave (risque de chute), déclenchant une action immédiate. L'application soutient une intervention rapide pour répondre à un risque perçu comme urgent, caractéristique d'une médiation pragmatique vers l'objet.

- **Coordination en temps réel : déléguer pour sécuriser les résidents**

Les aides-soignantes peuvent réguler leur activité en se coordonnant, pour assurer la sécurité des résidents lorsqu'une alerte survient pendant les soins d'un autre résident. Dans l'extrait suivant de l'AS-B05, l'aide-soignante gère simultanément le soin d'hygiène d'une résidente et une alerte considérée comme urgente (vomissements).

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
19h57	Chambre 1	1. AS réalise les soins d'hygiène de la résidente de la chambre 1.	“Doctorant : - D'accord. À 19h58, il y avait une alerte dans la chambre de Madame O... AS-B05 : J'ai téléphoné à ma binôme pour qu'elle aille voir comme je sais qu'elle était pas loin et effectivement ça me rassurait. J'aurais pu y aller aussi, mais bon madame (chambre 1) était aux toilettes. Doctorant : - Dans ce cas-là tu sécurises le résident que tu as et ensuite ? AS-B05 : - Voilà. Et en fait elle a été (sa binôme), puis en fait voilà la résidente se lavait les dents. ”
19h58		2. Alerte - Chambre 2 • Libellé « Vomissements » • Pas d'écoute du son • Aide-soignante clique sur « Je prends en charge » et appelle directement sa binôme.	
19h58 - 20h	Chambre 2	3. AS appelle sa binôme pour qu'elle aille voir la chambre 2.	
		4. Vérification de la binôme : la résidente se brosse les dents (fausse alerte)	

Figure 83. Schème de coordination en temps réel par l'AS-B05

L'exemple de la figure 83 illustre une médiation instrumentale interpersonnelle pragmatique, dans un contexte de coordination entre professionnelles. L'alerte « Vomissements » à 19h58 survient pendant que l'aide-soignante est engagée dans un soin d'hygiène, avec une résidente aux toilettes (chambre 1). L'application agit ici comme un instrument médiateur de l'interaction entre collègues, en permettant à l'aide-soignante de prendre connaissance de l'alerte, d'en évaluer rapidement l'urgence, puis de déclencher une coordination verbale avec sa binôme, située à proximité. La médiation est interpersonnelle car elle repose sur la mobilisation explicite d'une collègue pour assurer la réponse à l'alerte. Elle est pragmatique car elle vise l'efficacité de l'action collective : répondre rapidement à un signal potentiellement critique sans compromettre la sécurité de la résidente déjà engagée dans un soin.

Ceci étant, un autre extrait de l'activité de l'aide-soignante (AS-B05) met en évidence les limites dans la coordination des interventions et les ajustements opérés par l'aide-soignante pour garantir la sécurité et le bien-être du résident en question.

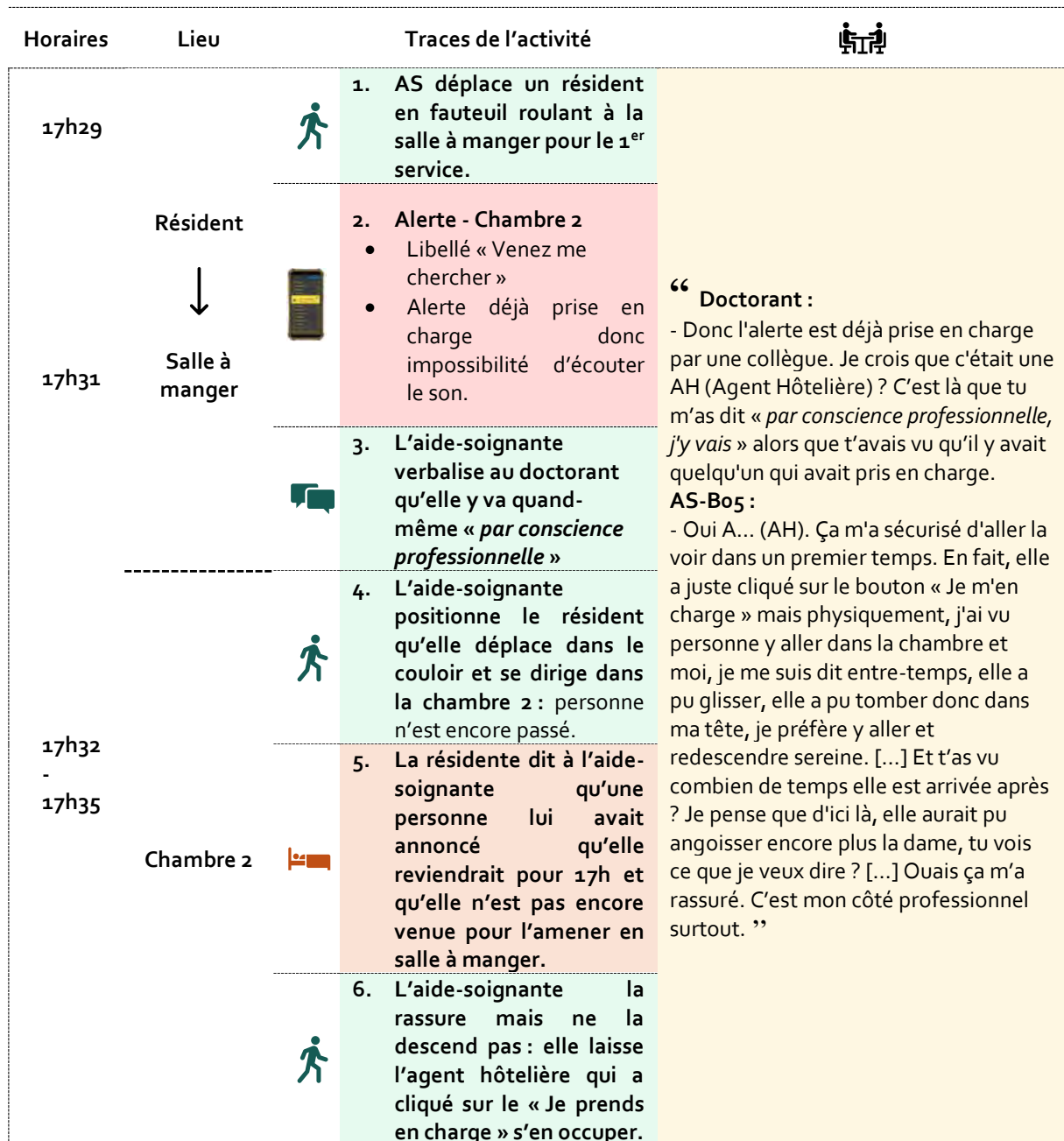


Figure 84. Schème de coordination par l'AS-B05

L'exemple de la figure 84 concrétise une médiation instrumentale interpersonnelle pragmatique, marquée par les limites du dispositif de coordination offert par l'application. Lors de l'alerte « Venez me chercher », déjà prise en charge par une collègue (agent hôtelière), l'aide-soignante choisit néanmoins d'interrompre temporairement le déplacement d'un résident pour aller vérifier la situation. L'application fonctionne ici comme un instrument de coordination collective, en affichant les alertes et en permettant à une professionnelle d'indiquer qu'elle prend en charge la situation. Cependant, l'absence de traçabilité sur l'action réellement engagée (la collègue a cliqué sans intervenir immédiatement) révèle une limite du système dans la

régulation fine de l'activité collective. Dans ce contexte, la médiation est interpersonnelle, car elle concerne l'ajustement d'une action en fonction de ce que l'on sait ou que l'on suppose de l'activité de l'autre. Elle est aussi pragmatique, dans la mesure où la décision de l'aide-soignante vise à garantir la sécurité de la résidente en vérifiant par elle-même. Cette décision repose sur un jugement professionnel guidé par une éthique, que l'aide-soignante qualifie elle-même de « conscience professionnelle ».

• Multiplication des situations imprévisibles et oubli d'une alerte

En période de surcharge de travail, les aides-soignantes peuvent parfois oublier des alertes en raison de priorités urgentes et multiples.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
2h59 - 3h12	Chambre 1	 Arrivée des ambulanciers - Ambulanciers ramènent une résidente à l'EHPAD - Couche résidente à 2 en chambre 159	“ Doctorant : - Tout à l'heure par exemple, il y a eu une alerte. Les ambulanciers arrivent avec le chariot, donc c'est la priorité. Ensuite, il y a la fille de la résidente, c'est la priorité. Il y a eu une alerte oubliée. AS-B10 : - Bah généralement après quand on revoit le truc, on fait « ah oui c'est vrai, il y a Madame... » mais c'est parce que c'est vrai que je comptais aller justement directement chez madame et j'ai fait « alerte utile » et en fait bah ouais, j'ai été pressée. Mais ça nous arrive pas souvent. Généralement on a deux cerveaux et l'autre, elle va y penser, ça nous arrive. ”
3h02	Chambre 2	 Alerte - Chambre 2 - appel de confort « Madame » - Priorité à la prise en charge de la chambre 1 - Écoute du son et « je prends en charge » - Jugée utile par l'AS mais ira plus tard	
3h13	Chambre 1	 Sonnette à l'entrée : - Fille de la résidente de la chambre 1 qui sonne à l'entrée de l'établissement et vient voir sa mère revenue des urgences - Discussions entre AS et la fille de la résidente	
3h25 - 3h36	Chambre 2	 AS se rend compte qu'elle a oublié l'alerte de la chambre 2 alors qu'elle s'apprêtait à manger : AS va voir la résidente qui était angoissée.	

Figure 85. Oubli d'une alerte par l'AS-B10

Dans la situation présentée figure 85, la médiation instrumentale pragmatique est orientée vers l'organisation de l'activité. L'application de détection sonore signale une alerte de type confort (« Madame ») en chambre 2, écoutée et jugée utile par l'aide-soignante, qui clique sur « Je

prends en charge ». Toutefois, la prise en charge simultanée du retour d'hospitalisation d'une résidente et l'arrivée de sa fille mobilisent son attention, repoussant l'intervention. L'outil soutient ici une planification de l'activité, mais la surcharge et la gestion de plusieurs priorités en temps réel entraînent un oubli temporaire de l'alerte. Cet oubli met en évidence les limites de la mémoire de travail en situation réelle, malgré l'intention initiale de répondre. Enfin, l'aide-soignante évoque la compensation possible par le binôme, soulignant que la fiabilité du dispositif repose aussi sur une régulation collective de l'activité, au-delà de la médiation offerte par l'outil.

3.2. Genèse instrumentale des icônes/surbrillance

L'objectif est de comprendre les schèmes d'usages et les schèmes d'action instrumentés des icônes et surbrillance affichés sur l'application. Nous présenterons dans un premier temps les schèmes d'usage, caractérisé par les situations observables de la visualisation des icônes puis nous présenterons les schèmes d'action instrumentés, qui permettent de comprendre en contexte comment ces icônes⁵⁴ et surbrillances⁵⁵ sont utilisées. Enfin, nous analyserons l'instrumentalisation de ces icônes et surbrillances pour répondre à l'objet de leur activité : garantir la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents.

3.2.1. Schèmes d'usage des icônes/surbrillances

L'objectif est de comprendre les schèmes d'usages des icônes et surbrillance affichés sur l'application. Pour évaluer leur fréquence de consultation, nous avons comptabilisé le nombre de fois où l'aide-soignante regardait l'application, selon deux modalités :

- Lors des déplacements dans le couloir, juste avant d'entrer dans une chambre. J'étais moi-même équipé d'un smartphone avec l'application lors des observations pour visualiser en temps réel les icônes associées aux chambres qu'elle consultait.
- Lors des périodes de veille, lorsqu'elle faisait défiler la liste des chambres pour consulter l'état des résidents à travers les icônes affichées.

⁵⁴ Les icônes affichées en temps réel à côté du nom et du numéro de chambre des résidents renseignent sur leur état sous forme de smiley (sommeil, éveil, activité sonore) ainsi que sur le bon fonctionnement technique du système (connexion Wi-Fi, boîtier en service).

⁵⁵ Une surbrillance désigne ici une fonction automatique du système qui, en cas d'alertes répétées pour un même résident, désactive temporairement les alertes sonores tout en maintenant l'affichage visuel de l'alerte. Cette modulation vise à réduire les interruptions inutiles tout en conservant l'information accessible pour les aides-soignantes.

Le tableau 57 synthétise les usages observés des aides-soignantes concernant les visualisations des icônes et des surbrillances affichés par l'application en temps réel en fonction des différents postes (matin, après-midi, nuit). Deux types de visualisation sont distingués : d'une part, les icônes et libellés affichant l'état des chambres (sommeil/éveil, télévision allumée/éteinte, chambre silencieuse, etc.) ; d'autre part, les surbrillances, qui mettent en évidence des situations potentiellement anormales (gêne respiratoire, détresse, appel, etc.). Ainsi, nous avons comptabilisé une seule consultation sur les 6 postes de jour (matin et après-midi) et 83 pour les trois postes de nuit. Nous présentons plus en détail les consultation de nuit :

Tableau 57. Nombre de consultations des icônes/surbrillance la nuit

Postes	AS	Consultation des icônes/surbrillances	
		Nombre	Typologie
Nuit	AS-B10	44	- Consultation individuelle des icônes/libellés lors des passages en chambre : ○ Icône état sommeil/éveil : 19 visualisations ○ Icône état télévision (allumée/éteinte) : 1 consultation ○ Libellé « Chambre silencieuse » : 8 consultations ○ Libellé « Hors-ligne » : 2 consultations
			- Consultation générale des icônes/libellés lors de la veille (hall) : ○ Icônes état sommeil/éveil et état télévision (allumée/éteinte) : 2 consultations ○ Libellé « Hors-ligne » : 1 consultation
			- Consultation individuelle des surbrillances (passages en chambre) : ○ Libellé « Gêne respiratoire » : 5 consultations ○ Libellé « Gémissements » : 5 consultations ○ Libellé « Cri » : 1 consultation
	AS-B12	36	- Consultation individuelle des icônes/libellés lors des passages en chambre : ○ Icône état sommeil/éveil : 18 consultations ○ Libellé « Chambre silencieuse » : 3 consultations
			- Consultation générale des icônes/libellés lors de la veille (hall) : ○ Icônes état sommeil/éveil et état télévision (allumée/éteinte) : 10 consultations
			- Consultation individuelle des surbrillances (passages en chambre) : ○ Libellé « Essoufflement » : 1 consultation ○ Libellé « Appel » : 1 consultation

			○ Libellé « Détresse respiratoire » : 2 consultations - Consultation générale des surbrillances (hall) : 1 consultation
	AS-B13	3	- Consultation individuelle des icônes/libellés lors des passages en chambre : ○ Icône état sommeil/éveil : 1 consultation ○ Libellé « Chambre silencieuse » : 1 consultation - Consultation générale des icônes/libellés lors de la veille (hall) : ○ Icônes état sommeil/éveil et état télévision (allumée/éteinte) : 1 consultation

Nous observons une utilisation des icônes et surbrillances quasi exclusivement pendant les postes de nuit, en particulier par les aides-soignantes AS-B10 et AS-B12. Celles-ci mobilisent l'application à la fois lors des passages en chambre et durant les périodes de veille depuis le hall. Cette appropriation de la fonctionnalité leur permet d'avoir des informations sur l'état des résidents la nuit qu'elles ne pourraient avoir qu'en ouvrant la porte avec le risque de les réveiller.

Les entretiens expliquent cette différence dans l'utilisation du dispositif entre les équipes de jour et de nuit. La journée, les résidents sont réveillés et leurs portes ouvertes, la surveillance se fait d'une autre manière. Les aides-soignantes privilégient les interactions directes avec les résidents et les soins quotidiens. Comme l'explique une aide-soignante (AS-B02) :

Verbatims

1	“ Honnêtement je regarde pas trop les icônes [...] Quand on est en train de faire un soin dans une chambre, c'est vrai qu'on sait que les résidents vont aller prendre leur petit-déjeuner ou alors regarder la télé. ”
AS-B02	
2	“ Doctorant : - Et vous utilisez les icônes ou surbrillances ? Aide-soignante : - Non, non, non. ”
AH-B03	
3	“ Non, pas spécialement. Bon, c'est vrai que je regarde quand ça sonne.[...] Là ça met télé et ça sonne pas en fait. T'as les icônes télé, t'as les icônes de chambre silencieuse. Et comme ça sonne pas, c'est ça veut dire que tout va bien (rires). Pour moi hein. [...] ”
AS-B04	

Pour comprendre les usages de ces icônes sur les postes de nuit, nous allons les expliciter dans la prochaine section.

3.2.2. Schèmes d'action instrumentés des icônes/surbrillances

Cette partie montre la manière dont les aides-soignantes organisent leurs passages dans les chambres en fonction des icônes et des surbrillances à différents moments de la nuit (premier passage, second passage, fin de nuit). L'analyse des usages des consultations (icônes et surbrillances) sur les postes de nuit met en évidence que les schèmes d'action instrumentée s'articulent autour d'une qualité des soins et d'accompagnement soutenable pour les aides-soignantes de nuit.

Ces schèmes d'ajustement se concentrent autour du respect du sommeil des résidents mais pas seulement. Les consultations ne sont pas uniformes et s'insèrent dans des schèmes d'action qui varient selon les moments de la nuit, le profil et les besoins des résidents. À travers des extraits d'entretiens et des auto-confrontations, nous allons présenter les usages nocturnes, correspondant aux usages quasi exclusifs comme démontrer dans la section précédente (cf. 4.2.1).

Trois types de schèmes d'action sont distingués pour définir l'usage de ces icônes et surbrillances dans l'activité des aides-soignantes : la préparation à l'action (en amont d'un passage en chambre), l'ajustement d'une intervention pendant les passages en chambres et le déclenchement d'une réponse immédiate face à une situation inhabituelle (souvent liés à l'état de santé des résidents informés par les surbrillances).

3.2.2.1. Visualisation du premier passage : une instrumentation au service d'une vigilance respectueuse

- **Préparation du premier passage**

Lors du premier passage du poste de nuit, les aides-soignantes consultent les informations avant de débiter le premier passage dans les chambres et dans certains cas, pendant la vérification des chambres.

L'extrait de l'activité de l'aide-soignante (AS-B10), montre un schème d'action instrumentée centré sur cette préparation du premier passage dans les chambres. L'aide-soignante prend le temps de consulter les icônes et les surbrillances ainsi que l'état de fonctionnement des boîtiers, s'ils sont en état de marche ou hors-ligne. Puis lors du passage, l'aide-soignante explique que le manque de temps impose une certaine efficacité, qu'elles « *n'ont pas trop le temps de s'arrêter à chaque chambre* » pour regarder les icônes.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
21h32 - 21h35	Hall 	1. AS visualise les icônes et les surbrillances et vérifie bien que les chambres ne sont pas hors-ligne. 2. AS remarque qu'il y a beaucoup de chambres hors-ligne.	“ Doctorant : - Il y avait pas mal de chambres hors-ligne et à chaque fois du coup vous vérifiez ? AS-AB10 : - Oui c'est ça. Après dans tous les cas, la première tournée, on la fait quand même. On passe voir tout le monde donc on vérifie quand même les hors-lignes pour voir s'ils réapparaissent après dans la nuit quand même.”
21h35	Chambres 	1 ^{er} passage dans les chambres	“ Doctorant : - Donc à ce moment-là, il n'y a pas du tout de regard sur les icônes ? AS-AB10 : - Vu qu'on fait toute la tournée non parce qu'on n'a pas trop le temps de s'arrêter à chaque chambre. Mais il y a un regard avant quand-même, avant la tournée. ”

Figure 86. Préparation du premier passage par l'AS-B10

Cet extrait illustre une médiation instrumentale épistémique vers l'objet. L'aide-soignante utilise l'application en amont de sa tournée pour vérifier l'état des chambres, notamment repérer celles signalées comme « hors-ligne ». L'outil ne sert pas ici à agir directement, mais à préparer l'intervention en collectant des informations utiles à la planification de l'activité pour une prise de connaissance globale de la situation.

- **Vérification de l'état de sommeil du résident**

Dans une autre situation de l'activité de l'AS-B10, lors du premier passage dans les chambres, l'aide-soignante cherche à minimiser les nuisances sonores pour respecter le sommeil du résident. En auto-confrontation, l'aide-soignante souligne qu'il lui arrive ponctuellement de « zieuter » l'icône de la chambre pour savoir si le résident dort ou pas.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
22h32	Chambre 1 	Premier passage dans les chambres : L'aide-soignante ne veut pas faire de bruit en ouvrant la porte mais celle-ci grince.	“ Doctorant : - C'était la chambre 1, à 22h32. Pour l'ouverture de porte, j'ai l'impression que vous faites souvent attention au niveau du bruit, même à cette heure-là du coup, et pour certains résidents encore plus ? AS-AB10 : - On m'a dit qu'il fallait faire attention à la porte (rires). Et vu qu'elle grince, comme par hasard elle grince cette porte-là, j'ai essayé d'être discrète. On l'a pas réveillée mais ouais on essaie parce qu'on sait qu'ils dorment [...] Soit on entend la télé ou on entend les résidents, et des fois on peut zieuter quand même aussi sur l'application. Et on toque, on rentre et on passe un petit coucou quoi. ”

Figure 87. Vérification de l'état de sommeil par l'AS-B10

Il s'agit d'une médiation instrumentale épistémique et pragmatique vers l'objet. L'aide-soignante ajuste son comportement en fonction de l'état supposé du résident (sommeil ou éveil), en s'appuyant à la fois sur les signaux sonores perçus (télévision, respiration) et parfois sur une consultation rapide de l'application. L'application agit ici comme outil d'anticipation, permettant de préparer l'entrée en chambre avec précaution. L'instrument soutient ainsi une régulation de l'action (ne pas faire de bruit, frapper doucement) centrée sur le respect du rythme des résidents.

• Vérification de l'état de sommeil du résident

L'activité d'une autre aide-soignante de nuit (AS-B12), met en évidence une utilisation de l'application en amont du premier passage qui se distingue de l'AS-B10 et une utilisation ponctuelle et ciblée des icônes sur l'état de sommeil du résident.

Horaires	Lieu		Traces de l'activité	
21h17	Hall		1. AS visualise l'application notamment pour les surbrillances.	“ Doctorant : Quand vous arrivez, vous regardez la liste des chambres sur l'application et s'il y a des surbrillances. AS-B12 : - Oui même avec la première ronde. Comme tout à l'heure, quand j'ai vu que monsieur D... était essoufflé. Le libellé « Essoufflement », ça c'est un truc qu'on n'a jamais par exemple pour lui. Donc c'est pour ça que dès qu'on a vu, pof, on y va direct. En début de nuit ou même après, quand c'est des informations qu'on n'a pas l'habitude d'avoir, on y va. Doctorant : - Pour le premier passage du coup vu que c'est entre guillemets « automatique », là vous n'avez pas besoin forcément de regarder l'application ? AS-AB12 : - Non, sauf pour les personnes par exemple qui regardent la télé (icône télévision), du coup moi ça va me changer parce que je vais frapper au lieu de rentrer dans la chambre. Là si je vois qu'elle regarde la télé sur l'application, je me dis « elle est réveillée donc je peux frapper » mais si je vois qu'elle dort tout de suite je vais ouvrir discrètement la porte. ”
21h22	Chambres		2. 1er passage dans les chambres	
3h53	Hall		3. AS visualise l'application et voit une surbrillance « essoufflement »	
-				
3h56			4. Les AS se déplacent.	
			5. Le résident est essoufflé car il se déplace dans sa chambre et s'habille car il pense que c'est le matin.	
	Chambre 1		6. Les AS le rassure et lui dise de retourner se coucher.	

Figure 88. Vérification de l'état de sommeil par l'AS-B12

Cette séquence illustre une médiation instrumentale épistémique et pragmatique vers l'objet, activée à la fois en amont de l'action et en réponse à une alerte. L'aide-soignante utilise l'application pour détecter des surbrillances inhabituelles (ici « essoufflement »), ce qui déclenche une intervention immédiate. Elle souligne l'exemple d'un résident qui a nécessité

une intervention car il se déplaçait et s'habillait, pensant que c'était le matin. En parallèle, l'usage de l'icône télévision comme indicateur de l'état d'éveil montre une instrumentation intégrée aux routines, où l'outil affine les comportements (frapper ou entrer discrètement). L'aide-soignante explique qu'elle va frapper si elle voit que le résident regarde la télévision et « ouvrir la porte discrètement » si c'est indiqué sur l'application qu'il dort. Ce récit donne à voir des schèmes d'action instrumentée qui assiste la surveillance des aides-soignantes et permet de respecter les résidents (intimité et sommeil).

