



HAL
open science

Les aides-soignantes à l'hôpital: servantes ou soignantes ?

Yasmine Yagoubi

► **To cite this version:**

Yasmine Yagoubi. Les aides-soignantes à l'hôpital: servantes ou soignantes?. Education. 2013. dumas-00949182

HAL Id: dumas-00949182

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00949182v1>

Submitted on 19 Feb 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS
Equipe métiers de la formation

Master ATDC : Sciences du travail et de la société
Spécialisation professionnelle : analyse du travail et
développement des compétences
2012- 2013

Mme Yasmine YAGOUBI

**Les aides-soignantes à l'hôpital:
Servantes ou Soignantes ?**

Composition du jury

Président du jury : Mr Jean-Luc Ferrand
Directeur de Mémoire : Mr Bernard Alix
Professionnelle de santé : Mme Véronique David-Souchot

Soutenance le : 12 novembre 2013

Remerciements à toute l'équipe pédagogique du CNAM qui nous a suivis cette année, aux 16 étudiants qui m'ont accompagnée dans cette aventure, à Bernard Alix et Agnès Santourian pour leurs précieux éclairages, à Madame Champenois pour ses conseils, à Véronique David-Souchot pour sa confiance, à ma famille qui m'a aidé pendant cette période très chargée et bien sûr à toutes les aides-soignantes rencontrées dans les entretiens et qui m'ont ouvert les yeux sur leur métier.



« Le propre du travail, c'est son invisibilité, d'autant plus forte qu'il est bien fait »

Séminaire introductif Master ATDC, 13 octobre 2012, CNAM Paris

Guy Jobert

« C'est ce que je fais qui m'apprend ce que je cherche »

Soulaiges (1953)

« Un métier c'est plus qu'une technique, c'est un patrimoine »

André Malicot

Les compagnons du devoir

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p.7
I- PREAMBULE	
I-1 Les origines de la commande.....	p.9
I-2 La mise en scène de l'étude : quelques éléments du positionnement.....	p.11
I-3 Les premières interrogations face au terrain.....	p.13
II-LE METIER D'AIDE-SOIGNANT	
II-1 Historique de la profession.....	p.15
II-2 Statistiques DREES 2010.....	p.17
II-3 Contexte général	
II-3-1 Les nouvelles organisations de l'hôpital et la rationalisation de l'activité.....	p.20
II-3-2 Quelques éclairages : les enquêtes de terrain.....	p.21
II-3-3 Un « beau métier » mais un travail rude.....	p.22
II-3-4 Entre rôle propre et « rôle sale » : le « sale boulot ».....	p.23
III- DESCRIPTION DE L'ETUDE	
III-1 Les hypothèses exploratoires du projet	p.25
III-2 Méthodologie d'enquête.....	p.26
III-2-1 Entretiens individuels.....	p.27
III-2-2 Entretiens collectifs.....	p.28
IV- ANALYSE ET FONDEMENTS THEORIQUES	
IV-1 Le paradoxe de la commande.....	p.33
IV-1-2 La posture de l'interviewer.....	p.35
IV-2 Quelles identités pour l'aide-soignante ?	
IV-2-1 L'identité professionnelle de l'aide-soignante...	p.36
IV-2-2 Les identités collectives au travail.....	p.41
IV-3 L'invisibilité du « sale boulot ».....	p.45
IV-4 Analyse du travail et compétences de l'aide-soignante : Quelles sont les pratiques à l'hôpital?	
IV-4-1 Les compétences de l'aide-soignante.....	p.48
IV-4-2 La psychodynamique du travail.....	p.52
IV-4-3 L'ergonomie et l'écologie humaine au travail....	p.55

IV-4-4 La métis ou la pratique rusée dans le champ du travail.....	p.57
IV-4-5 La renormalisation ou l'écart à la prescription.....	p.59
IV-5 Les théories de la motivation	
IV-5-1 Genèse des théories de la motivation.....	p.62
IV-5-2 Quel processus de motivation pour les aides-soignantes ?	p.65
IV-5-3 le problème de l'absentéisme : entre motivation et démotivation ?.....	p.67
IV-5-4 Le défi de l'encadrement : motiver grâce aux objectifs ?.....	p.69
IV-6 La notion de reconnaissance	p.71
IV-6-1 La communication à l'hôpital : levier de la reconnaissance ?.....	p.74
V- L'ENIGME DE L'AIDE SOIGNANTE A L'HOPITAL	
V-1 Que nous disent les aides-soignantes?.....	p.76
V-2 Quelles sont les réponses concrètes possibles au problème posé par les aides-soignantes ?.....	p.80
V-3 La professionnalisation du métier de l'aide-soignante : quelle ouverture pour l'avenir ?.....	p.82
V-4 Le Contexte économique, social et politique : les perspectives d'évolution de la profession	p.84
CONCLUSION	p.86
BIBLIOGRAPHIE	p.88
ANNEXES	p.92
TRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS	p.93

INTRODUCTION

Le fil conducteur de ce mémoire est une recherche sur la singularité d'un métier intermédiaire et fortement féminisé à l'hôpital, celui de l'aide-soignante.

Ce mémoire résonne tout particulièrement pour moi car il est la traduction d'un vécu professionnel, à l'hôpital. En tant qu'infirmière puis cadre de santé, j'ai côtoyé, travaillé, collaboré et encadré de nombreuses années les acteurs de cette profession. J'ai côtoyé et encadré durant de nombreuses années ces acteurs, avec lesquels j'ai travaillé et collaboré.

Si j'ai appris beaucoup d'elles, notamment en début de carrière, je me suis aussi souvent confrontée à elles, et je me suis interrogée sur leur pratique (j'emploierai volontairement dans ce mémoire, le féminin pour ce métier, car même s'il y a des hommes, il reste très fortement féminisé).

C'est dans le cadre de ma propre institution que j'ai souhaité intervenir. Le sujet m'intéressait car, durant ma carrière professionnelle, j'ai évolué à côté des aides-soignantes dans différentes formes d'organisation, publique et privée, et sous différents styles de management.

J'ai de plus exercé alternativement en formation initiale auprès d'étudiants infirmier et aides-soignants puis en équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et enfin dans le management paramédical.

Si la commande initiale de ma Directrice des Soins a été relativement claire dès le début (très sommairement, une démotivation et une quête de reconnaissance des aides-soignantes à l'hôpital), mon positionnement, lui, ne l'était pas. Car étant en position de management d'une équipe paramédicale lors de l'intervention, le problème de la distance s'est d'emblée introduit dans ma démarche, augmenté par le fait que j'intervenais dans ma propre organisation.

D'un point de vue méthodologique, je me suis introduite dans la problématique de la commande d'abord avec un bref rappel historique du statut de l'aide-soignante. Puis après la description de l'étude et la formalisation de la question centrale que je me

suis posée, j'ai poursuivi sur la l'identité professionnelle paradoxale de l'aide-soignante. J'ai prolongé l'exploration par l'analyse du travail de l'aide-soignante à l'hôpital en m'introduisant dans son activité par la clinique¹, qui interroge le travail en « situation ». Les termes de la commande étant le manque d'initiatives et/ou d'implication ainsi que le manque de reconnaissance, j'ai continué mon enquête sur les théories de la motivation au travail, puis sur la notion de reconnaissance. Je finis cette étude par les quelques préconisations que je soumets aux lecteurs et une réflexion sur l'avenir de la profession.

Cette vaste enquête a nécessité de l'organisation et une certaine rigueur pour en réaliser l'architecture. Elle m'a aussi interrogé fortement sur mes propres valeurs de soignante.

Si la commande me paraissait légitime, il fallait tout de même remonter le courant et dépasser les symptômes de la problématique des aides-soignantes à l'hôpital pour en trouver l'essence.

Malgré toute cette complexité, le cadre conceptuel, riche et pluridisciplinaire, m'a beaucoup aidé à analyser la situation et à prendre du recul.

Ce travail est donc imparfait, mais j'ai l'espoir qu'il éclairera de façon différente cette profession, dont le travail n'est visible que quand il n'est pas fait².

Comme le dit judicieusement Yves Clot "la forme, c'est le fond qui remonte à la surface"³.

Et c'est bien ce que j'ai l'intention de découvrir.

¹ Yves Clot. 2002, *La fonction psychologique du travail*, 3^e éd. augmentée, Paris, PUF.

² Paule Bourret, *Prendre Soins du Travail*, p.49.

³ Séminaire cycle 2006

I- PREAMBULE

I-1 Les Origines de la commande

Tout a commencé au mois d'aout 2012 dans le bureau de la coordinatrice générale des soins des **H**ôpitaux **U**niversitaires **P**aris **N**ord **V**al de **S**eine (HUPNVS).

Ce Groupement Hospitalier, qui est mon terrain d'enquête et pour lequel je travaille, comprend 5 hôpitaux, tous situés dans la ceinture nord de Paris (2 d'entre eux se situent intra-muros, au nord de Paris). Il fait partie de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (organigramme directionnel en annexe n°1 page 92). Il est divisé en pôles d'activités (annexe 1 bis)

Après une 1ere année en Master 1 « analyse du travail et développement des compétences » (ATDC) au Cnam Paris, deux commissions se sont prononcées sur ma poursuite du cursus en M2 :

D'abord en mai 2012, la commission de Formation-Diplômes Universitaires de mon Groupe Hospitalier Nord Val de Seine (HUPNVS) a émis un avis favorable à ma demande de prise en charge du Master 2. Cette commission est présidée par le DRH du Groupe. (sociogramme groupe hospitalier APHP en annexe n°2).

Puis en juillet 2012, la commission Master du Cnam valide ma poursuite en M2, sous réserve d'une « commande d'intervention dans une organisation », qu'elle soit en interne ou en externe. Cette commande devait être écrite et validée par un responsable hiérarchique de l'organisation concernée.

C'est donc en aout 2012, à mon retour de vacances, que je prends rendez-vous avec ma coordinatrice générale des soins pour discuter de mon intervention au sein du groupe Hospitalier.

Les 3 pistes de travail, que j'avais imaginées à l'époque, étaient celles-ci :

➤ **Une analyse de la communication interne hiérarchique.**

La communication verticale et descendante perdure à l'hôpital, ce qui ne facilite pas la communication inter services. Or la compréhension des directions et des directives institutionnelles est nécessaire pour l'adhésion du plus grand nombre. A l'issue de cette analyse, des propositions, ou des préconisations, et des formations adaptées, pourraient s'envisager.

➤ **La fidélisation des infirmières.**

Le mémoire que j'ai écrit à l'école des cadres en 2003 concernait la fidélisation des infirmières sous l'angle du projet de soins et de service. Il serait intéressant de pouvoir le développer sous des angles nouveaux tels que l'analyse du travail, les compétences individuelles et/ou collectives développées, l'expertise, la polyvalence, le parcours professionnalisant ou encore les formations continues adaptées et réinvesties.

➤ **Formation continue : formalisation des objectifs à atteindre et évaluation**

Beaucoup de formations sont proposées à l'hôpital. Malgré tout, ces formations sont encore mal utilisées par le management, et surtout ne font pas ou peu l'objet d'évaluation en terme de « retombées et bénéfices dans les services ». Pourtant, un potentiel créatif existe bel et bien et permet aux individus, dans beaucoup de situations, de s'adapter aux variations. Un outil d'évaluation avant et après la formation, et un « contrat pédagogique » rédigé en termes d'objectifs, pourraient aider à développer ce potentiel, faciliter l'investissement, et par là même objectiver les ressources humaines.

Pour ma part, j'avais une grande envie de poursuivre la 2ème piste « fidélisation des infirmières », car j'avais déjà fait un 1er mémoire sur le sujet, et je souhaitais le poursuivre.

Après avoir énoncé ces 3 sujets, et durant notre discussion, l'idée est venue, d'un commun accord avec la directrice de soins, de travailler sur une population plus méconnue que celle des infirmières à l'hôpital : les aides-soignantes.

On a peu écrit sur le métier d'aide-soignante. C'est un personnel invisible⁴, peu mis en scène par les médias auprès du grand public. Il suscite donc un intérêt tout

⁴ *Un personnel invisible : les aides-soignants à l'hôpital*, Anne-Marie ARBORIO, 2ème édition, 2012

particulier au regard des difficultés qu'il peut avoir au quotidien. Force est de constater, justement, que dans les tâches quotidiennes les aides-soignantes ne sont pas toujours très valorisées, sur le plan professionnel, par rapport aux infirmières notamment. On ressent une démotivation, un manque d'intérêt pour leur travail parfois, et surtout une quête de reconnaissance soutenue.

C'est donc dans ce contexte qu'a été rédigée la commande (annexe n°3). Elle est entièrement centralisée dans les deux champs du **manque de reconnaissance** ressenti par les aides-soignantes à l'hôpital et du **manque d'implication et d'initiatives** ressenti par les infirmières et l'encadrement.

Cette commande s'ouvre sur un large encadrement théorique, extrêmement riche et pluridisciplinaire.

La dimension subjective que représente le manque de reconnaissance ressenti ainsi que la dimension, beaucoup plus objective, du travail qui est ou « mal fait » ou « pas fait », ouvre une quantité de champs conceptuels différents : la psychodynamique du travail, l'ergonomie, l'analyse clinique du travail, les théories sur la motivation et la reconnaissance au travail, etc...

Tous ces fondements seront à croiser avec le matériau recueilli pour une analyse fine de la situation telle qu'elle est décrite dans la commande du commanditaire.

I-2 Mise en scène de l'étude : quelques éléments du positionnement

Le temps de l'intervention

Pénétrer dans le milieu hospitalier n'est pas chose aisée. Même si je suis familière des « coulisses » de l'hôpital, il a bien fallu que je m'introduise dans des services qui m'étaient inconnus tant au niveau des acteurs qu'au niveau de leur activités. Les dédales de couloirs, arpentés pour mon étude, m'ont permis de m'apercevoir que les secteurs de soins sont des théâtres d'activités techniques et de recherches

scientifiques⁵ singulières et totalement différenciées. Les soignants rencontrés sont les mêmes, pourtant tous différents, et portant dans leurs gestes et leurs paroles, et plus ou moins consciemment, l'identité de leur propre service.

C'est avec ce nouveau regard que j'ai construit cette étude. Un regard tout à la fois connaisseur et ignorant, habitué et curieux, ordinaire et étonné.

Je me suis interrogée sur les fonctionnements, les rouages, les acteurs, les spécificités et les contraintes. J'ai rencontré beaucoup de soignants dont la parole était tantôt libératrice, tantôt contrôlée. Tous ont été intéressés par cette étude. Beaucoup m'ont demandé de leur faire lire le résultat final.

J'ai été introduite par les cadres de proximité. Suivant les services, soit elles m'annonçaient comme étudiante au Cnam et m'intéressant au métier de l'aide-soignante, soit comme cadre. Quand ma fonction réelle était dévoilée, le discours, plus maîtrisé, recherchait soit une complicité soit une demande implicite d'adhésion. Il fallait en être lucide, pour déjouer les pièges, et essayer de détecter l'indétectable. Malgré tout, les verbatims recueillis convergent totalement. Elles parlent du « sale boulot », des aléas quotidiens, de la « fusion » avec le patient, du manque de communication et de leur désagréable « invisibilité ». Toutes étaient étonnées qu'on s'intéresse à elles. Toutes ont pris leur temps pour m'en parler.

Après l'intervention

Tout au long de cette intervention, je me suis interrogée sur la finalité de l'opération, et sur ce que j'allais produire sur les aides-soignantes. Lors des entretiens, les échanges ont été abondants et riches. J'ai eu l'impression que certaines défenses étaient levées. La coproduction induite lors de ces entretiens individuels et collectifs a sans doute permis aux aides-soignantes de prendre conscience des conditions dans lesquelles elles exercent leur travail. Le résultat, malgré les difficultés exprimées, est loin d'être totalement dépréciatif. J'ai ressenti un grand attachement à leur métier, et le désir d'en parler.

En ce qui me concerne, cette étude m'a permis de mesurer les différentes dimensions du soin. De quoi parle-t-on au juste quand on parle de soigner? Que doit-on prendre

⁵ *Une ethnologue à l'hôpital* : Anne VEGA. Editions des archives contemporaines, 2000, page 15.

en compte dans les soins pour arriver à la guérison? Pourquoi l'identité professionnelle des aides-soignantes a-t-elle tant de mal à émerger ?

Je me suis posé ces questions tout au long de cette étude et j'ai trouvé quelques réponses au travers des entretiens.

Ce questionnement a modifié mon regard sur le travail des aides-soignantes en particulier, et mon regard sur le travail en général. L'action entreprise durant cette intervention a confirmé mon choix effectué à l'entrée du cursus Analyse du Travail et Développement de Compétences.

Recrutée à ce jour sur un poste de responsable de formation dans un hôpital public, je réalise que mon action se situe dans la complexité des tâches, même les plus simples, et dans leur analyse. L'enseignement de la *clinique du travail*, développée durant cette année de master, m'aidera à accomplir ma nouvelle fonction au cœur de l'activité et du travail.