3.2.2.2. Le second passage : respecter le sommeil sans renoncer à la surveillance

Lors du second passage, les icônes sont mobilisées dans une logique de régulation de l'intervention, où les icônes affichées sur l'application (état sommeil/éveil et état télévision allumée/éteinte) permettent d'éviter une intrusion. L'analyse de l'activité montre que lors de cette observation l'aide-soignante a agi en cohérence avec l'icône 19 fois sur 25.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
4h43 - 5h46	25 chambres 	1. Début second passage dans les chambres : - 19 vérifications en cohérence avec l'icône. - 6 vérifications sans utilisation des icônes.	“ Doctorant : - Au second passage, il y a un regard sur les icônes ? AS-AB10 : - Oui. On va regarder les personnes qui n'aiment pas être dérangées et qu'on ouvre les portes. On va regarder s'ils dorment ou pas, si c'est marqué que ça dort (icône), on ne rentre pas généralement. Doctorant - Par contre, vous avez des résidents qui avaient l'icône sommeil au second tour, mais vous vérifiez quand même ? Aide-soignante - Oui, parce-que c'est des résidents qui sont plus fragiles et qui peuvent être découverts, un truc tout bête quoi. Et du coup, ils n'ont pas la capacité de nous dire que la couverture est tombée ou voilà. Donc on passe plus pour du confort pour eux. ”

Figure 89. Utilisations icônes/surveillances au second passage par l'AS-B10

L'analyse de ce second tour pour ce poste de nuit permet de constater que l'application joue un rôle important dans la priorisation et la manière d'aborder les résidents.

- Un icône « éveillé » conduit souvent à frapper ou à discuter : 5 chambres relevées ;
- Une icône « sommeil » ou une « chambre silencieuse » amène à une discrétion ou une vérification rapide : 3 chambres relevées ;
- Les surbrillances entraînent systématiquement des vérifications même si elles ne révèlent pas toujours un problème observable au moment du passage (exemple d'un résident qui dort alors que c'est indiqué « gêne respiratoire ») : 6 chambres relevées ;
- Des incohérences apparaissent également à plusieurs reprises où l'état réel du résident ne correspond pas à l'icône : exemple d'un icône « éveillé » alors que le résident dort ;
- Enfin, certaines interventions se font sans information numérique disponible (2 chambres hors-ligne).

Ces informations (icônes et surbrillance) ne dictent pas entièrement les pratiques puisque l'usage des consultations (notamment de l'icône « sommeil ») est modulé en fonction de la vulnérabilité perçue des résidents. Si l'icône peut signaler un état de sommeil, il ne suffit pas à rassurer totalement l'aide-soignante qui choisit une vérification directe pour favoriser le confort et le bien-être des résidents (résidents fragiles, risque d'être découverts, etc.).

D'ailleurs, ces schèmes d'action instrumentée mobilisés autour de l'icône sommeil lors du second passage, disparaissent dans l'observation du binôme de nuit formé par l'AS-B13 et l'AS-B10. Bien que les icônes aient été mobilisées initialement pour guider les vérifications lors du second passage dans les chambres, leur usage s'est progressivement estompé au fil des nuits. Les habitudes professionnelles ont repris le dessus comme le souligne l'AS-B13. Cette séquence met en lumière un usage partiel et régressif des icônes/surbrillances. Sur 40 chambres lors du second passage, seules 5 vérifications s'appuient sur les icônes, tandis que 35 sont réalisées sans les consulter.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
3h34 - 5h32	40 chambres	 Début second passage dans les chambres : - 35 vérifications sans utilisation des icônes - 5 vérifications avec icônes	“ Doctorant : - Oui, du coup, vous vous interrogiez avec votre binôme (AS-B10), sur le fait que vous ne vous fiez pas aux icônes pour ce second passage, mais qu'avant vous le faisiez ? AS-B13 : - Oui, au tout début, quand l'outil est arrivé, on s'est fiés à lui et je pense que l'habitude est revenue sans s'en rendre compte en fait. [...] En fait, on avait fait quelques nuits et après on est revenu à nos habitudes.”

Figure 90. Utilisation icônes/surbrillances au second passage par l'AS-B13

3.2.2.3. Surveillance générale et continue des résidents

Les sections précédentes, axées sur l'analyse des schèmes d'action instrumentée lors des trois passages dans les chambres, ont donné un aperçu des usages des icônes et surbrillances pour préparer le premier passage. Cette section se concentre sur la surveillance générale et continue, entre les passages en chambre, pendant les périodes de veille.

- **Ajustements à l'état des résidents**

L'auto-confrontation collective de nuit, menée avec deux aides-soignantes (AS-B10 et AS-B11), permet d'explorer l'activité de veille marquée par la mobilisation de schèmes d'action instrumentée à travers trois situations issues d'une nuit de l'activité des aides-soignantes.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
22h44	Hall	 1. Une résidente déambule dans le hall et demande son médicament.	“ Doctorant : - Il y avait une résidente qui déambulait et qui demandait son médicament. La priorité, c'est de s'occuper d'elle pour la rassurer ? AS-B11 :

		- Oui au maximum même si ça ne marche pas forcément. AS-B10 : - Parce qu'elle peut faire ça cinq fois si il faut. Vous voyez (en regardant l'icône sur l'application) là elle dort pas mais on va repasser la voir après. Il y a juste l'icône éveillée et pourtant elle a eu son médicament. AS-B11: - Elle a éteint la télé ? AS-B10 : - Oui (en regardant l'application), elle a éteint la télé donc elle va s'endormir. Doctorant : - Du coup les icônes vous servent pour ces résidents ? AS-B10 : - Oui, à détecter le mouvement, suivre ce qu'ils font. AS-B11 : - Ça peut être un signe qu'elle va peut-être s'endormir progressivement. On sait qu'il n'y a plus la télé. AS-B10 - Madame L... (une autre résidente) qui allume souvent sa télé la nuit, on peut suivre quand elle est réveillée ou pas, parce-qu'elle met souvent sa télé quand elle est réveillée. Et quand on voit qu'elle est réveillée, on en profite pour aller la voir parce que y'a un risque de chute."
23h10 - 23h17	Hall ↓ Chambre	 3. AS réceptionnent une sonnette et se déplacent. “ Doctorant : - Il y avait une surbrillance « Gémissements » et vous avez vérifié qu'elle allait bien ?

Couloir		4. AS profitent du déplacement pour surveiller les signaux comportementaux sur l'application : il y a une surbrillance « Gémissements » pour la chambre d'une résidente.	AS-B10 : - Oui, en plus on était juste à côté. Je pense qu'elle essayait de se lever pour aller aux toilettes donc du coup elle gémissait peut-être un peu. ”
		5. AS vérifient que la résidente va bien.	
		6. La résidente gémit.	
		7. AS l'amène aux toilettes.	
23h35 - 23h37	Hall 	8. Veille des résidents : AS visualisent les icônes et surbrillances des résidents en faisant dérouler la liste des résidents pour voir s'ils dorment ou s'ils regardent la télévision.	Doctorant : - Et ensuite dans le hall, vous surveillez les résidents qui regardent la télé et qui dorment sur l'application. AS-B10 : - Oui, c'est ça. Pour voir aussi où ils en sont, s'il y a des personnes qui regardent la télé. Il y avait une personne qui regardait la télé quand on est passée tout à l'heure, ça permet de voir si elle l'a éteinte et si elle est couchée. »

Figure 91. Surveillance nocturne instrumentée par les AS-B10 et AS-B11

Cette séquence met en évidence une médiation instrumentale plurielle (épistémique, pragmatique et interpersonnelle). Les aides-soignantes s'appuient sur l'application pour détecter les comportements des résidents (icônes « éveillé », « télévision allumée », surbrillances « gémissements »), qu'elles interprètent en lien avec leurs connaissances des habitudes des résidents. Par exemple, l'extinction de la télévision est perçue comme un indice que la résidente va peut-être s'endormir, ce qui permet d'ajuster les interventions. Cette médiation épistémique enrichit la compréhension de l'état des résidents à distance, sans contact direct, en mobilisant des repères numériques intégrés aux routines de veille. Sur le plan pragmatique, ces icônes et surbrillance guident les actions des aides-soignantes : intervenir pour rassurer une résidente confuse, accompagner une autre aux toilettes après avoir constaté qu'elle gémit, ou simplement planifier une visite plus tard en fonction de l'état de vigilance perçu. Enfin, la médiation interpersonnelle se manifeste dans les échanges entre les aides-soignantes,

qui croisent leurs interprétations et partagent leur expérience pour ajuster collectivement les décisions.

- **Ajustements de vérification**

L'observation d'une autre aide-soignante (AS-B12), illustre une série de schèmes d'action instrumentée semblables à l'AS10. La séquence rend compte d'un enchaînement de situations où l'aide-soignante mobilise les icônes et les surbrillances de l'application pour organiser la surveillance des résidents et assister les prises de décision concernant des interventions.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
22h21	Hall 	1. Surveillance des résidents : Consultation des icônes pour les résidents qui étaient agités lors du premier passage dans les chambres.	“ Doctorant : - Après le premier passage, vous regardiez plusieurs fois les chambres pour voir ceux qui étaient agités. AS-B12 : - C'est l'avantage. La dame que j'ai recouchée deux fois, avant on faisait que des allers-retours pour la voir. Là on voit qu'elle est réveillée donc du coup on y va, on sait pour quoi. Cette dame-là en plus c'est une dame qui est très agitée et qu'on retrouve les trois quarts du temps sur son tapis de sol. Après on sait qu'il y a des gens qui dorment pas en début de nuit, on a tendance à regarder pour savoir vers quelle heure ils s'endorment pour voir s'ils ont dormi ou pas. Doctorant : - Et vous faisiez comment avant ? AS-B12 : - Pour certaines personnes, on se déplaçait. Après, on faisait beaucoup d'allers et retours. On a découvert pour certains résidents, pour lesquels on pensait qu'ils dormaient super

				bien, et bien qu'en fait ce n'est pas le cas. Même les déplacements c'est plus les mêmes parce qu'on sait qu'on y va pour quelque chose. ”
ooh09 - ooh13	Hall ↓ Chambre		2. AS réceptionne une alerte et se déplace.	“ Doctorant : - à un moment donné, il y avait une surbrillance avec le motif « Détresse respiratoire » et pour vous c'est une urgence sauf que là c'était un résident qui ronflait. AS-B12 : - Cette dame-là c'est vrai que des fois ça sonne en « détresse respiratoire », elle a un ronflement qui est particulier. On a l'impression au tout début, nous on pensait qu'elle faisait un OAP (Œdème du Poumon). On a l'impression qu'il y a de l'eau tout ça. Et en fait non, elle ronfle comme ça, donc du coup à chaque fois on a les surbrillances. ”
	Couloir		3. AS profite du déplacement pour surveiller les signaux comportementaux sur l'application : il y a une surbrillance « Détresse respiratoire » pour la chambre à côté.	
	Chambre 2		4. L'aide-soignante vérifie que la résidente va bien.	
			5. La résidente ronfle (fausse alerte).	
3h53 - 3h56	Hall ↓ Chambre		6. L'aide-soignante réceptionne une alerte et se déplace.	“ Doctorant : - Il y avait le monsieur qui avait l'essoufflement en surbrillance. Ça lui arrive souvent ? AS-B12 : - Non, c'est ça qui m'a interpellé. Là c'est la première fois que moi je le vois en « Essoufflement » alors il a peut-être eu les deux jours d'avant. C'est pour ça qu'on a été tout de suite. ”
	Couloir		7. Elle profite du déplacement pour surveiller les signaux comportementaux sur l'application : il y a une surbrillance « Essoufflement » pour la chambre à côté.	
			8. Les aides-soignantes se déplacent.	
	Chambre		9. Le résident est essoufflé car il se déplace dans sa chambre et s'habille car il pense que c'est le matin.	
			10. Les aides-soignantes le rassurent et lui disent de retourner se coucher.	

Figure 92. Surveillance nocturne instrumentée par les AS-B12

L'application joue un rôle central dans la reconfiguration des pratiques de surveillance nocturne. L'AS-B12 consulte à distance les icônes pour suivre l'état de sommeil de certains résidents identifiés comme agités lors du premier passage en chambre. Cette observation permet d'anticiper les interventions, notamment pour les résidents à risque de chute, et d'éviter des déplacements systématiques. L'outil soutient ici une médiation épistémique : il enrichit la connaissance des résidents, permet une observation indirecte et continue, et peut remettre en question certaines représentations préalables (par exemple, découvrir qu'un résident supposé bien dormir ne dort en réalité pas autant). Par ailleurs, l'AS-B12 exploite les opportunités de déplacement (liées à des sonnettes ou à des alertes issues de l'analyse sonore) pour visualiser les surbrillances dans les chambres voisines, selon une logique d'opportunisme structuré. Ces alertes déclenchent des médiations pragmatiques : elles orientent l'action immédiatement, mais nécessitent une interprétation située. Certaines alertes permettent de répondre à des besoins réels (un résident confus qui s'habille pensant qu'il est matin), tandis que d'autres sont considérées comme de fausses alertes (un ronflement interprété comme une détresse respiratoire).

3.2.3. Instrumentalisation ponctuelle dans les routines du matin et du soir

L'analyse des schèmes d'action instrumentée permet de rendre compte de la manière dont l'application est intégrée dans l'activité de surveillance et de soin. Toutefois, ces usages ne se limitent pas à une simple exécution des fonctionnalités proposées par le système d'IA. Ils donnent aussi lieu à des formes d'instrumentalisation, c'est-à-dire à des processus par lesquels les aides-soignantes modifient ou réinterprètent les fonctionnalités pour répondre à l'objet de leur activité, à savoir garantir la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents. Les aides-soignantes ne se contentent pas d'utiliser les fonctionnalités existantes telles qu'elles ont été conçues, elles les redéfinissent en fonction de leur créativité, de leurs contraintes, de leurs priorités ou encore des besoins particuliers de certains résidents.

La section suivante explore deux contextes dans lesquels les aides-soignantes instrumentalisent les icônes : les périodes de réveils et de coucher des résidents. Dans ces deux temporalités, nous avons observé que les icônes pouvaient être mobilisées de manière ponctuelle mais stratégique.

3.2.3.1. Prioriser les réveils selon l'activité des résidents lors des levers

Dans le cadre de l'entretien collectif avec les aides-soignantes de jour (AS-B07, AS-B08, AS-B09), les échanges mettent en évidence l'usage des icônes pour orienter le réveil des résidents déjà éveillés sur les postes de matin (6h45-14h30).

Verbatims

1	“ Doctorant : - En termes d'utilisation des icônes, vous en journée, j'ai l'impression que vous les utilisez moins ? AS-B07: - Oui, c'est vrai. AS-B08 : - C'est vrai que le matin par contre, avant d'aller voir les résidents, je regarde si il dort. AS-B09 : - Oui c'est ça. AS-B07: - C'est vrai. AS-B08 : - Ça donne un indice, à savoir qui on va voir en premier. Entretien collectif Doctorant : - À prioriser du coup ? Tous les AS : - Oui. AS-B09 : - Ça donne une image à l'instant T de ce que font les résidents. AS-B07 : - Ouais, c'est vrai elle a raison. AS-B08 : - Ça nous évite de les réveiller s'ils dorment vraiment. C'est vraiment sur les premières personnes parce-qu'après moi je vais pas regarder. Au bout d'un moment, on est lancé mais c'est vraiment pour les 2, 3 premiers quand on sait pas trop qui aller voir. On se dit « <i>tiens elle dort, elle dort</i> ». AS-B09 : - Il est 7h15, il faut faire un choix, il faut bien lever quelqu'un. Ça fait un peu tôt (rires).”

Ces verbatims illustrent une forme d'instrumentalisation située du système d'IA les aides-soignantes, qui adaptent son usage pour respecter le sommeil des résidents. Les icônes sont mobilisées de manière ponctuelle, non pas dans une logique de consultation systématique, mais comme un appui à la prise de décision lorsque l'ordre des interventions n'est pas encore établi.

Le dispositif ne transforme pas profondément la logique organisationnelle mais ce détournement partiel témoigne d'une appropriation instrumentale.

Ce détournement a été observé dans l'activité de l'AS-B01 pour organiser ses premiers réveils des résidents au cours d'un poste de matin (6h45-14h30).

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
7h31 - 7h56	Chambre 1	 1. L'aide-soignante entre dans la chambre sans regarder l'icône sommeil : nursing du matin.	“ Doctorant : - Ça vous arrive de regarder les icônes pour rentrer dans les chambres ? AS-B01 : - A chaque fois non, comme la première résidente que j'ai faite ce matin, je savais très bien qu'elle allait être réveillée. Donc j'ai pas regardé, j'ai toqué et elle avait les yeux grands ouverts. C'est une habitude. Par contre, il y a certains résidents comme madame L..., elle si à 7h30, elle est pas réveillée, c'est qu'elle dort donc c'est pour ça que j'ai regardé l'icône sommeil et effectivement elle dormait donc j'ai pas été. Je regarde pas systématiquement avant de rentrer dans une chambre parce que je sais que la personne va être réveillée. ”
7h56 - 8h27	Chambre 2	 2. L'aide-soignante entre dans la chambre sans regarder l'icône sommeil : nursing du matin.	
8h27	Chambre 3	 3. L'aide-soignante regarde l'icône sommeil : la résidente dort	
8h27 - 9h20	Chambre 4	 4. L'aide-soignante la laisse dormir. • L'aide-soignante entre dans la chambre sans regarder l'icône sommeil : nursing du matin.	

Figure 93. Surveillance nocturne instrumentée par les AS-B12

Cette situation illustre une instrumentalisation de l'icône sommeil par l'aide-soignante, qui choisit de s'appuyer sur cette fonctionnalité en fonction de son incertitude ou non quant à l'état du résident. Lors de l'auto-confrontation, elle explique : « *La première résidente que j'ai faite, je savais très bien qu'elle allait être réveillée. Donc j'ai pas regardé, j'ai toqué et elle avait les yeux grands ouverts* ». La consultation ne relève pas d'une logique d'automatisation, mais d'un arbitrage basé sur une connaissance située des habitudes des résidents. Lorsque cette anticipation n'est pas possible, le système d'IA devient alors un support à la décision, comme en témoigne cette autre justification : « *Madame L..., elle si à 7h30, elle est pas réveillée, c'est qu'elle dort. Donc c'est pour ça que j'ai regardé* ». Loin d'un usage normatif, le système d'IA est intégré avec souplesse dans les schèmes d'action de l'aide-soignante, qui l'utilise comme

une ressource pour adapter son intervention au rythme du résident, tout en tenant compte des contraintes temporelles liées à la tournée du matin.

3.2.3.2. Minorer l'angoisse des résidents lors des couchers

De la même manière que pour les réveils, l'utilisation très ponctuelle des icônes le soir pour les couchers est mise en évidence par les aides-soignantes lors de l'entretien collectif. Celui-ci illustre l'usage inattendu et bénéfique du système d'analyse du contexte sonore pour gérer l'anxiété d'une résidente récemment admise, qui présente des niveaux élevés d'angoisse, surtout le soir.

Verbatims	
1	“ Doctorant : - En termes d'utilisation des icônes, vous en journée, j'ai l'impression que vous les utilisez moins ? AS-B07 : - Ouai c'est ça. Ou alors ça sert bien pour une dame qui angoisse fortement. Et le soir quand elle se met dans sa chambre, elle s'enferme, et le fait que nous, on reffappe pour savoir comment ça va, on majore son angoisse. Donc du coup, l'icône est bien parce qu'on a moyen de savoir si elle est dans sa chambre ou pas. Et si on sait qu'elle est dans sa chambre et que tout va bien, on passe pas. Et du coup, on majore pas l'angoisse. Doctorant : - D'accord. J'avais pas vu cette utilisation-là. AS-B07 - Nous non plus mais ça nous a bien servi. Doctorant : - Au début vous vous attendiez pas à ce que ça vous serve pour ça ? AS-B07 : AS-B08 : AS-B08 : AS-B07 : - On a eu, mais maintenant à part cette dame-là, on a plus de personnes aussi angoissées que ça. Elle vient d'arriver, elle est complètement déracinée et l'angoisse était majorée, et le fait qu'elle s'enferme dans sa chambre le soir et que nous on repasse derrière pour s'assurer que tout va bien. Au lieu de faire un truc tout lisse, on majorait l'angoisse deux fois plus. AS-B08 : - Surtout qu'avant de rentrer dans la chambre, on la voit rentrer en fait. C'est vrai que nous, on passe systématiquement voir tous les résidents le soir. Doctorant :

- Vous vous assurez de la présence ?

AS-B07 :

- Voilà. Donc là le fait de la voir aller dans sa chambre plus les icônes qui nous disent que tout va bien, qu'il y a la télé. Quand c'est comme ça on passe pas mais si on avait un autre système d'appel, on serait obligé de passer.

AS-B08 :

- Oui parce-qu'on saurait pas qu'elle est dans la chambre.

AS-B07 :

- Donc ce système-là c'est pas mal.

AS-B08 :

- Ouais, c'est vrai. ”

Les icônes (sommeil et télévision), initialement conçues pour indiquer l'état de sommeil et de la télévision la nuit, deviennent ici un système d'IA de régulation émotionnelle. Comme le souligne l'AS-B07, « *le fait que nous, on reffrappe pour savoir comment ça va, on majore son angoisse* », alors que grâce à l'icône, « *on a moyen de savoir si elle est dans sa chambre ou pas [...] et si tout va bien, on passe pas* ». Ce détournement de l'usage initial du dispositif illustre une appropriation située du système en articulation avec les pratiques habituelles : « *On passe systématiquement voir tous les résidents* », précise AS-B08, mais dans ce cas précis, « *on voit qu'elle est dans sa chambre* » ce qui suffit à ne pas intervenir et majorer l'angoisse.

4. Impact sur les objectifs de qualité des soins et d'accompagnement des résidents

L'objectif de cette section est de comprendre comment la genèse instrumentale du système d'analyse du contexte sonore constitue un instrument capacitant et valorisant pour les aides-soignantes vis-à-vis de la qualité de soins et d'accompagnement des résidents. Autrement dit, est-ce que ce système d'IA permet le développement de leurs capacités d'action et d'initiative en donnant la possibilité de faire mieux et bien son activité (Bobillier Chaumont & Clot, 2016).

Ainsi, nous allons présenter les apports et les contraintes de l'activité instrumentée en les comparant aux critères de qualité des soins et d'accompagnement définis dans le chapitre 8. Pour rappel, ces critères sont les suivants : répondre aux besoins fondamentaux, personnaliser le soin et soutenir la dimension relationnelle et sociale.

4.1. Répondre aux besoins fondamentaux via les alertes : améliorer la réactivité face aux situations critiques de santé des résidents

Les témoignages des aides-soignantes révèlent une amélioration de la réactivité face à des événements urgents tels que les chutes, les vomissements, les intrusions ou les violences potentielles entre résidents.

L'AS-B01 évoque une réactivité plus importante avec le système d'analyse du contexte sonore qui par ses caractéristiques (alertes) favorise l'écoute active des situations critiques. L'aide-soignante mentionne notamment la survenue d'un événement telle qu'une chute, dans un contexte temporel (« on allait bientôt partir ») qui limite les interventions. Elle mentionne également le fait que ça permet de détecter des événements pour des résidents qui ne peuvent pas forcément se manifester (appuyer sur la sonnette).

Verbatims

1	“ On est peut-être un peu plus réactif avec le système d'IA. On est plus à l'écoute en fait. Plus à
AS-B01	l'écoute, donc plus réactif. [...] Justement, c'était un soir et on allait bientôt partir et justement il y a eu une alerte et la dame était vraiment tombée et pour le coup c'est une dame qui n'aurait pas pu sonner en plus.”

L'AS-B12 et l'AS-B07 soulignent les difficultés de repérer rapidement une chute, le décès d'une personne ou un vomissement. L'impossibilité d'estimer la durée passée au sol, de savoir lorsque la personne est décédée ou de savoir si une personne s'étouffe via les vomissements peut engendrer du stress. L'AS-B12 évoque notamment l'impact sur la qualité de la prise en charge (« la prise en charge est mauvaise »). Les alertes permettent de réduire ces temps d'intervention.

Verbatims

2	“ Ça permet d'intervenir tout de suite. Là aujourd'hui, Monsieur K... qui était tombé la dernière
AS-B07	fois, j'ai eu l'alerte alors qu'il était sur une autre aile, mais c'est pas grave. Le fait que j'aïlle, l'infirmière elle a eu aussi, on s'est retrouvé à deux dans la chambre. Bon il n'y avait pas de plaie, il n'y avait rien mais s'il y avait eu une plaie, ça aurait été géré tout de suite. La personne ne serait pas restée par terre pendant je ne sais pas combien de temps. ”

3

AS-B12

“ C'est pas évident en fait quand on fait nos rondes de savoir si le résident est dans son lit ou s'il est par terre parce qu'on a quand même pas mal de chutes. Du coup, c'est un stress parce qu'on se dit « *mince, la personne elle est par terre depuis combien de temps ?* ». Alors quand il y a pas de bobologie, on va pas culpabiliser mais on a retrouvé des fois des gens avec des vraies plaies. Et c'est vrai que la prise en charge elle est mauvaise. Réagir une heure après ou deux heures, on sait pas. Et même pour des personnes en fin de vie, ouvrir la porte et puis voir que la personne elle est partie. [...] Et le système d'IA est bien parce-que les gens peuvent s'étouffer quand ils vomissent. On a eu une dame à chaque fois « pof ! » une alerte et du coup on peut s'occuper d'elle tout de suite. ”

L'AS-B13 évoque également plusieurs situations critiques (chutes, vomissements, intrusion et violence intra résidents) qui nécessitent d'intervenir rapidement. La détection de chutes et de vomissements, favorisent les interventions rapides, parfois liés à la connaissance des habitudes des résidents (« *c'est pas une dame qui gémit habituellement* »).

Verbatims

4

AS-B13

“ Puis combien de temps, si y'a eu des saignements, des plaies ou quoi que ce soit. Et là du coup, dès qu'il y a une chute on y va tout de suite. [...] Puis après pour certaines personnes on connaît ceux qui chutent le plus, ça a détecté, on sait tout de suite. [...] On peut intervenir tout de suite si y'a quoi que ce soit pour les vomissements par exemple aussi.[...] Il y avait une dame un moment, la semaine dernière, elle avait gémit mais c'est pas une dame qui gémit habituellement et du coup elle se sentait pas bien, et après elle a vomi. ”

Certaines alertes, même si elles ne précisent pas directement la situation critique, évoquent chez les aides-soignantes des réactions face au bruit inhabituel pour ces résidents. L'intrusion involontaire d'une résidente déambulant dans la chambre d'un autre a pu être détecté via la reconnaissance de la voix de l'intrus, qui était différente de celle de la résidente concernée.

Verbatims

5

AS-B13

“ C'est arrivé la semaine dernière et c'était mis « Gémissements » donc on a écouté et en fait au son de la voix, c'était pas du tout la dame qui était dans la chambre. Donc on s'est dit « *il y a un intrus* ». Du coup, c'était Madame K... qui déambule, qui s'était installée dans le lit de madame et elle arrivait pas à sortir (rires). ”

Lors d'une auto-confrontation, l'AS-B13 évoque également la question des violences inter-résidents et la difficulté de constater les faits. Au cours de la nuit (2h06), une alerte « Choc inquiétant » est émise pour une chambre avec un couple de résident qui mobilise l'attention des

aides-soignantes, qui se déplacent pour vérifier. Cependant, cette alerte soulève des préoccupations plus profondes concernant des violences intra-couple potentielles entre les résidents, notamment des plaintes de violences physiques. L'aide-soignante explique que, bien que ce soit la première fois qu'elle reçoive une telle alerte, ses collègues ont déjà été confrontées à des situations similaires.

Horaires	Lieu	Traces de l'activité	
1ho1 - 2ho6	Hall 	1. Veille	“ Doctorant : - La dernière alerte, heureusement que vous m'avez expliqué, parce-que j'ai vu vos réactions, mais moi je pensais plus à une chute. AS-B13 : - Oui (rises). La dame se plaint que monsieur pourrait la taper, pourrait être violent avec elle, c'était un peu le prendre au bon moment pour pouvoir constater ou pas, ce qu'il se passe. Doctorant : - Et du coup c'est pas la première alerte concernant ce genre d'évènements dans ce couple de résident ? AS-B13 : - Moi, c'est la première que j'ai mais les filles, elles ont déjà eu. C'est vrai qu'on sait pas trop ce qu'il se passe. ”
	Hall 	2. Alerte - Chambre couple de résidents • Libellé « Choc inquiétant » • Écoute du son • Les aides-soignantes se déplacent dans la chambre du couple.	
2ho6 - 2h10	Hall ↓ Chambre 	3. Vérification : rien à signaler	

Tableau 58. Sécuriser les résidents d'après l'AS-B13

4.2. Adaptation des interventions en fonction de l'état de sommeil des résidents

Les aides-soignantes de nuit évoquent les ajustements réalisés en fonction de l'état d'éveil et de sommeil des résidents et des préférences individuelles des résidents. L'AS-B10 souligne qu'ils adaptent désormais leurs interventions en fonction de l'état de veille ou de sommeil des résidents, évitant de les déranger inutilement pendant la nuit. De même, AS-B13 confirme cette approche en mentionnant que les soignants vérifient si un résident souhaite être dérangé ou non, ce qui montre une attention particulière portée au consentement et à l'autonomie des personnes

prises en charge. L'AS-B10 évoque également une évolution vers une prise en charge plus individualisée et respectueuse des rythmes naturels par rapport à avant l'intégration du système d'analyse du contexte sonore, où les aides-soignantes de nuit « ouvrait toutes les portes » et changeaient les résidents lors de la grosse ronde de 3h30.

Verbatims

1	“ Ouais avant on ouvrait toutes les portes. Maintenant, ceux qui ont toute leur tête et qui n'aiment pas trop être dérangés la nuit, quand ils dorment, ils dorment quoi, on dérange pas. Ouais quand on voit qu'il y a des personnes qui ne dorment pas toute la nuit et bah on va passer plus les voir que les autres qui dorment. [...] Ou ben quand la personne est réveillée. Si c'est une personne qu'on a l'habitude de voir trempée ou autre et qu'elle est réveillée, parce que nous on réveille pas les résidents, bah on profite de ce moment-là pour aller les changer. Alors qu'avant si à 3h30, on faisait la grosse ronde et ben on pouvait changer je ne sais pas combien de résidents des fois mais maintenant c'est plus dans la longueur en fait, c'est plus dans, comment dire, dans le temps, c'est pas tout d'un coup. Ça peut être à n'importe quelle heure quoi. ”
2	“ On regarde en même temps. S'il y en a certains qui veulent pas qu'on rentre, là c'est pas le cas, mais si par exemple quelqu'un veut pas qu'on rentre dans sa chambre à 4h, on va regarder s'il dort ou s'il y a quoi que ce soit. ”

4.3. Facilitation des priorisations et évitement des déplacements inutiles

Les aides-soignantes mettent en évidence la gestion instrumentée des priorités et des déplacements dans l'usage des alertes. Le système d'IA devient un support de tri des sollicitations, en apportant un degré d'information qui n'existait pas avec le système de sonnettes classique. Comme le souligne l'AS-B02, « *ça permet de prioriser justement les alertes [...] c'est prioriser les urgences et tout ça donc c'est bien.* » (1), mettant en lumière une logique d'optimisation de l'action. Le dispositif permet également de réduire les interruptions inutiles, comme le souligne l'AS-B05 : « *on se déplaçait, pour rien, entre guillemets. Alors que là, ça nous permet de faire moins de pas.* » (2) et présente l'intérêt de pouvoir différer certaines interventions perçues comme non urgentes (2) : « *on peut se permettre des fois d'attendre un peu avant d'aller les voir parce qu'on sait que c'est pas grave* » (AH-B03). Le dispositif contribue ainsi à un meilleur ajustement des priorités, en offrant une visibilité sur la situation et l'état des résidents (4) : « *on sait pourquoi on se déplace généralement [...] on sait détecter la cause généralement avant d'y aller* » (AS-B10).

Verbatims

1 AS-B02	“ Ça permet de prioriser justement les alertes. [...] c'est vrai que déjà ça nous limite au niveau des déplacements et puis c'est prioriser les urgences et tout ça donc c'est bien.”
2 AH-B03	“ En vrai franchement, je trouve que c'est bien d'avoir ça parce que du coup au lieu d'avoir juste le téléphone et le petit bip (système de sonnettes), où on est obligé d'y aller parce qu'on sait pas ce qu'il se passe. Là avec ce système d'IA, on peut se permettre des fois d'attendre un peu avant d'aller les voir parce qu'on sait que c'est pas grave. Et dans nos mouvements, dans notre travail, dans notre organisation, c'est bien parce que des fois t'es au petit déjeuner, tu donnes à manger à quelqu'un, ça bip et t'es obligé d'écourter ce que tu fais pour aller voir. ”
3 AS-B05	“ Avant avec les sonnettes, tant qu'on avait pas été, il fallait qu'on acquitte (appuyer sur un bouton pour arrêter la sonnette et avertir les autres aides-soignantes) donc c'était pénible. Donc on se déplaçait, pour rien, entre guillemets. Alors que là ça nous permet de faire moins de pas. ”
4 AS-B10	“ On sait pourquoi on se déplace généralement. On sait quand c'est des urgences ou pas, parce-que des fois, il y a des résidents qui crient au loup facilement donc on sait détecter la cause généralement avant d'y aller. ”
5 AS-B12	“ On fait moins d'allers-retours pour rien on va dire. ”

4.4. Anticipation des interventions

L'information en amont générée par les alertes permet à certaines aides-soignantes d'anticiper l'intervention et de s'organiser mentalement mais également collectivement ou matériellement. Pour les chutes, l'information peut permettre de s'organiser en amont et d'appeler l'infirmière directement (AH-B03).

Verbatims

1 AS-B03	“ Ouais, je trouve ça bien de me dire bah en allant dans la chambre, de me dire bah tiens faudra que je fasse ça et que je sois pas pris sur le fait du coup en arrivant. [...] Par exemple, si je pense que c'est une chute, bah j'appelle déjà l'infirmière et puis on arrive ensemble au moins. ”

La comparaison avec le système de sonnette (AS-B13) permet de montrer l'avantage de pouvoir savoir pour quelles raisons les aides-soignantes interviennent, de s'organiser en fonction de la demande, d'amener le matériel nécessaire puis de gagner du temps.

Verbatims

2	Aide-soignante : Bah oui parce que du coup bah les personnes elles appuyaient sur le médaillon mais on savait pas pourquoi on allait intervenir alors que là en fait on sait pourquoi. Si par exemple y'a un vomissement, ben on va déjà se préparer avant d'arriver. Donc y a un gain de temps aussi pour nous. Quand les personnes elles nous appellent pour juste monter la tête de lit ou descendre la tête de lit. On sait pourquoi on y va alors qu'avant... Bah pour une chute on se prépare aussi à ça quoi alors qu'avant on avait voilà c'était juste une alerte mais on ne savait pas ce qu'on allait avoir quoi. Doctorant : - ça vous aide à vous préparer mentalement mais aussi à amener du matériel ? Aide-soignante : - Ouais du matériel ouais. Dans les 2 cas en fait ça nous sert. Et mine de rien c'est vrai que bah on gagne des pas. C'est pas, c'est pas négligeable sur 10h de nuit. ”

L'AS-B01 et l'AS-B13 mettent en avant le rôle rassurant d'un dispositif apportant des informations détaillées sur les alertes. Contrairement à l'ancien système, qui obligeait les aides-soignantes à se déplacer sans connaître la nature de l'appel, le système d'analyse du contexte sonore permet aux aides-soignantes de ne pas être prises sur le fait.

Verbatims

1	AS-B01 “ Non, ouais, ouais, c'est rassurant, c'est rassurant. Je suis plus rassurée avec celui-là c'est vrai.[...] Parce que tout est détaillé, en fait. De toute façon, dès que ça sonne, on sort toute notre portable : « c'est qui ? », on écoute, « bon bah j'y vais ». Voilà quoi. Ce qu'il n'y a pas sur celui-là (système de sonnettes). ”
2	AH-B13 “ Et même nous c'est rassurant parce que du coup quand on rentre dans les chambres, on sait. Avant on savait pas trop à quoi s'attendre, entre guillemets, si la personne était au sol. Moi je trouve ça bien de travailler avec ce système. ”

L'AH-B03 et l'AS-B12 parlent de diminution de la culpabilité liée à un potentiel retard dans l'intervention si le résident est tombé.

Verbatims

1	“ Et puis c'est prévoyant dans le sens où tu sais ce qui va arriver quand tu vas arriver dans la chambre. Enfin, tu seras pas surpris de quelque chose. [...] Oui, ça soulage dans le sens où tu culpabilises moins si il se passe quelque chose du coup parce que vu qu'on entend tout, c'est bien.”
A-B01	
2	“ Ouais puis le stress surtout, qu'il nous enlève. Bah voilà, la personne elle est tombée, elle est prise en charge tout de suite quoi. La culpabilité entre guillemets aussi. De se dire « mince, depuis quand la personne, elle est tombée. ”
AH-B13	

Les deux aides-soignantes évoquent l'effet sur leur intervention d'avoir l'information en amont. L'agent hôtelière évoque la réduction de l'effet de surprise lors de l'intervention. L'aide-soignante va plus loin en décrivant l'impact sur la prise en charge des résidents, qui ressentent le stress des aides-soignantes. Le système d'analyse du contexte sonore permet d'éviter à l'AS-B12 de transmettre sa propre anxiété.

Chapitre 11. Discussion générale

Ce travail de thèse s'est attaché à rendre visible et à analyser le travail des aides-soignantes en EHPAD à travers trois axes complémentaires : la confrontation entre le cadre prescrit et le travail réel, l'analyse de l'activité de soin et les usages d'un système d'intelligence artificielle. Dans cette dernière partie de la thèse, nous discuterons les résultats les plus marquants au regard des travaux présentés dans notre revue de littérature. Nous chercherons, d'une part, à confronter le cadre organisationnel avec les orientations des politiques publiques, afin de montrer en quoi celles-ci participent à une intensification du travail qui, pour les aides-soignantes, peut devenir difficilement soutenable. D'autre part, nous mettrons en évidence l'intérêt de l'analyse de l'activité pour rendre visible les régulations élaborées par les aides-soignantes en fonction du niveau de la charge éthique, et des moments où celle-ci se transforme en astreinte éthique, voire bascule en souffrance éthique. Enfin, nous montrerons comment les usages d'un système d'IA dans l'activité de soin peuvent contribuer, à différents niveaux, à soutenir l'activité de surveillance dans un contexte de manque d'effectifs, notamment lors des postes de nuit, sans supplanter les compétences et connaissances des résidents des aides-soignantes.

1. Aides-soignantes, résidents, direction d'EHPAD : chronique d'une maltraitance institutionnelle annoncée

1.1. Le travail invisible au cœur d'un système sous contraintes

Avant même l'entrée en poste des aides-soignantes, et a fortiori avant toute analyse de leur activité, l'état des ressources humaines (effectifs insuffisants, niveaux de compétence disparates, taux d'absentéisme) et des caractéristiques des résidents (degré élevé de dépendance, polypathologies) témoignent d'une dégradation anticipée des conditions de travail. Cette dégradation peut être qualifiée de « prescrite », puisqu'elle renvoie à un cadre structurel et organisationnel qui produit des conditions de travail insoutenables dès la planification.

Ces différents éléments convergent vers une même conclusion : la tarification actuelle, bien qu'elle prétende refléter les besoins en soins des résidents, ne permet pas de garantir les ressources humaines nécessaires. L'estimation des soins (46 ETP recommandés au lieu de 16 ETP dans la réalité pour l'EHPAD A) qui témoigne du manque de personnel soignant n'est pas un simple aléa de gestion, mais bien un effet prévisible et systémique d'un modèle de financement inadapté aux réalités du travail quotidien en EHPAD. Ce déficit de personnel ne relève pas d'un dysfonctionnement ponctuel, mais d'un état permanent du système, comme

l'exprime clairement la directrice de l'EHPAD A : « *Il faut partir du principe que quand l'effectif est au complet, il est déjà en mode dégradé* » Autrement dit, les professionnelles travaillent dans un contexte où le seuil minimal de fonctionnement est institutionnalisé comme norme.

Nous pouvons alors nous interroger, comme nous l'avons présenté dans la problématique, sur les ressorts qui permettent à ce système de tenir malgré les dysfonctionnements qu'il engendre : en particulier, sur la part invisible, souvent non reconnue, du travail des aides-soignantes qui, par leur engagement quotidien, contribue à faire fonctionner et perdurer l'ensemble du dispositif.

Dans son livre « *Qui travaille vraiment ?* », Colombi (2024), sociologue et professeur de sciences économiques et sociales, met en lumière une forme particulière de « travail invisible »⁵⁶. Colombi (2024) évoque les efforts pour « faire marcher les choses » mais qui ne sont ni valorisés ni rémunérés à leur juste valeur. Cette invisibilité n'est pas liée à la nature des gestes de soin ni à un déficit de reconnaissance symbolique, mais plutôt à une forme d'exploitation structurelle : les bénéfices tirés de ces efforts cachés profitent aux organisations ou aux détenteurs du pouvoir économique, au détriment de celles et ceux qui les réalisent.

Ce concept résonne fortement avec le fonctionnement des EHPAD, dont la logique de rationalisation industrielle inspirée du nouveau management public (Bezes et Demazière, 2011), qui vise à réduire le déficit public repose fortement sur l'engagement des aides-soignantes sans qu'elles en tirent une reconnaissance ou un pouvoir de rémunération (Marquier et al. 2016). En effet, les efforts produits par les aides-soignantes, rendus visibles par l'analyse de l'activité, consistent précisément à « faire tenir » autant qu'elles le peuvent, par une qualité des soins acceptable, le fonctionnement des EHPAD. Pour cela, elles mobilisent des ajustements permanents, discrets mais essentiels, et parfois en dehors du cadre prescrit (augmentation du temps de travail sans rémunération, transmissions sur les pauses, réduction ou renoncement aux temps de récupération). Cette surcharge, ignorée voire organisée par les politiques publiques, est ainsi reportée sur les aides-soignantes, exposées au risque d'un épuisement professionnel et d'une astreinte éthique, pouvant parfois conduire à une véritable

⁵⁶ Il ne s'agit pas ici du sens donné par Arborio (2012), qui soulignait la contradiction du métier d'aide-soignante à l'hôpital : à la fois indispensable du point de vue des effectifs et relativement invisible en raison du contenu peu valorisé de ses tâches. D'ailleurs, Arborio revient sur cette idée en 2021, en notant que ces métiers bénéficient désormais d'une visibilité médiatique plus importante ces dernières années. Ce n'est pas non plus le sens que lui donne Molinier (2011), pour qui le *care* incarne un travail invisible fondé sur des savoir-faire discrets, dont l'efficacité repose précisément sur cette invisibilité.

souffrance éthique. Dès lors, il ne s'agit plus seulement de questionner la qualité de la prise en charge des résidents, mais également de reconnaître une forme de maltraitance institutionnelle, qui touche à la fois les personnes âgées et le personnel qui en prend soin.

1.2. Quand la vocation ne suffit plus

L'engagement des aides-soignantes dans leur métier, fortement valorisé dans le discours public et particulièrement mis en lumière pendant la crise de la COVID-19, est essentiellement lié à la relation avec le résident. Vectrice de vocation, cette dimension relationnelle est également source de reconnaissance, de sens et de valorisation pour les aides-soignantes (Arborio, 2001 ; Aubry, 2012 ; Marquier et al., 2016, Delouette et al., 2024). Les résultats de la recherche mettent d'ailleurs en évidence son omniprésence dans le choix de leur orientation ou réorientation professionnelle, dans leurs représentations du métier et dans les critères de qualité des soins et d'accompagnement des résidents. Institutionnellement, cette dimension est également un enseignement fondamental de la formation des aides-soignantes, ancrée dans une approche globale des besoins des personnes (Légifrance, 2021 ; DREES, 2016) et fait partie de la définition de qualité des soins de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2024).

Pourtant, cette logique relationnelle se heurte frontalement au « changement de référentiel » analysé par Muller (2011), qui traduit l'influence d'un modèle de gestion fondé sur la rationalisation industrielle des soins. Dans ce cadre, les EHPAD tendent à être gérés comme des organisations productives, oubliant qu'ils relèvent fondamentalement de « prestations relationnelles » (Le Roy & Puissant, 2016). Ce tournant gestionnaire marginalise les dimensions relationnelle et émotionnelle du soin, qui demeurent absentes ou très peu valorisées dans les outils de mesure de la dépendance et des besoins en soins (Paperman et Laugier, 2006 ; Nirello, 2015 ; Lancelle 2016).

Logiquement, et comme le montre les résultats de cette recherche, cette relation est considérablement entravée par les contraintes structurelles et organisationnelles. En effet, la dimension relationnelle du soin ne peut dès lors être pensée comme un supplément d'âme, elle est un acte professionnel à part entière. C'est également une dimension cruciale pour les résidents, pour qui ces interactions humaines permettent d'éviter l'isolement, la rareté ou la pauvreté des relations sociales étant identifiées comme des facteurs majeurs de dégradation de la santé mentale et du bien-être des personnes âgées en institution (DREES, 2020).

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur ce qu'il reste, dans les conditions actuelles d'exercice, pour que ce métier puisse encore susciter des vocations. D'autant plus que les contraintes éthiques mises en évidence par les résultats révèlent une double violence symbolique : non seulement les aides-soignantes sont empêchées de « bien faire leur travail », mais elles doivent aussi assumer la responsabilité subjective de manquements imposés par les politiques publiques (Du Tertre, 2005). Ce fardeau est d'autant plus lourd qu'il entre en contradiction avec la vocation même de leur métier.

Ainsi, la question posée par la directrice de l'EHPAD A prend une résonance particulière : « *Qui va prendre soin de nous demain ?* ». Cette formule condense l'enjeu politique et sociétal du secteur médico-social. Les conditions de travail du personnel soignant, leur reconnaissance, la qualification et la fidélisation sont des conditions *sine qua non* de la dignité des personnes âgées et de notre propre avenir.

1.3. Quelles conséquences pour la société ?

L'ensemble de ces constats soulève des enjeux cruciaux quant à l'avenir des EHPAD et, plus largement, à la manière dont la société envisage la vieillesse et la dépendance. Comment garantir un accompagnement digne, humain et respectueux des personnes âgées dans un contexte de dégradation des conditions de travail, d'absentéisme, de turnover important et de pénurie de personnel qualifié ? La crise des vocations se traduit par un recours croissant à des « faisant fonction » (Synerpa, cité dans Sénat, 2024), ce qui fragilise durablement la qualité de l'accompagnement. Or, ce sont précisément l'engagement, la formation diplômante et la connaissance des résidents qui permettent encore de compenser les défaillances structurelles. Si « ce travail invisible », cette possibilité de réguler la charge éthique, tend à être impossible à tenir, voire disparaître, que restera-t-il aux résidents ?

De plus, bien que les EHPAD soient initialement conçus comme des lieux de vie et de socialisation (DREES, 2022 ; Beloni et al., 2019), les conditions d'accueil actuelles, marquées par une augmentation des niveaux de dépendance et un manque de ressources humaines, tendent à les rapprocher, dans les discours des aides-soignantes, non seulement comme des lieux de gestion de la fin de vie, mais aussi des lieux de désocialisation, voire d'incarcération. Ce terme, employé de manière métaphorique par certaines aides-soignantes (cf. chapitre 9, cartes imagées), reflète une perception douloureuse de la perte de liberté des résidents : « *Moi déjà je ressens ça, ils sont prisonniers. C'est triste, mais c'est vrai.* » (AS-A03). Cette représentation

renvoie à une réalité quotidienne faite de portes fermées, de chambres individuelles perçues comme des cellules, et d'un manque criant d'activités ou d'interactions sociales, qui accentue le sentiment d'isolement et de dépossession du chez-soi.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 et la publication du livre *Les Fossoyeurs* (Castanet, 2022) ont agi comme des révélateurs de ce qui peut se passer réellement au sein même des EHPAD. Si ces événements ont suscité un regain d'attention médiatique et politique, donnant lieu à des enquêtes parlementaires et à une série de rapports officiels (IGAS & IGF, 2022, Commission des affaires sociales, 2023), ils n'ont pas suffi à provoquer une prise de conscience collective durable. Cela s'explique notamment par une *logique d'invisibilisation*, similaire à celle que décrivent Rémy (2004) et Burgat (1995) à propos des abattoirs. Même si la prudence de formulation est de mise, car le parallèle peut paraître extrêmement choquant, il n'en demeure pas moins pertinent. En effet, dans les sociétés contemporaines, ce qui est jugé moralement ou émotionnellement dérangeant, tels que la mise à mort animale, la déchéance liée à la dépendance, la mort en institution, est spatialement et symboliquement mis à distance (Rémy, 2004 ; Burgat 1995). Comme les abattoirs relégués en périphérie des villes pour soustraire au regard la réalité de la souffrance animale, les EHPAD sont devenus des lieux d'occultation du vieillissement, de la dépendance et de la fin de vie.

Cette mise à l'écart favorise l'indifférence tant que l'on n'est pas directement concerné. Les données d'opinion illustrent clairement cette fracture : seuls 40 % des Français ont une opinion positive des EHPAD, mais ce chiffre grimpe à 69 % chez ceux qui ont un proche en institution, révélant combien la proximité transforme la perception (IFOP, 2024). Nous pouvons supposer que la société dans son ensemble tolère un système qu'elle préfère ne pas voir, jusqu'à ce que l'expérience personnelle vienne bousculer ce déni. Dans cette perspective, le parallèle avec les vidéos diffusées par l'association L214⁵⁷ est éclairant : en révélant ce qui se joue à huis clos dans les abattoirs, ces images ont provoqué un électrochoc moral, non pas tant par la nouveauté des faits, mais parce qu'elles ont brisé le silence autour d'un fonctionnement industrialisé de la violence (Desmoulin, 2024). Comme le souligne M. Kieffer, président de l' Œuvre d'Assistance aux Bêtes d'Abattoirs (OABA⁵⁸), ces images suscitent des réactions ambivalentes : « *d'un côté, la violence des images stigmatise nombre d'éleveurs et de directeurs d'abattoirs qui*

⁵⁷ L214, de son nom complet L214 éthique et animaux, est une association à but non lucratif française de défense des animaux qui pratique l'activisme numérique.