I-3 Les premières interrogations face au terrain

La méthodologie avec laquelle j'ai souhaité aborder cette étude m'a permis d'accéder à la réalité du travail des aides-soignants. Les échanges et les débats menés dans les entretiens individuels et collectifs ont mis en évidence le poids de leur métier, les difficultés de leur travail et les conséquences sur leur vie familiale, sociale et professionnelle.

Si mon intervention n'a pas entraîné de transformation sur le travail des aides-soignantes, elle a cependant favorisé une certaine prise de conscience de l'importance de leur activité quotidienne auprès des patients.

Vygotski⁶ disait : « quand on fait parler une personne de son activité, on développe chez elle une pensée sur l'activité. C'est une capacité à réfléchir sur une action. Il faut essayer d'utiliser le langage pour développer la pensée et agir sur autrui ».

En prise directe avec la souffrance, la douleur, la gêne et la peur du malade, elles savent instinctivement que ce foisonnement de petites attentions, s'il n'est pas

⁶ Lev Semionovitch Vygotski (1896- 1934) : psychologue russe puis soviétique, connu pour ses recherches en psychologie du développement.

techniquement valorisé, fait partie d'un tout : le bien être du patient. Elles le savent et elles aiment en parler.

Cette enquête a sollicité en permanence ma propre subjectivité : écouter entre les lignes, découvrir les tensions sur le terrain, décoder les contradictions, entendre les motivations et les souffrances, faire des hypothèses, relancer les débats, choisir des formulations appropriées, faire les liens avec les fondements théoriques⁷. Tout ce travail m'engageait à tous les instants dans une lecture personnelle de ce que m'a livré le terrain.

Le plaisir et la souffrance révélés par les aides-soignantes dans les entretiens a résonné d'une façon particulière mais, néanmoins, j'ai essayé de garder une distance raisonnable pour me permettre d'avoir une meilleure compréhension du terrain. A la lecture des entretiens, que j'avais pris soin d'enregistrer, j'ai écarté les interprétations trop rapides qui pouvaient m'éloigner d'un travail d'objectivation et de construction d'une pensée éclairée.

J'avais à cœur d'identifier l'ensemble des problématiques réelles des aides-soignants avec un regard extérieur, un regard de chercheur, essayant de mettre un peu en lumière ce personnel « invisible »⁸.

⁷ Cité dans « L'absentéisme des aides-soignants », mémoire d'Anne Lefaiivre, CNAM 2006

⁸ *Un personnel invisible : les aides-soignants à l'hôpital*, Anne-Marie ARBORIO, 2eme édition, 2012

II- LE METIER D'AIDE-SOIGNANT

II-1 Historique de la profession d'aide – soignante : Les étapes du diplôme

On retrouve, dans l'histoire de l'hôpital, en partenariat avec les médecins, des personnels religieux et non religieux assurant des fonctions soignantes, véritables *ancêtres* des infirmiers.

En 1900, on commence à dissocier les infirmières, qui sont proches des malades, des « servantes », qui assurent des activités plus basiques.

La profession d'aide-soignante est née de l'impératif d'hygiène, nécessaire à l'institution hospitalière, et de l'incapacité pour les patients d'assumer seuls leurs besoins élémentaires comme se laver, s'habiller, manger seuls...etc...

A l'origine, ce travail était dévolu aux personnels hospitaliers sans formation. Puis dans le cadre d'une division du travail et de sa complexification au cœur du système hospitalier, ces tâches ont été déléguées à un personnel spécialisé : la catégorie aide-soignante est née.

La création de cette catégorie est une *invention* de l'administration hospitalière⁹. Il fallait diplômer, pour des raisons statutaires, des personnels qui, à l'époque, ne l'étaient pas.

Cette invention est une des conséquences du processus de professionnalisation des infirmières, dont le diplôme d'état (D.E.) a été créé en 1946. En effet, la loi soumettant l'autorisation d'exercer comme infirmière à la possession exclusive de ce D.E, présentait le risque pour les hôpitaux, dans un contexte de pénurie existante déjà à l'époque, de se trouver privés de nombreux personnels, formés sur le tas, et non diplômés.

Il a fallu pallier cet effet, et des mesures transitoires ont été envisagées ; la création de « **la catégorie d'aide-soignante** ». Elle est d'abord provisoire, visant à un reclassement statutaire et indiciaire d'une partie de personnel puis, sous la pression

⁹ <http://www.aide-soignante.com>

des partenaires sociaux d'une part, et parce que c'était un moyen commode d'assurer la promotion du « petit personnel » hospitalier d'autre part, cette catégorie fut entérinée.

Cette formalisation fut définitive en 1956, à la création du **CAFAS** (Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignante). Ce certificat correspondait à une formation de 10 mois, dont 40H de théorie.

En 1960, le CAFAS devient obligatoire pour exercer la profession d'aide-soignante. Parallèlement, l'Education Nationale instaure un **BEP Sanitaire et Social** afin d'améliorer le recrutement des aides-soignantes.

La formation au CAFAS évolue en 1971 et se redéfinit par 12 mois de formation, 120 H de théorie et 100H de stage pratique.

En 1978, l'aide-soignante est autorisée à travailler en psychiatrie. En 1981, elle peut exercer en secteur extra - hospitalier et au maintien à domicile des personnes âgées. A noter qu'il est précisé dans tous les textes, que *l'aide-soignante exécute des soins sous l'autorité et la responsabilité de l'infirmière.*

En février 1982, apparaît une nouvelle modification de la formation. Elle est basée sur le modèle de l'alternance, soit 12 mois, dont 350H de théorie et 24 semaines de stages. Dans ce texte, il est précisé que l'aide-soignante assure, par délégation, sous la responsabilité et sous le contrôle de l'infirmière, *l'humanisation de conditions de vie* de la personne soignée ou de la personne âgée.

En juillet 1994, le programme d'étude est de nouveau modifié. Ce nouveau programme comporte un tronc commun avec les auxiliaires de puériculture pendant les 6 premiers mois de la formation. La théorie et les semaines de stages sont augmentés (630H de théorie et 27 semaines de stages).

En janvier 1996, apparaît le premier texte officiel de la fonction : une circulaire relative au rôle et aux missions de l'aide-soignante (circulaire DGS/PS3/DH /FH1 du 19 janvier 1996 en annexe n°4).

Le 12 aout de cette même année 1996, un décret abolit le CAFAS pour le **DPAS** (**D**iplôme **P**rofessionnel des **A**ides - **S**oignants).

Le 22 octobre 2005, le nouveau référentiel de formation permettant l'obtention du DPAS reconnaît l'expérience professionnelle par le dispositif de la **Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)**.

Enfin, le 31 aout 2007 le **Diplôme d'Etat d'Aide- Soignant (DEAS)** remplace le DPAS (décret n°2007-1301 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier en annexe n°5).

II-2 Statistiques 2010 du ministère de la sante concernant les caractéristiques des inscriptions en formation aides-soignantes

Il est intéressant de s'intéresser aux âges, aux origines sociales et au niveau d'études des inscrits en formation aides-soignantes, pour se faire une idée plus précise de cette catégorie socio- professionnelle (source statistique DREES¹⁰).

Tableau n°1 : Répartition des élèves aides-soignantes par âge en 2010 (en %)

Age (année de naissance)	%
20 ans et moins (nés après 1990)	14,8
21-25 ans (nés entre 1985 et 1989)	27,3
26-30 ans (nés entre 1980 et 1984)	15,5
31 ans et plus (nés avant 1980)	42,1
Non réponse	0,3
Total	100

Source : Statistiques DREES, d'après Steve Jakoubovitch, "La formation aux professions de santé en 2010" , séries Statistiques, DREES, n°165, février 2012, p 39

¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Tableau n°2 : origine sociale des nouveaux inscrits en 1ere année en 2010 (en %)

Catégorie sociale d'origine	%
Agriculteur	3,2
Artisan, commerçant	10,3
Profession libérale, cadre, professeur, ingénieur	10,8
Profession intermédiaire administratif, technicien, agent de maîtrise	6,3
Employé administratif, employé de commerce, agent de service	37,9
Ouvriers	18,7
Inactifs	3,7
Non réponse	9,1
Total	100

Source : Statistiques DREES, d'après Steve Jakoubovitch "La formation aux professions de santé en 2010" , séries Statistiques, DREES, n°165, février 2012, p 40

Tableau n°3 : niveau d'études ou diplôme le plus élevé à l'entrée en formation en 2010 (en %)

Niveau d'étude ou diplôme le plus élevé	Femmes	Hommes
Inférieur ou égal au niveau bac, dont BEP carrière sanitaire et sociale	48,3	46,2
Baccalauréat et plus, dont diplômes du supérieur	43,2	47,5
Non réponse	8,5	6,3
Total	100	100

Source : Statistiques DREES, d'après Steve Jakoubovitch "La formation aux professions de santé en 2010" , séries Statistiques, DREES, n°165, février 2012, p 38

Ces statistiques, relativement récentes, nous permettent de découvrir plusieurs éléments de cette profession ;

D'abord, les catégories d'âges sont diversifiées et renvoient à une double voie de recrutement¹¹ : de jeunes femmes sont recrutées en continuité de leur parcours

¹¹ *Un personnel invisible : les aides-soignants à l'hôpital*, Anne-Marie ARBORIO, , Anthropos, 2ème édition, 2012, préface p. XI.

scolaires, tandis que d'autres, plus âgées, rejoignent ce métier après une expérience, parfois longue et heurtée, à l'hôpital (tableau n°1).

L'une des caractéristiques sociales de l'entrée dans ce métier, toujours selon les sources récentes du ministère de la santé, est que ce groupe professionnel recrute majoritairement des femmes en formation (plus de 90%).

Ensuite, le tableau n°2 des origines sociales, révèle que le métier continue de recruter massivement dans les classes populaires, ouvrières et employées.

En revanche, les caractéristiques scolaires des entrantes se sont transformées depuis quelques années. Même si le diplôme est toujours de niveau V, il y a une élévation du niveau scolaire initiale à l'entrée de la formation : la proportion des bacheliers a doublé depuis 2000 (20,5% en 2000 contre 43,2% en 2010, tableau n°3).

Il faudra probablement à terme s'interroger sur les effets de cette hausse du niveau scolaire, qui pourrait accentuer les clivages dans ce groupe professionnel. De nouvelles aspirations peuvent surgir, certaines pour s'engager à faire évoluer leur métier, d'autres pour devenir infirmière (le baccalauréat rend la formation moins inaccessible), d'autres enfin pour quitter le métier parce qu'il ne correspond pas à leur aspirations ou que leur projet de carrière est contrarié (*ibid*, préface XIII).

II-3 Contexte général

II-3-1 Les nouvelles organisations de l'hôpital et la rationalisation de l'activité

Les réformes du système de santé ont modifiées les règles de financement de l'hôpital depuis plusieurs années. Au-delà de la tarification à l'acte, la rationalisation de l'activité et la recherche de la réduction des coûts, loin d'être seulement des mesures comptables, changent en profondeur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles, et créent des tensions.

L'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital et la gestion des risques liés aux soins, se font, quant à eux, dans un contexte de contrainte budgétaire.

L'intensification du travail et la quantification systématique des activités qui résultent de ces évolutions, semblent heurter la représentation de la qualité des soins autour de laquelle se sont construites les identités professionnelles de certains soignants. Des résistances aux réformes apparaissent¹².

En effet, la recherche de la rentabilité se traduit, dans les faits, par un accroissement du rythme de rotation des patients. Néanmoins, les durées courtes d'hospitalisation nécessitent d'avantage de surveillance de proximité. La charge en soins, pour les infirmiers et les aides-soignantes, s'en trouve accrue (augmentation du nombre des réfections de chambres, d'aides à la mobilité et à la nutrition, de reconfiguration de chambres à 2 lits..etc...). Les soignants disent « ne plus avoir le temps » pour accompagner des patients qui nécessiteraient d'avantage d'attention ou d'échanges.

De la même façon, la charge administrative liée à la traçabilité des soins nécessaire pour évaluer la qualité des soins et répondre à des éléments d'ordre juridique et assuranciers, est lourde et chronophage, de l'avis des soignants. Mais cet aspect des soins n'a de réelle influence que sur le travail des infirmiers, et non pas sur celui des aides-soignants. Les aides-soignantes, par tradition, écrivent peu et s'arrangent plus volontiers avec l'oralité.

¹² Nicolas Belorgey, 2011, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.

Un autre aspect lié à l'évolution globale de notre société est à prendre en compte : l'élévation du niveau de vie et l'accessibilité à certaines documentations médicales, via internet, s'accompagnent de comportements plus exigeants, et parfois méfiants, vis-à-vis des soignants. La qualité et la sécurité des soins largement sélectionnées, hiérarchisées et médiatisées, s'accompagnent de demandes plus exigeantes. De même l'augmentation du niveau de vie contraint à des prestations hôtelières de meilleur niveau.

Or, sans une réelle volonté de repenser l'organisation des soins, et au regard des contraintes budgétaires, les soignants n'ont malheureusement pas beaucoup de marge de manœuvre pour satisfaire toutes ces demandes.

Enfin, l'allongement de l'espérance de vie nécessite la prise en charge des personnes âgées dépendantes de façon croissante, que ce soit à l'hôpital, en maison de retraite ou à domicile.

Cette prise en charge du vieillissement et de la dépendance est un enjeu fort pour l'avenir des aides-soignantes.

II-3-2 Quelques éclairages : les enquêtes de terrain

Des enquêtes de terrain, comme celle de Paul Bouffartigue, en région PACA, montre que les aides-soignantes (tout comme les infirmières) jugent leur travail « stressant » et « fatigant ». Leur réponse au questionnaire, en ce qui concerne le stress et de la fatigue est plus élevée que les caissières ou les employés dans leur ensemble¹³.

L'enquête sur le terrain situe mieux les perceptions subjectives par rapport aux conditions objectives du travail. Ainsi, en ce qui concerne les aides-soignantes, un rapport plus « positif » au travail serait lié à une trajectoire « ascendante » (petits boulots avant l'hôpital puis dans l'hôpital, CDD puis CDI puis entrée en formation d'aides-soignantes), ou à l'espoir de devenir infirmière (*ibid* p.151, p.156).

D'autres enquêtes, centrées cette fois sur l'ergonomie, montrent que les jeunes aides-soignantes « prennent des risques par rapport à leur santé parce qu'elles veulent faire

¹³ Bouffartigue P., 2011, « le stress au travail : le cas des soignantes hospitalières », *Les mondes du travail*, n°9-10, 2011, p.151.

leur preuve » (on parle ici de TMS¹⁴), alors que les plus anciennes « souffrent d'une usure et d'un vieillissement prématuré »¹⁵.

Enfin, le lien entre une partie des arrêts de travail liée aux maladies professionnelles, et la pénibilité physique du travail, a été démontré dans l'enquête européenne d'Estryn-Béhar en 2008¹⁶. Les aides-soignantes et les ASH¹⁷ sont les personnels hospitaliers les plus exposés aux accidents de travail et à l'invalidité temporaire ou définitive.

II-3-3 Un « beau métier » mais un travail rude

Les conditions de travail du personnel hospitalier sont maintenant mieux connues grâce, notamment aux grandes enquêtes de la DREES en 2005 et des enquêtes au niveau européen (Estryn-Béhar, 2008). Les observations directes et les entretiens utilisés dans ces enquêtes, montrent les difficultés importantes, notamment pour concilier vie familiale et vie professionnelle. Parfois les parcours des aides-soignantes sont traversés de changements de postes, qu'Anne –Marie Arborio appelle « les carrières horizontales ». Ces changements de postes répondent à une volonté d'amélioration des conditions de travail, parfois même en s'éloignant du contact avec le malade.

Ce « beau métier » est éprouvant car le contact avec le malade est dominant et véhicule, à travers lui, une charge physique et émotionnelle forte. Même si les conditions de travail évoluent favorablement avec du matériel de plus en plus adapté, il s'accompagne d'une intensification du travail. Le sentiment « d'alourdissement » du travail est perceptible. Au fil des enquêtes, ce que les soignants disent, c'est qu'ils n'ont « plus le temps nécessaire pour effectuer correctement leur travail ». Au-delà de cette perception « subjective » de leur travail, les plaintes sont fréquentes et

¹⁴ TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

¹⁵ Gadéa C., Divay S., 2012, « Les professionnelles du soin en proie aux TMS », *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La découverte, p 255.

¹⁶ Estryn-Béhar M., *Santé et satisfaction au travail en France et en Europe*, Rennes, Presse de l'EHESP, 2008, p. 111.

¹⁷ ASH : Agent de Service Hospitalier

l'absentéisme pour accidents du travail ou maladie, en particulier pour les aides-soignantes, est une réalité.

II-3-4 Entre rôle propre et « rôle sale » : le « sale boulot »

Le premier sociologue à s'être intéressé au travail de l'hôpital est Everett Cherrington Hughes (1897-1983) aux Etats Unis¹⁸. Hughes est l'un des principaux représentant de l'école de Chicago qui est un courant de pensée sociologique apparu au début du XXème siècle, qui s'est intéressé d'abord aux relations interethniques et à la délinquance dans les grandes villes aux États-Unis, puis à l'étude des institutions et des milieux professionnels. La nouvelle méthode d'investigation introduite par l'école de Chicago est largement inspirée des méthodes ethnologiques que sont les « observations participantes ». Elle s'intéressa d'abord à la sociologie urbaine et aux migrations dans les grandes villes, puis à la déviance criminologique, à l'étude des métiers et du travail, à la culture et à l'art.

En 1951, Hughes se pose la question de la division du travail, c'est-à-dire les tâches définies et dévolues à certaines catégories de professionnelles plutôt qu'à d'autres : A l'hôpital, on pourrait schématiser ainsi : le médecin et l'infirmière d'un côté, et l'infirmière et l'aide-soignante de l'autre.

Hughes s'interrogera sur le « types » de tâches assumées et celles déléguées. Quelles compétences accorde-t-on à telle tâche ou telle autre ?

Le *dirty work* est né de cette interrogation. Hughes entend par *dirty work* les tâches les plus basses de l'échelle sociale, celles qui ne requièrent aucune qualification. Des tâches subalternes. Il part du principe selon lequel un travail est composé d'activités honorables et moins honorables ; ces dernières sont nommées "sale boulot". Les personnes chercheront sans cesse à déléguer à d'autres leur part de "sale boulot", et cette part existe dans la plupart des métiers.

¹⁸ Everett C. Hughes : *Le Regard Sociologique. Essais choisis*, textes présentés par J-M Chapoulie, éd. de l'EHESS, 1996.

Actuellement, dans nos hôpitaux modernes, l'évolution des technologies médicales multiplie les tâches auprès des malades. Or ces technologies posent clairement la question du « savoir » et de la compétence. Ces deux facteurs réunis : multiplicité des tâches d'une part et augmentation de la technologie de l'autre, ne peuvent qu'accentuer le phénomène de division du travail et, *ipso facto*, la délégation des tâches les moins nobles. L'infirmière qui se voit débordée par les soins techniques, aura tendance à « déléguer » à l'aide-soignante ce qui lui est attribué dans son « rôle propre »¹⁹, c'est-à-dire tout ce qui a à voir avec le sale, les déchets, les excréments, la souillure...etc....

Pour finir, le métier de l'aide-soignante, comme tous les métiers construits socialement dans un univers « féminin », peine à se différencier des activités dites « domestiques » (toutes ces activités que l'on fait chez soi, les activités ménagères ou s'occuper d'enfants...). Cette similitude peut être un véritable enjeu professionnel renvoyant à l'idée qu'un certain type de tâches peut être effectué à domicile par des personnes isolées ou non identifiées socialement, sans pour cela qu'elles nécessitent une appartenance à un groupe professionnel institutionnalisé comme celui des aides-soignantes.

Pourtant, il me semble qu'il y a une vraie qualification à s'occuper de personnes âgées, diminuées ou fragiles. Le métier est rude, il a une utilité sociale, mais le regard que l'on porte sur ce « sale boulot » est encore trop négligeant.

Finalement, pour cerner un peu mieux ce métier, moins connu que celui des infirmières, il sera nécessaire, après la description de l'étude, de l'analyser grâce au matériau recueilli dans les entretiens enrichi de la théorie des auteurs.

¹⁹Article **R. 4311-3** du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 de la profession d'infirmière : Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

III- DESCRIPTION DE L'ETUDE

III-1 Les hypothèses exploratoires du projet

Ce vaste chantier, pour qu'il puisse être canalisé, devait préalablement être circonscrit à des hypothèses de départ. L'ensemble des concepts véhiculés par les intervenants du Cnam durant cette année de formation, ainsi que les termes de la commande, m'ont orientée sur plusieurs axes.

La commande initiale était très exactement celle-ci :

« Le groupe professionnel des aides-soignants est moins exploré que celui des infirmières. Les aides-soignants expriment souvent une insatisfaction en termes de reconnaissance du travail effectué. Cependant, l'encadrement et les infirmiers ressentent souvent, de la part des aides-soignants, un manque d'initiative ou d'implication au sein des unités, les aides-soignants ne réalisant pas l'ensemble des missions en terme de soins qui leur sont autorisées par la réglementation et la formation qu'ils ont reçue. Il existerait donc un écart entre le travail prescrit et le travail réel des aides-soignants. Il s'agit d'un enjeu institutionnel important car le dimensionnement des équipes est influencé par une organisation et une répartition réelle du travail entre les infirmiers et des aides-soignants ».

Sur l'analyse de la commande en elle-même, il me semble que deux choses s'en extraient :

D'abord, que l'on perçoit un diagnostic de la part du commanditaire. En l'occurrence un rapport de cause à effet : la cause serait l'absence de reconnaissance et l'effet le manque d'implication. Ces deux termes font partie de la dimension subjective d'un sujet.

Ensuite, que ces deux problèmes ; absence de reconnaissance et manque d'implication, créent un écart entre le travail réel et le travail prescrit.

Cet écart, que j'ai moi-même ressenti à plusieurs reprises en tant qu'infirmière mais aussi en tant que manager, m'a amené à un questionnement multiple :

- Y aurait-il un problème d'identité professionnelle ?

- Les compétences des aides-soignantes sont-elles adaptées aux organisations hospitalières?
- Quelles sont les représentations du métier d'aides-soignantes ? (Comment se voit-elle ? Comment sont-elles perçues par le public ?)
- Y aurait-il un problème de dévalorisation du travail (le « sale boulot ») ?
- Les organisations laissent-elles une place suffisante, un espace, pour les aides-soignantes ?
- Y aurait-il un véritable problème de pénibilité du travail et/ou d'usure mentale ?

On le voit ici, de multiples portes se sont ouvertes, et leur exploration fait appel à une conceptualisation importante : La psychodynamique du travail, l'ergonomie et l'écologie humaine au travail, la notion de reconnaissance, les identités professionnelles, la notion de compétences, la notion de « sale boulot », la notion de « présence au travail », les théories de la motivation, et enfin le cadre institutionnel et le cadre économique.

III-2 Méthodologie d'enquête

Le choix de la méthodologie est crucial pour ce type de commande. Pour obtenir un maximum d'éléments de recueil, je devais me positionner en tant qu'intervenante interne et malgré tout garder un peu de distance pour une meilleure objectivité.

En tant qu'intervenante interne sans décharge du temps de travail, j'ai choisi, avec mon directeur de mémoire, de faire des entretiens individuels et collectifs auprès d'aides-soignantes. Les observations directes auraient été délicates à réaliser dans un milieu de soin, et difficiles à planifier (les observations nécessitent une disponibilité importante, des circonstances particulières, une potentialité). Elles sont donc difficiles à prévoir et à planifier, et réclament par ailleurs l'accord du personnel, des patients observés et de la hiérarchie.

Le choix s'est donc imposé pour des entretiens, plus faciles à réaliser. La méthode d'entretien d'explicitation de Vermersch²⁰ (mise en mots de l'action vécue), a permis

²⁰ Pierre Vermersch est psychologue et psychothérapeute de formation, chargé de recherche au CNRS.

de faire verbaliser les situations réelles. Les questions n'étaient pas centrées sur la description des tâches en particulier mais leur ouverture ont permis une certaine liberté d'expression.

En tout 14 entretiens individuels et collectifs ont été menés.

III-2-1 Les entretiens individuels

Pour commencer en mars-avril 2013, 3 entretiens ont été menés auprès de deux médecins et d'un patient qui était resté 3 semaines hospitalisé en chirurgie (guide d'entretien en annexe n°6). Il me semblait que, pour répondre à la question de la représentation du métier d'aide-soignante, je devais interroger des acteurs de l'hôpital qui sont en contact avec elles et les voient travailler.

Les 2 questions posées étaient très ouvertes (qu'est-ce qu'une aide-soignante ? et qu'est-ce qu'une bonne aide-soignante ?) permettant ainsi de me rendre compte de *l'image véhiculée* du métier de l'aide-soignante à l'hôpital.

Ensuite, 9 entretiens individuels ont été réalisés entre avril et mai 2013, auprès cette fois, d'aides-soignantes (guide d'entretien en annexe n°7). Différents services de soins ont été investigués :

3 en médecine interne, 2 en cancérologie, 2 en chirurgie, 2 en réanimation. Ces services font partie du GH Nord de Paris.

Les entretiens individuels des aides-soignantes ont permis de recueillir, dans un premier temps, le *sens* que donnent les acteurs à leurs pratiques ou aux événements qu'elles vivent. Il ne s'agissait pas uniquement de faire décrire mais de faire parler « *sur* »²¹. Ce que nous appelons actuellement le « *vécu* » (Durkheim le désignait sous le nom de « *répercussions individuelles* » et Weber sous le nom d' « *activité* »), représente un objet d'élection de l'enquête par entretiens. L'exploitation du vécu suppose le recueil de discours qui mettent en lumière les pensées des acteurs concernant leurs comportements sociaux et leurs états mentaux (*Ibid*, page 22).

²¹ *L'entretien*, A. Blanchet et A. Gotman, 2eme éd., Armand Colin, collection 128, 2012, page 25.

Un matériel important et riche a été recueilli lors de ces 12 entretiens. Il fallait dès lors trier toutes ces informations pour en faire ressortir les éléments essentiels.

Ce premier classement m'a par la suite guidé pour effectuer 2 entretiens collectifs auprès d'aides-soignantes (tableau du traitement des entretiens individuels en annexe n°8).

III-2-2 Les entretiens collectifs

L'idée des entretiens collectifs était de co-construire avec les aides-soignantes, de les faire réagir, et pourquoi pas, trouver des solutions pour les situations critiques ou problématiques précédemment émergées des entretiens individuels.

Ces 2 réunions collectives ont réunis 5 puis 4 aides-soignantes. Elles ont été réalisées au sein du GH Nord, en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en psychogériatrie, en juin 2013.

Un contact téléphonique avec les cadres des 2 services concernés a permis de convenir d'une date et d'une heure appropriées pour ces réunions. Elles devaient m'annoncer à leur équipe en tant qu'étudiante au Cnam.

Le jour du rendez-vous, une salle avait été réservée. Après que les aides-soignantes se furent installées autour de la table, je me suis présentée comme étant étudiante en Master et effectuant un travail de recherche sur le métier de l'aide-soignante à l'hôpital. Lors de la première réunion collective, les aides-soignantes ne m'ont rien demandé et je ne leur ai rien dit de ma qualité. Elles savaient juste que j'étais étudiante.

Lors de la 2ème réunion collective, les aides-soignantes m'ont demandé si je travaillais aussi à l'hôpital. Je leur ai dit que j'étais cadre de santé à l'APHP mais dans un autre hôpital que le leur.

Après cette brève présentation, j'ai annoncé que j'avais déjà mené des entretiens individuels, et que j'avais recueilli, à ces occasions, beaucoup de problématiques inhérentes au métier de l'aide-soignante à l'hôpital qui sont synthétisées sous formes de questions (guide d'entretien en annexe n°9). Les 4 questions leur seront

« livrées », avec les verbatims et expressions issues des entretiens individuels qui ont précédé.

Avec la 1ère question – Quel est le rôle d'une aide-soignante à l'hôpital ?-, j'ai volontairement choisi de leur délivrer des expressions crues – *un travail ingrat, un métier dur sans indulgence, torcher les malades, changer des couches tout la journée*- Et cela les a fait vivement réagir. Les autres verbatims livrés avec les autres questions (c'est quoi un travail bien fait ? c'est quoi intégrer un nouveau collègue aide-soignant ? et que faudrait-il changer ?) étaient moins virulents.

J'avais aussi dispersé sur la table devant elles, des images de la vie dans l'hôpital et des ces acteurs (récupérées dans google image en annexe n°10).

Les photos étaient là pour éventuellement faire surgir des réactions, ou les aider dans leur réflexion. Malheureusement elles n'ont pas vraiment réagi à ces images. Par contre les 4 questions sélectionnées avaient comme objectif de faire émerger leurs valeurs, motivations ou intérêts pour leur métier.

Le cadre avait été posé dès le départ. Chaque question donnait lieu à un débat d'environ 15 à 20 minutes. Elles pouvaient s'adresser à leurs collègues ou à moi, mais l'idée était plutôt qu'elles débattent entre elles.

Le tableau page suivante recense les éléments essentiels de la méthodologie du recueil d'informations ainsi que le calendrier.

Outils méthodologiques	Informations recherchées	Réalisation	Planification
3 Entretiens patients et médecins	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recueil d'informations ➤ Représentation du métier 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enregistrement et prise de notes ➤ Retranscription littérale des entretiens 	Mars-Avril 2013
9 Entretiens individuels aides-soignantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recueil d'informations ➤ Description et identification de certaines pratiques ➤ Repérage des situations critiques ➤ Repérage des problématiques métier ➤ Perlaboration²² 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enregistrement et prise de notes qui permettent d'extraire des éléments clés et/ou à clarifier ➤ Retranscription littérale des entretiens 	Avril-Mai 2013
2 Entretiens collectifs aides-soignants	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussions ➤ Perlaboration ➤ Positionnement, valeurs, intérêt, motivation. ➤ Genre et style professionnel²³ ➤ Co-construction 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enregistrement et prise de notes. ➤ Transcription uniquement des expressions et verbatims recueillis. 	Juin 2013

L'ensemble de ces entretiens a donné lieu, en dernier ressort, à une analyse qualitative que j'ai croisée avec les concepts évoqués dans le chapitre des hypothèses.

Je me dois de signaler que si les entretiens individuels étaient pour moi relativement familiers, les entretiens collectifs, eux, ne l'étaient pas. En entretien individuel, vous avez possibilité de recentrer plus facilement le débat par des relances si nécessaire.

²² Néologisme utilisé en psychanalyse: Passage d'une expérience vécue par le corps à une mise en mot

²³ Dans un collectif de travail, le *genre* désigne des obligations implicites que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler. Le *style* est un usage singulier du genre en situation, source d'un développement du sujet. Jean-Yves Bonnefond, Clot, Y., "Travail et pouvoir d'agir", *L'orientation scolaire et professionnelle*, 39/4, 2010, 531-532.

Le face à face est équitable. En entretien collectif, on est seul face à un collectif. Un des problèmes est de *s'extraire* suffisamment, pour que la parole et les débats se créent, tout en s'imposant comme arbitre. Cela n'a pas toujours été simple car parfois, lors de discussions vives, on me prenait à *témoin*, alors que je devais rester neutre. L'équilibre dans le positionnement a été difficile à trouver, mais l'expérience a été passionnante.

IV- ANALYSE ET FONDEMENTS THEORIQUES

La commande a été formalisée rapidement et, des lors, je me suis posé un nombre considérable de questions : sur la commande en elle-même, sur mon positionnement par rapport à cette commande et sur ma capacité d'analyse de cette commande²⁴. A ce stade du projet, j'avais imaginé quelques hypothèses qui ont été la base de ma recherche sur le plan théorique.

La problématique du travail des aides-soignants que rencontre le système hospitalier est d'importance car les services de soins des hôpitaux ont un besoin crucial de cette « main d'œuvre ». Les dimensions objectives et subjectives qui ont été offertes par les termes de la commande en elle-même, et mes propres hypothèses, ouvrent des champs conceptuels très divers : les identités professionnelles et collectives, les compétences, la psychodynamique du travail, l'ergonomie, les pratiques professionnelles, les motivations et la notion de reconnaissance.

Des entretiens individuels, j'ai pu dégager plusieurs notions ; d'abord dans la « nature du métier » (le sale boulot et la proximité avec le patient), dans le comportement général et particulièrement la communication de ceux qui travaillent avec les aides-soignants (médecins et hiérarchie), dans la représentation du métier en lui-même (aspect domestique du métier, sentiment d'absence de responsabilité) et dans les difficultés quotidiennes du métier.

Elles m'ont beaucoup parlé de leurs pratiques professionnelles, de la métis²⁵, de la renormalisation²⁶ et ont insisté sur le problème quasi constant de la communication, ou plutôt du manque de communication.

Ce qu'elles disent de leur métier est éloquent, étonnant et parfois touchant.

Subséquentement l'analyse qui va suivre est étendue.

Le cadre est donc large et le matériel collecté l'est tout autant.

²⁴ annexe n°3

²⁵ En clinique du travail, c'est ce qu'on appelle une pratique rusée dans l'espace de l'activité professionnelle

²⁶ La renormalisation est un écart à la prescription.

Mais avant d'engager cette analyse, il me semble nécessaire d'éclaircir un peu la singularité de cette commande et ma propre posture d'intervenant.

IV-1 Le paradoxe de la commande

L'idée du manque « d'initiative et d'implication des aides-soignantes dans leurs missions », inscrit telle quelle dans le texte de la commande initiale, m'a intéressée car elle fait appel à un élément objectif *sous-entendu* qui est l'absentéisme, mais aussi à un élément, plus subjectif, qui serait la notion de *routine professionnelle*, que j'appellerais « l'aménagement de la routine ».

L'absentéisme

L'absentéisme des aides-soignants est réel à l'hôpital. En 2011 par exemple sur un total de 2133 aides-soignants du GH Nord, il y a eu 5229 arrêts. Cette même année, pour le seul site auquel j'appartiens (et qui est le plus gros site du GH Nord), sur un total de 820 aides-soignants, il y a eu 2163 arrêts concernant 600 agents²⁷. Soit 73% des aides-soignantes. La tranche d'âge la plus concernée par ces arrêts est celle des 35-39 ans. Bien sûr il faut modérer ces chiffres car ces arrêts ne concernent pas seulement des arrêts pour maladie ordinaire mais aussi les congés maternité, les accidents du travail, longue maladie.. etc. Malgré cette réserve, les arrêts sont fréquents.