⁵⁸ OABA : Œuvre d'Assistance aux Bêtes d'Abattoirs. Association fondée en 1961, reconnue d'utilité publique, qui milite pour le respect des animaux de ferme, notamment durant le transport et à l'abattoir. Elle intervient aussi dans les débats publics sur l'éthique de l'abattage et les conditions de mise à mort.

s'interrogent quant au bien-fondé de se « décarcasser » s'ils ne sont perçus que comme des assassins. De l'autre, le buzz médiatique a poussé les politiques à réagir » (cité dans Desmoulin-Canselier, 2024). Le double impact entre stigmatisation des professionnels et mobilisation politique pourrait également s'appliquer aux EHPAD : si les aides-soignantes sont parfois exposées à des regards accusateurs, les révélations médiatisées, comme celles de *Les Fossoyeurs*, ont également fait réagir l'opinion et les pouvoirs publics. Cependant comme le souligne la directrice de l'EHPAD A, les réformes actuelles, bien que portées par les pouvoirs publics, semblent déconnectées des urgences du terrain : *« La dernière loi récente, c'est la loi Bien Vieillir. Un des points que je vais passer au prochain Conseil de la vie sociale, c'est de permettre aux personnes accompagnées d'être accueillies avec leur animal de compagnie. C'est un vrai sujet, parce qu'on considère que c'est un domicile, mais ce n'est pas la priorité du moment. Ce n'est pas de ça dont on a besoin pour le moment. Mais vraiment pas. Pour le moment, on a besoin d'une réforme du financement des EHPAD et même des établissements de santé en général, mais en profondeur, parce que là, on tire tous la langue. Des établissements vont fermer »*.

2. Rendre visible le travail invisible : les apports de l'ergonomie

2.1. Intégrer l'activité dans la construction des outils de mesure

À l'image de la dimension relationnelle avec le résident, totalement marginalisée par les outils de mesure officiels, l'analyse de l'activité des professionnels travaillant dans les EHPAD, telle celle accomplie dans ce travail de thèse, fournit une lecture extrêmement fine du travail réel. Elle permet notamment de mettre en lumière les ressources indispensables dont les aides-soignantes doivent disposer pour garantir des soins d'une qualité au moins acceptable, mais surtout tenable dans la durée. Ainsi, la mise en visibilité de l'activité des soignantes constitue un levier pour articuler prescription et réalité du terrain, en intégrant la variabilité humaine (Hubault, 1995).

Là où les indicateurs institutionnels échouent à saisir l'intensité, la complexité et la dimension éthique du travail des aides-soignantes, l'ergonomie peut documenter les efforts invisibilisés qui garantissent, malgré tout, une qualité de soin acceptable. En donnant à voir ce que les aides-soignantes font réellement, au-delà des tâches prescrites, au-delà du manque de moyens, et même au-delà de leurs horaires, l'ergonomie rend possible une reconnaissance plus juste de leur engagement et de leurs contraintes. Dans cette perspective, l'ergonomie vise à transformer

les logiques de prescription en s'éloignant des approches gestionnaires issues du modèle industriel, pour concevoir des organisations du travail qui reconnaissent au travail vivant une fonction centrale dans la production de la qualité (Hubault, 1995). Ce travail d'objectivation du réel permet également d'outiller les collectifs, les directions et les décideurs, en produisant des connaissances situées, utiles à la transformation des organisations et à la conception d'indicateurs plus sensibles aux réalités du terrain.

Autrement dit, là où le système produit une invisibilisation structurelle du travail, l'approche ergonomique agit comme un révélateur : elle permet de sortir du déni institutionnel, en replaçant le travail au centre de l'analyse des dysfonctionnements et des leviers d'amélioration. Elle donne à voir ce qui fait tenir les établissements malgré tout, et ce qu'il en coûte aux professionnelles. C'est à partir de cette mise en visibilité que peut se construire une critique informée des politiques actuelles, mais aussi des pistes concrètes pour un changement soutenable, tant pour les aides-soignantes que pour les résidents.

2.2. Charge éthique : d'une logique de soin individualisé à une logique de seuil minimal acceptable

Cette recherche avait pour objectif de rendre visible les modes de régulation déployés par les aides-soignantes pour faire face à une surcharge de travail chronique tout en préservant une qualité de soin conforme à leurs représentations. L'objectif était d'élargir l'approche ergonomique de la charge de travail en y intégrant explicitement ses dimensions éthiques. Les résultats permettent de proposer le concept de charge éthique et ses modes de régulation.

Dans la problématique, nous avons introduit, à partir de la littérature en ergonomie sur la charge de travail (Sperandio, 1972 ; Leplat, 1980 ; Albentosa et Darses, 2021 ; Cazabat, Barthe & Cascino, 2008) une première définition de la *charge éthique* en nous appuyant sur le modèle de régulation de l'astreinte par Sperandio (1972). Ce modèle postule que l'astreinte perçue dépend du mode opératoire choisi par les opérateurs en fonction des contraintes et des ressources disponibles et que l'opérateur modifie son mode opératoire pour maintenir une astreinte acceptable. Lorsque les ressources sont épuisées, un seuil critique est atteint, au-delà duquel l'opérateur doit renoncer à certaines exigences de la tâche, souvent porteuse de sens. C'est dans ce basculement que se cristallise ce que nous proposons de nommer *la charge éthique* : une forme d'astreinte qui naît de la contradiction entre ce qu'il faudrait faire pour respecter ses valeurs, et ce qu'il est encore possible de faire.

À partir de l'analyse de nos résultats, nous proposons de modéliser la charge éthique de cette manière :

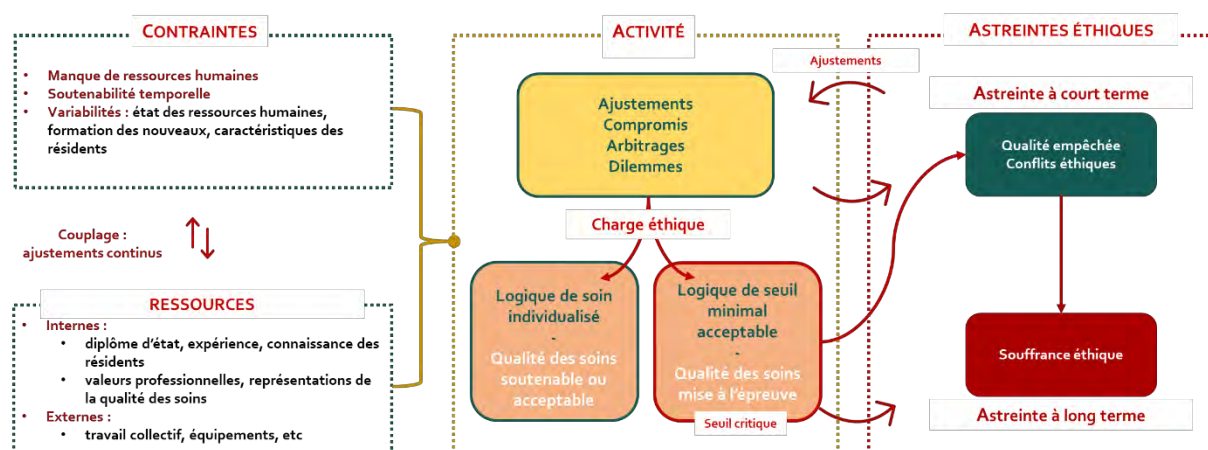


Figure 94. Proposition de modélisation de la charge éthique

Pour éclairer les mécanismes de la charge éthique, nous avons conduit une analyse approfondie de l'activité des aides-soignantes, en commençant par caractériser les exigences structurelles et organisationnelles du travail de soin. Le couplage entre le manque chronique d'effectifs et les niveaux élevés de dépendance des résidents affecte directement la soutenabilité temporelle du travail, c'est-à-dire la capacité à maintenir une qualité de soin dans le temps sans épuisement ni renoncement. Dans un second temps, nous nous sommes intéressés aux conditions de travail réelles pour mettre au jour les écarts avec le cadre prescrit. L'analyse des formes de variabilité, qu'elles soient liées aux sollicitations imprévisibles tout le long du poste de travail (résidents, collègues, familles, aléas techniques), à l'instabilité des ressources humaines (absentéisme, turn-over, formation en cours), ou aux caractéristiques singulières des résidents (pathologies, fluctuations de l'état de santé) montre que les aides-soignantes sont en permanence interrompues dans leur travail, et mettent en œuvre des ajustements constants dans leur activité.

Ces ajustements face à ces variabilités nécessitent de considérer les compétences mobilisées par les aides-soignantes, leur expérience mais également leur subjectivité, en s'intéressant à leurs représentations du métier et de la qualité des soins. En effet, elles investissent dans leur travail des valeurs fortes, qu'elles traduisent par des critères concrets de qualité des soins et d'accompagnement. La définition de ces critères : (a) répondre aux besoins fondamentaux, (b) personnaliser les soins et (c) soutenir la dimension relationnelle et sociale, nous a permis de mieux comprendre les objectifs réels qu'elles poursuivent et qu'elles se fixent au-delà de ce qui est attendu formellement. Dès lors, l'analyse fine de l'activité permet de confronter ces critères de qualité, qui sont ceux de l'institution et les leurs, à la réalité du travail de soin sous

contraintes. Elle permet également d'identifier les modes opératoires mis en œuvre pour faire face aux tensions.

Dans certaines situations que l'on pourrait qualifier de nominales, l'aide-soignante peut exercer son activité sans contrainte majeure. Il s'agit d'une *phase dans laquelle la qualité des soins est soutenable* et répond aux critères de soins définis par les aides-soignantes (répondre aux besoins fondamentaux, personnaliser les soins et soutenir les dimensions relationnelle et sociale) tout en pouvant être maintenue dans la durée, sans entraîner d'épuisement physique ou psychique. C'est à partir de cette charge que l'aide-soignante va comparer sa charge future (Rochefort et Guérin, 2000) et lui permettre de mettre en place des processus de régulation.

Ensuite, sous l'effet de l'intensification des contraintes, la régulation de la charge entre dans des phases successives, que nous proposons de modéliser en suivant :

- Tout d'abord, une phase qui permet d'assurer une *qualité des soins acceptable* pour les aides-soignantes :
 - Par des *ajustements dans l'activité*, caractérisés par une possible anticipation de l'augmentation de la charge et une organisation face aux situations imprévisibles auxquelles elles sont confrontées ;
 - Par des *compromis dans l'activité*, lorsque les ressources mobilisables sont épuisées et que les aides-soignantes commencent à modifier les exigences de la tâche et leurs propres exigences vis-à-vis de la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents.
- Ensuite, une phase dans laquelle *la qualité des soins est mise à l'épreuve* :
 - Par des arbitrages dans l'activité, c'est-à-dire des choix délibérés entre plusieurs options, en fonction des contraintes du moment. Ces arbitrages impliquent des décisions plus lourdes de conséquences, dans lesquelles il n'est pas toujours possible de répondre de manière satisfaisante à l'ensemble des besoins ;
 - La *confrontation à des dilemmes éthiques dans l'activité*, où toutes les options disponibles sont problématiques et impliquent une perte ou une transgression de principes éthiques.

C'est là que l'astreinte devient éthique : ce basculement de la *logique de soin individualisé à une logique de seuil minimal acceptable* n'est pas un désengagement des aides-soignantes, mais bien au contraire un effort de maintien d'une forme d'équité des soins pour l'ensemble des résidents dans un contexte extrêmement contraint. Ce basculement marque l'entrée dans une

zone de tension éthique, où chaque décision devient un renoncement, et où l'efficacité apparente masque un coût moral important. La *charge éthique* n'émerge donc pas de l'impossibilité de bien faire son travail pour un résident en particulier, mais bien de l'impossibilité de garantir une qualité équitable à tous les résidents présents, dans un contexte où les ressources disponibles, humaines et temporelles, sont insuffisantes.

Le concept de charge éthique que nous développons avec une approche en ergonomie permet d'appréhender la *dimension éthique du travail* non pas comme un état pathologique *a posteriori*, comme il peut être un objet d'étude, pour la psychologie (Vezina, 2008) ou la sociologie (Robert & Favaro, 2013), mais en complémentarité, en amont, comme une dynamique de régulation à l'œuvre dans l'activité. En analysant finement les *ajustements, compromis, arbitrages dans l'activité de travail*, opérés par les aides-soignantes pour préserver leurs critères de qualité du soin dans un contexte de contraintes importantes, nous mettons au jour les tensions éthiques qui se construisent bien avant qu'elles ne deviennent insupportables. En analysant la notion d'astreinte.

3. Un système d'IA faible pour soutenir le travail de surveillance dans un contexte dégradé

3.1. Humaniser et valoriser les compétences des aides-soignantes

Si les technologies sont souvent perçues comme des instruments de rationalisation du travail, certains dispositifs, en particulier dans les contextes de nuit, peuvent paradoxalement contribuer à réintroduire de l'humain dans la relation de soin. En effet, les usages des icônes et des surbrillances n'automatisent pas tant les décisions qu'ils ne jouent un rôle d'alerte, en attirant l'attention des aides-soignantes sur certaines situations qui nécessitent une interprétation. Il ne s'agit alors pas de prescrire l'action des aides-soignantes, mais plutôt de fournir une information qui appellera une interprétation des aides-soignantes, notamment selon leurs connaissances des résidents. Le dispositif peut même dans certains cas, favoriser des moments de rencontre entre soignant et résident, favorisant la dimension relationnel. En signalant qu'un résident est éveillé, le système d'IA permet parfois de créer un lien avec des résidents habituellement silencieux ou endormis lors des plages de travail de nuit. Ce phénomène montre que la technologie, lorsqu'elle est intégrée de manière souple, peut enrichir la dimension relationnelle du soin souvent mise à mal par les contraintes temporelles et les logiques gestionnaires des établissements.

L'outil est également un vecteur d'adaptation au rythme des résidents, qui libère les aides-soignantes de certaines rondes systématiques, et qui permet une surveillance moins intrusive. Mais surtout, son usage repose sur la capacité des aides-soignantes à interpréter les informations issues des icônes et surbrillances à la lumière de leur connaissance du résident : son histoire, ses habitudes, son état du jour. Ce n'est pas l'alerte en elle-même qui est importante, mais ce qu'elle devient entre les mains d'une aide-soignante capable de lui donner un sens. En cela, l'outil ne remplace pas le lien humain, il le médiatise. Cet apport est d'autant plus essentiel en début de poste de nuit dont on sait que c'est une période durant laquelle les aides-soignantes ont un besoin d'avoir une représentation la plus juste possible de l'ensemble des résidents avant qu'ils ne s'endorment afin, d'anticiper la nuit de travail et de la planifier (*cf.* travaux de Barthe & Quéinnec, 2005 ; Barthe, 2016, Cheyrouze et Barthe, 2018 ; Barthe, Quéinnec et Verdier, 2004). En effet, Barthe, Quéinnec & Verdier (2004) ont montré que les opérateurs avaient besoin d'avoir une représentation mentale de ce qu'il s'est passé en leur absence et dans quel état se trouve le processus pour pouvoir anticiper les variations futures. Dans, le cas des aides-soignantes et du système d'IA, celui-ci permet de pouvoir prendre connaissance de l'état général de l'ensemble des résidents pour pouvoir planifier ensuite leur premier passage. Il en est de même pour la suite de la nuit, où la planification et l'anticipation des variations futures est rendu possible par la veille des icônes et surbrillances.

Le système d'IA met aussi en lumière tout un pan de leur activité qui reste souvent invisible. Ce travail invisible, c'est tout ce que les soignantes font sans que cela ne soit vraiment reconnu ou mesuré : surveiller discrètement, interpréter des comportements, anticiper des besoins, choisir d'intervenir ou non en fonction de leur connaissance des résidents et du contexte. Quand une alerte se déclenche, il ne s'agit pas simplement d'y répondre mécaniquement : il faut réfléchir, évaluer, croiser l'information de l'outil avec ce que les aides-soignantes savent du résident, et parfois décider de ne pas intervenir tout de suite pour ne pas perturber inutilement la personne.

L'outil renforce ainsi la nécessité de ce travail d'interprétation et de discernement, tout en le maintenant dans l'ombre. C'est l'analyse de ses usages qui permet de le visibiliser. Et c'est dans ce cadre-là que l'ergonomie peut fournir aux indicateurs des éléments de visibilité sur des compétences qui ne sont pris en compte par les indicateurs.

3.2. Valoriser le métier, et donner de la confiance aux outils par une conception participative

La démarche participative a montré que la genèse instrumentale, notamment dans le cadre d'un outil qui enregistre des sons, n'est pas une variable négociable.

AS-B05 : « C'est vrai qu'au départ, j'avais un peu de mal, je disais « ah si on est fliqué ». On s'est dit, on va être fliqués, ça va être compliqué, on pourra plus être nous-même, on pourra plus déconner avec les résidents et moi, ça m'a perturbé au départ [...] J'avais presque peur de devoir me restreindre à déconner, à parler parce que j'avais peur d'être enregistrée, que tout soit fliqué ».

L'analyse des verbatims met en évidence que l'introduction d'un dispositif d'analyse du contexte sonore en EHPAD ne peut être envisagée sans une démarche participative. Les représentations de l'activité des aides-soignantes conditionnent leur acceptation et leur usage effectif de la technologie (Rabardel, 1995 ; Béguin & Clot, 2004). L'appréhension du caractère perçu comme intrusif du dispositif, souvent associé à une surveillance ou au contrôle de leur travail, révèle une crainte éthique, centrée sur la qualité de la relation avec les résidents, le respect de l'autonomie professionnelle et la reconnaissance de leur engagement. Ces réactions témoignent du fait que toute innovation produit des effets symboliques et relationnels, en particulier dans les métiers du soin où l'identité professionnelle est fortement articulée à la dimension relationnelle du travail.

La réunion organisée avec les concepteurs a constitué un moment décisif dans le processus de genèse instrumentale (Rabardel, 1995), en instaurant un espace de dialogue sur le travail réel. Elle a permis d'explicitier les finalités réelles du dispositif (détection automatisée de comportements sonores inhabituels, et non surveillance), de dissiper les malentendus techniques (notamment l'absence d'enregistrement ou d'écoute humaine), et de co-construire des ajustements fonctionnels. Ce moment de confrontation entre le point de vue des concepteurs et celui des usagères professionnelles illustre l'importance d'une conception orientée vers l'activité (Barcellini, Van Belleghem, & Daniellou, 2013), centrée sur la compréhension des pratiques, des valeurs et des dilemmes qui traversent le travail de soin.

En l'absence d'une telle médiation, l'introduction d'un dispositif technologique, même porteur de promesses en matière de sécurité ou de qualité, peut produire des effets contre-productifs. À l'inverse, lorsque les professionnelles sont associées à la réflexion et que leurs savoirs d'usage sont reconnus, les technologies peuvent être réappropriées et devenir des instruments au service

de leur métier. Cette dynamique fait écho aux enjeux d'autonomie et de démocratie au travail, tels que les développent Coutrot et Pezez (2022), en soulignant l'importance de donner aux salariés un pouvoir d'agir sur les outils et l'organisation de leur activité.

Bibliographie

- Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) (2017). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social – Campagne 2016*. ARS Guyane. <https://www.guyane.ars.sante.fr/tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social-2016-anap>
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (2012). *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD*. Saint-Denis : ANESM. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/qv3_ehpad_vie_sociale_des_residents_en_ehpad_recommandations.pdf
- Agence Régionale de Santé (2018). *L'accompagnement des personnes âgées*. ARS. Consulté le 3 mai 2025. [https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees#:~:text=Les%20EHPAD%20\(%C3%A9tablissements%20d'h%C3%A9bergement,charge%20inscrits%20dans%20une%20convention](https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees#:~:text=Les%20EHPAD%20(%C3%A9tablissements%20d'h%C3%A9bergement,charge%20inscrits%20dans%20une%20convention)
- Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (2020). *PATHOS, outil de mesure de la charge en soins en EHPAD*. Consulté le 3 mai 2025. [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/pathos-outil-de-mesure-de-la-charge-en-soins-en-ehpad:contentReference\[oaicite:11\]{index=11}](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/pathos-outil-de-mesure-de-la-charge-en-soins-en-ehpad:contentReference[oaicite:11]{index=11})
- Aghion, P., & Bouverot, A. (2024). *IA : notre ambition pour la France*. Éditions Odile Jacob.
- Agre, P. E. (1997). Toward a Critical Technical Practice: Lessons Learned in Trying to Reform AI. In G. Bowker, L. Gasser, L. Star, & B. Turner (Eds.), *Bridging the Great Divide: Social Science, Technical Systems, and Cooperative Work* (pp. 131–157). Erlbaum. <https://gridspinoza.net/sites/default/files/2016-07/Toward%20a%20Critical%20Technical%20Practice%3A%20Lessons%20Learned%20in%20Trying%20to%20Reform%20AI%20Philip%20E.%20Agre.pdf>
- Albentosa, J., Berthelon, C. & Galy, É. (2017). Surcharge de travail en fonction de l'environnement de conduite, de l'expérience des conducteurs et de leur état interne. *Le Travail Humain*, 80(4), 395–418. <https://doi.org/10.3917/th.804.0395>
- Albentosa, J., & Darses, F. (2021). Charge et stress. In E. Brangier & G. Vallery (Éds.), *Ergonomie : 150 notions clés* (pp. 476–478). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brang.2021.01.0476>
- Alcimed (2007). *Étude prospective sur les technologies pour la santé et l'autonomie*. ANR & CNSA. <https://www.silvereco.fr/wp->

- content/2012/Rapport_ALCIMED_ANR_CNSA_VF2.pdf
- Aquino, J.-P. & Bourquin, M. (2019). *Les innovations numériques et technologiques en gériologie : Rapport à la Filière Silver Économie*. Filière Silver Économie. <https://matieres-grises.fr/wp-content/uploads/2020/09/Rapport-Bourquin-Aquino.pdf>
- 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*, 13(3), 93–126. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338>
- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Anthropos-Economica.
- Arborio A.-M. (2012), *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2e édition, Paris, Éditions Economica.
- Arborio, A.-M. (2016). Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante. *Revue française des affaires sociales*, (3), 241–262. <https://doi.org/10.3917/rfas.163.0241>
- Arborio, A.-M. (2019, août 27). *Les “faisant fonction” d’aide-soignante face à la validation des acquis de l’expérience (VAE) : Au risque de l’invalidation par d’autres professionnels*. Communication présentée au Congrès de l’Association française de sociologie « Classer, déclasser, reclasser ». <https://shs.hal.science/halshs-02280743>
- Arborio, A. M. (2021). Retour sur la genèse du métier d'aide-soignante. *Soins-Aides-soignantes*, 18(100), 10-12.
- Arborio, A.-M. (2023). Faire fonction ou faire illusion ? Autour des postes d'aides-soignantes en EHPAD. *Gériologie et société*, 45172(3), Article 3. <https://doi.org/10.3917/gsl.172.0069>
- Archambault, H. (2006). Stimuler les motivations pour les métiers de la gériologie. *Gériologie et Société*, 29(3), 85–100. <https://doi.org/10.3917/gsl.118.0085>
- Argoud, D. & Le Borgne-Uguen, F. (2004). *Prévenir l'isolement des personnes âgées : Voisiner au grand âge*. Paris : Dunod.
- Arnoud, J., Krohmer, C., & Falzon, P. (2018). Dilemmes et paradoxes, quels effets sur le travail, quelles actions de prévention?. *Revue française de gestion*, 274(5), 165-177.
- Arnoud, J. & Falzon, P. (2013) La co-analyse constructive des pratiques. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (pp.223-236). PUF.
- Asimov I. (2012), *Le Cycle des robots*, J'ai Lu, Paris, (1^{re} éd. 1953).
- Aubry F. (2010), « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », SociologieS [En ligne], Premiers texte, mis en ligne le 27 décembre

- 2010, consulté le 15 décembre 2015. URL : <http://sociologies.revues.org/3291>
- Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, (16).
- Aubry, F. (2012). Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles : Une enquête France/Québec. *Emulations – Revue de sciences sociales*, (11), 111–121. <https://doi.org/10.14428/emulations.011.007>
- Aubry, F., & Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, 31(1), 169-192.
- Autor, D. H. (2024). *Applying AI to Rebuild Middle Class Jobs*. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w32140>
- Auzzino, D. T. (2009). La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société*, 32(131), Article 4. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0099>
- Bachelot, G., Grisoni, F., Brignoli, J.-B., Guillon, E., Daviaud, J.-B., Henry, M.-R. & Tichané, G. (2018). *Accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie au moyen de nouvelles technologies* (Note de synthèse, Module Interprofessionnel de Santé Publique 2018). Presses de l'EHESP. <https://www.presses.ehesp.fr/produit/accompagner-personnes-agees-perde-dautonomie-moyen-de-nouvelles-technologies/>
- Bacqué, M.-F. (2015). Voir ou ne pas voir le corps du défunt. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 121(2), 73-82. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/jalmalv.121.0073>.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M. & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276–287. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x>
- Balavoine, A. (2015). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Évolution*, 31, 12.
- Barcellini, F., Van Belleghem, L., & Daniellou, F. (2013). Les projets de conception comme opportunité de développement des activités. In *Ergonomie constructive* (pp. 191-206). Presses universitaires de France.
- Barthe, B., Boccara, V., Delgoulet, C., Gaillard, I., Meylan, S., & Zara-Meylan, V. (2017). Outiller l'observation de l'activité de travail : quels processus de conception d'un dispositif technique ? *Actes du 52e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue*

- Française (SELF)*, 543–547. <https://hal.science/hal-02406026v1>
- Barthe, B., Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année Psychologique*, 99, 663-686.
- Barthe, B. (2000). Travailler la nuit au sein d'un collectif : quels bénéfices ? Dans T.H. Benckekroun et A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif, perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 236-255), Toulouse, Editions Octarès.
- Barthe, B., Quéinnec, Y., & Verdier, F. (2004). L'analyse de l'activité de travail en postes de nuit: bilan de 25 ans de recherches et perspectives. *Le travail humain*, 67(1), 41-61.
- Barthe B., & Queinnec Y. (2005). Work activity during night shifts in a hospital's neonatal department: How nurses reorganize health care to adapt to their alertness decrease. *Ergonomia IJE&HF*, 27, 119-129.
- Bataille, A., Guittet, I., & Garnier, D. (2022). Outil 44. Transmissions orales et écrites. *AS/AP*, 2, 117-119.
- Bationo-Tillon, A., & Rabardel, P. (2015). 5. L'approche instrumentale : Conceptualiser et concevoir pour le développement. In *L'ergonomie orientée enfants* (p. 109-145). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.decor.2015.01.0109>
- Bazin, M. & Muller, M. (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD* (Études et Résultats n° 1067). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>
- Beaucourt, C. & Louart, P. (2011). Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du care collectif. *Management & Avenir*, 49(9), 114–132. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0114>
- Becker, H. S. (2006). *Le travail sociologique. Méthode et substance*. Fribourg : Academic Press Fribourg.
- BEéguin, P. (1994). De l'individuel au collectif dans les activités avec instruments. Thèse de doctorat, Paris, Laboratoire d'Ergonomie, CNAM.
- Béguin, P. (2007). Innovation et cadre sociocognitif des interactions concepteurs-opérateurs: une approche développementale. *Le travail humain*, 70(4), 369-390.
- Béguin, P. P. (2010). Conduite de projet et fabrication collective du travail: une approche développementale (Doctoral dissertation, Université de Bordeaux Ségalen (Bordeaux 2)).
- Béguin, P. & Cerf, M. (2004). Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception de systèmes de travail. *@ctivités*, 1(1), 54-71. <https://activites.revues.org/1156>.