Si l'absentéisme a un coût économique réel, il est un symptôme de la relation de travail : la relation de soi à son travail, ses collègues ou son hôpital a changé.

Thierry Rousseau²⁸ explique l'absentéisme en 5 points : des **conditions de travail astreignantes** qui provoque des situations d'usure latentes (TMS, fatigue, stress...), le **temps partiel subi ou choisi** qui marque une relation ambivalente à l'emploi avec risque de précarisation, les **inégalités salariales hommes-femmes**, la **coexistence de la vie professionnelle, des soins aux enfants et du travail domestique** (qui reste l'apanage des femmes), et un **manque de reconnaissance** lié à des carrières professionnelles sans évolution. Certains de ces points d'explication se retrouvent

²⁷ Source de données : logiciel NSI B.I, GH HUPNVS, Nov. 2012.

²⁸ *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*. Réseau Editions ANACT, 2012.

dans les entretiens effectués auprès des aides-soignantes et révèlent une réelle pénibilité du métier :

« Je me lève à 4H15 le matin parce que j'habite loin »[...] « Des fois j'arrive à peine à m'asseoir tellement j'ai mal au dos ».
« Je cours toujours : le matin je dois être à l'heure au travail et l'après-midi je dois récupérer mes enfants au plus vite ».
« Avec les médecins, y'a une distance. Ils sont froids. Quand ils ne nous disent pas bonjour, on se sent exclues ».

Le rythme et les conditions de travail, les horaires décalés, l'organisation de la vie familiale et le manque de communication peuvent faire le nid d'une grande fatigabilité.

La routine professionnelle

En ce qui concerne la routine professionnelle, et selon E. Hughes « *le drame social au travail résulte de l'affrontement entre la routine du professionnel et l'urgence de l'utilisateur* »²⁹. Il parlait des surveillants en milieu carcéral mais ce *drame* est tout à fait transposable à l'hôpital. La confrontation entre « urgence singulière », évaluée à des degrés divers, et « routine professionnelle » crée des impatiences et des tensions. C'est probablement cette tension qu'on ressent quand on est manager d'une équipe d'aides-soignantes à l'hôpital, exacerbée par le fait de ne pas être en mesure de répondre à ces situations de travail spécifiques, et cependant récepteur de premier niveau des plaintes.

Lors des entretiens, il n'a jamais été question de « routine professionnelle ». Elle existe mais n'est jamais mise en avant car elle marquerait un manque de professionnalisme significatif. Il aurait fallu pour cela les interroger spécifiquement sur la *routine*, ce qui n'a pas été fait.

²⁹ *Le regard Sociologique*, éd. de l'EHESS, 1996, p 95.

IV-1- 2 La posture de l'interviewer

La posture de l'interviewer a un impact sur le recueil d'information. Il existe toujours un retour sur soi, une interaction. Vygotski disait à l'époque de ses recherches en psychologie du développement que « la pensée s'incarne dans la parole ». La thèse que défend Vygotski est de dire que pensée et langage se superposent (on ne peut ni les fusionner ni les dissocier) ; c'est ce qu'il appelle « la pensée verbale ». La pensée n'existerait donc pas sans le langage.

Cette « pensée verbale », que j'ai entendue lors des entretiens, a joué un rôle constructif, bien au-delà de la simple communication. Le langage exprimé est puissant. Mais il était important de savoir garder une certaine distance, tout en ayant conscience de mes propres affects. Il fallait, pour cela, pouvoir *les faire parler* (et non pas simplement répondre à des questions). Cela supposait se détacher suffisamment du questionnaire : en fait ne plus questionner mais *écouter*.

Les échanges et les débats nés de ces entretiens ont permis de cerner la place centrale qu'occupent les aides-soignants à l'hôpital et d'une manière plus générale, la place de leur métier dans leur vie de tous les jours. Dans les entretiens collectifs, j'ai pu remarquer que parfois certains mécanismes de défense se sont levés : la parole s'est libérée, probablement parce qu'elles se sentaient plus en confiance ensemble.

J'étais convoquée à chaque instants car je devais écouter chacun des agents, détecter les tensions et difficultés du terrain, entendre la souffrance et le plaisir, faire des hypothèses, alimenter le débat.... Cette expérience nouvelle m'a invitée à une lecture personnelle, subjective, centrée sur les ressentis, de ce que nous dit le terrain, le « vécu ».

Il fallait dès lors trouver un *sens* ou une *direction* aux propos recueillis. Pour l'ensemble des entretiens, le *bric à brac* des conversations m'a obligé à concevoir une problématique claire : en réalité, qu'est-ce qui fait problème ?

Au final, il m'a paru intéressant d'aller vérifier ce qui m'a semblé le fil conducteur de cette étude :

« L'identité professionnelle de l'aide-soignante se heurte à un double obstacle : d'un côté une difficulté à s'identifier comme soignant à part entière et d'autre part une difficulté à se reconnaître dans le sale boulot ».

Il fallait dès lors, chercher les éléments qui me permettraient de confirmer cette idée. Après avoir organisé les propos sous forme de tableau de traitement, plusieurs axes, en rapport direct avec l'analyse clinique du travail et ce fil conducteur, sont apparus. J'ai choisi de les développer selon plusieurs angles.

Mon analyse débutera par la recherche de l'identité de l'aide-soignante car tout commence par une personne qui choisit un métier ou une profession.

IV-2 Quelles identités pour l'aide-soignante ?

IV-2-1 L'identité professionnelle de l'aide-soignante

La notion de l'identité chez un individu est, en psychologie sociale, la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou par les autres. La notion d'identité est au croisement de la sociologie et de la psychologie, mais aussi la biologie et la philosophie.

L'identité professionnelle est aussi un processus complexe. La sociologie étudie traditionnellement les représentations subjectives que se font les individus de leurs positions sociales, leurs sentiments d'appartenance, de décalage et d'exclusion, et cherche ainsi à comprendre leurs trajectoires sociales dans leurs deux aspects objectif et subjectif.

Dans les entretiens que j'ai eus avec certaines aides-soignantes, on est confronté d'emblée la complexité *d'exister en tant que soignante*, et même *aide-soignante*, à l'hôpital :

Mais même quand on dit qu'on travaille à l'hôpital, forcément on va penser à l'infirmière. On pensera pas à l'aide-soignante. C'est pas le métier qui vient tout de suite à l'esprit. Et quand on parle du métier, on nous dit « ben c'est quoi d'aide-soignante ? Elle fait quoi l'aide-soignante ? » Tout le monde connaît le rôle de l'infirmier mais personne ne sait ce que fait l'aide-soignante. A part l'image type de l'aide-soignante « changer les couches ». Et bien à l'hôpital, ça ne fait pas que ça !

On ressent bien dans ce propos la difficulté à faire *émerger* l'identité spécifique de l'aide-soignante *soignante* dans l'image qu'on a collectivement de l'hôpital ; « *c'est pas un métier qui vient tout de suite à l'esprit* ».

Nous allons continuer à explorer cet *obstacle* identitaire avant d'essayer de l'expliquer avec Claude Dubar³⁰.

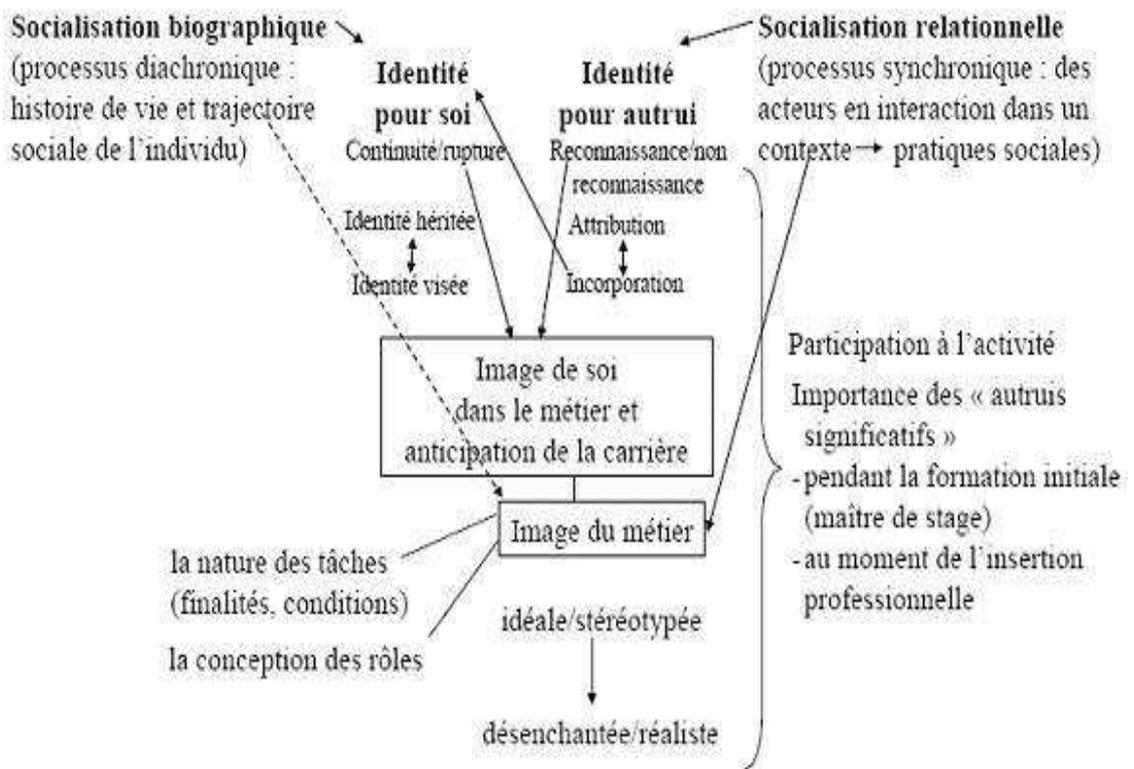
« Toutes les tâches ingrates sont attribuées à l'aide-soignante [...], comme si ces tâches étaient réservées à l'aide-soignante. Les infirmières nous disent « faut mettre le bassin à tel monsieur... », comme si c'était pas à elles de mettre le bassin. A force de ce comportement-là, les patients pour eux on est des bonnes à tout faire. On mérite pas d'intérêt. Quand un patient m'appelle pour me demander quelque chose, je le fais volontiers. Mais on sent qu'il n'y a pas de reconnaissance. Y'a pas de *s'il vous plait*, y'a as de *merci*. C'est vraiment des ordres ».

On retrouve dans ce propos la dualité, *la rivalité*, qu'il y a entre le métier de l'infirmière et celui de l'aide-soignante « *pour le patient l'infirmière est plus " précieuse " et ne doit pas jeter un papier dans la poubelle* » ; « *on mérite pas d'intérêt puisqu'on est là pour mettre des bassins...* ». L'image renvoyée de l'aide-soignante est, à ce stade, terriblement *méprisante*.

Pour Claude Dubar l'identité professionnelle se construit dans un processus de socialisation complexe. En voici la schématisation :

³⁰ Claude Dubar : sociologue français.

**La construction de l'identité professionnelle (d'après Dubar, 2000, 3e éd.) :
produit de processus de socialisation**



La construction d'une identité professionnelle, selon Claude Dubar, est faite de plusieurs identités : **l'identité pour soi**, qui est le résultat de la trajectoire sociale et de la trajectoire de vie de l'individu, **l'identité pour autrui**, qui est une interaction d'acteurs et de pratiques sociales dans un champ professionnel et qui attribue ou non une reconnaissance. Ces identités sont les pierres angulaires d'une **image de soi dans le métier**.

Lors des entretiens individuels et collectifs, bon nombre d'entre elles semblent *fières* de leur métier. Elles le décrivent comme un métier « *noble* ».

« Être aide-soignant permet d'exister partout dans le monde ».
 « On se sent utile »
 « C'est un beau métier, un métier noble ».

Ces propos témoignent de la façon dont les aides-soignantes *se visualisent* dans l'idéal de leur métier. C'est un point de vue éminemment subjectif.

Quand l'aide-soignante interrogée dit « *Quand on dit qu'on travaille à l'hôpital, forcément on va penser à l'infirmière. On pensera pas à l'aide-soignante. C'est pas le métier qui vient tout de suite à l'esprit* », que nous dit-elle au juste ?

Elle nous dit qu'il existe une tension extrême de **l'image de soi dans le métier**.

Non seulement on ne les reconnaît pas en tant que soignant :

« Ce patient va sonner. On va venir. Et il sonne pourquoi ? Pour jeter un papier qui est sur sa table. Ça m'est arrivé. Le patient voulait que je lui jette un yaourt de sa table, alors que l'infirmière était là. On a l'impression qu'on est leur domestique ou la femme de ménage, la bonne à tout faire. C'est le côté un peu... Pour le patient l'infirmière est plus « précieuse » et ne doit pas jeter un papier dans la poubelle. C'est pour ça que je vous dis qu'on est pas reconnu dans le sens positif ».

Ou encore, quand on leur pose la question du rapport avec les médecins :

« On est inexistant. Ils ont besoin des infirmières, mais nous, ils n'en ont pas besoin. [...] avec les médecins y'a zéro communication. Ils viennent pas nous voir pour nous demander notre avis. C'est ça qui me chagrine ».

« Pour eux on est de la merde. Un jour on m'a dit « vous n'êtes qu'une petite aide-soignante, vous n'avez pas à me dire ce que je dois faire »

Mais elles ont aussi du mal à se reconnaître *elles-mêmes* dans leur métier de soignant. Un médecin m'a dit ceci :

« Par exemple en aigu³¹, quand je fais un staff, il faut que je coure après les aides-soignantes pour les motiver à venir. Et elles ne participent quasiment jamais [...]. Et de façon générale. Je pense que c'est vraiment pas lié à l'ancienneté. Voilà, donc c'est compliqué... Je n'irais pas jusqu'à dire qu'elles s'auto- « mutilent ». Enfin elles « s'auto-dévalorisent ». A la limite elles s'interdisent même de faire autrement [...], par certains aspects, leur métier est très dur et ingrat ».

³¹ Courts séjours

Puis il ajoute:

« Y'a des informations qui ne sont récupérés que par elles, et qui doivent être transmises. Il faut que l'information circule ».

Il semble qu'il y ait un empêchement à cette construction identitaire. Il y a une rupture dans le processus d'élaboration de **l'identité pour soi** « *elles ne s'autorisent pas..., elles se mutilent, s'auto-dévalorisent...* ».

Le résultat de ces deux éléments ; difficulté à se reconnaître et à être reconnu en tant que soignant, aboutira à une **image dans le métier** tout à fait dévalorisée : Une quasi impossibilité à s'identifier en tant que soignant.

Par ailleurs, **l'image du métier** est, elle aussi, dégradée « *Le patient voulait que je lui jette un yaourt de sa table, alors que l'infirmière était là. On a l'impression qu'on est leur domestique ou la femme de ménage, la bonne à tout faire* »... **Cette image du métier** est liée probablement et en grande partie à *la nature des tâches exercées*. Si on s'appuie sur la thèse de Claude Dubar, il existerait donc un déficit de **l'image renvoyée du métier**, dû vraisemblablement à la notion du « sale boulot » (mettre le bassin, changer les couches...). Le *désenchantement* qui s'ensuit est un *choc* qui met en tension la formation initiale, peut-être *idéalisée*, et la réalité du terrain.

Il y aurait donc bien aussi, et c'est la seconde partie de l'hypothèse, une difficulté à se reconnaître dans le sale boulot.

S'il existe des difficultés identitaires de l'aide-soignante, il existe aussi un aspect beaucoup plus rationnel et concret dans l'utilité de leur rôle au quotidien. Quand j'ai interrogé un patient sur « qu'est-ce qu'une aide-soignante pour vous ? », voici ce qu'il a répondu :

« Mais finalement au quotidien, il leur reste un grand rôle : Elles sont, bien souvent, plus disponibles au quotidien que les infirmières. Qui elles sont ? [...] Je vois bien dans ce service par exemple, les infirmières ont des pansements et des soins très longs et hormis le cas un peu d'urgence où on sonne, c'est quand même beaucoup

plus difficile de les voir. Les aides-soignantes, on arrive entre les repas par exemple, à avoir une communication au quotidien et un lien avec le patient »[.....]
« Les aides-soignantes sont notre principal lien avec l'hôpital »[.....]
« Une bonne aide-soignante est une personne avec des qualités humaines. Qui est à l'écoute du patient, sans être sa domestique ».

Il existe vraiment une extrême ambiguïté dans tous les propos recueillis. C'est un métier noble et sale en même temps. Les tâches sont ingrates mais il y a un étonnant lien avec le patient. Elles peuvent délivrer des informations essentielles sur les patients mais on ne les écoute pas toujours « *ils ne viennent pas nous voir pour nous demander notre avis, c'est ça qui me chagrine...* ».