- Béguin, P. & Clot, Y. (2004). *L'ergonomie à l'épreuve de la psychologie du travail : pour une clinique de l'activité*. Toulouse : Octarès.
- Bellemare, M., Marier, M. & Allard, D. (2001). Le journal de bord : un outil pour la recherche et l'intervention en ergonomie. *Actes du 36^e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF)*, 3, 58–60.
- Beloni, P., Hoarau, H. & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident : Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 137(2), 77–90. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0077>
- Bénard, V. (2006). La souffrance éthique dans le travail des chargés de communication d'une administration. *Travailler*, 16(2), 155–170. <https://doi.org/10.3917/trav.016.0155>
- Benbouzid, B., Meneceur, Y. & Smuha, N. A. (2022). Quatre nuances de régulation de l'intelligence artificielle : Une cartographie des conflits de définition. *Réseaux*, (232-233), 29–64.
- Bérout, S., Nizzoli, C. & Noûs, C. (2021). Parler du travail en EHPAD pour mettre à distance la maltraitance. *Mots. Les langages du politique*, (126), 91–108. <https://doi.org/10.4000/mots.28523>
- Bezes, P. & Demazière, D. (2011). New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, 53(3), 293–348. <https://doi.org/10.1016/j.sotra.2011.06.003>
- Bezes, P. & Musselin, C. (2015). *Le new public management*. Presses de Sciences Po. <https://sciencespo.hal.science/hal-01520666>
- Bienvault, P. (2013, 25 juin). Une charte éthique pour bien utiliser les bracelets Alzheimer. *La Croix*. <https://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Une-charte-ethique-pour-bien-utiliser-les-bracelets-Alzheimer-2013-06-25-1327051>
- Billaud, S. & Xing, J. (2016). « On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.5372>
- Billé, M. (2005). *L'entrée en institution : Dernière mise en demeure ?* Gérontologie et société, 1(1), 63–70. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0063>
- BLANCHET, A., & GOTMAN, A. (2001). L'enquête et ses méthodes: l'entretien, Tours. Nathan Université, 40-50.
- Bobillier Chaumon, M.-E. & Clot, Y. (2016). Clinique de l'usage : Les artefacts technologiques comme développement de l'activité. *Activités*, 13(2), Article 2.

- <https://doi.org/10.4000/activites.2897>
- Boccara, V. & Delgoulet, C. (2015). L'analyse des travaux pour la conception en formation. *Activités*, 12(2). <https://doi.org/10.4000/activites.1098>
- böhle F., Milkau b. (1998), De la manivelle à l'écran. L'évolution de l'expérience sensible des ouvriers lors des changements technologiques, paris, éditions eyrolles.
- Bonnemain, A. (2010). Conflit éthique et conflits de temporalités: une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD (Vol. 2). Mémoire de Master.
- Bonnemain, A., Vidal-Gomel, C., & Bourmaud, G. (2011). Conflits de temporalités et conflits éthiques: perspectives de recherche et pistes d'intervention pour le traitement de risques psychosociaux en EHPAD. L'ergonomie à la croisée des risques, SELF.
- Bonnemain, A. & Clot, Y. (2017). Clinique de l'activité : Les affects dans l'autoconfrontation. In M. Santiago-Delefosse & M. del Rio Carral (Eds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie* (pp. 131–151). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0131>
- Bonnet, C. & Fontaine, R. (2024). *Régulation du secteur des EHPAD : Autorisation, habilitation, tarification, conventionnement*. <https://hal.science/hal-04667496>
- Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K. & Riggs, C. J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), 366–376. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.01.024>
- Bourgeois, F., & Hubault, F. (2013). L'activité, ressource pour le développement de l'organisation du travail. In P. Falzon (Ed.), *L'ergonomie constructive* (pp. 89-102). Paris : PUF.
- Bourmaud, G. (2006). *Les systèmes d'instruments : Méthodes d'analyse et perspectives de conception* (Thèse de doctorat en psychologie ergonomique). Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00109046/document>
- Bourmaud, G., Dethorey, Bonnemain, A. (2018). Conflits de temporalités, ressources temporelles : la dimension temporelle pour penser et agir sur le travail en EHPAD. In 53ème congrès de la SELF.
- Brami, G. (2013). Les paradoxes de l'évolution des EHPAD. *Empan*, 91(3), Article 3. <https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>
- Brami, G. (2019). L'innovation technologique dans les EHPAD, un processus continuuel d'intégration technologique dans des structures à forte dimension humaine. *Vie sociale*, (4), 145–154. <https://doi.org/10.3917/vs.194.0145>
- Brookhuis, K. A. & De Waard, D. (2010). Monitoring drivers' mental workload in driving simulators using physiological measures. *Accident Analysis & Prevention*, 42(3), 898–

903. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2009.06.001>
- Brynjolfsson, E., Li, D. & Raymond, L. R. (2023). *Generative AI at Work*. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w31161>
- Bucciarelli, L. L. (1994). *Designing Engineers*. Cambridge: The MIT Press.
- Burgat, F. (1995). *L'animal dans les pratiques de consommation*. FeniXX.
- Cahour b. (2007), « Les affects en situation d'interaction coopérative : proposition méthodologique », *Le Travail humain*, 69, 4, p. 379-400.
- Cahour, B. (2010). Emotions, affects et confort comme nouveaux déterminants de l'activité et de l'usage. In G. Valléry, & M. Zouinar, M C. Leport (Eds), *Ergonomie, conception de produits et services médiatisés*. PUF : Paris.
- Cahour, B. & Lancry, A. (2011). Émotions et activités professionnelles et quotidiennes. In M.-E. Bobillier-Chaumon, E. Brangier, M. Dubois, & G. Valléry (Éds.), *Psychologie du travail et des organisations : 100 notions clés* (pp. 164–168). Paris : Dunod.
- Cahour, B., & Salembier, P. (2012, May). *The user phenomenological experience: Evoking the lived activity with "re-situating" interviews*. Communication présentée au Workshop on Theories Behind UX Research and How They are Used in Practice, CHI 2012, Austin, Texas, États-Unis.
- Cahour, B. & Van De Weerdt, C. (2016). Émotions au travail : définition, processus et approches méthodologiques. In M.-E. Bobillier-Chaumon, E. Brangier, M. Dubois & G. Valléry (Éds.), *Psychologie du travail et des organisations : 100 notions clés* (pp. 164–168). Dunod.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (2020). *Rapport annuel 2020*. https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/PUB-rapport_annuel_cnsa_2020-avec-compression.pdf
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (2020, mai). *Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018*. https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/PUB-cnsa-situation_ehpad_2017-2018_vf.pdf
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (2022, septembre). *Le modèle PATHOS – Guide d'utilisation 2022*. https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/modele_pathos_2022.pdf
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (2024). *La situation budgétaire des EHPAD publics et privés non lucratifs en 2022 : Une forte dégradation malgré la hausse des financements publics* (Repères statistiques n° 21). <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-07/Reperes-statistiques-n21-situation->

- budgetaire-ehpad-2022-vf.pdf
- Canoui, P. (2003). *La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques*. *InfoKara*, 18(2), 101–108. <http://dx.doi.org/10.3917/inka.032.0101>
- Caradec, V., Bonnel, G. & Castra, M. (2024). Travailler en EHPAD pendant le premier confinement. Tenir malgré des conditions de travail dégradées. *Vie sociale*, 45(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/vsoc.229.0069>
- Caroly, S. (2001). Régulations individuelles et collectives de situations critiques dans un secteur de service: le guichet de la Poste (Doctoral dissertation, Ecole Pratique des Hautes Etudes).
- Caroly, S. (2007). Les mutations du travail face aux défis technologiques: quelles incidences sur la santé?. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (9-2).
- Caroly, S. & Barcellini, F. (2013) Le développement de l'activité collective. In P. Falzon (coord.), *Ergonomie constructive* (33-46). Paris : PUF.
- Caroly, S. & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *Activités*, 04(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.1414>
- Carswell, C. M., Clarke, D. & Seales, W. B. (2005). Assessing mental workload during laparoscopic surgery. *Surgical Innovation*, 12(1), 80–90. <https://doi.org/10.1177/155335060501200112>
- Cartron, D., & Guaspere, C. (2012). La perception d'un « désajustement » dans sa situation de travail : Les enseignements d'une revue de littérature sur les risques psychosociaux. *Travail et Emploi*, 129, Article 129. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5565>
- Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs: Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. Fayard.
- Causse, L. (2004). *Les aides-soignantes en maison de retraite, entre subjectivité et réification* (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat en Sociologie. Saint-Denis: Université Paris-VIII).
- Cazabat, S., Barthe, B. & Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? Étude exploratoire dans un service de gériatrie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 10(1). <https://doi.org/10.4000/pistes.2159>
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). Situations de service: travailler dans l'interaction (pp. 250-p). Presses universitaires de France.
- Chadoin, M. (2019). Permettre la régulation conjointe des différents niveaux organisationnels: l'apport d'un dispositif de gestion au travail des gestionnaires.

- Chanquoy, L., Tricot, A. & Sweller, J. (2007). *La charge cognitive : Théorie et applications*. Armand Colin.
- Chapman, D. (1991). *Vision, Instruction, and Action*. MIT Press
- Charras, K. & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 152(1). <https://doi.org/10.3917/gsl.152.0169>
- Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T. & Toldre, C. (2016). *Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (Document de travail n° 134). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/dt134.pdf>
- Cheyrouze, M., & Barthe, B. (2018). Travail de nuit en 12 heures: Un «scénario de travail» élaboré par les infirmiers dans un service de réanimation. *Activités*, 15(15-1).
- Chung, K., Thaichon, P., & Quach, S. (2022). Types of artificial intelligence (AI) in marketing management. In P. Thaichon & S. Quach (Éds.), *Artificial intelligence for marketing management* (pp. 29, 40). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003280392-4>
- Clavagnier, I. (2014). Les transmissions écrites et orales. *L'Aide-Soignante*, 28(162), 25-27. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2014.10.008>
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2005). *La fonction psychologique du travail*. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2008a). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.791>
- Clot, Y. (2008b). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : Éditions La Découverte.
- Clot Y., Bonnefond J.Y., Bonnemain A., Zittoun M., 2021. Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations. Paris, La Découverte, coll. « Sciences humaines ».
- Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (2-1).
- Conférence Nationale des Directeurs d'Établissements pour Personnes Âgées et Handicapées (CNDEPAH). (2019). *Dossier grand-âge et établissements – juin 2020*. CNDEPAH.

- https://cndepah.fr/wp-content/uploads/2020/09/2020-juin-grand-age-etablissements_s.pdf
- Code de l'action sociale et des familles, art. Annexe 2-1 (2017, mai 11). *Grille nationale AGGIR et son guide de remplissage*. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/
- Code de l'action sociale et des familles, art. L314-2 (2024, avril 10). *Règles de compétences en matière tarifaire*. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049391902
- Colin, C., & Coutton, V. (2000). Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps-incapacités-dépendance. *Études et résultats*, (94).
- Colombi, D. (2024). *Qui travaille vraiment : essai sur l'invisibilisation du travail*. Paris : Payot.
- Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS (2012). *Référentiel Pathos – Rapport final de mise en œuvre*. Ministère de la Santé et des Solidarités. Consulté le 3 mai 2025. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT.pdf
- Commission de l'intelligence artificielle (2024, mars). *IA : notre ambition pour la France* (Rapport). Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cge/commission-IA.pdf
- Commission des affaires sociales du Sénat. (2024). *Rapport d'information sur la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. Sénat. <https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20240923/soci.html>
- Compan, N. (2022). *Intérêt de la situation de collaboration capacitante pour une approche ergonomique des situations de travail industrielles intégrant des technologies émergentes* [Thèse de doctorat, Université Clermont Auvergne]. <https://theses.hal.science/tel-04016720>
- Corvol, A. & Balard, F. (2022). La pandémie, un éclairage nouveau sur des questions anciennes... *Gérontologie et société*, 44(168), 11–14. <https://www.statistiques-recherche.lassuranceretraite.fr/gerontologie-et-societe-n-168-octobre-2022/>
- Cour des comptes (2019). *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>
- Cour des comptes (2022, janvier). *Les services de soins à domicile*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins->

domicile_0.pdf

- Cour des comptes (2022, février). *La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD : Un nouveau modèle à construire*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : Des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail humain*, 78(1),
- Coutarel, F., & Petit, J. (2009). *Le réseau social dans l'intervention ergonomique : enjeux pour la conception organisationnelle*. *Revue Management & Avenir*, 27, 135-151.
- Coutrot, T. (2018). Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête Conditions de travail Risques psychosociaux de 2016. DARES, Document d'Études n°217, 14 mars 2018.
- Coutrot, T. et Pérez, C. (2022) - Redonner du sens au travail. Une aspiration révolutionnaire, Le Seuil, Paris.
- Crawford, K. (2022). Contre-atlas de l'intelligence artificielle. *Une cartographie politique, sociale et environnementale de l'IA*.
- Croyere, N. (2013). Les savoirs d'expérience des aides-soignantes dans l'accompagnement de fin de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Doctoral dissertation, université sherbrooke).
- Cuny-Guerrier, A. & Pierrette, M. (2021). *Pandémie Covid-19 dans les EHPAD privés : Résultats d'un questionnaire sur les conditions de travail et la santé perçue des soignants* (No. NS 371; p. 58). Institut national de recherche et de sécurité (INRS). <https://hal.science/hal-03881202>
- Curie J., Hajjar V., Marquié H., Roques M. (1990), « Proposition méthodologique pour la description du système des activités », *Le Travail humain*, 53 (2), 103-118.
- Cuvelier, L. (2012). Mesures quantitatives de la charge mentale : avancées, limites et usages pour la prévention des risques professionnels. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 73(2), 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2012.02.040>
- Daniellou, F. (1996) *L'ergonomie en quête de ses principes*. Octarès Editions.
- Daniellou, F. (1997), « Évolutions de l'ergonomie francophone : théories, pratiques et théories de la pratique », Actes du XXXIIe Congrès de la Self, Lyon, septembre, 37-54.
- Daniellou, F. (2004). *L'intervention ergonomique : Un processus de construction sociale dans les projets de conception*. *Ergonomie*, 11(2), 159-172.
- Daniellou F. (2006). Les mondes du travail. In L. Théry (s/d), *Le travail intenable*. Paris, La Découverte (p. 19-82).

- Daniellou, F. (2009, 18 décembre). Il faut adapter le travail à l'homme et pas l'inverse. *Le Monde*.
- Darses, F., & Reuzeau, F. (2004). 24. Participation des utilisateurs à la conception des systèmes et dispositifs de travail. In *Ergonomie* (p. 405-420). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2004.01.0405>
- Davezies, P. (1995). *Position du médecin du travail face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 56(3), 177-183.
- Davezies P. (2006). Une affaire personnelle ? In L. Théry (s/d), *Le travail intenable*. Paris : Éditions La Découverte (p. 138-168). DOI : 10.3917/dec.thery.2010.01.0150
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements mentionnés à l'article 15 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (1999). *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000395784>
- Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (2001). *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000579194/>
- De Ganay, C. & Gillot, D. (2017). *Pour une intelligence artificielle maîtrisée, utile et démystifiée* (Rapport n° 464). Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. <https://www.senat.fr/rap/r16-464-1/r16-464-1.html>
- Dejours, C. (1987). Note de travail sur la notion de souffrance. In C. Dejours (Éd.), *Plaisir et souffrance dans le travail* (Tome 1, pp. 115–124). Éditions de l'AOCIP.
- Dejours, C. (1980). *La charge psychique de travail*. In Société française de psychologie du travail (Éd.), *Équilibre ou fatigue par le travail ?* (pp. 45–54). Entreprise moderne d'édition.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Éditions Bayard.
- Dejours, C. (2005). *La méthode clinique en psychodynamique du travail*. Toulouse : Érès.
- Dejours C., Gernet I. (2012). *Psychopathologie du travail*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Dejours, C., & Gernet, I. (2016). *Psychopathologie du travail* (2e éd.). Elsevier Masson.
- Delgoulet C., Weill-Fassina A., Mardon C. (2011). Pénibilités des activités de service et santé des agents spécialisés des écoles maternelles. Des évolutions avec l'âge. *Activités*, 8, 1,

- 2-25. www.activites.org/v8n1/v8n1.pdf
- Dell'Acqua, F., Brynjolfsson, E., Li, D., Raymond, L. & Zhang, J. (2023). *Navigating the Jagged Technological Frontier: Field Experimental Evidence of the Effects of AI on Knowledge Worker Productivity and Quality*. Harvard Business School Working Paper No. 24-013. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/24-013_d9b45b68-9e74-42d6-a1c6-c72fb70c7282.pdf
- Dell'Acqua, F., McFowland III, E., Mollick, E., Lifshitz-Assaf, H., Kellogg, K. C., Rajendran, S., Kraymer, L., Candelon, F. & Lakhani, K. R. (2023). *Navigating the Jagged Technological Frontier: Field Experimental Evidence of the Effects of AI on Knowledge Worker Productivity and Quality*. Harvard Business School Working Paper No. 24-013. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/24-013_d9b45b68-9e74-42d6-a1c6-c72fb70c7282.pdf
- Delouette, I., Jany-Catrice, F., Lefebvre-Chombart, A., Nirello, L. & Studer, M. (2024). Les défaillances de la régulation publique des EHPAD révélées par la crise Covid. *Gérontologie et société*, 46(173), Article 1. <https://doi.org/10.3917/gsl.173.0043>
- Delouette, I. & Nirello, L. (2017). La régulation publique dans le secteur des EHPAD : Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? *Revue internationale de l'économie sociale : RECMA*, 344, 5-18. <https://doi.org/10.3917/recma.344.0058>
- Denzin, N. K. (1978). Triangulation: A case for methodological evaluation and combination. *Sociological methods*, 339-357.
- Depraz, N., Varela, F., & Vermersch, P. (2003). The basic cycle.
- Desmoulin-Canselier, S. (2024). Au-delà des apparences ? L'association l214 et l'héritage de la loi du 10 juillet 1976. *Revue juridique de l'environnement*, 49(2), 347-361.
- De Terssac, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Terssac de G. et Friedberg E., Dir, 1996, *Coopération et conception*, 330 p., Toulouse, Octarès.
- De Terssac, G. de, Maggi, B. (1996). *Autonomie et conception*. In G. de Terssac et E. Friedberg (Eds.), *Coopération et conception* (pp. 243-266), Toulouse, Editions Octarès.
- De Terssac, G., Christol, C., Quéinnec, Y. & Dorel, G. (1978). *L'analyse du travail ou le traitement du réel*. Rapport interne, CNAM-Laboratoire d'Ergonomie.
- De Terssac G., Lompré n. (1996), « pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : essai d'interprétation », in J.-C. Spérandio (s.d.), *L'Ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain*, toulouse, octarès, p. 51-70.
- Detchessahar, M. (2011). Quand le management n'est pas le problème mais la solution. *Revue française de gestion*, 5(214), 89-105.

- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations?. @ *Grh*, 16(3), 63-89.
- Dickason, R. (2018). Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : Le temps et les émotions au cœur du soin. *Management & Prospective*, 35(4), 45-75.
<https://doi.org/10.3917/g2000.354.0045>
- Di Patrizio, G. (2022). Bientraitance « | » maltraitance : Interroger la limite. *Éthique & Santé*, 19(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2022.06.004>
- Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) (2016). *Conditions de travail et risques psychosociaux 2016*. Ministère du Travail. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/enquete-source/conditions-de-travail-et-risques-psycho-sociaux-2016>
- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) (2023). *Les métiers en 2030 : quels déséquilibres potentiels ?* Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-metiers-en-2030-quels-desequilibres-potentiels>
- Direction de l'information légale et administrative (DILA) (2025, 7 mars). *EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Service-Public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2003). *La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie par les départements au premier semestre 2002* (Études et Résultats, n° 227). Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er227.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2016). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : des profils différents selon le statut juridique. Études et Résultats, (975). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/etudes-et-resultats/les-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-en-2015>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2019). *Les EHPAD en 2015 : Les établissements et leurs résidents* (Études et résultats n° 1087). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-et-rapports/publications/les-ehpad-en-2015-les-etablissements-et-leurs-residents>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2020). *Le*

- taux d'encadrement dans les EHPAD* (Dossier de la DREES n° 68). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2022). *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées* (Fiche n° 17). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2022). *Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019* (Études et Résultats n° 1237). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2024). *Les formations aux professions de santé non médicales et de sage-femme en 2023 : une hausse des nombres d'inscrits et de diplômés*. Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/241127_DATA_ formations-aux-professions-de-sante#:~:text=En%202023%2C%2067%20790%20%C3%A9l%C3%A8ves,cours%20des%20dix%20derni%C3%A8res%20ann%C3%A9es.
- Direction générale du Trésor (2023). *L'intelligence artificielle au service de l'efficience*. <https://www.entreprises.gouv.fr/la-dge/actualites/ami-ai-efficiency-les-laureats-en-detail>
- Djellal, A. (2020). Des leçons à tirer de la gestion de la crise épidémique en Ehpad. *L'Aide-Soignante*, 219(34), Article 219. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2020.08.008>
- Dussuet, A., Nirello, L. & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1), 185-211. <https://doi.org/10.3917/rdli.091.0185>
- Du Tertre, C. (2005). Services immatériels et relationnels : Intensité du travail et santé. *Activités*, 02(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.1567>
- Edey Gamassou, C. (2012). Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care. In *Risques du travail, la santé négociée*, eds C. Courtet, M. Gollac, pp. 265-280. La Découverte, Paris. DOI : 10.3917/dec.court.2012.01.0265

- Efros, D., Lemaître, C. N., & Bellières, L. (2015, juin 8). *Analyser l'activité pour comprendre le travail*. Assises du CEPERC. <https://amu.hal.science/hal-01291595>
- Eideliman, J.-S. & Gojard, S. (2008). La vie quotidienne à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : Du « besoin d'aide » aux arrangements pratiques. *Retraite et Société*, 53, 89–111. <https://doi.org/10.3917/rs.053.0089>
- El Khomri, M. (2019). *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites.gouv.fr/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-lattractivite-des-metiers-du-grand>
- Estryn-Béhar, M. (1996). *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*. ESTEM.
- Estryn-Béhar, M. (2008). 3. Transmissions orales et continuité des soins. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe (p. 175-192). Presses de l'EHESP. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/ehesp.etry.2008.01.0175>.
- Estryn-Béhar, M. & Fouillot, J.-P. (1990). Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant : Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans dix services de soins. *Documents pour le médecin du travail*, 42(6), 131–144. Institut national de recherche et de sécurité (INRS).
- Falzon, P. (2004). *Ergonomie*. Paris : PUF (7-36).
- Falzon, P. (2005, 10-12 décembre). *Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments* [Conférence]. Proceedings of the Humanizing Work and Work Environment HWWE'2005 Conference, Inde.
- Falzon, P. (2013). *Ergonomie constructive*. Paris : PUF.
- Falzon, P. & Sauvagnac, C. (2004). Charge de travail et stress. In *Ergonomie* (pp. 175–190). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2004.01.0175>
- Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M. C., & Raffard, S. (2014). Chapitre 2. Psychopathologie de la personne âgée. *Psycho Sup*, 37-72.
- Faverge, J. (1970). *Les compromis dans l'activité de travail : une approche ergonomique*. Presses Universitaires de France.
- Faverge, J.M. (1972). L'analyse du travail. Dans M. Reuchlin (Ed.), *Traité de psychologie appliquée*, Volume 3 (pp. 5-60), Paris, Presses Universitaires de France.
- Favier-Baron, E. (2023). Que fait l'Intelligence Artificielle à l'intelligence ? *Appareil*, 26, Article 26. <https://doi.org/10.4000/appareil.6943>
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) (2014, mars). *Droits et libertés des âgés – Lancement de l'expérimentation de la Charte*

- de géolocalisation (p. 10). Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne.
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) (2023). *Situation des EHPAD privés non lucratifs : Enquête Atterrissage 2023*. https://www.senat.fr/rap/r23-778_mono.html
- Fédération Hospitalière de France (2024). *Enquête nationale FHF : Situation financière des EHPAD publics à fin 2023* [PDF]. <https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-04/Enqu%C3%AAt%20nationale%20FHF%20-%20situation%20financi%C3%A8re%20des%20EHPAD%20publics%20VDEF%20-%20synth%C3%A8se.pdf>
- Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et Services pour Personnes Âgées (FNADEPA) (2023). *Enquête flash : situation économique et ressources humaines des établissements et services pour personnes âgées*. <https://www.fnadepa.com/wp-content/uploads/2023/10/Enquete-FLASH-FNADEPA-2023-RH-Finances.pdf>
- Ferguson, Y. (2019). Ce que l'intelligence artificielle fait de l'homme au travail. Visite sociologique d'une entreprise. Dans F. Dubet (dir.), *Les mutations du travail* (pp. 23–42). Éditions La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.dubet.2019.01.0023>
- Folcher, V., & Rabardel, P. (2004). Hommes, Artefacts, Activités : perspective instrumentale. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 251-268). Paris : PUF.
- Fourcade, A. (2011). La prévention des chutes des résidents d'EHPAD dans le département de l'Ain. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/misp/fourcade.pdf>
- Fournier, P.-S., Montreuil, S. & Villa, J. (2013). Contribution à un modèle explicatif de la charge de travail : Le cas du service à la clientèle. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 68(1), 46–70. <https://doi.org/10.7202/1014741ar>
- France Travail (2024). *Fiche métier : Aide-soignant / Aide-soignante*. <https://candidat.francetravail.fr/metierscope/fiche-metier/J1501/aide-soignant-aide-soignante>
- Furendal, M., & Jebari, K. (2023). The future of work: augmentation or stunting?. *Philosophy & Technology*, 36(2), 36.
- Gamkrelidze, T. (2022). *Des discours aux réalités de la conception, du déploiement et des usages des systèmes d'Intelligence Artificielle dans les situations de travail* (Doctoral dissertation, HESAM Université).

- Garcia, F., Deslandes, H., Ravache, A.-E., Bitot, T., Chaumon, E., Milanini-Magny, G. & Estryn-Behar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.2516>
- Garrigou, A., Peeters, S., Jackson, M., Sagory, P. et Carballeda, G. (2004). 30. Apports de l'ergonomie à la prévention des risques professionnels. Dans P. Falzon *Ergonomie* (p. 497-514). Presses Universitaires de France. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/puf.falzo.2004.01.0497>.
- Garrigou, A., Thibault, S., Jackson, P., & Mascia, D. (2001). *Les rencontres dans le processus de conception : Agir sur les choix et décisions par l'échange entre les acteurs*. *Revue d'Ergonomie*, 45(3), 210-225. <https://doi.org/10.4000/pistes.3725>
- Gaudard, M. & Weill-Fassina, A. (1999). Point de vue ergonomique sur les facteurs psychosociaux de risques pour la santé. *Revue d'Ergonomie*, 1(1), 1-35.
- Gaudart, C., & Thébault, J. (2012). La place du care dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital. *Relations industrielles*, 67(2), 242-262. <https://doi.org/10.7202/1009086ar>
- Gentil, A., & Fernandez, S. (2020). *Les nouvelles formes de contrôle dans les organisations de travail : enjeux éthiques et pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Gérard, B. et Lemaire, C. (2024). II / Le scandale Orpea : la financiarisation des EHPAD par les politiques publiques ? L'état du management 2024 (p. 18-27). *La Découverte*. <https://shs-cairn-info.gorgone.univ-toulouse.fr/l-etat-du-management-2024--9782348082917-page-18?lang=fr>.
- Germain, É., Kirchner, C., & Tessier, C. (2022). *Pour une éthique du numérique*. Presses universitaires de France.
- Gernet, I. & Duarte, A. (2021). Santé psychique. In E. Brangier & G. Valléry (Éds.), *Ergonomie : 150 notions clés* (pp. 451–453). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brang.2021.01.0451>
- Gillet, G. (2014). *Approche instrumentale de l'activité d'enseignement en sciences et techniques des agroéquipements: le cas d'une formation professionnelle agricole* (Doctoral dissertation, Université Toulouse le Mirail-Toulouse II).
- Gmyrek, P., Berg, J. & Bescond, D. (2023). *Generative AI and jobs: A global analysis of potential effects on job quantity and quality* (Document de travail n°96). Organisation internationale du travail. <https://doi.org/10.54394/FHEM8239>
- Gollac, M. & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* (Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au

- travail). Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Gollac M., Volkoff S. (2002). La mise au travail des stéréotypes de genre : les conditions de travail des ouvrières, *Travail, genre et sociétés*, 8, 25-53
- Gonon, O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Pistes*, 5(1). <https://doi.org/10.4000/pistes.3336>
- Gonon, O., Barthe, B., & Gindro, G. (2009). Organisation du travail à l'hôpital : Comprendre l'articulation des temporalités pour agir sur la transformation des situations de travail. Actes du 44ème congrès de la SELF, 183-203. (Toulouse, 22-24 septembre).
- Gonzalez-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations ?* Labex ITEM. <https://hal.science/hal-01022115>
- Gouedard, C., & Rabardel, P. (2012). Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? *Pistes*, 14 (2), 1-29. Disponible : <http://pistes.revues.org/2808>
- Gras Gentiletti, M. (2022). *Soutenir la dimension constructive de l'activité instrumentée par des dispositifs techniques à base d'intelligence artificielle: Une approche développementale de la conception centrée sur le modèle du sujet capable* (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat en ergonomie. Université Paris VIII Vincennes–Saint-Denis).
- Gras Gentiletti, M., Bourmaud, G., Fréjus, M. & Decortis, F. (2022). Concevoir pour des activités instrumentées par des chatbots. *Activités*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/activites.7428>
- Grenouillet, C. (2024). *Compte-rendu de : "L'industrialisation de la vieillesse est-elle compatible avec l'éthique ? Une lecture des Fossoyeurs de Victor Castanet, Les Fossoyeurs, édition augmentée de dix chapitres inédits, 2023, J'ai lu, 512 pages [1ère édition 2022].* Lethictionnaire. <https://lethica.unistra.fr/lethictionnaire/article/victor-castanet-les-fossoyeurs>
- Grimand, A. (2012). L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences. *Management et Avenir*, 4, 237-257. DOI : 10.3917/mav.054.0237
- Grosjean, M. & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.7202/000249ar>
- Grosjean, V. & Ribert-Van De Weerd, C. (2005). Vers une psychologie ergonomique du bien-

- être et des émotions : les effets du contrôle dans les centres d'appels. *Le Travail Humain*, 68(4), 355–378. <https://doi.org/10.3917/th.684.0355>
- Grosjean, V. & Ribert-Van De Weerd, C. (2010). Travail émotionnel et identité dans la relation de service : le cas particulier des centres d'appels téléphoniques. In M.-E. Bobillier-Chaumon, M. Dubois, & D. Retour (Éds.), *La relation de service : Nouveaux usages, nouveaux acteurs* (pp. 101–122). De Boeck Supérieur.
- Groupe APICIL (2024). *Observatoire des arrêts de travail – Édition 2024*. <https://www.groupe-apicil.com/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-OAT-2024-VF.pdf>
- Grusenmeyer, C. (1991). *De l'analyse des communications à celle des représentations fonctionnelles partagées : une application à la relève de poste* (Thèse de doctorat, Université Paris 5). <https://theses.fr/1995PA05H004>
- Guedj, J. (2023). Repenser le modèle des EHPAD pour garantir le droit de vieillir dignement. *Servir*, 524(6), Article 6. <https://doi.org/10.3917/servir.524.0037>
- Guérin, J. (2013). Configurations d'activité collective et processus d'apprentissage lors de travaux pratiques. *Carrefours de l'éducation*, 2013/1(35), 179–195. <https://doi.org/10.3917/cdle.035.0179>
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (1997). Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie. Lyon ANACT.
- Guérin F., Pueyo V., Béguin P., Garrigou A., Hubault F., Maline J., Morlet T. (2021). Concevoir le travail, le défi de l'ergonomie. Toulouse: Éditions Octares. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 76(4), 822-824.
- Haute Autorité de Santé (2016). *La qualité de vie au travail dans les établissements de santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2057632/fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-de-sante
- Haute Autorité de Santé (2020). *Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter* (Réponse rapide n° 2). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter
- Haute Autorité de Santé (2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3322901/fr/referentiel-d-evaluation-de-la-qualite-essms
- Hecquet, M. (2011). Les EHPAD, lieux de vie, lieux de mort. *Le Journal des psychologues*, 287(4), Article 4. <https://doi.org/10.3917/jdp.287.0031>

- Hellemans, C. (2014). Charge émotionnelle. In P. Zawieja & F. Guarnieri (Éds.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 90–92). Paris : Seuil.
- Henderson, A., & Kyng, M. (1991). *There's No Place Like Home: Continuing Design in Use*. In J. Greenbaum & M. Kyng (Eds.), *Design at Work: Cooperative Design of Computer Systems* (pp. 219-240). Lawrence Erlbaum Associates.
- Hennion A., Vidal-Naquet P., 2015, « La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile », *European Journal of Disability Research*, 9 (3), p. 207-221.
- Heyden, I. & Mollo, V. (2013). Caractériser l'environnement de travail du soignant à domicile : un enjeu pour le développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient. *Activités*, 10(2). <https://doi.org/10.4000/activites.781>
- Holcman, R. (2017). Chapitre 23. La tarification à l'activité (T2A) Management hospitalier : Manuel de gouvernance et de droit hospitalier (p. 639-679). Dunod. <https://shs-cairn-info.gorgone.univ-toulouse.fr/management-hospitalier--9782100759002-page-639?lang=fr>
- Hosseraye, L. de la, Ferrari, A. M. & Girard, J. (2023). L'EHPAD-tiers-lieu : L'EHPAD de demain ? *Gérontologie et société*, 45(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/gsl.171.0083>
- Hubault, F. (1992). Le point de vue de l'activité de travail: comprendre autrement la performance de l'entreprise. NOULIN M., *Ergonomie, Mémento DEGE, Techni-plus*.
- Hubault, F. (1995). A quoi sert l'analyse de l'activité en ergonomie ? *Performances humaines et techniques*, Hors-série, 79–85.
- Hubault, F., & Bourgeois, F. (2001). La relation de service: une convocation nouvelle pour l'ergonomie. François Hubault, *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*, 5-32.
- Hylton Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K. & Donohue, P. (2015). *Addressing nurse fatigue and patient safety: Opioid use and the risk of burnout*. *Journal of Nursing Administration*, 45(11), 585–591. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000257>
- Iborra, M. (2017, 13 septembre). *Communication de Mme Monique Iborra, rapporteure de la mission « flash » sur les EHPAD*. Assemblée nationale. https://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/Mission_flash_EHPAD_communication_rapporteure_20170913.pdf
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS) & Inspection générale des finances (IGF).

- (2022). *Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites.gouv.fr/ehpad-du-groupe-orpea-publication-du-rapport-igas-igf>
- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) (2022). *Intelligence artificielle au service de la santé et sécurité au travail*. <https://www.inrs.fr/dam/inrs/CataloguePapier/ED/TI-PV-19.pdf>
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (2023). Statuts d'emploi. *Emploi, chômage, revenus du travail – Édition 2023*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7456873>
- Jany-Catrice, F., Delouette, I., Lefebvre-Chombart, A. et Nirello, L. (2023). 03. Compter les morts en EHPAD. La construction et la communication des données de mortalité en EHPAD durant la crise Covid. *Politiques & management public*, 40(2), 149-171. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3166/pmp.40.2023.0011>.
- Jeandel, C., & Guérin, O. (2021). *Unités de soins de longue durée et EHPAD : Rapport de mission*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative science quarterly*, 24(4), 602-611.
- Juchs, S. (2024). Les EHPAD à l'heure des technologies numériques. *Éthique & Santé*, 22(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2024.08.003>
- Kalsbeek, J. W. H. (1965). Mesure objective de la surcharge mentale : nouvelles applications de la méthode des doubles tâches. *Le Travail Humain*, 28(1/2), 121-132. <https://doi.org/10.3406/trahu.1965.1303>
- Kaptelinin, V., & Nardi, B. A. (2006). *Acting with technology: Activity theory and interaction design*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/5803.001.0001>
- Kaufmann, J. C. (2016). Préface à la quatrième édition. 128, 4, 7-8.
- Kerguelen, A. et Pigem, N. (2008). Chapitre VII. « Actogram Kronos » : un outil d'aide à l'analyse de l'activité. Dans H. Norimatsu et N. Pigem *Les techniques d'observation en sciences humaines* (p. 142-158). Armand Colin. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/arco.norim.2008.01.0142>.
- Kerr M.P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a sociotechnical perspective. *Journal of advanced nursing*, 37(2) : 125-134.
- Kherief Hella, 2019, *Le scandale des EHPAD : une aide-soignante dénonce le traitement indigne des personnes âgées*, en collaboration avec F. Carp, Paris, Hugo New Life.

- Klein, M. & Long, R. (2013). Charge émotionnelle et santé mentale au travail : une étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 45–62.
- Kostulski, K., Clot, Y., Litim, M. & Plateau, S. (2011). L’horizon incertain de la transformation en clinique de l’activité : une intervention dans le champ de l’éducation surveillée. *Activités*, 8(1), 129–145. <https://doi.org/10.4000/activites.2456>
- Krause, N., Scherzer, T. & Rugulies, R. (2005). Physical workload, work intensification, and prevalence of pain in low wage workers: Results from a participatory research project with hotel room cleaners in Las Vegas. *American Journal of Industrial Medicine*, 48(5), 326–337. <https://doi.org/10.1002/ajim.20221>
- LaborIA (2023). *Étude des impacts de l’IA sur le travail – Synthèse générale du rapport d’enquête du LaborIA Explorer*. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l’Insertion & INRIA. <https://www.laboria.ai/laboria-explorer-synthese-generale/>
- Lachance, L. (2006). La charge émotionnelle au travail : une revue de la littérature. *Revue québécoise de psychologie*, 27(2), 101–122.
- Lancelle, A. (2016). Mesure et dé-mesure du care. Une étude de cas à partir des Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cahiers du GRM. publiés par le Groupe de Recherches Matérialistes–Association, (10).
- Lancry, P.-J. (2009). Mission préparatoire à l’expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD pour le ministère de la santé et des Sports et le secrétariat d’Etat Chargé des Aînés. Document téléaccessible à l’adresse URL : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports/0000.pdf
- Lancry, A. (2016). *L’ergonomie*. QUE SAIS-JE.
- Landry, A., Hilaire, Y., & Laneyrie, E. (2025). Le vécu au travail des artistes du spectacle de rue: entre ressources et contraintes perçues. *Bulletin de psychologie*, 588(2), 77-90.
- Larbi, K., & Roy, D. (2019). *4 millions de seniors seraient en perte d’autonomie en 2050*. Insee Première, (1767). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949?utm>
- Lassalle, J. & Amelot, A. (2023). Appropriation de technologies pour la transition énergétique : apports de l’approche instrumentale. *Activités*, 20(2). <https://doi.org/10.4000/activites.8879>
- Lassalle, J., Amelot, A., Chauvin, C., & Boutet-Diéye, A. (2016). De l’artefact à la naissance de l’instrument pour la maîtrise de la consommation d’électricité: approche ergo-sociologique de la genèse instrumentale des smart-grids. *Activités*, 13(13-2).
- Laville, A. & Teiger, C. (1972, mai). Variables physiologiques liées à la posture en situation de travail et en laboratoire. Communication présentée au Colloque de la Société

- d'ergonomie de langue française (SELF) sur « La charge mentale », Amsterdam, Pays-Bas.
- Lanzara, G. F. (1986). La théorie de la conception entre problème solving et problème setting. In A. Demailly, J. L. Lemoigne (eds.). *Sciences de l'intelligence et sciences de l'artificiel*. Lyon: P.U.L.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. Dans P. Lascoumes et P. Le Galès *Gouverner par les instruments* (p. 11-44). Presses de Sciences Po. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011>.
- Laugier, S., & Molinier, P. (2009). Politiques du care. *Multitudes*, 3738(2), 74-75. <https://doi.org/10.3917/mult.037.0074>
- Laussu, J. (2017). « Charge de travail » et ergonomie. Histoire et mobilisation d'une notion. *Revue des conditions de travail*, (7), 109–117.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lebreton, S. (2020). Faire d'un EHPAD un lieu de vie et d'humanité, la passion d'une jeune directrice. *Le journal de l'École de Paris du management*, 144(4), 30-39. <https://doi.org/10.3917/jepam.144.0030>
- Le Bris, V. (2010). *Travail posté, conscience de la situation et modalités de la coopération : L'exemple des relèves de poste* (Thèse de doctorat en ergonomie). Université de Toulouse.
- Le Bris, V., & Barthe, B. (2013). Écrits de relève de poste : une activité continue. *Activités*, 10(1). <https://doi.org/10.4000/activites.532>
- Le Bris, V., Tirilly, G., & Toupin, C. (2015). Le rôle de l'expérience et du collectif en situation de relève de poste. *Pistes*, 17(1). <https://doi.org/10.4000/pistes.4504>
- Lefort B. (1982), « L'emploi des outils au cours de tâches d'entretien et la loi de Zipf-Mandelbrot », *Le Travail humain*, 45 (2), 307-316.
- Lemery, A. (2024). La série *Black Mirror* de Charlie Brooker : dystopie miroir ou miroir dystopique ? *Technologie et innovation*, 9(2), 1–16. https://www.openscience.fr/IMG/pdf/iste_techinn24v9n2_2.pdf
- Le Moigne, J. L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Bordas.
- Léontiev, A. N. (1981). *Problems of the development of the mind* (M. J. Hall, Trans.). Progress Publishers.
- Léontiev A.N., Lomov B.F. (1963). *Tchelovek i tehnika* (L'homme et la technique). Voprosy

- psychologii (Problèmes de psychologie), 5, 29-37.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1977). *Introduction à la psychologie du travail* (p. 195). Paris : Presses Universitaires de France.
- Leplat, J. (1980). La psychologie ergonomique (p.43-44). Presses universitaires de France.
- Leplat, J. (1997). Regards sur l'activité en situation de travail. Paris, PUF.
- Leplat, J. (2000). La charge mentale. In M. Jourdan & J. Theureau (Éds.), *Charge mentale : notion floue et vrai problème* (pp. 27–40). Octarès.
- Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 8(1), Article 8-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3101>
- Leplat, J., & Sperandio, J.-C. (1967). La mesure de la charge de travail par la technique de la tâche ajoutée. *L'Année Psychologique*, 67(1), 255–277. <https://doi.org/10.3406/psy.1967.27563>
- Le Roy, A., & Puissant, E. (2024). Perte de sens au travail dans les activités médico-sociales : Quelles marges de manœuvre pour les professionnelles ? *Sciences Sociales et Santé*, 42(1), 43-50. <https://doi.org/10.1684/ss.2024.0265>
- Libault, D. (2019). *Concertation : Grand âge et autonomie*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-concertation-grand-age-et-autonomie-dominique-libault-mars-2019/>
- Living Labs France. (2014). *Livre blanc des Living Labs : Vers un modèle collaboratif d'innovation pour la société*. <https://www.livinglabs-france.org/>
- Logeay, M., Villatte, R., & Pichenot, J.-C. (1992). Les soignants : de la mort de l'autre à la souffrance de soi. In M. Estryin-Béhar (Éd.), *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique* (pp. 603–619). ESTEM.
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217>
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans certains départements, à définir une prestation spécifique dépendance. *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000747703>
- Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000271094>

- Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019942966>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel de la République française*, n°0165, 22 juillet 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
- Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010. *Légifrance*. Consulté le 3 mai 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000021528998>
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. *Journal officiel de la République française*, n°0302, 29 décembre 2015. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031013315>
- Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 51. *Journal officiel de la République française*, n°0302, 31 décembre 2017. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036888443>
- Loriot, M. (2012). Répertoire d'actions et travail collectif dans l'activité des brigades de police secours. *Les Mondes du Travail*, (11), 27–42. <https://hal.science/halshs-00685273>
- Ly, T. (2021). L'autoconfrontation simple comme un outil d'analyse des entraves et développements de l'action didactique en classe de français *. *Annals of The University of Craiova, Series Psychology, Pedagogy*, 43(2), 89-99.
- Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., Chevé, D., & Boëtsch, G. (2008). Entrer et résider en maison de retraite: des relations de pouvoir autour du corps. *Revue française des affaires sociales*, (1), 191-204.
- Mackay, W. (1988). More than just a communication system : diversity in the use of electronic mail. Working paper, Sloan school of management, MIT.
- Mac Learn, A., & McKerlie, D. (1995). Narrowing the specification-implementation gap in scenario based design. In Carrol, J. M. (Ed.) *Scenario-based design. Envisioning work and technology in system development*. New York : John Wiley & Sons, 123-145.
- Maline J., 1994, *Simuler le travail : une aide à la conduite de projet*, 156 p., Montrouge et Lyon, Anact, Outils et Méthodes.
- Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T. & Toldre, C. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par*

- des personnels très engagés* (Les Dossiers de la DREES, n° 5).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>
- Martin, C. & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. In *Ergonomie* (pp. 603–619). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2004.01.0603>
- Martin, C. & Ramos-Gorand, M. (2017). Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire. *Économie et Statistique / Economics and Statistics*, 493, 53–69.
<https://doi.org/10.24187/ecostat.2017.493s.1912>
- McCarthy, J. (2007). *What is artificial intelligence?* [Manuscrit]. Stanford University.
<http://jmc.stanford.edu/articles/whatisai/whatisai.pdf>
- Meister, D. (1976). Behavioral foundations of system development. New York: Wiley.
- Ménard, J. (2007). *Pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin*. Ministère de la Santé. <https://www.vie-publique.fr/rapport/29438-pour-le-malade-et-ses-proches-chercher-soigner-et-prendre-soin>
- Mezzena, S., Stroumza, K. & Kramer, N. (2016). Un dilemme pratique à trancher depuis des valeurs logées dans l'activité : Conséquences pour la connaissance et la professionnalité des éducateurs. *Activités*, 13(2), Article 2.
<https://doi.org/10.4000/activites.2791>
- Minguy J. L. (1997), « Concevoir aussi dans le sillage de l'utilisateur », *International Journal of Design and Innovation Research*, n° 10, 59-78.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). *Sécur de la santé : Les conclusions*.
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2021). *Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>
- Molinier P. (2000) : Travail et compassion dans le monde hospitalier, Les Cahiers du Genre, n°28, pp. 49-70
- Molinier P., 2005, « Le “care” à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », *Raisons pratiques*. « Le souci des autres », *Éthique et politique du Care*, p. 299-316, Paris, Ehes. Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ psy*, 58(2), 161-174.
- Molinier, P. (2011). Le care à l'épreuve du travail : Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In P. Paperman & S. Laugier (Éds.), *Le souci des autres : Éthique et politique*