On le voit, le rôle de l'aide-soignant est fondamental mais il est aussi dévalorisé. Le paradoxe identitaire du métier de l'aide-soignante est d'importance : d'un côté une utilité sociale que tous accordent, et de l'autre une représentation du métier et une identité métier tout à fait dégradantes.

C'est une question d'importance, et elle peut poser un problème directement à l'organisation de travail ou au collectif dans lesquels elle se produit.

Alors, au regard de ce déficit identitaire, quelles sont les valeurs d'échange possible entre l'hôpital et les aides-soignantes ?

IV-2-2 Les identités collectives au travail

En partant du postulat que l'entreprise constitue un lieu de socialisation important pour les individus qui y travaillent, thèse démontrée par les travaux de Renaud Sainsaulieu³² en 1977, l'expérience des relations dans des univers productifs génère des normes collectives de comportement et fournit la possibilité de construire une véritable « identité au travail »³³. De nombreux chercheurs (comme Claude Dubar en 1991), ont clairement démontré l'effet identitaire de l'expérience au travail. Pour

³² Renaud Sainsaulieu (1935-2002) : sociologie français

³³ *Les mondes sociaux de l'entreprise* ; F. Osty, R. Sainsaulieu, M. Uhalde. Ed. La Découverte, 2007, p. 94.

Dubar, l'identité professionnelle est le produit d'un double compromis entre une identité pour autrui (assignée à son institution par exemple) ou une identité pour soi (liée à la biographie, trajectoire scolaire...).

Plusieurs autres sociologues s'étaient intéressés à cette question auparavant : Michel Crozier et Erhard Friedberg, dans *L'acteur et le système*, nous montrent le caractère « opportuniste » des stratégies humaines et la part « irréductible » de sa liberté qui existe dans toute relation de pouvoir, ou Alain Touraine³⁴ en 1966 qui situait la socialisation au travail dans « la conscience ouvrière de lutte et de participation critique ».

Renaud Sainsaulieu distingue, quant à lui, quatre types d'identité au travail : **l'identité fusionnelle** (unité de groupe, valeurs communes), **l'identité de retrait** (la vie est ailleurs, le travail est subi plutôt que désiré), **l'identité de négociation** (affirmer les différences et négocier les alliances) et **l'identité affinitaire** (logique individualiste).

Certains propos recueillis sont révélateurs de ces quatre identités au travail « *moi je représente l'hôpital* », **pour l'identité fusionnelle**, « *je suis pas wonder-women, je rentre chez moi je suis sur les genoux, mais j'ai une vie en dehors de l'hôpital. Il faut savoir dire stop !* » **pour le retrait**, « *on a appris des techniques mais on peut pas toujours tout faire dans les règles...on jongle en permanence pour pas perdre de temps...* », **pour la négociation**, « *moi je préfère rentrer chez moi, n'avoir pas mal au dos, et avoir plus de responsabilités comme les infirmières* » **pour l'individualisme**.

En schématisant les variables d'analyse des identités collectives au travail, 3 dimensions se dessinent (*ibid*, page 96) :

- 1- **Les espaces d'identification** qui déterminent les sphères d'appartenance et de référence des individus (soit *le travail*, producteur de sens pour l'activité professionnelle, soit *l'entreprise*, comme lieu d'attente et de reconnaissance,

³⁴ Alain Touraine : sociologue français de l'action sociale et des nouveaux mouvements sociaux.

soit *la trajectoire* comme fil conducteur à un projet professionnel, enfin *la société externe*, comme espace de finalité de travail et d'emploi).

- 2- **Les systèmes de représentations** qui constituent un élément important de l'analyse des cultures et des identités de travail (*la légitimation de l'autorité hiérarchique*, par l'expertise, la prise de décision, le respect des règles et la gestion de l'autonomie ; *les finalités de travail*, par l'utilité sociale, l'épanouissement et le statut social ; et *les finalités de l'entreprise*, par rentabilité économique, mission de service publique, formation et développement des métiers).

- 3- Enfin les sociabilités de groupe avec certaines « **attitudes** » de travail (*les comportements relationnels* qui comprennent les échanges réciproques, les interdépendances entre collègues, les relations avec les autres membres de l'entreprise, et *les attitudes face au travail*, comme l'attachement (caractère affectif) et l'implication (engagement dans la fonction).

Les espaces d'identification auxquels fait référence Renaud Sainsaulieu se retrouvent dans ce propos :

« Mais c'est dans ma nature de me décarcasser. Parce que je représente l'hôpital dans les yeux du patient. Et quand les choses ne vont pas « c'est nul ici »... Mon ressenti c'est que je le vis mal. On sort des murs de l'hôpital ; on rentre chez soi on est en colère. A la longue ça devient routinier. On est juste là pour la paie, et encore... »

On ressent bien un attachement, voire une appartenance à des valeurs, des activités porteuses de sens. Quand celles-ci sont mises à mal, l'aide-soignante peut en souffrir, être en *colère*. Parfois aussi, quand il y a dysfonctionnement (surcharge de travail liée à de l'absentéisme, manque de draps quasi systématique le week-end, qualité médiocre des repas..etc...), certaines aides-soignantes *démissionnent*. Elles *renoncent* à bien faire leur travail et c'est dans ces moments-là que l'on ressent un manque de motivation. Lors de mon enquête une des cadres que j'ai rencontrées m'a dit :

« Les aides-soignantes ne voient plus le patient quelquefois mais uniquement la tâche, le travail. Elles arrêtent de faire leur travail à un moment donné. Elles disent « je ne fais plus de toilette ce matin, j'en ai trop fait, je laisse aux autres... Moi, je les laisse râler. Je préfère qu'elles soient en colère sur moi que sur les patients. Il faut parfois savoir laisser cette liberté de s'exprimer pour qu'elles fassent finalement leur travail ».

Cette réflexion est d'autant plus intéressante qu'elle souligne certaines *attitudes de renoncement*, de « *ras le bol* », que l'on retrouve parfois face à la réalité des situations, et l'interprétation qu'on leur accorde. Selon la manière de concevoir ces attitudes, on y verra soit un manque d'investissement, de responsabilisation, soit un sentiment de non reconnaissance du travail effectué, soit plus simplement, un découragement lié aux conditions de travail.

D'autres personnes se sont penchées sur les identités collectives au travail, comme Mokhtar Kaddouri³⁵ qui propose 3 types de dynamique identitaire : soit une **dynamique d'entretien identitaire** où l'individu est satisfait de son identité qu'il a envie de consolider et d'entretenir dans le futur ; soit une **dynamique de transformation identitaire**, où l'individu est insatisfait de son identité actuelle qu'il cherche à transformer, soit une **dynamique de confirmation identitaire**, où l'individu souffre d'un manque de reconnaissance professionnelle, qu'il soit convaincu de sa valeur ou qu'il soit conscient de son déficit de compétences.

Nous le voyons, les identités au travail sont complexes et s'introduisent dans tous les espaces environnant la personne : l'espace personnel, l'espace interpersonnel (mouvement avec les autres), l'espace impersonnel (la prescription et l'organisation des tâches), ou l'espace transpersonnel (histoire du métier, des techniques)³⁶. On peut malgré tout affirmer qu'il existe, dans la plupart des cas, une « fierté » du travail bien fait (*[...] on se sent utile [...] c'est un beau métier, un métier noble*), et une revendication liée à la détention d'une qualification (*[...] on est pas que des bonnes à tout faire ! [...]*).

³⁵ Mokhtar Kaddouri : professeur en sciences de l'éducation, Cité Scientifique, Villeneuve d'Ascq.

³⁶ Y. Clot et D. Lhuillier : *Agir en clinique du travail*, Ed érès, 2012, page 29

Toutefois ce système symbolique identitaire ordonnance les activités selon les compétences mobilisées (*[...] personne ne sait vraiment ce que fait l'aide-soignante, à part l'image type de l'aide-soignante qui change les couches [...]*).

On distingue alors les activités nobles et les activités considérées comme viles et peu qualifiées, comme le sont, en partie, certaines tâches des aides-soignantes.

Cette *toile de fond* dissociant le travail valorisé et technique (une pose de perfusion par exemple), et le travail moins qualifié (un nursing), pose le problème du travail en binôme infirmière /aide-soignante à l'hôpital. Ce binôme ou cette *collaboration*, est lourdement chargé de risque identitaire ; l'infirmière et l'aide-soignante ne veulent pas être « rabaissées » aux seules tâches moins nobles (toilettes, bassins...). Elles valorisent, de ce fait, le relationnel, les actions éducatives et les soins techniques.

Cette frontière invisible, pourtant réelle et *sacro-sainte*, entre les tâches nobles et les tâches domestiques, semble irréversible. Pourtant, les malades et l'hôpital ont besoin de l'ensemble de ces tâches, qu'elles soient nobles ou non. Toutes les tâches, y compris le « sale boulot », humanisent les soins. Elles sont nécessaires, utiles, dignes, et ont une valeur, sur le plan concret, et sur le plan symbolique (humain, affectif et social).

IV-3- L'invisibilité du « sale boulot »

E.C. Hughes aux Etats Unis est le premier sociologue co-fondateur de l'école de Chicago à s'être intéressé à la question de la division du travail, en 1951. Il disait : « chaque métier, quel que soit son prestige dans l'organisation, a en charge des tâches qu'il considère comme relevant du « sale boulot » (dirty- work) ».

Certains propos d'aides-soignantes sont révélateurs du « sale boulot » :

Et quand on parle du métier, on nous dit « ben c'est quoi d'aide-soignante ? Elle fait quoi l'aide-soignante ? » Tout le monde connaît le rôle de l'infirmier mais personne ne sait ce que fait l'aide-soignante. A part l'image type de l'aide-soignante « changer

les couches ». Et bien à l'hôpital, ça ne fait pas que ça ! Y'a plein de chose derrière. D'abord on dit pas couche mais « protection »[...] L'aide-soignante « caca, pipi, les vieux... ». Voilà à quoi on colle le métier d'aide-soignante.

Dans le monde de l'hôpital, le « sale boulot » est à l'origine de transactions permanentes entre les acteurs. La notion de « sale boulot », renvoie aux tâches « physiquement dégoûtantes ou symbolisant quelque chose de dégradant ou d'humiliant »³⁷.

Selon E.C. Hughes, cela n'a rien de spécifique au métier d'aide-soignant ; il existe aussi des « dirty -work » du médecin, du directeur ou de l'employé de banque.

Dans ce contexte, tout métier va chercher à se « débarrasser » du sale boulot, à le déléguer ou à l'occulter, car il est considéré comme « non valorisant ». Les professionnels passent ces activités sous silence, pour proposer un visage plus respectable d'eux même. Anne- Marie Arborio l'établit avec les aides-soignantes à l'hôpital : « *Bien que les gestes des aides- soignantes s'exécutent directement sur les corps et caractérisent leur travail, elles mettent l'accent sur la relation verbale qui permet de réaliser ces gestes* »³⁸.

D'autre part, un élément se sur- ajoute au « non-dit » généralisé. C'est le fait que le travail de nursing et d'aide dans les besoins quotidiens peut s'apparenter au travail domestique.

A l'hôpital, nous dit Paule Bourret³⁹, « *le travail de soin est principalement assuré par des femmes. Il est affecté par l'invisibilité qui caractérise le travail féminin en général, le travail qui s'apparente au travail domestique en particulier. [...] non seulement le travail n'est pas visible, mais la personne qui l'effectue peut à son devenir une « non personne* ». C'est en partie ce qui caractérise probablement le travail des aides-soignantes, des aides à domicile et des auxiliaires de vie.

Nous le voyons donc, non seulement le travail est tu, mais les tâches le composant sont considérées aussi comme « allant de soi », et il peut s'effectuer ainsi dans une totale invisibilité pour des yeux profanes. Un travail « *qui est en permanence à*

³⁷ E.C Hughes : *Le regard Sociologique*, 1996, p 81.

³⁸ *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos, 2001, page 108.

³⁹ *Prendre soin du travail*, éditions Seli Arslan , 2011, page 36.

recommencer », nous dit encore Paule Bourret, et « *qui ne se voit que quand il n'est pas fait* » (Ibib, page 49).

C'est probablement un élément aggravant du peu de valorisation qu'on accorde à ce métier : des activités proches du « *care* » et plus éloignées du « *cure* »⁴⁰. Le *care* prend en charge le poids des corps et le contact avec les déchets corporels. Le *cure*, lui, est proche du matériel médical stérile et de la technicité, de la thérapie et de la pharmacopée. En clair, plus proche de la guérison que ne le laisse supposer le *care*, qui est, quant à lui, moins spécialisé, difficile à mesurer et de ce fait, à évaluer. Malgré tout, tout porte à croire que le *care* fasse partie intégrante de la guérison. A l'origine, le terme *care* est polysémique. Il est au centre d'une réflexion sur la place et le souci pour autrui (sollicitude, soin, cœur, attentions, prévenance etc...). Il est porteur d'une dimension *humaniste*. Il est porteur de *valeurs morales de soin*, d'attention à autrui, de sollicitude, et se trouve souvent identifiées à des vertus féminines. Ce serait « *une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face-à-face* »⁴¹.

Mais qu'est réellement le *care* ? Est-ce que c'est une façon d'agir particulière ? Est-ce que c'est une façon de voir ou d'écouter en particulier ? Quel est le rapport entre le *care* et les compétences de l'aide-soignante ?

L'exploration du vaste concept des compétences nous en apprendra sans doute un peu plus.

⁴⁰ Donald Winnicott (1896-1971), pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais affirme que le **care** signifiait vers 1700 *the remedy*, désignant ainsi le *traitement* et plus tard *la guérison*. Le **care** quant à lui prend un sens plus large, désignant le *prendre soin*.

⁴¹ Fransesca Cancian : Professeur, Sociologie École des sciences sociales, Université de Harvard.

IV-4 Analyse du travail et compétences de l'aide-soignante : Quelles sont les pratiques à l'hôpital?

IV-4-1 Les compétences de l'aide-soignante

Il est probablement utile d'avoir une idée de ce que représentent les compétences des aides-soignantes quand la commande s'exprime très clairement en termes de « on ressent un manque d'initiatives et d'implication, les aides-soignantes ne réalisant pas l'ensemble des missions de soins qui leur sont autorisées ».

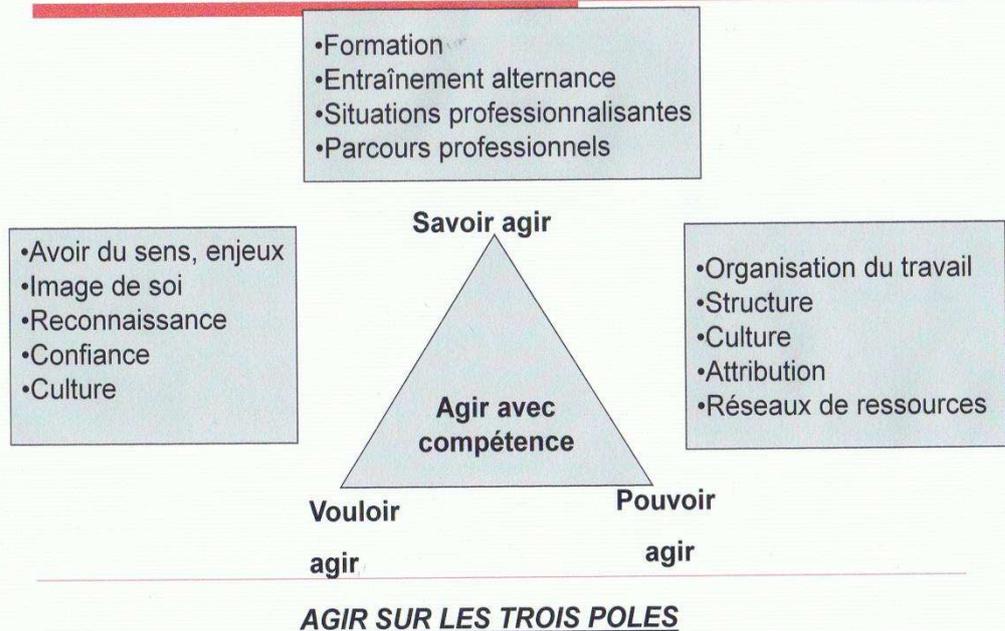
Le mot compétence vient du latin *competencia*, qui veut dire « juste rapport ». Il est généralement admis en ressources humaines que la compétence est une « connaissance (savoir, savoir-faire, savoir-être) mobilisable, tirée généralement de l'expérience et nécessaire à l'exercice d'une activité ».

La notion de compétences est vaste, les définitions multiples et il y aurait de nombreux auteurs à citer. Mais il a fallu faire un choix : citons quelques une de ces définitions :

Guy Le Boterf⁴² caractérise la compétence comme résultante de 3 pôles : **savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir**. Le schéma page suivante nous montre les éléments qui constituent de ces 3 pôles :

⁴² Docteur d'Etat en sciences humaines et docteur en sociologie ; ses travaux sur la compétence collective et le travail en réseau font autorité en France et à l'étranger dans de multiples secteurs de la vie économique et sociale.