- du care (p. 339-357). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
<https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.11722>
- Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique* (Thèse de doctorat, CNAM, Paris).
- Mollo, V. (2021). La mise en débat des activités: cultiver la diversité pour co-construire des écosystèmes de travail capacitants. *Actes du 55 e Congrès de la SELF, L'activité et ses frontières. Penser et agir sur les transformations de nos sociétés*.
- Mollo, V. & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35(6), 531–540.
- Mollo, V., & Nascimento, A. (2013). Pratiques réflexives et développement des individus, des collectifs et des organisations. In *Ergonomie constructive* (pp. 207-222). Presses Universitaires de France.
- Morris, C. H. & Leung, Y. K. (2006). Pilot mental workload: How well do pilots really perform? *Ergonomics*, 49(15), 1581–1596. <https://doi.org/10.1080/00140130600857987>
- Moulias, R., Moulias, S. & Busby, F. (2010). Edito. La « bientraitance » : Qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33(133)(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/g.s.133.0010>
- Mousnier, E., Knaff, L., & Es-Salmi, A. (2016). Les cartes Dixit comme support aux représentations métaphoriques : un média d'intervention systémique sous mandat. *Thérapie Familiale*, 37(4), 363–373. <https://doi.org/10.3917/tf.164.0363>
- Morey, P. (2022). « La liberté en toute sécurité ». Analyse d'une tension morale et pratique du care via l'étude des dispositifs techniques de géolocalisation destinés aux résident·e·s dit·es « fugeur·euse·s » des EHPAD : de la séduisante promesse technologique aux difficiles appropriations. *Anthropologie & Santé*, (25). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.12223>
- Morlet-Haïdara, L. (2022). Les enjeux juridiques et éthiques de l'utilisation des technologies numériques en EHPAD. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2022(3), 51–62. <https://doi.org/10.3917/jdsam.223.0051>
- Muller, P. (2011). *Les politiques publiques* (9 e éd.), Paris, PUF. *Que sais-je*.
- Muller, M. (2017). *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Études et Résultats*, (1022). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/728-000-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes>
- Munoz, G., Parage, P., & Simonet, P. (2021). Clandestine activity among care assistants in France: Questions for training? In *Congress Scientific Track: Ergonomics Work*

- Analysis and Training at the 21st Triennial Congress of the International Ergonomics Association IEA2021*, Vancouver: 13-18 juin 2021.
- Nusshold, P. (2015). *Organisation du travail et souffrance psychique dans les activités de service: le cas des centres d'appel en Argentine* (Doctoral dissertation, Conservatoire national des arts et métiers-CNAM; Universidad de Buenos Aires).
- Nénin, F., & Lapart, S. (2011). *L'or gris*. Flammarion.
- Nicolas, L. (2000). L'activité de simulation en analyse fonctionnelle: vers des outils anthropocentrés pour la conception de produits automobiles. *Doctorat d'ergonomie, CNAM, Paris*.
- Nicolas-Gayot, C. (2022). *Apports de la télémédecine et de l'intelligence artificielle en gérontologie : Modélisation du besoin, stratégies de validation et de déploiement à l'échelle d'un territoire rural à faible densité médicale* (Thèse de doctorat, Université de Limoges). <https://theses.hal.archives-ouvertes.fr/tel-03978385>
- Nirello, L. (2015). *La construction problématique de la relation d'emploi dans l'économie sociale et solidaire (ESS) : les EHPAD, entre régulations publiques et régulations d'entreprise* (Thèse de doctorat, Université de Nantes). <https://theses.fr/2015NANT4021>
- Nosulenko V., Rabardel P. (1998). Ergonomie, psychologie et travail dans les pays de l'ex-URSS. Historique et spécificités du développement). In M.F. Dessaigue, I. Gaillard (s/d), *Des évolutions en ergonomie*. Toulouse : Éditions Octarès (p. 13-28).
- Noulin, M. (2002). *Ergonomie*. Toulouse : Octarès Editions.
- Noy, S., & Zhang, W. (2023). Experimental evidence on the productivity effects of generative artificial intelligence. *Science*, 381(6654), 187-192.
- OCDE (2023). *Perspectives économiques de l'OCDE, volume 2023, numéro 2*. Organisation de coopération et de développement économiques. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2023/11/oecd-economic-outlook-volume-2023-issue-2_6c587ffd/b07667cd-fr.pdf
- Faverge, J. M., & Ombredane, A. (1955). *L'Analyse du travail: Facteur d'économie humaine et de productivité*. FeniXX.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 10-L'analyse par questionnaire analytique. *Collection U*, 207-230.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. *Collection U*, 5, 269-357.
- Paperman, P., & Laugier, S. (2006). *Le souci des autres : Éthique et politique du care*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. <https://doi.org/10.4000/assr.4012>
- Parage, P., & Munoz, G. (2017). L'activité clandestine chez les aides-soignants en EPHAD: un enjeu pour les formateurs. In Actes du quatrième colloque international de didactique professionnelle : «Entre pressions institutionnelles et autonomie du sujet: quelles analyses de l'activité en situation de travail en didactique professionnelle.» Thème (Vol. 3).
- Hardey M., Payne S., Coleman P. (2000). Scraps : hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of advanced nursing*, 32(1) : 208-214.
- Pélissier, C. (2015). *Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* [Thèse de doctorat, Université Claude Bernard Lyon 1]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01366424>
- Penneau, A. & Or, Z. (2025). *Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Exemple de quatre indices de qualité* (Document de travail n° 92). Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/092-mesurer-la-qualite-des-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad.pdf>
- Pérez Toralla, M. S., & Morais, A. (2024). Compromis et arbitrages dans l'activité : réflexions à partir du modèle de double régulation. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 26(3). <https://doi.org/10.4000/pistes.8921>
- Petit, J. (2005). Organiser la continuité du service: intervention sur l'organisation d'une mutuelle de santé (Doctoral dissertation, Université de Bordeaux 2).
- Petit, J. & Dugué, B. (2011). Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(2). <https://doi.org/10.4000/pistes.3419>
- Petit, J., & Dugué, B. (2013). Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(2), Article 3419. <https://doi.org/10.4000/pistes.3419>

- Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@GRH*, 22(1), 31–54. <https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>
- Piaget, J. (1973). *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1977). Introduction : L'épistémologie des régulations. Dans A. Lichnerowicz, F. Perroux, G. Gadoffre (Eds.), *L'idée de régulation dans les sciences* (pp. I-XIII), Paris, Editions Maloine-Doin.
- Pierson, F. (2011). Pour un apprentissage de la lutte et de la résistance des cadres pour limiter leur souffrance au travail : les apports de la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth. *M@n@gement*, 14(5), 352–370. <https://doi.org/10.3917/mana.145.0352>
- Piquemal-Vieu, L. (1999). Vieillir chez soi ou en maison de retraite : Impact du lieu de vie sur la dynamique socio-personnelle (Thèse de doctorat, Université Toulouse II – Le Mirail). Sudoc. <https://www.sudoc.fr/224418130>
- Pizzinelli, C., Panton, A. J., Mendes Tavares, M., Cazzaniga, M. & Li, L. (2023). *Labor Market Exposure to AI: Cross-country Differences and Distributional Implications* (Document de travail n°2023/216). Fonds monétaire international. <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2023/10/04/Labor-Market-Exposure-to-AI-Cross-country-Differences-and-Distributional-Implications-539656>
- Podvin-Deleplanque, J., Dreuil, D., Huvent, D. & Puisieux, F. (2015). *Prévention des chutes en EHPAD. La Revue de Gériatrie*, 40(6), 353–362. <https://doi.org/10.1016/j.reger.2015.04.002>
- Poëte, B. et Rousseau, T. (2003), *La charge de travail : de l'évaluation à la négociation*, Collection Agir sur, éditions de l'Anact, 84 p.
- Proulx, S. (2005). Penser les usages des technologies de l'information et de la communication aujourd'hui : enjeux–modèles–tendances. In L. Vieira, & N. Pinède (Eds.), *Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels : Tome 1* (pp. 7-20). Bordeaux : Presses universitaires de Bordeaux.
- Quéinnec, Y. (2007). *Horário*. Laboreal, 3(N°2).
- Quéméner, G., De Bosscher, S., Afonso-Pires, C. & Rémy, L. (2022). L'effet du sens du travail sur l'intention de quitter des personnels soignants en EHPAD : Quel impact de la satisfaction au travail et de la charge de travail ? *Psychologie du travail et des organisations*, 29(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2022.11.001>
- Quillerou-Grivot, E., Clot, Y., & Lhuillier, D. (2014). La qualité du travail: un problème avant d'être une solution. *Qualité du travail, qualité au travail*, 141-159.

- Rabardel, P. (1995). Les Hommes et les technologies, approche cognitive des instruments contemporains, Paris, Armand Colin. En ligne: <http://ergoserv.psy.univparis8.fr/>
- Rabardel, P. (2005). 13. Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. In *Entre connaissance et organisation : L'activité collective* (p. 251-265). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.lorin.2005.01.0251>
- Rabardel, P., & Samurçay, R. (2006). De l'apprentissage par les artefacts à l'apprentissage médiatisé par les instruments. In *Sujets, activités, environnements* (pp. 31-60). Presses Universitaires de France.
- Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, (152), 60–68. <https://doi.org/10.3917/inso.152.0060>
- Raybois, M. (2014). La santé des soignants altérée par les relations. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(3), Article 16-3. <https://doi.org/10.4000/pistes.4072>
- Réjault, W., & Bertrand, C. (2009). Maman, est-ce que ta chambre te plaît?: survivre en maison de retraite. Privé.
- Rémy, C. (2004). L'espace de la mise à mort de l'animal : Ethnographie d'un abattoir. *Espaces et sociétés*, 118(3), 223-249. <https://doi.org/10.3917/esp.118.0223>
- Reynaud, J. D. (1995). Le conflit, la négociation et la règle. Toulouse, Octarès.
- Reynaud, F. (2020, décembre). *Le taux d'encadrement dans les EHPAD : ses déterminants et ses alternatives (Les Dossiers de la DREES, n° 68)*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>
- Rialle, V. (2007). *Les technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*. Ministère de la Santé et des Solidarités. https://www.approche-asso.com/wp-content/uploads/2020/07/2007_Rapport_Rialle.pdf
- Robert, M. & Favaro, P. (2013). Les conflits éthiques au travail en question. Rapport réalisé pour le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. <https://www.travail-emploi.gouv.fr/>
- Robinson, M. (1993). Design for unanticipated use. In G de Michelis, C. Simone and K. Schmidt (Eds.). *Proceedings of the third European conference on C.S.C.W.-ECSCW'93*, Milan. 187-202.
- Robson, C. (2011). *Real world research: A resource for users of social research methods in applied settings* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.

- Rocha, R. (2014). Du silence organisationnel au développement du débat structuré sur le travail : les effets sur la sécurité et sur l'organisation (Thèse de Doctorat, Université de Bordeaux 2).
- Rocha, R., Mollo, V., & Daniellou, F. (2017). Le débat sur le travail fondé sur la subsidiarité : Un outil pour développer un environnement capacitant. *Activités*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.4000/activites.2999>
- Rochas, A. (2025). De l'homo sapiens à l'homo amplificatus : une dystopie managériale. Dans A. Dubois, F. Lemoine & S. Pires (dir.), *Le temps des transitions : vers une société post-croissance* (pp. 95–111). Éditions du Seuil.
- Rocheftort, T. et Guérin, F. (2000), Organisation du travail, charge de travail, performance, Collection Études et documents, Éditions de l'Anact, 60 p.
- Rogalski, J. (2008). Le cadre général de la théorie de l'activité. Une perspective de psychologie ergonomique. La classe de mathématiques: activités des élèves et pratiques des enseignants, 23–30.
- Rolo, D. (2019). « Stratégies et idéologies défensives : La question des défenses de Travail, usure mentale à Souffrance en France »: Travailler, n° 42(2), 43-56. <https://doi.org/10.3917/trav.042.0043>
- Roubira, M. (2017). *Dixit* (3^e éd.). Libellud.
- Rousseau, J. (2017). La charge physique de travail : une dépense de l'organisme en réponse à une sollicitation externe. *La Revue des Conditions de Travail*, 7, 45–52. <https://www.anact.fr/sites/default/files/2023-12/rdct-2020-11.pdf>
- Roy, M. et Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches Qualitatives*, 32(2), 129-151.
- Salembier, P., & Pavard, B. (2004). Analyse et modélisation des activités coopératives situées : Évolutions d'un questionnement et apports à la conception. *Activités*, 1(1), 87–99. <https://doi.org/10.4000/activites.1170>
- Sawadogo, H. P. (s. d.). *Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées*. Consulté 13 janvier 2025, à l'adresse <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
- Schwartz, Y. (2000). Le paradigme ergologique ou le métier de philosophe. Toulouse : Octarès

- Schwartz, Y. (2009). Manifeste pour un Ergo-engagement. In Y. Schwartz, & L. Durrieu (Eds.), *Travail et Ergologie – entretiens sur l'activité humaine – Tome II. Chapitre 5/11*. Toulouse : Octarès
- Schwartz, Y. & Durrieu, L. (2003). *Travail et ergologie : Entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès Éditions. <https://doi.org/10.3917/ta.006.0025>
- Sénat (2024). *EHPAD : un modèle à reconstruire* (Rapport d'information n° 778, 2023-2024). Commission des affaires sociales. https://www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents_pdf/Rapport_information_Ehpad_presse.pdf
- Sénat (2024, 25 septembre). *Situation des EHPAD* (Rapport d'information n° 778, 2023-2024). Commission des affaires sociales. <https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-778.html>
- Simonet, P., Caroly, S., & Clot, Y. (2011). Méthodes d'observation de l'activité de travail et prévention durable des TMS : action et discussion interdisciplinaire entre clinique de l'activité et ergonomie. *@ctivités*, 8(1), 104–128. <https://doi.org/10.4000/activites.2481>
- Singh, I., Morgan, K., Belludi, G., Verma, A., & Aithal, S. (2015). Does nurses' education reduce their work-related stress in the care of older people? *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(1), 34-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.09.003>
- Sperandio, J. C. (1972). Charge De Travail Et Régulation Des Processus Opératoires. *Le Travail Humain*, 35(1), 85-98.
- Sperandio, J.-C. (1972). Charge de travail et variations des modes opératoires. *Bulletin de psychologie*, 25(302), 1068-1073. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1972.10377>
- Strelkova O. & Pasichnyk O. (2017), *Three Types of Artificial Intelligence*, Khmelnytsky National University
- Supiot, A. (2015). *La gouvernance par les nombres : Cours au Collège de France (2012-2014)*. Paris : Fayard.
- Teiger, C. (1987). L'organisation temporelle des activités. In C. Lévy-Leboyer & J.-C. Spérandio (Eds.), *Traité de psychologie du travail* (pp. 659-682). Paris : PUF.
- Teiger, C., & Laville, A. (1989). Expression des travailleurs sur leurs conditions de travail.
- Théry, C. (2006). *Le travail intenable*. Presses Universitaires de France.
- Theureau, J. (2002). La notion de charge mentale est-elle soluble dans l'analyse du travail, la conception ergonomique et la recherche neuro-physiologique. *Charge mentale: Notion floue et vrai problème*, 41-70.

- Theureau, J., & Jeffroy, F. (1994). *Ergonomie des situations informatisées. La conception centrée sur le cours d'action des utilisateurs*. Toulouse : Octarès.
- Topçu, H. (2021). *Technologies et travail : pour une appropriation par les professionnels de santé*. Paris : Éditions de l'ATIH.
- Tran, A., Nguyen, K.-H., Gray, L. & Comans, T. (2019). A systematic literature review of efficiency measurement in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2186. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122186>
- Trépied, V. (2016). *Solitude en EHPAD. L'expérience vécue de la relation soignante*. *Gérontologie et société*, (149), 91–104. <https://doi.org/10.3917/gsl.149.0091>
- Tricot, A. (2021). *La charge cognitive : Théorie et applications*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brang.2021.01.0148>
- Trouche L. (2004). Managing the Complexity of Human/Machine Interactions in Computerized Learning Environments: Guiding Student's Command Process Through Instrumental Orchestrations. *International Journal of Computers for Mathematical Learning*, Vol. 9, n°3, p.281-307.
- Van De Weerd, C. & Baratta, R. (2016). *L'analyse de l'activité et des émotions : regard sur une méthode en évolution à partir d'une étude de cas*. *Le Travail Humain*, 79(1), 31–52. <https://doi.org/10.3917/th.791.0031>
- Van Harrison, R. (1978). Person-environment fit and job stress. In C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Stress at work* (p. 175-208), Chichester, UK, J. Wiley.
- Vatan S. (2014), La tarification des services d'aide à domicile. Une analyse institutionnaliste par le rôle paramétrique du prix, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Lille 1, <https://ori-nuxeo.univ-lille1.fr/nuxeo/site/esupversions/c9f9362b-d49f-4437-9fe7-9b0463ad5c4b>.
- Vaysse, J.-M. (1993). La relation soignant-soigné : une confrontation émotionnelle. *Le Travail Humain*, 56(1), 45–58. <https://doi.org/10.3406/trahu.1993.1286>
- Vermersch, P. (2019). Entretien d'explicitation. In *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 340-342). Éres.
- Vézina, M. (2011). La détresse éthique. *Le partenaire*, 20(1), 20-21.
- Viau-Guay, A. (2014). L'intégration des savoirs théoriques, pratiques et d'autorégulation chez les apprenants : Analyse de l'activité d'enseignants en formation professionnelle et contribution à la formation à l'enseignement. *Activités*, 11(2), Article 2. <https://doi.org/10.4000/activites.965>
- Vicente, K.J. (1999). *Cognitive Work Analysis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Vidal-Gomel, C. (2020). *Conception de formation centrée sur l'activité : Élaborer une conduite de projet intégrant le travail des concepteurs*.
- Vie publique (2024, 8 avril). *Loi du 8 avril 2024 d'orientation et de programmation pour le bien vieillir*. <https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad>
- Villez A., 2007, « Ehpad. La crise des modèles », *Gérontologie et société*, n° 123, p. 169-184.
- Vygotsky, L.S. (1934). *Pensée et langage*. Paris : éditions sociales, 185.
- Watzlawick p., Weakland J. h., Fisch r. (1975), *Changements, paradoxes et psychothérapie*, paris, éditions du seuil.
- Weber, M. (1947). *The theory of social and economic organization* (A. M. Henderson & T. Parsons, Trans.). Free Press. (Original work published 1922)
- Ribert Van De Weerd, C. (2021). Care et soins intégrés. Dans Sous la direction d'É. Brangier et G. Valléry *Ergonomie : 150 notions clés* (p. 145-148). Dunod. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/dunod.brang.2021.01.0145>
- Weil-Fassina, A. & Rabardel, P. (2010). Point de vue ergonomique sur les facteurs psychosociaux de risques pour la santé. *Revue d'Ergonomie*, 1(1), 1-35.
- Weill-Fassina, A. & Rabardel, P. (2011), *Point de vue ergonomique sur les facteurs psychosociaux de risques pour la santé*. Revue de questions réalisée pour le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. En ligne : <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Ergonomie.pdf>.
- Weill-Fassina, A., Rabardel, P., & Dubois, D. (1993). *Représentations pour l'action*. Toulouse : Éditions Octarès.
- Wisner, A. (1974). Contenu des tâches et charge de travail. *Sociologie du travail*, 16(4), 339–357. <https://doi.org/10.3406/sotra.1974.1800>
- Wisner, A. (1981). Organizational stress, cognitive load and mental suffering. In G. Salvendy & M. J. Smith (Eds.), *Machine pacing and occupational stress* (pp. 556–564). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.3917/trav.034.0031>
- Wisner, A. (1989). Fatigue and human reliability revisited in the light of ergonomics and work psychopathology. *Ergonomics*, 32(7), 891-898.
- Wisner A. (1995), « Understanding problem building : Ergonomic work analysis », *Ergonomics*, 38, 1542-1583.
- Wisner, A. (2015). Ergonomie et psychopathologie du travail. *Travailler*, 34(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/trav.034.0031>
- World Health Organization (2017). *Delivering quality health services: A global imperative for*

- universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>
- Xing-Bongioanni, J. (2022). Un groupe professionnel mis à mal par un outil néo-managérial ? Le cas des médecins coordonnateurs en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). In D. Thomas (Dir.), *Sociologie des pratiques coopératives et participatives en santé* (pp. 237-249). Éditions de l'IRDES.
<https://hal.science/hal-04106744>
- Xing-Bongioanni, J. & Billaud, S. (2021). Vivre en EHPAD : Un cumul des inégalités sociales ? In G. Fauré & S. Sédillot (Éds.), *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement* (pp. xx–xx). CEPRISCA. <https://hal.science/hal-04106732>
- Young, G., Zavelina, L. & Hooper, V. (2008). Assessment of workload using NASA Task Load Index in perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(2), 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2008.01.008>
- Zacklad, R. (2016). Le drame social du travail dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en institution. *Vie sociale*, 2016/2(14), 141–153.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.162.0141>
- Zacklad, M. (2018). *Intelligence Artificielle: représentations et impacts sociétaux* (Doctoral dissertation, cnam).
- Zarifian, P. (1995). Coopération, compétence et système de gestion dans l'industrie : la recherche de cohérence. In Actes du 5e congrès de l'AGRH. Montpellier, France. Novembre, 15-20.

Annexe 1

Thèmes	Questions générales
Caractéristiques du travail des AS	1. Comment définiriez-vous la mission/le cœur de votre métier ? 2. Décrivez-moi ce que vous faites du début à la fin de votre activité ? 3. Qu'est-ce qui peut impacter la réalisation de vos tâches ? (imprévus) 4. A quoi faites-vous attention lorsque vous réalisez vos tâches ? 5. Quelles compétences/qualités professionnelles faut-il avoir pour réaliser ces tâches ? 6. Qu'est-ce que signifie selon vous prendre soin des résidents ?
Exigences au travail	7. Quelles sont les tâches les plus exigeantes ? 8. A quel moment de la nuit, ressentez-vous une pression du temps ? 9. Comment gérez-vous ces périodes plus intenses ? 10. Quelles stratégies mettez-vous en place ? 11. Quel impact cela a sur vous ? (efficacité, santé)
Relations avec les résidents	12. Concernant le résident, quels sont les plus grandes difficultés rencontrées ? 13. Comment gérez-vous ces difficultés ? 14. Comment la connaissance des résidents vous aident dans la réalisation de vos tâches ? (pathologie, transmission) 15. Comment la relation avec le résident impacte votre travail ? (confiance) 16. Que mettez-vous en place pour respecter le bien-être des résidents ? (sommeil, change, escarres)
Travail collectif	17. Est-ce que vous discutez régulièrement de votre métier avec vos collègues ? 18. Quel est l'impact du collectif sur la reconnaissance de votre travail ? 19. Est-ce que vous avez des objectifs de travail inatteignable ? Comment faites-vous ? 20. Quel est l'organisation des temps d'échanges avec la hiérarchie ?
Unité Protégée	21. Quelles sont les spécificités du travail en UP ?
Expérience professionnelle	22. Comment jugez-vous l'importance de l'expérience professionnelle dans la réalisation de vos tâches ?
Qualité du travail Reconnaissance Valeurs professionnelles	23. Comment faites-vous pour conserver la prise en charge des résidents malgré les contraintes (temporelles et de sous-effectif) ? 24. Est-ce que vous vous sentez reconnu dans votre travail ? et pourquoi ? 25. Est-ce que vous pouvez réaliser votre travail dans les meilleures conditions ? (routine ?) 26. Est-ce que vous êtes en accord avec vos valeurs professionnelles ?
Travail de nuit	27. Pourquoi avoir choisi le travail de nuit ? 28. Quelles sont les spécificités de votre travail la nuit ? 29. Le niveau de responsabilisation est-il plus élevé ? Pourquoi ? 30. Comment gérez-vous l'isolement ? 31. Quelles sont les situations d'urgences et comment les gérez-vous ?
Questions système : comparaison appels malade	32. Appels malade : Est-ce que vous renseignez les appels malades ? (accès à des log/stats/ temps d'intervention)

Annexe 2

Thèmes	Questions générales
Apprentissage	• Est-ce que vous avez des questions sur le fonctionnement du dispositif (application) ? • Est-ce que la formation, le flyer et la vidéo suffisent pour comprendre l'utilisation ? • Qu'est-ce que vous aimeriez avoir en plus ?
Utilité du système d'IA (IA) <i>(impression générale, efficacité)</i>	<u>Organisation du travail et de l'utilisation du système d'IA</u> • Pouvez-vous m'expliquer l'organisation de votre travail ? • Dans quelles situations de travail utilisez-vous le système ? <u>Fonctionnalité : alertes et icônes</u> • Est-ce que les fonctionnalités sont suffisamment adaptées à votre travail ? • Est-ce que les alertes/icônes sont pertinentes ? • Est-ce qu'il y a des alertes que vous trouvez inutiles ? <u>Alertes non détectées</u> • Est-ce qu'il y a eu des alertes non détectées ? • Pour quelles motifs ? (chutes, etc) <u>Spécificités de certains résidents</u> • Y-a-t-il des résidents qui nécessitent une prise en charge spécifique ? (oxygène) <u>Impression générale</u> • Quels avantages/inconvénients ressortez-vous de l'utilisation du système d'IA dans votre travail ? • Est-ce que l'utilisation du système d'IA vous impose des contraintes particulières ?
Utilisabilité de l'application et du smartphone <i>(compréhension de l'application)</i>	• Avez-vous rencontré des difficultés dans l'utilisation de l'application et du téléphone ? • Y-a-t-il des contenus jugés utiles/inutiles ? • Le portable fonctionne correctement ? • Est-ce qu'il vous impose des contraintes particulières ?
Impact sur les conditions de travail	• Quel impact, il a sur la qualité des soins/de la prise en charge ? • Est-ce que vous avez l'impression qu'il permet d'améliorer vos conditions de travail ? (gain de temps, réduction de la surveillance, priorisation des urgences)
Suggestions d'amélioration	• Quelles améliorations aimeriez-vous apporter dans l'utilisation du système d'IA ? ○ Besoins dans le travail : nouvelles fonctionnalités ○ Utilisation de l'application ○ Utilisation du smartphone (stylet, protection)

Annexe 3

Grille d'observation :									
H	Lieu	Nb sgnt	Evènements	Passage chambre	Etat du résident	Actions		Verbalisations	Autre
						Actions	Explications d'actions non réalisées/réalisées en plus		

Annexe 4

Objectif de l'entretien :

- ➔ L'objectif de l'entretien, c'est de comprendre comment vous répondez aux objectifs de prise en charge des résidents dans les situations avec et sans le dispositif.
- ➔ Enregistrement : facilite la prise de note / anonymisation

Confidentialité :

Grille entretien AS		
Thèmes	Questions générales	Eléments de l'activité
Questions personnelles	Est-ce que vous pouvez vous présenter d'abord : 1. Age 2. Type de contrat 3. Expérience dans le métier en nombre d'année 4. Ancienneté dans l'EHPAD en nombre d'année 5. Formation	
Sens attribué au métier d'AS <i>(sens du travail, identité de métier, formes de reconnaissances, différence entre travail idéal et travail réel)</i>	Pour commencer, je vais vous distribuer des cartes d'un jeu qui s'appelle DIXIT, avec des dessins imagés. En pensant à cette journée de travail et à toutes les autres, vous devez en choisir 2 qui sont représentatives de votre métier : Interroger les AS sur le sens, l'identité du métier et la reconnaissance 1. Qu'est-ce qui vous a orienté vers le métier d'aide-soignant ? 2. Quel sens attribuez-vous à ce métier ? 3. Quel est votre rapport avec la vieillesse et la fin de vie des résidents ? Comment ça vous impacte au travail ? 4. Avez-vous le sentiment d'avoir les moyens de faire un travail de qualité ? Pourquoi ? 5. Est-ce que vous vous sentez reconnu dans votre travail ? (résident, familles, collègues, hiérarchie) 6. Quelles sont les situations où vous vous sentez remis en cause dans votre travail ?	Interroger les AS sur le sens, l'identité du métier et la reconnaissance en s'aidant des images dixit (prendre en photo les images choisies) ➔ Choisissez 2 cartes représentatives de votre métier et expliquez pour quelles raisons vous les avez choisies. ➔ Choisissez 2 cartes représentatives selon vous du réel de votre métier, le travail du quotidien, de tous les jours et expliquez pour quelles raisons vous les avez

	7. Quelles sont les tâches les plus contraignantes du travail d'AS ? (physiquement, résident, famille, collègues) 8. Quelles seraient les conditions de travail idéales du métier d'AS ? 9. Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place ou changer dans l'organisation ?	choisis. (faire émerger les compromis et contraintes liées à l'activité) ➔ Choisissez 2 cartes les plus représentatives des conditions idéales d'exercice du métier d'AS et expliquez pour quelles raisons vous les avez choisis (analyser la cohérence ou l'incohérence entre travail réel et travail idéal)
Arbitrages et impact éthique	Maintenant, je vais lister des situations que j'ai observées et pour lesquelles j'aimerais avoir davantage d'explications : 10. Liste d'arbitrage : quelles sont les raisons de ces choix ? Qu'est-ce que tu priorises à ce moment-là ? Quel sont les consignes/directives ? a. Actions non réalisées (prescriptions, temps, sous-effectifs) b. Actions réalisées en plus (prendre soin du résident) 11. Quel est l'impact du manque d'effectifs et de temps sur la prise en charge des résidents ? 12. Comment gérez-vous les dotations et quel peut être l'impact sur la prise en charge ? 13. Comment gérez-vous les périodes avec une forte charge de travail ?	Lister les situations où l'AS n'a pas pu réaliser ce qu'elle souhaitait faire sur le moment (valeurs, décisions et compromis) : ➔ Choix à faire entre les objectifs personnels, l'organisation, les collègues, le résident, la famille
Qualité du soin	14. Qu'est-ce que signifie selon vous une prise en charge de qualité ? 15. Comment définiriez-vous, dans la pratique, la bientraitance d'un résident ? 16. A partir de quelle limite jugez-vous un soin inacceptable ? 17. Quelles sont les situations dans lesquelles vous vous sentez en désaccord avec vos valeurs personnelles ? Comment ça vous impacte ? 18. Quel a été l'impact de la COVID de ce point de vue-là ? 19. Comment la connaissance des résidents ou l'expérience professionnelle impacte la prise en charge des résidents ? 20. Quelles sont selon-vous les compétences et qualités nécessaires dans la prise en charge des résidents ? (techniques, relationnelles, collectives, éthiques et comportementales)	

Impact ressources humaines, temporelles et techniques	21. Quel peut-être l'impact du manque d'effectifs et de temps sur la prise en charge des résidents ? 22. Comment gérez-vous les dotations et quel peut être l'impact sur la prise en charge ?	
Collectif de travail	23. Quelle est l'importance du collectif de travail dans la prise en charge des résidents ? 24. Comment l'équipe précédente peut impacter votre travail et comme le gérer vous ?	
Résident	25. Concernant le résident, en quoi le niveau de dépendance des résidents peut impacter votre travail ? Comment gérez-vous les résidents lourds ? 26. Qu'est-ce qui va impacter le besoin de surveillance d'un résident ? 27. Comment la connaissance des résidents ou l'expérience professionnelle impacte la prise en charge des résidents ? 28. Quelles sont selon-vous les compétences et qualités nécessaires dans la prise en charge des résidents ? (techniques, relationnelles, collectives, éthiques et comportementales)	

Annexe 5

Grille entretien Directrice	
Objectif de l'entretien : ➔ Demande de consentement	
Thèmes	Questions générales
Spécificité de l'EHPAD et rôle de la direction	1. Pour commencer, quelle sont les spécificités de l'établissement ? (historique, fonctionnement) 2. Pouvez-vous me décrire votre fonction au sein de l'établissement ? (enjeux médico-sociaux, gestion administrative, financière et logistique)
Financement et budget	3. Comment fonctionne concrètement le financement de votre établissement ? a. Financement tripartite : hébergement, soins et dépendance 4. Comment fonctionne concrètement l'évaluation de la dépendance dans votre EHPAD ? a. coupe pathos : évaluer tous les 5 ans (demande de tracer) b. Grille AGGIR 5. Qu'est-ce que les indicateurs exigent de vous ? (ARS, traçabilité, rôle du médecin) 6. Comment l'établissement anticipe-t-il l'évolution du niveau de dépendance des résidents dans le cadre de son équilibre budgétaire ? (stratégie de tri des résidents) 7. Concernant les budgets, en dehors du personnel, comment trouver vous des financement ? (ex : matériel, technologie) /ou quels financements existent-ils ? 8. Comment percevez-vous l'évolution du secteur des EHPAD et quelles sont, selon vous, les réformes prioritaires ? 9. Avez-vous observé un changement dans le contrôle ou les exigences des autorités (ARS, Département) ces dernières années ? 10. Pensez-vous que les réformes en cours ou à venir vont dans le bon sens pour l'EHPAD et ses équipes ?
Politique de sélection/admission des résidents	11. Comment ce financement impacte-il la sélection des résidents ? 12. Comment est géré le taux d'occupation de votre établissement ? 13. Est-ce que vous avez constaté que le niveau de dépendance des résidents augmente ? 14. Quels sont les principaux défis rencontrés dans la prise en charge des résidents aujourd'hui ?

Politique de recrutement du personnel soignant	15. Comment ce financement impacte-il le recrutement du personnel soignant ? le taux d'encadrement ? 16. Quelles sont les difficultés de recrutement ? avez-vous recours à des agences d'intérim ? 17. De quelle manière essayez-vous de fidéliser le personnel soignant ? 18. Quelle est votre politique concernant les « faisant fonction » ? (politique RH, fidélisation, développement compétences, valorisation de l'expérience) 19.
Organisation et conditions de travail	20. Comment percevez-vous l'impact des contraintes budgétaires sur les conditions de travail des soignants ? 21. Comment les équipes expriment-elles leurs difficultés ? Existe-t-il des espaces de discussion formalisés (groupes de parole, réunions, etc.) ? 22. Quel est le taux de turnover (arrêt maladie, mise en retrait, accidents du travail)
Absentéisme	23. Quelles sont les principales causes d'absentéisme identifiées dans votre établissement (maladie, épuisement, conditions de travail, contraintes personnelles...) ? 24. Comment les absences et le turnover influencent-ils l'organisation quotidienne des soins et la continuité de la prise en charge ?

Annexe 6 :

Grille observation												
Consignes avant le début de l'observation : - Demander aux AS de dire à haute voix : - Ce qu'elles regardent quand elles utilisent le système d'IA (icônes notamment) - De décrire la manière dont elles utilisent l'application lors d'une alerte (différentes étapes) - De décrire les apports et les contraintes lors de l'utilisation du système d'IA												
H	Lieu	Nb AS	évènements	Passage chambre	Etat résident	Actions réalisées	Fonctionnalités mobilisées		Impact système (questionnements interruptifs)		Verbalisations AS	Autre
							Alertes Icônes Autres Aucune	Description utilisation	Apports	Difficultés/Contraintes		

Annexe 7

Grille entretien AS		
Objectif de l'entretien : ➔ L'objectif de l'entretien, c'est de comprendre comment vous répondez aux objectifs de prise en charge des résidents dans les situations avec et sans système. ➔ Enregistrement (confidentialité) : facilite la prise de note / anonymisation ➔ Demande de consentement		
Thèmes	Questions générales	Eléments de l'activité
Questions personnelles	Est-ce que vous pouvez vous présenter d'abord : 1. Age 2. Type de contrat 3. Expérience dans le métier en nombre d'années 4. Ancienneté dans l'EHPAD en nombre d'années 5. Formation	
Sens attribué au métier d'AS	6. Qu'est-ce qui vous a orienté vers le métier d'aide-soignant ? 7. Quel sens attribuez-vous à ce métier ? 8. Quel est votre rapport avec la vieillesse et la fin de vie des résidents ? Comment ça vous impacte au travail ? 9. Avez-vous le sentiment d'avoir les moyens de faire un travail de qualité ? Pourquoi ? 10. Est-ce que vous vous sentez reconnu dans votre travail ? 11. Quelles sont les situations où vous vous sentez remis en cause dans votre travail ? 12. Quelles seraient les conditions de travail idéales du métier d'AS ? 13. Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place ou changer dans l'organisation ?	

Arbitrages et impact éthique	Sans système	Maintenant, je vais lister des situations que j'ai observées et pour lesquelles j'aimerais avoir davantage d'explications : Liste des situations sans l'utilisation du système d'IA : 14. Quelles sont les raisons de ces choix ? 15. Qu'est-ce que vous priorisez à ce moment-là ? (résident, continuité des soins) 16. Qu'est-ce qui est important pour vous à ce moment-là ? 17. Qu'est-ce que vous visez ? 18. Qu'est-ce que vous cherchez à éviter ? 19. Est-ce que ça vous impacte d'un point de vue éthique ?	➔ Lister les arbitrages (horaire, n° de chambre, action réalisée) pour expliciter avec l'AS pour les situations dans lesquelles l'AS a dû : • prendre une décision pour garantir une prise en charge personnalisée (répondre aux demandes, prises d'initiative) • renoncer à une prise en charge personnalisée (compromis, prioriser selon le degré d'urgence)
	Avec système	Liste des situations avec l'utilisation du système d'IA : 20. Pour quelles raisons vous utilisez ces fonctionnalités ou pas ? (processus d'utilisation) 21. Quel a été l'apport ou les difficultés/contraintes de cette utilisation dans votre travail ? 22. Qu'est-ce que vous priorisez à ce moment-là ? (résident, continuité des soins) 23. Système a-t-il permis d'assurer une prise en charge optimale du résident ? Pour quelles raisons ?	
Qualité du soin		24. Qu'est-ce que signifie selon vous une prise en charge de qualité ? 25. Comment définiriez-vous, dans la pratique, la bientraitance d'un résident ? 26. A partir de quelle limite jugez-vous un soin inacceptable ? 27. Quelles sont les situations dans lesquelles vous vous sentez en désaccord avec vos valeurs personnelles ? Comment ça vous impacte ? 28. Quel a été l'impact du COVID de ce point de vue-là ? 29. Comment la connaissance des résidents ou l'expérience professionnelle impacte la prise en charge des résidents ? 30. Quelles sont selon-vous les compétences et qualités nécessaires dans la prise en charge des résidents ? (techniques, relationnelles, collectives, éthiques et comportementales)	
Impact ressources humaines, temporelles et techniques		31. Quel peut-être l'impact du manque d'effectifs et de temps sur la prise en charge des résidents ? 32. Comment gérez-vous les dotations et quel peut être l'impact sur la prise en charge ?	
Collectif de travail		33. Quelle est l'importance du collectif de travail dans la prise en charge des résidents ? 34. De quelle manière la continuité des soins (équipe d'avant et d'après) peut vous impacter ?	

Résident	Avec et sans système	35. Concernant les résidents : a. En quoi le niveau de dépendance des résidents peut impacter votre travail ? b. En quoi le besoin de surveillance d'un résident peut impacter votre travail ?	➔ Liste des n° de chambre dans lesquelles les AS sont intervenues.
	Avec système	36. Pour quels profils de résident système est-il le plus pertinent ? 37. Dans quelle mesure système peut-il favoriser une meilleure connaissance des résidents ?	
Attentes et compréhension du système d'IA		Attentes En premier lieu, qu'attendiez-vous de l'utilisation du système d'IA en ce qui concerne : 38. La prise en charge des résidents 39. La charge de travail 40. L'impact sur vos conditions de travail 41. Avez-vous eu de l'appréhension à utiliser système ? Pour quelles raisons ? Apprentissage 42. Est-ce que système vous a semblé facile à comprendre et à utiliser ? Pour quelles raisons ?	
Impact du système d'IA sur la charge de travail et le sens au travail		43. Système vous soulage-t-il dans votre travail ? Pour quelles raisons ? 44. Avez-vous le sentiment que l'utilisation de cet système vous permet de faire un travail de qualité ? Pour quelles raisons ? 45. Est-ce que l'utilisation du système d'IA participe à donner du sens à votre métier ? Pour quelles raisons ? 46. Est-ce que l'utilisation du système d'IA a un impact sur votre qualité de vie au travail ?	
Suggestion d'amélioration du système d'IA		47. En repensant à cette journée de travail, y'a-t-il des situations de travail où vous auriez aimé qu'il ait une utilité ? 48. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter dans l'utilisation de cet système ?	
Satisfaction générale du système d'IA		49. Est-ce que vous avez envie de continuer à utiliser système ? 50. De manière générale, êtes-vous satisfait du système d'IA ?	

Annexe 8

Grille d'entretien	
Objectif de l'entretien : ➔ L'objectif de l'entretien c'est de comprendre plus précisément : - o Le fonctionnement de l'EHPAD (budgétaire, sélection et admission des résidents) - o l'organisation du travail des équipes aides-soignantes et sa gestion - o L'utilisation et l'impact du système d'IA ➔ Enregistrement : facilite la prise de note / anonymisation ➔ Demande de consentement	
Thèmes	Questions générales
Spécificité de l'EHPAD et rôle de la direction	25. Pour commencer, quelle sont les spécificités de l'établissement ? (historique, fonctionnement) 26. Pouvez-vous me décrire votre fonction au sein de l'établissement ? (enjeux médico-sociaux, gestion administrative, financière et logistique)
Politique de sélection/admission des résidents	27. Quels critères impactent l'attractivité d'un EHPAD ? 28. Sur quels critères, les résidents sont admis au sein de votre établissement ? (GIR) 29. Comment les tarifs de soin sont fixés ? 30. Comment est géré le taux d'occupation de votre établissement ?
Financement et budget	31. Comment fonctionne le financement de votre établissement ? Différences avec le publique ? a. Financement tripartite : hébergement, soins et dépendance 32. Comment impacte-il le recrutement du personnel soignant ? Au niveau du ratio aide-soignant/résident ? 33. Quelle est la différence avec celui qui va permettre le financement d'un dispositif ?
Système	Attentes 34. En premier lieu, comment avez-vous connu système ? 35. Qu'est-ce qui vous a intéressé au départ dans le dispositif ? 36. A quoi souhaitiez-vous qu'il réponde ? Quelles attentes ? a. La prise en charge des résidents b. La charge de travail c. L'impact sur les conditions de travail des AS 37. Y avait-t'il de l'appréhension à utiliser système ? Pour quelles raisons ? 38. Quels changements ont été apportés dans le prescrit pour intégrer système dans l'organisation ? 39. Pourquoi avoir fait le choix de laisser les téléphones aux agents d'hôtellerie le matin plutôt qu'aux AS ? Satisfaction générale

	40. Est-ce que vous avez vu des changements pour les résidents ? Les familles ? 41. Est-ce que vous avez vu des changements sur les aides-soignantes ? Leurs conditions de travail ? 42. Par rapport aux médaillons, que vous apporte système ? 43. Globalement, quel est votre retour par rapport à l'utilisation du système d'IA ? (avantages et inconvénients) 44. Comment envisagez-vous la suite de l'utilisation du système d'IA ?
Organisation du travail	25. Comment s'organise les différents roulements des équipes de matin, après-midi et nuit ? Quels sont les différentes organisations horaires des AS ? 26. Comment est organisée la composition des équipes (binômes, statuts) ? a. Quelle est l'organisation entre les différents postes : ASH, AS, hôteliers, infirmières b. Y'a-t-il des consignes particulières au niveau de l'entraide ? 27. Quelles sont les spécificités des secteurs ?
Politique de recrutement du personnel soignant	45. Y'a-t-il des exigences concernant les AS diplômés ou non ? 46. De quelle manière le manque d'attractivité du métier d'aide-soignant peut être un frein dans le recrutement ? 47. De quelle manière essayez-vous de fidéliser le personnel soignant ? Système en fait-il parti ?
Absentéisme	28. Comment sont gérées les absences prévues et imprévues (arrêts) ? 29. Quel est l'organisation de travail en mode dégradé ? (consignes particulières ?) 30. Quel est l'impact des absences imprévues ou du turnover sur la prise en charge des résidents ? 31. Quelles sont les raisons de ces absences ? Majoritairement ?
Résidents	48. En termes de qualité de prise en charge des résidents, quelle est la conception de l'établissement ? 49. Quelles sont les obligations vis-à-vis des résidents et des familles ? 32. Comment est organisée le placement des résidents ? (selon le GIR, la pathologie) 33. Y'a-t-il des restrictions en termes d'aménagements pour les résidents ? (animaux, rythme de vie : repas, levers/couchers) 34. Est-ce que vous avez constaté que le niveau de dépendance des résidents augmente ? a. Résidents plus lourds b. Résidents pas adaptés à la structure, notamment les troubles cognitifs (besoin de déambuler, fugue, intrusions) 35. Comment impacte-t-il la prise en charge par les AS ?

Titre : Le travail invisible des aides-soignantes en EHPAD : une lecture par l'analyse de l'activité de la dimension éthique de la charge de travail et des usages d'un système d'IA.

Mots clés : Aides-soignantes, EHPAD, Charge éthique, IA, Activité

Résumé : Cette thèse en ergonomie s'attache à rendre visible le travail des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans un contexte fortement marqué par un manque de ressources, humaines et temporelles. Elle s'articule autour de trois principaux enjeux : l'analyse de l'impact des politiques publiques sur les conditions de travail des aides-soignantes, la proposition du concept de charge éthique pour comprendre les liens entre réalités du travail, seuil minimal acceptable et équité dans la prise en charge des résidents, et l'évaluation des usages d'un système d'IA faible pour améliorer le travail de veille de surveillance des résidents, notamment la nuit. Depuis les années 1990, les logiques de rationalisation industrielle appliquées au secteur médico-social ont conduit à une sous-évaluation des besoins en soin et en accompagnement des résidents. Ces modalités de financement influent directement sur les ressources disponibles, configurant les conditions de travail des aides-soignantes ainsi que la qualité d'accueil et de soin des résidents. L'analyse de l'écart entre le cadre prescrit et le cadre réel, met en évidence l'effet cumulatif des contraintes structurelles et des formes de variabilités du travail, contribuant à une intensification du travail des aides-soignantes.

La mobilisation du cadre théorique de la charge de travail et du modèle de la régulation de la charge de travail de Sperandio (1972) constitue une grille de lecture pour proposer le concept de charge éthique. Pour faire face à l'intensification du travail et tenter de maintenir une qualité de soin en accord avec leurs représentations du métier et leurs valeurs, les résultats montrent que les aides-soignantes ajustent continuellement leur activité et leurs façons de travailler. Lorsque les contraintes sont modérées, elles parviennent à mettre en œuvre dans leur activité une logique de soin individualisé, préservant une qualité des soins soutenable. Ceci étant, à mesure que les contraintes s'intensifient, elles sont amenées à multiplier les compromis dans leur activité, voire à réaliser des arbitrages, jusqu'à être confrontées à des dilemmes éthiques. C'est dans ce basculement que se cristallise ce que nous proposons de nommer la dimension éthique de la charge de travail.

L'analyse de l'activité instrumentée des aides-soignantes par un système d'IA à travers le prisme de l'approche instrumentale de Rabardel (1995), montre que l'outil peut soutenir l'activité de soins et d'accompagnement des aides-soignantes : en augmentant la réactivité face aux situations critiques (chutes, vomissements, intrusions), en facilitant une prise en charge personnalisée et au plus près des rythmes des résidents, en aidant à la priorisation des interventions et à la réduction des déplacements inutiles. Il peut contribuer également à mettre en place un lien relationnel avec certains résidents habituellement peu accessibles, notamment lors des postes de nuit. Néanmoins, des limites subsistent, en raison de la surcharge cognitive provoquée par les fausses informations transmises par l'outil, ainsi qu'aux enjeux éthiques d'intrusion et de surveillance perçue par les aides-soignantes.

En articulant une analyse critique des politiques publiques, une modélisation originale de la charge éthique et une étude de l'usage d'un système d'intelligence artificielle en contexte, cette recherche éclaire les défis contemporains auxquels sont confrontés les EHPAD.

Title: The invisible work of nursing assistants in nursing homes: an analysis of the ethical dimension of workload and the uses of an AI System through activity analysis.

Key words: Nursing assistants, Nursing homes, Ethical workload, AI, Work activity

Abstract: This thesis in ergonomics focuses on making the work of care assistants in nursing homes for dependent elderly people (EHPAD) visible in a context marked by a lack of human and time resources. It focuses on three main issues: analyzing the impact of public policies on the working conditions of care assistants; proposing the concept of ethical burden to understand the links between work realities, minimum acceptable threshold, and fairness in resident care; and evaluating the uses of a weak AI system to improve resident monitoring, particularly at night.

Since the 1990s, industrial rationalization practices applied to the medical-social sector have led to an underestimation of residents' care and support needs. These funding arrangements directly impact available resources, shaping the working conditions of nursing assistants as well as the quality of care and care provided to residents. Analyzing the gap between the prescribed and actual framework highlights the cumulative effect of structural constraints and forms of work variability, contributing to an intensification of nursing assistants' workload. Using the theoretical framework of workload and Sperandio's (1972) workload regulation model, we propose a framework for proposing the concept of ethical burden. To cope with work intensification and attempt to maintain a quality of care consistent with their representations of the profession and their values, the results show that nursing assistants continually adjust their activities and working methods. When constraints are moderate, they manage to implement a logic of individualized care in their work, preserving a sustainable quality of care. That said, as constraints intensify, they are forced to multiply compromises in their work, even to make trade-offs, to the point of being confronted with ethical dilemmas. It is in this shift that what we propose to call the ethical dimension of workload crystallizes.

The analysis of the instrumented activity of nursing assistants by an AI system through the prism of Rabardel's (1995) instrumental approach shows that the tool can support the care and support activities of nursing assistants: by increasing responsiveness to critical situations (falls, vomiting, intrusions), by facilitating personalized care that is more closely aligned with the residents' routines, by helping to prioritize interventions and reduce unnecessary travel. It can also contribute to establishing a relational bond with certain residents who are usually difficult to access, particularly during night shifts. However, limitations remain due to the cognitive overload caused by false information transmitted by the tool, as well as the ethical issues of intrusion and surveillance perceived by caregivers.

By combining a critical analysis of public policies, an original model of ethical burden, and a study of the use of an artificial intelligence system in context, this research sheds light on the contemporary challenges facing nursing homes.