Agir avec compétence, une résultante



Le pôle **vouloir agir** s'exprime en termes d'image de soi, de sens au travail et de reconnaissance. Nous l'avons vu au chapitre précédent, la notion de « sale boulot » est prégnante. Les aides-soignantes ont du mal à s'identifier uniquement dans le sale boulot. Cette notion de *dirty work* est à la fois objective (c'est vrai que l'aide-soignante a affaire quotidiennement au sale, aux déchets corporels, à la souillure), mais elle est aussi subjective dans la représentation qu'elle a de son métier.

Toutefois, l'aide-soignante **sait agir** aussi dans d'autres domaines. Un de ces domaines a retenu mon attention.

Un patient interrogé a dit :

Certains aides-soignants sont très à l'aise dans leur rôle. Mais moi, je me suis posé la question « pourquoi c'est les aides-soignantes qui changent les draps ? Pourquoi c'est pas la personne qui lave les sols ? Si on leur enlève ça, il leur reste quel rôle ? Finalement, je me suis dit qu'au quotidien, il leur reste un grand rôle : elles sont beaucoup plus disponibles que les infirmières [...] Avec les aides-soignantes, on arrive à avoir une communication, ente les repas par exemple. C'est un lien avec le

patient. C'est vraiment important. Moi vraiment, j'ai beaucoup plus de contact avec les aides-soignantes qu'avec les infirmières.

Il semble que le lien que les aides-soignantes entretiennent avec les personnes soignées soit précieux. Elles combleraient, peut-être, un sentiment de solitude entre le malade, sa maladie et l'institution hospitalière, cette impression diffuse d'être un *objet* dans les mains d'une immense machine fabriquant de la thérapie. Pour résumé, les aides-soignantes *humaniseraient* vraisemblablement la dimension soin en lui redonnant de sa dignité.

La définition de Philippe Zarifian⁴³ quant à elle, nous montre trois dimensions de la notion de compétence : - une attitude de **prise d'initiative et de responsabilité** qui vise la réussite de leur action - des **savoirs d'action** qui expriment l'intelligence pratique de ces situations (mobilisation de l'expérience et des connaissances) - et l'existence et la **mobilisation de réseaux d'acteurs** qui contribuent directement à la prise en charge des situations ou apportent un soutien.

Cette définition laisse une part importante à la prise d'initiative et à la notion de responsabilisation. Nous le retrouvons dans le propos de ce médecin :

En SSR⁴⁴, l'aide-soignante est beaucoup plus au centre du soin. Elle a beaucoup plus de contact avec le docteur. Participe beaucoup plus au staff qu'on peut faire. Par exemple en aigu, quand je fais un staff, il faut que je coure après les aides-soignantes pour les motiver à venir. Et elles ne participent quasiment jamais. En Soins de Suite, comme l'objectif de l'hospitalisation c'est l'autonomisation des malades, elles ont un rôle qui est beaucoup plus important et elles se sentent beaucoup plus valorisées et elles prennent la parole plus facilement. Et puis de toute façon, nous, on les interpelle, préférentiellement, quand on veut savoir si y'a encore besoin d'aide à la toilette, si y'a encore besoin d'une aide à l'alimentation, si voilà... Et donc elles se sentent beaucoup plus investies de la mission, je pense qu'elles prennent une importance qui est beaucoup plus nette qu'en soin aigu. En soin aigu, ce qui va primer, c'est l'examen, la radio, le scanner, l'IRM... Et d'ailleurs quand on fait notre présentation au staff, je vais être beaucoup plus « médical » qu'en soins de suite où on va être beaucoup plus sur « on en est où de la rééducation ? Il fait quoi le malade ? Il a besoin de vous pour quoi faire ? ».

⁴³ *Le modèle de la compétence, trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, 2004, Ed. Liaisons

⁴⁴ Soins de Suite et Rééducation associé au moyen séjour.

On voit dans ce propos le rôle très différent entre un service d'hospitalisation traditionnel, aigu, et un service de plus long séjour. Le rôle qu'on accorde aux aides-soignantes en long séjour est bien distinct d'un service aigu. L'organisation et le temps se déroulent différemment. On leur laisse un espace pour s'exprimer, pour prendre des initiatives et pour se responsabiliser. Pour Guy le Boterf, c'est le **pouvoir agir** qui s'exprime dans une organisation de travail donnée et des attributions de tâches adaptées.

Par ailleurs, la **prise d'initiative et la responsabilisation**, dont nous parle Philippe Zarifian ne peuvent s'exprimer que dans un contexte favorable.

L'enjeu pour l'hôpital, et pour la profession tout entière, serait de positionner les aides-soignantes dans tous les services de MCO⁴⁵ et de long séjour, dans des tâches *professionnalisantes* (par exemple la prise en charge de l'autonomisation dans les actes essentiels de la vie quotidienne), et responsables dans leur périmètre.

S'il faut savoir, pouvoir et vouloir agir pour être compétent, il faut, avant tout, avoir la possibilité que ces trois pôles puissent s'exprimer.

Citons, pour finir, l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant. Il atteste de 8 compétences requises pour exercer l'activité du métier d'aide-soignant (annexe n°11). Ce texte est fondateur et tente de responsabiliser l'activité de l'aide-soignante, dans ses domaines de compétences.

Ces 8 compétences correspondent à 8 modules de formation (accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, état clinique, soins, ergonomie, relation-communication, hygiène, transmissions des informations et organisation du travail).

Les entretiens que j'ai eus avec l'ensemble des aides-soignantes mettent en valeur l'ensemble de ces compétences, mais parfois de manière inattendue et décalée :

« Quand il y a trop de taf à faire et que les patients sont très très lourds, il faut établir des priorités... c'est quoi la priorité ? Il faut qu'il soit nursé ? le faire manger ? Il faut qu'il soit couché ?... on peut pas tout faire [...] Ce n'est pas que l'acte en lui-même...on essaie d'appliquer ce que l'on apprend à l'école en matière d'hygiène,

⁴⁵Courts séjours : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

mais parfois on n'a pas le temps [...] Parfois on est frustré parce qu'on n'a pas le temps de leur parler, mettre en place des activités avec les animateurs par exemple...on peut pas tout faire mais on essaie de faire dans la globalité avec une certaine cohérence »

Ces compétences, mobilisées et contextualisées, ont toujours la fonction de s'adapter en situation de changement. Elles ont toujours un temps d'avance sur les normes. Elles reflètent de ce fait une *intelligence* au travail, un *arrangement* avec le réel des situations.

Nous allons, pour poursuivre, continuer à explorer le champ des compétences et aborder la notion d'intelligence au travail avec des concepts forts éclairants issus de la clinique du travail: la psychodynamique du travail, la métis, l'ergonomie mais aussi la renormalisation d'Yves Schwartz avec la notion de double anticipation⁴⁶ dans le champ du travail.

IV-4-2 La psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail est une discipline clinique qui étudie le rapport entre l'homme, le travail et sa santé. L'ergonomie, dont est issue la psychodynamique du travail, analyse comment font les gens pour améliorer leurs conditions de travail.

Alain Wiesner disait « L'essentiel du travail c'est la pensée. »⁴⁷.

Wiesner est parti du postulat suivant : si on améliore réellement les conditions de travail (en partant du travail réel et non pas du prescrit), alors on devrait trouver les conditions idéales ! Malheureusement, on s'aperçoit que cela ne fonctionne pas aussi facilement.

La psychodynamique du travail nous dit ceci : le travail est une « énigme » car il y a toujours un décalage entre le travail prescrit et le travail effectif. Le travail est

⁴⁶ Pour l'auteur, l'activité est toujours quelque part en avance sur le concept, en même temps que celui-ci est la condition de celle-là. Cette " double anticipation " est un renversement du savoir, dont nul ne peut prétendre être le maître. C'est une confrontation constante entre les " savoirs " disciplinaires organisés et l'expérience des protagonistes (les êtres humains au travail).

⁴⁷ Alain Wisner (1923- 2004) : médecin du travail. Père fondateur de l'ergonomie francophone. Créateur du laboratoire de recherche chez Renault.

toujours confronté au réel qu'il doit essayer de maîtriser. Il existe de ce fait, une « intelligence au travail », mobilisée pour identifier les problèmes et essayer de les résoudre⁴⁸.

Par exemple, les aides-soignantes, comme tous les soignants, font face à la douleur, la souffrance et la mort. Elles sont en premières lignes car très proche des patients. Dans un des entretiens, une aide-soignante m'a dit :

« Ah, les difficultés ! Je vais prendre un exemple. Hier il y a une patiente qui est arrivée. C'est une dame connue. Elle a des douleurs aiguës. Elle souffrait et le médecin n'était pas encore arrivé. On ne pouvait rien donner. Le doliprane ne la soulageait pas. Elle en prend beaucoup et ça ne lui fait plus rien. Elle sonnait tout le temps et j'allais toutes les 15 minutes l'écouter. J'ai fait ça tout le temps que les médecins arrivent, qu'ils aillent en staff, et qu'ils prescrivent un calmant plus fort. Ça c'était un peu trop. C'est une difficulté à gérer au niveau de la prise en charge de la douleur. On se fie aux transmissions, par exemple pour les patients qui arrivent par les urgences. Mais quand il n'y a pas de prescription, c'est difficile [...] Ce qui est difficile de gérer c'est de se voir démunis face à la détresse de la personne. On ne peut rien faire. On est bloqué sur un truc et on ne peut rien faire.... Ça met tout en retard. Ça remet tout en cause ».

La réalité, dans ce genre de situation, est confrontée à la norme, et dans ce cas de figure à l'absence de norme. L'aide-soignante ne peut pas soulager physiquement la douleur à cause d'une absence de prescription. Que peut-elle faire alors ? Prendre du temps ? Ecouter ? Est-ce suffisant ?

Dans un autre entretien individuel, une aide-soignante a dit :

La première fois que j'ai été confrontée à la mort, j'étais jeune étudiante. J'ai pas compris pourquoi le soignant ne restait pas pour lui tenir la main. J'ai peut-être eu un choc de voir une scène ou un truc. J'en ai voulu au corps soignant à l'époque. Je me rappelle [...] Et des années après, j'ai compris qu'on n'avait pas le temps. On est pris dans notre fonction, on ne peut pas aller jusque-là. C'est difficile.

⁴⁸ C. Dejours, *Le facteur humain*, coll. Que sais-je ?

Dans ce propos, la charge mentale est importante. L'aide-soignante *s'adapte* aux difficultés face à une réalité qui n'est pas toujours facile à vivre. Il lui faudra beaucoup de temps pour faire face à la douleur et à la souffrance quasi quotidienne, comprendre les situations, avoir le *courage* de les affronter avec persévérance et régularité.

Pour poursuivre, une aide-soignante m'a dit face au découragement d'un patient très douloureux:

« On peut pas rester intouchables à ces choses-là. Ça touche forcément. Mais en même temps il faut être capable de garder son self contrôle ».

On le voit dans tous les propos, l'écart existant entre le prescrit et le réel est important. Mais alors comment font-elles avec cette réalité ? Que doivent-elles mobiliser pour faire face à cette réalité et en réduire les écarts ?

A lire ces propos, elles mobilisent leur personnalité en totalité : entre intuition, sensibilité et valeurs personnelles. Il semble que l'important est en fait la nécessaire *subjectivité* qu'elles apportent pour pallier les difficultés de la réalité.

Mais cette nécessaire subjectivité est-elle anodine ? Est-ce qu'elle peut avoir des conséquences sur elles-mêmes, surtout quand les écarts au prescrit sont récurrents ?

La subjectivité engage l'aide-soignante très loin dans le soin. Elle l'implique d'avantage que la seule prescription, et peut s'accompagner de souffrance.

L'aide-soignante prend un risque qu'il faut probablement ne pas négliger pour garder l'efficacité de soins apportés aux patients, et éviter l'épuisement professionnel, le *burn-out*.

Outre le risque de « souffrance au travail » qui dépend selon Christophe Dejours de *l'organisation du travail*, l'activité quotidienne de l'aide-soignante comporte aussi des risques physiques, plus objectifs, qui concernent le *corps*, et qui dépendent des *conditions de travail*. Nous allons nous en approcher dans le chapitre qui suit.

IV-4-3 L'ergonomie et l'écologie humaine au travail

Le terme « ergonomie » vient du grec ancien *ergon*, qui veut dire « travail », et de *nomos* qui veut dire « loi ».

L'ergonomie est « l'étude scientifique de la relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieux de travail⁴⁹ » et l'application de ces connaissances à la conception de systèmes « qui puissent être utilisés avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité par le plus grand nombre⁵⁰ ». Cette science est centrée sur l'activité et le facteur humain.

L'activité de service, telle qu'on la retrouve à l'hôpital, est une grandeur sans dimension⁵¹ et ne se stocke pas. La particularité de l'activité de service est aussi qu'elle est toujours coproduite : à l'hôpital cette activité est partagée entre le malade et le soignant. Le malade « consomme » cette activité, tandis que l'aide-soignante la lui « offre », soit en tant que relation, soit en tant que prestation. La subjectivité induite dans la relation de service produit un effet réflexif de l'acteur sur lui-même et sur son action sur le monde.

A l'hôpital, les aides-soignantes font face à des réalités que la prescription n'a pas prévues (la commande informatique des repas est en panne, les draps ne sont pas suffisants, le nursing est plus difficile que prévu car on doit le faire seule...). Elles composent avec cette réalité pour essayer de « bien faire » avec ces difficultés.

Des fois j'arrivais à peine à m'asseoir tellement j'avais mal au dos. Y'avais les périodes où y'avait 7 nursing. Se retrouver tout seul pour les 7, c'est horrible. D'avoir un bras comme ça, le bras qui est là, chercher le gant, tenir la personne... c'est triste. Dans un sens, on alimente qu'on n'est pas reconnu. Tout le monde connaît la difficulté du travail que ce soit infirmière ou aide-soignant. Et y'a personne pour nous soutenir. On nous laisse...voilà...

⁴⁹ Extrait de la définition adoptée par le IV^e Congrès international d'ergonomie (1969).

⁵⁰ Extrait de la définition de l'ergonomie retenue par la Société d'Ergonomie de Langue Française

⁵¹ François Hubault : *Le stable, l'instable et le changement dans le travail*, Octarès, 2005.

A chaque fois qu'une activité est réalisée par l'aide-soignante, il y a quelque chose d'elle-même qu'elle met en jeu. Elle engage son corps et son esprit dans l'action et négocie en permanence avec la réalité des situations (retourner une personne âgée dans son lit, faire un 1^{er} lever post opératoire mais aussi s'engager dans une conversation avec une personne en soins palliatifs... etc...) :

« On s'abime physiquement...[...] Ici le discours est de dire qu'il faut pas être gros. On me dit que je m'arrêteraï moins si j'avais pas ce problème-là. Mais y'a pas que dos... Moi aussi je peux avoir un cancer ».

Ou encore :

Le matin, tout est à la chaîne. Y'a tout qui s'enchaîne ; les réfections de lits, les commande de repas, servir les petits déjeuners, le repas du midi, faire les sortants, les toilettes....A la fin de la matinée on est sur les nerfs. On rentre chez soi on est fatigués mais c'est de la mauvaise fatigue. Et pis à la longue, c'est une usure, un ras le bol...

On le remarque dans ces propos, il arrive parfois qu'un métier s'étende jusqu'aux porte de la vie privée. C'est d'autant plus facile dans le métier de l'aide-soignante qu'il s'apparente en partie à des activités domestiques. Il peut résulter de certaines situations difficiles (plaintes ou reproches de la part du patient ou de sa famille, parfois agressivité envers les agents...), une certaine frustration, une souffrance, qui est ramenée jusque chez soi.

Une autre aide-soignante m'a dit :

La charge de boulot est rude surtout le matin, c'est tout à la chaîne. On se tue le dos à faire des toilettes toutes seules. Et pis les chariots sont lourds, ils ne roulent pas bien. Faut vraiment tout changer....

Toutes ces situations reflètent des tâches qui sont parfois pénibles, dures physiquement. Un travail en force. Les sollicitations mécaniques sont nombreuses.

S'il y a un réglage à trouver pour faire qu'une action soit efficace et la moins préjudiciable possible, il y a aussi une réflexion à faire au niveau des conditions de travail. De plus, il faut connaître les risques pour pouvoir les maîtriser ou les éviter. Les jeunes aides-soignantes ne sont pas toujours conscientes de ces risques. Il leur faudra du temps et de l'expérience professionnelle pour savoir se protéger et s'adapter. Il leur faudra même parfois *ruser* avec la réalité et mobiliser les réponses adaptées : « *Quand y'a pas assez de plateaux pour les malades, faut quand même leur donner quelque chose. On pique sur d'autres plateaux ou alors on se déplace en cuisine. Mais aux heures de pointe, c'est comme sur le périph...* ». Alors comment s'adaptent-elles ? Comment *tricher* avec la réalité pour en éviter les écueils?

IV-4-4 La métis⁵² ou la pratique rusée dans le champ du travail

L'activité étudiée sous l'angle de la clinique, interroge le sujet dans un collectif. Les travaux de F. Tosquelles⁵³, nous invitent à réfléchir sur la notion d'activité, qui serait bien plus qu'une simple « agitation opératoire ». En fait « *l'activité n'est jamais déterminée mécaniquement par son contexte. Elle le métamorphose, pour le meilleur ou pour le pire* »⁵⁴.

Selon Yves Clot, dans un métier, il existe 4 instances en tension (*Ibid*, page 29) ; **personnelle** (incarnation du métier à sa manière, style professionnel), **interpersonnelle** (le mouvement avec les autres), **impersonnelle** (prescription et organisation des tâches) et **transpersonnelle** (mémoire de l'histoire collective, genre professionnel).

A l'hôpital, les multiples organisations de travail, les urgences et les dysfonctionnements, encadrent chaque tâche nécessaire pour le patient, dans un environnement de travail *in situ*, toujours différent et parfois singulier.

⁵² **Métis** : du grec ancien Μήτις / *Mētis*, littéralement « le conseil, la ruse », est, dans la mythologie grecque archaïque, une Océanide, fille d'Océan et de Téthys. Elle est la personnification de la sagesse et de l'intelligence rusée. Dans l'espace de l'activité professionnelle c'est une pratique rusée.

⁵³ François Tosquelles (1912- 1994) : Psychiatre catalan.

⁵⁴ *Agir en clinique du travail*, direction Y. Clot et D. Lhuilier, 2012, Ed. érès, page 15.

Comme tous les soignants à l'hôpital, l'aide-soignante s'adapte aux situations, les transforme, effectue les tâches, hiérarchise sa conduite, avec l'objectif de faire le mieux possible ce qu'il y a à faire.

Certains propos nous le révèlent :

« Je suis à la disposition du patient. C'est là où commence ma journée. C'est eux qui décident. A partir de là, c'est moi qui vais définir le degré d'urgence [...] c'est pour cela que c'est aléatoire ».

« J'aime pas le tout défini. C'est pas moi qui décide. Je suis obligé de respecter la structure qui existe, mais au-dedans..... Vous comprenez ce que je veux dire ? Je ne peux pas, parce que c'est le petit déjeuner, laisser tomber quelqu'un qui en a besoin. Je dois mettre de côté ce que je faisais et aller voir... ».

Ou encore :

On s'embête à régler des situations qui vous retombent sur le nez parce que soi-disant, c'est mal fait. Des fois y'a des patients qui hurlent. On leur dit « vous avez mal ou vous avez faim ? Moi ma problématique c'est d'avoir un plateau pour chaque patient ».

Ces diverses situations à l'hôpital créent une tension dans les quatre dimensions précitées d'Yves Clot. On voit bien que **l'instance impersonnelle** (la prescription), rentre en contradiction avec **l'instance personnelle** (ses propres valeurs), **l'instance interpersonnelle** (moi et les autres) et **l'instance transpersonnelle** (valeurs collectives) « *Quand il y a trop de taf à faire et que les patients sont très très lourds, il faut établir des priorités... c'est quoi la priorité ? Il faut qu'il soit nursé ? Il faut le faire manger ? Il faut qu'il soit couché ?... on peut pas tout faire...* ». L'aide-soignante fait des choix. Parfois même elle *abandonne* la tâche en cours parce que la situation d'urgence auquel elle est confrontée le réclame.

Toutes les situations de ce type demandent compréhension, adaptation et motivation. En clair une certaine intelligence.

La journée, qui s'organise autour d'un cadre à respecter (les prescriptions, les missions, les règles d'action...) et des singularités des situations, se modélise aussi autour de valeurs, d'intérêt, de style et de genre professionnel⁵⁵, et de motivations. Si on présuppose que le travail c'est « transgresser » les règles⁵⁶, il faudra se poser la question alors de la compétence : Qu'est-ce qu'une compétence face à la singularité des situations ? La compétence pourrait-elle se situer à distance égale entre une intégration totale et entière (dans un corps de métier, un référentiel d'actes, une organisation, des valeurs, une équipe, des missions...) et en même temps dans sa différenciation ?

Nous allons retrouver la notion d'écart à la prescription dans la théorie d'Yves Schwartz⁵⁷.

IV-4-5 La renormalisation⁵⁸ ou l'écart à la prescription

Selon Yves Schwartz, toute activité de travail est un débat de normes. Ce débat fait appel en permanence à des microdécisions et des choix, qui servent un but défini et qui sont en lien avec les valeurs de celui qui décide.

Yves Schwartz nous présente le travail sous l'angle de 3 dimensions ; les moyens dont on dispose, la ou les prescriptions et la subjectivité de l'agent.

Cette théorie se schématise ainsi:

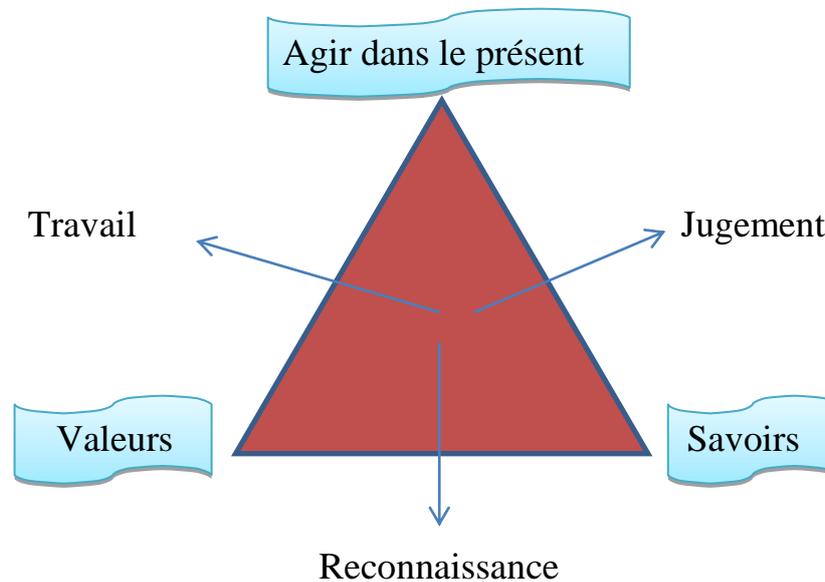
⁵⁵ En clinique du travail le *genre* s'apparente à des actions communes qui réunissent les acteurs d'une même profession, tandis que le style s'en affranchit pour incarner *personnellement* l'individu : son *allure*.

⁵⁶ Vidéo : Un débat d'experts sur la place du travail et de l'homme dans la sûreté nucléaire. Les 9 et 10 octobre 2002, l'ensemble des organisations syndicales d'EDF avaient réuni les acteurs de la filière nucléaire et des chercheurs de différentes disciplines, lors d'un colloque "Le nucléaire et l'homme" organisé à Paris.

⁵⁷ Yves Schwartz est Philosophe et Ergologue. Il enseigne la philosophie à l'université de Provence. Il est membre de l'institut Universitaire de France.

⁵⁸ Les concepts de l'activité selon Yves Schwartz invitent à un débat de normes ou « **renormalisation** » (Les normes sont des lois, des règles, des réglementations... tout ce qui encadre le travail et l'activité). Le postulat est de dire qu'il est « impossible et invivable d'appliquer les normes telles quelles, il y a forcément débat ». La renormalisation est un écart à la prescription.

Triangle de l'activité Les 3 dimensions du travail par Yves Schwartz



Toujours selon Yves Schwartz, il existerait 3 niveaux de compétences :

- Les compétences relatives à la prescription et aux normes
- Les compétences relatives au cas singulier (action située)
- Les compétences relatives aux valeurs (style plus personnel, subjectivité)

Dans ce propos, nous allons voir que *l'action située* provoque parfois des débats :

Nous des fois on nous dit « ben vous le couchez déjà ? » Ben oui j'ai 16 patients à m'occuper, la plupart grabataires, la maîtresse de maison est en arrêt... c'est triste parce que vous auriez aimé vous balader avec votre papa, mais il faut aussi comprendre qu'on est obligé de s'organiser... mais on aime notre métier !

Ce qui est à remarquer dans cette parole, c'est la tension importante entre des valeurs « *c'est triste parce que vous auriez aimé vous balader avec votre papa* », et un contexte coercitif « *il faut aussi comprendre qu'on est obligé de s'organiser* ». Le débat se nourrit de cette *compétition* entre compétences relatives à une situation particulière, et celles relatives aux valeurs.

On remarque aussi que, face à la prescription, il y a bien aussi un débat de normes :

Quand il y a trop de taf à faire et que les patients sont très très lourds, il faut établir des priorités.....c'est quoi la priorité ? Le faire manger ? Le coucher ? Le nurser ? .

Ce sont autant de microdécisions qui réinterprètent le prescrit. Face à ces situations, l'aide-soignante devient *acteur* de son propre rôle, elle fait des choix, hiérarchise sa conduite. Elle transforme le prescrit.

Malheureusement, dans la sphère du travail, le fait de ne pas pouvoir « tout faire » pendant le temps de présence au travail, peut causer une véritable insatisfaction pour certaines aides-soignantes.

La difficulté peut s'expliquer en prenant comme base les 3 niveaux de compétences d'Yve Schwartz : d'abord, dans le cas de figure où l'aide-soignante ne peut pas effectuer la totalité de son travail, elle *transforme le prescrit*, comme nous venons de le voir, et ne respecte donc pas la prescription initiale.

Mais, même si la continuité des soins est inhérente aux services d'hospitalisation traditionnelle, les équipes sont très souvent clivées (équipe du matin, équipe d'après-midi et équipe de nuit), et il est d'usage que chacune d'entre elles finissent le travail qui lui est attribué :

Quand je sais ce qu'il y a à faire et que j'ai réussi à tout faire, je suis satisfaite...sinon c'est énervant, on est obligé de laisser à sa collègue....

Il peut dès lors exister une crainte de jugement des collègues qui prennent la relève. D'autre part, la quantité de tâches à effectuer fait apparaître quelquefois un sentiment de lassitude et de questionnement sur le *sens* du travail : « *Les aides-soignantes ne voient plus le patient quelquefois mais uniquement la tâche, le travail. Elles arrêtent de faire leur travail à un moment donné* », peut-être même un sentiment de travail « bâclé », trop hâtif. On peut même penser que cela soit considéré par elles même comme du « sale boulot ». C'est-à-dire du boulot mal fait, fait trop vite. C'est un sentiment préjudiciable et probablement difficile à vivre pour les aides-soignantes. Elles ont du mal à se reconnaître dans cette forme de « sale boulot », du travail mal fait et fatigant. Si « *Elles arrêtent de faire leur travail à un moment donné* », c'est

qu'elles ont besoin de dépasser cette contradiction. Pour se reconnaître dans ce travail, il est nécessaire de se satisfaire et de satisfaire le patient en même temps. C'est ce qui donne probablement cette dimension *humaniste* à leurs activités quotidiennes.

La satisfaction, ou l'insatisfaction au travail, nous entraîne désormais, et de manière inévitable, sur le terrain de la motivation. J'aimerais, pour poursuivre, en développer quelques concepts.

IV-5 Les théories de la motivation

IV-5-1 genèse des théories de la motivation

En me basant uniquement sur les termes de la commande initiale (manque d'implication et d'initiative de la part des aides-soignantes), il me semble que la théorie de la motivation est à explorer très largement.

Selon le dictionnaire étymologique (*le Petit Robert*, 1979), le terme motivation dérive du latin *movere* qui prend le sens de « mouvoir » ou « se mouvoir » au XI^{ème} siècle. C'est « ce qui met en mouvement », c'est « la relation d'un acte aux motifs qui l'expliquent ou le justifient ». On déclenche donc une activité quand on a motif pour le faire. C'est une interaction constante entre l'individu et sa situation.

Par ailleurs, le terme de satisfaction est quasiment consubstantiel aux études de motivation⁵⁹. Ce serait, selon Philippe Carré, une « réaction de l'individu à un sentiment d'harmonie entre ses attentes, ses valeurs et ses aspirations ».

Bien sûr un travail, un emploi, n'est pas une entité simple. C'est un ensemble de tâches et d'activités dont chaque facette nécessite une motivation particulière.

⁵⁹ Philippe Carre et Fabien Fenouillet, *Traité de Psychologie de la Motivation*, Dunod, 2008, p. 192.

La motivation toutefois, ne se donne jamais à voir directement. Elle n'est visible qu'à travers un comportement.

Les sources de motivation au travail sont multiples, et un certains nombres d'auteurs les ont classées. J'en citerais quelques-uns :

- Abraham Maslow⁶⁰ avec la pyramide des besoins en 1943 (besoins physiologiques, de sécurité, sociaux, d'estime de soi et de se réaliser),
- La théorie des besoins de réalisation de Mc Clelland⁶¹ en 1961 (**besoins de réalisation** (la réussite, l'accomplissement), **besoins de pouvoir** (influence sur autrui), besoins **d'affiliation** (relations sociales satisfaisantes),
- La théorie des scores et de l'équité d'Adams⁶² en 1963-1964 (ratio *input* [ce que l'individu apporte] *et output* [ce que l'individu reçoit]),
- La théorie VIE de Vroom⁶³ en 1964 : *valence* (est-ce important pour moi ?), *instrumentalisation* (qu'est-ce que j'ai en retour ?) et *expectation* (est-ce que j'y arriverais?),
- Le modèle bi-factoriel d'Herzberg⁶⁴ qui distingue les **besoins motivateurs** liés au contenu des tâches (responsabilité, intérêt, promotion, autonomie..) et les **besoins d'hygiène** liés au contexte (salaire, sécurité, conditions de travail, relation au travail, RH de l'entreprise...).

Les théories de la motivation, nous le voyons, sont complexes et denses. Un retour sur la genèse peut éclairer un peu plus le propos :

Nous sommes à l'époque du Taylorisme, au début du 20ème siècle, aux Etats Unis. Pour augmenter la productivité des ouvriers, l'organisation scientifique du travail ou OST (méthode inventée par Taylor⁶⁵), divise le travail en deux :

Une **division verticale du travail**, soit la stricte séparation entre la conception des tâches par les ingénieurs et leur exécution par les ouvriers (avant Taylor, les ouvriers conçoivent eux-mêmes leurs méthodes de travail, ce qui se traduit par un climat de « flânerie systématique » et une productivité très médiocre). Pour Taylor, le rôle de

⁶⁰ A. Maslow : 1908 - 1970, célèbre psychologue américain

⁶¹ David McClelland : 1917- 1998, psychologue américain

⁶² John Stacey Adams : psychologue du comportement

⁶³ Victor H. Vroom : professeur de l'école de commerce à la Yale School of Management (USA).

⁶⁴ Frederick Irving Herzberg (1923 - 2000) est un psychologue américain célèbre pour ses travaux sur l'enrichissement des tâches au travail (théorie des deux facteurs, théories des besoins et des motivations).

⁶⁵ F. Taylor : 1856- 1915, ingénieur américain

l'encadrement doit consister à indiquer aux employés la meilleure manière de réaliser une tâche, de leur fournir les outils et formations appropriés, et de leur délivrer des objectifs et incitations en vue d'atteindre la performance.

Une **division horizontale du travail**, soit une répartition optimale entre postes de travail, de façon à minimiser les doublons et les ambiguïtés.

La contrepartie de l'OST, pour les ouvriers, consiste en résumé à la dépossession de leur expertise, désormais réservée aux ingénieurs.

Le terme de motivation n'est pas encore employé de manière formelle, mais F. Taylor et H. Fayol⁶⁶ s'intéressent déjà à la question. Ils ont tous deux une vision utilitariste de la question de la motivation (menace, punitions, récompenses pécuniaires...).

Mais ces « incitations » à la motivation avaient des limites et le modèle Tayloriste a présenté des dysfonctionnements (absentéisme, *turn-over*, mauvaise usage des machines, sabotage...).

C'est pourquoi certains chercheurs ont essayé, dès les années 1920, d'analyser en détails les motivations au travail.

En 1924, aux Etats Unis, une expérimentation sur les motivations des salariés, remet en question une partie des préjugés liés à la motivation au travail en constatant que la performance peut être liée uniquement au fait d'être observé. Voici cette expérience:

L'expérience d'Hawthorne en 1924 ou la « logique des sentiments » des salariés.

Nous sommes à la Western Electric, près de Chicago. Pour augmenter la productivité de l'entreprise, les dirigeants veulent tester le rôle de l'éclairage. L'idée est qu'un éclairage plus adapté, en améliorant les conditions de travail, améliore *ipso facto* la productivité de l'entreprise. Les ingénieurs forment deux groupes d'ouvrières : un groupe « expérimental », où on testera les variations de l'éclairage, et un autre

⁶⁶ H Fayol : 1841- 1925, ingénieur français.

groupe « témoin », où l'éclairage reste inchangé. Les deux groupes sont mis au courant de l'expérimentation.

Après plusieurs tests, la productivité a augmenté dans le groupe expérimental à mesure que l'on augmente l'éclairage mais, paradoxalement, la productivité augmente aussi dans le groupe témoin où l'éclairage reste le même... Quel est le mystère ?

Il revient à Elton Mayo⁶⁷, chercheur à la Harvard Business School de le découvrir : « *Quand un salarié se sait être l'objet d'une action destinée à améliorer ses conditions de travail, quelle que soit la réalité de ces améliorations, il réagira positivement* ».

On découvre ainsi l'importance du facteur « humain » qui, quand on s'intéresse à ses conditions de travail, ses opinions et ses sentiments, et en le plaçant au centre de l'organisation, accorde de l'importance et favorise sa propre productivité.

IV-5-2 Quel processus de motivation pour les aides-soignantes ?

Que se passe-t-il à l'hôpital quand les aides-soignantes se sentent non reconnues et qu'elles se démotivent ?

En admettant que tout individu fait des « calculs » pour hiérarchiser ses préférences et organiser sa conduite (la métis et la renormalisation des chapitres IV-4-4 et IV-4-5), il réagira différemment suivant les situations qu'il rencontrera. La motivation est donc, par ce fait même, un élément dynamique et sans cesse renouvelé. Dans ce contexte éminemment subjectif, l'individu qui raisonne priorise et ordonne ses comportements suivant les situations qu'il rencontre. C'est un modèle rationaliste qui a été mis sous équation par Vroom (*Valence* pour est-ce important pour moi ?, *Instrumentalisation* pour qu'est-ce que j'ai en retour ? et *Expectation* pour est-ce que j'y arriverais?), énoncé dans la genèse des théories de la motivation.

Dans les propos des aides-soignantes, on retrouve ce processus de motivation :

⁶⁷ Georges Elton Mayo (1880- 1949) : psychologue et sociologue Australien.

Ce qui m'intéresse c'est que le patient soit bien de A à Z. Je me sens utile. Ça me fait plaisir. C'est pas juste « Je change la couche et au revoir... ». Moi, j'aime bien rentrer dans une chambre et de me dire qu'à la fin le malade est satisfait... »[...] Quand il y a retour, ça fait du bien. C'est rare mais c'est plaisant.

Ou encore :

Si une patiente n'est pas autonome, par exemple...ça m'intéresse et ça me fait plaisir de voir que je prends le temps de m'occuper d'elle de A à Z. ça veut dire parler avec elle, de voir si ça va. Si elle me dit qu'elle a mal au dos, je vais la masser... J'ai pris le temps de lui poser la question et de lui faire ce massage. Ça, ça fait vraiment plaisir. En plus si elle me dit « oh vous faites ça bien, j'apprécie, vous prenez le temps... ». C'est bien de faire ça proprement, de faire ça bien de prendre le temps.

Dans ces propos les théories de Mc Clelland et d'Adams sont implicitement citées : on retrouve le besoin d'accomplissement, le besoin de relations sociales de Mc Clelland ainsi que l'équilibre du ratio *input* [ce que l'individu apporte] *et output* [ce que l'individu reçoit]) d'Adams.

Dans ces autres propos :

Ces expressions sont des mauvais retours, mais nous, on aime notre travail... On fait notre travail correctement [...] Quand les médecins nous demandent notre avis, il y a une considération, on trouve sa place. Malheureusement, le salaire qu'on a n'est vraiment pas à la hauteur.....

Lors d'une réunion l'autre jour, le médecin nous a valorisées, elle nous a remercié tout particulièrement...elle a dit qu'on savait prendre des initiatives, qu'on était rigoureuses, qu'on était des atouts majeurs... évidemment ça fait du bien !

De temps en temps on aimerait bien que les supérieurs nous disent un petit mot gentil, qu'on reconnaisse qu'on travaille...on le dit jamais ça en fait!.....quand un

enfant a une bonne note il faut le lui dire[...] on nous reproche nos arrêts de maladie mais ça s'explique par le manque de personnel et le trop plein de travail....

On retrouvera dans ces propos un besoin d'estime, le sentiment d'être informé et de participer ou non, cher à la théorie de Robert Francès⁶⁸, ainsi qu'au modèle bi-factoriel d'Herzberg (cf genèse des théories de la motivation) : ce qui donne de la motivation (responsabilité, intérêt, autonomie..) et les besoins d'hygiène (salaire, sécurité, conditions de travail, relation au travail).

Ce sont sans doute tous ces facteurs, réunis ou pas, qui motivent les aides-soignantes. Charge aux dirigeants et aux cadres de leur accorder l'attention requise.

IV-5-3 Le problème de l'absentéisme : entre motivation et démotivation ?

Les termes utilisés dans l'énoncé de la seconde partie de la commande « on ressent un manque d'initiatives ou d'implication de la part des aides-soignantes, qui ne réalisent pas l'ensemble des tâches autorisés par la réglementation » renferme, me semble-t-il, un *sous-entendu*. Il peut s'apparenter, *au sens propre*, à la notion d'absentéisme au travail.

L'absentéisme est un fait économique, organisationnelle et sociétal. On parle ici de temps, d'espace et de coût.

L'absent est quelqu'un qui ne se trouve pas dans le collectif de travail au moment où il est censé l'être, volontairement ou involontairement, générant une surcharge de travail pour ses collègues et un risque pour la performance de l'entreprise⁶⁹.

A contrario, on parle de plus en plus fréquemment de la notion de *présentéisme*, et notamment de *présentéisme virtuel* qui correspond à une perméabilité importante entre temps de travail et temps de vie personnelle. C'est en fait les mails et autres SMS envoyés, reçus, et consultés 24H/24H et 7j/7j.

⁶⁸ Robert Francès : *Motivation et efficacité au travail*, Ed Mardaga, 1995.

⁶⁹ Muriel Pénicaut : DRH Danone, préface de *Absentéisme et conditions de travail*, Thierry Rousseau, Ed. Anact, 2012, page 11.

Dans les deux cas, le temps est considéré comme l'unité de mesure du travail et ce qui est dû : échange d'une rémunération contre temps de travail.

L'absentéisme ne trouve pas de réponse complètement satisfaisante actuellement dans les ouvrages consacrés à cette question. C'est un phénomène, qui touche à la gestion des ressources humaines dont la principale cause serait un « abus des salariés », un « excès de droits » doublé d'un « désarmement » des contrôles par les entreprises et les caisses d'assurance maladie⁷⁰, et qui identifie exclusivement la cause à un comportement fautif du salarié⁷¹. Or cette unique cause exclue totalement la notion de conditions de travail qui pourrait pourtant faire l'objet de négociation et de réflexion sociale.

Si l'abus existe (certains salariés de l'hôpital public le disent ouvertement et sans complexe), et pour lequel il n'y a d'autres recours que celui de la dissuasion (contrôle(s) médical (aux), jour(s) de carence....), en ce qui concerne les aides-soignantes de l'hôpital, plusieurs pistes peuvent se révéler fort instructives si l'on en croit les propos recueillis lors des entretiens : d'abord l'existence réelle d'une certaine forme d'usure physique (TMS⁷², fatigue, horaires décalés....), d'usure intellectuelle (stress, manque de reconnaissance professionnelle...), du cumul vie professionnelle et vie familiale (les soins des enfants restent encore et malgré tout, l'apanage des femmes), du temps partiel subi ou choisi....

Lors d'un entretien individuel, un aide-soignant m'a dit

« ...avec le temps, je suis sûr qu'il faut se recycler. Aide-soignant recyclable... on pourra plus physiquement tenir au bout du compte. On lève des poids, on vieillit.... ».

Et encore une autre

⁷⁰ Gissler E. et al., 2003 : Les dépenses d'indemnités journalières, rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

⁷¹ Thierry Rousseau : *Absentéisme et conditions de travail*, Ed. Anact., 2012.

⁷² TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

« Moi je préfère rentrer chez moi, n'avoir pas mal au dos, et avoir plus de responsabilités comme les infirmières, plutôt que d'avoir travaillé toute seule toute la journée, le dos en compote, et me dire qu'on m'a ignorée toute la journée, d'être une moins que rien.... ».

Il faut probablement ne pas faire abstraction totale de ces propos. Ils sont forts, et révélateurs de certaines conditions de travail parfois difficiles. Ils correspondent à un vécu au travail. Si ces conditions de travail difficiles et pénibles, ne sont pas permanentes, elles sont régulières. Reconnaître qu'il est parfois difficile de travailler à l'hôpital est aussi une forme de reconnaissance.

IV-5-4 Le défi de l'encadrement : motiver grâce aux objectifs ?

E. A Locke⁷³ en 1968, introduit la théorie des objectifs et des buts dans une perspective dynamique.

Dans le modèle de Locke & Latham⁷⁴, des personnes qui travaillent seraient munis d'une multitude de buts, imposés, choisis ou construits, qui sont hiérarchisés en fonction des intérêts de la personne.

Ces buts donnent la direction des actions à entreprendre, qui font perdurer l'action et qui permettent de définir les stratégies. Puis l'individu va se servir des résultats obtenus ou non pour réorienter son action. Cette boucle de rétroaction est primordiale dans le modèle de Locke & Latham. Locke se fonde sur le principe de « l'autodétermination ». Il se base sur le passage de « l'intention à l'action » et sur les facteurs de personnalité et sociaux d'un individu⁷⁵. Le principe de Locke est simple et pragmatique : « On motive un salariés en lui fixant un objectif, indépendamment des incitations économiques ou matérielles. Ce but doit être motivant et le plus précis possible ». Il engagerait un degré de réflexion et de « mise en jeu » du salarié, d'autant plus facilement qu'il aura participé à sa formulation. Ce courant « participatif » réclame toutefois une forte conviction de l'encadrement immédiat (le *conformisme* du salarié induit par la stratification hiérarchique a été

⁷³ Edwin A Locke : psychologue américain, pionnier dans la théorie d'établissement d'objectifs.

⁷⁴ Dans les années 70, Locke et Latham publient une théorie sur la motivation par le but.

⁷⁵ Philippe Carré et Fabien Fenouillet, *Traité de Psychologie de la Motivation*, Dunod, 2008, p.206.

démontré par les travaux de Milgram⁷⁶), doublée d'un processus permanent de communication où le salarié sera averti des résultats atteints.

Ce *reporting* (ou échange d'informations immédiat), serait nécessaire pour consolider la motivation, tester le degré de satisfaction et conserver un mouvement permanent.

Un patient m'a dit à propos de ce qu'était une aide-soignante pour lui :

... Enfin ce n'est pas dévalorisant de le dire, si l'infirmière a plus de diplôme, eh bien peut-être que les aides-soignants ont besoin d'un petit coup de pied au cul pour leur dire "oh ben là c'est bon, t'as fait ça 5 ans, t'as peut-être un peu fait le tour de ton... tu vas peut-être pas faire ça toute ta vie... Maintenant va un peu sur les soins". Pour moi une aide-soignante, c'est une infirmière en devenir.

Et encore

Moi je suis confronté à ça parce que je suis manager dans le privé. Et bien dieu sait que j'ai fait bouger des gens, des gens qui m'en ont voulu sur le coup de les faire bouger alors qu'ils étaient dans leur zone de confort. Je me suis arrangé pour que, voyant du potentiel chez cette personne, elle vaut quand même mieux que l'accueil par exemple... Il faut susciter de l'intérêt pour les autres. [...] Pourquoi à l'hôpital, une aide-soignante, on n'irait lui faire découvrir aussi, comme font les infirmières, ½ journée en orthopédie, ou à la maternité, par pur intérêt intellectuel, c'est pas du temps perdu. Au final, je vois 3 axes pour synthétiser : Susciter de l'intérêt, valoriser et former.

Nous le voyons, la recherche sur les motivations est déterminante dans la gestion des organisations. Elle repose sur de multiples facteurs (intérêt de la personne et intérêt pour l'organisation), et c'est probablement pour cette raison qu'elle n'est jamais définitivement acquise ou définitivement perdue.

Ici, maintenant et à l'hôpital, comme partout en France, les enjeux socio-économiques sont importants. L'intensification du travail qui accompagne la

⁷⁶ Stanley Milgram : docteur en psychologie sociale à Harvard, auteur du célèbre « Soumission à l'autorité ».

rationalisation de l'activité nécessite une compréhension et une adhésion des professionnels de santé.

La motivation est essentielle pour accompagner ce processus et la reconnaissance indispensable.

IV-6 La notion de reconnaissance

L'énoncé introductif de la commande est exprimé en termes d'insatisfaction et de manque de reconnaissance « le groupe professionnel des aides-soignantes expriment une insatisfaction en terme de reconnaissance du travail effectué ». Il s'agira donc d'explorer le cadre conceptuel de la demande de reconnaissance.

La demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail. Elle touche toutes les organisations, privées et publiques, et toutes les professions, du bas en haut de la hiérarchie.

Par ailleurs, il ne peut pas y avoir d'intervention si on ne comprend le système dans lequel il faut intervenir. Si la commande initiale cherche à trouver des raisons à un des symptômes touchant les aides-soignantes (la recherche de reconnaissance), la réponse ne serait pas complète sans interroger l'organisation qui porte ces symptômes.

Les acteurs d'une organisation se distinguent en cinq catégories selon Henry Mintzberg⁷⁷ : les centres opérationnels (les opérateurs), le sommet stratégique (directeurs et adjoints), la ligne hiérarchique (tous les échelons intermédiaires entre les directeurs et les opérateurs), les analystes (concepteurs de *process*, normes, procédures et règlement intérieur, formateurs, évaluateurs, comptables) et personnels de support logistique (relation publique, service juridique, service courrier, restauration, nettoyage des bâtiments) .

A l'hôpital, l'ensemble des opérateurs délivrent des services. Ils sont soit qualifiés (chirurgiens, biologistes, pharmaciens...) avec des diplômes de l'enseignement supérieur, modérément qualifiés (aides-soignants, technicien de surface), ou pas

⁷⁷ *Le pouvoir dans les organisations* , Éditions d'Organisation, 1986.

qualifiés (agents de service) avec des niveaux d'instruction plus bas. Toutes les autres qualifications se trouvent à l'exact intermédiaire des 2 extrêmes (infirmières, techniciens de laboratoires, préparateurs en pharmacie, ouvriers qualifiés...). Selon J. Nizet et F. Pichault⁷⁸, il y a utilisation par l'organisation des savoirs et savoir faire acquis par les catégories d'acteurs de niveau V, et, selon les cas, reconnaissance ou non.

On peut donc d'ores et déjà se poser la question « l'aide-soignante est-elle reconnue dans son quotidien de travail auprès des patients à l'hôpital ? ». Dans les entretiens, cette demande de reconnaissance s'exprime ainsi :

« Nous, on aime notre travail... On fait notre travail correctement...on est valorisé quand on fait bien son travail » [...] Parfois on ressent un manque de reconnaissance, mais on se valorise soi-même par rapport aux soins qu'on prodigue »

Ou encore

« On aurait besoin qu'on nous dise parfois qu'on a bien bossé, qu'on a fait du bon boulot...pour nous *rebooster* » [...] Le retour c'est un sourire, un merci... c'est ça la reconnaissance...on se dit qu'on a apporté un peu de joie de vivre, de bonheur... [...] « Quand les médecins nous demandent notre avis, il y a une considération, on trouve sa place ».

On ressent bien dans ces propos l'écart entre un besoin criant de reconnaissance de leur travail et la satisfaction du peu qu'elles en retirent (un sourire, un merci). Comme si, ne trouvant pas de reconnaissance suffisante de la part de l'institution, elles en trouvaient elles même la parade ; « *on se valorise soi-même par rapport aux soins qu'on prodigue* », dans les retours que peuvent leur faire les patients. Elles savent *naturellement* que ces petits actes, peu visibles de l'extérieur, deviennent tout à fait importants pour ceux qui les reçoivent. Walter Hesbeen⁷⁹ dit « Il n'y a pas de

⁷⁸ Introduction à la théorie des configurations, du « one best way » à la diversité organisationnelle, Ed. de Boeck, 2007

⁷⁹ Docteur en santé publique de l'université Belge de Louvain.

petits ou grands actes de soins, il n'y a que des actes qui prennent de l'importance aux yeux du sujet ».

Selon Christophe Dejours, la reconnaissance a un double sens : la *gratitude* d'une part et la reconnaissance de la réalité d'autre part.

La reconnaissance qu'ont les patients par rapport à ces petits actes de soins ou cette *gratitude* est similaire à ce que Christophe Dejours appelle le **jugement d'utilité**. En fait le jugement d'utilité porte sur la reconnaissance que le sujet travaille bien, qu'il est utile et qu'il peut aussi avoir des manières qui le distinguent des autres⁸⁰. C'est ce qu'apprécie le patient, des petites attentions, un sourire, un bavardage, lui prendre la main...

Ce jugement d'utilité est bien différent du **jugement beauté** qui, lui, est en général émis par la hiérarchie ou les pairs et porte sur la contribution singulière et collective à l'organisation du travail. Il s'annonce toujours en termes esthétiques « c'est du beau travail », il est beaucoup plus rationnel, il peut se quantifier (les toilettes ont bien été effectuées, les mesures d'hygiène ont été respectées, les repas ont été servis en temps et en heure, la traçabilité est écrite... etc....).

Ce jugement de beauté peut être porté par le secteur paramédical mais aussi par les médecins :

« Lors d'une réunion l'autre jour, le médecin nous a valorisés, elle nous a remerciés tout particulièrement...elle a dit qu'on savait prendre des initiatives, qu'on était rigoureuses, qu'on était des atouts majeurs... évidemment ça fait du bien ! ».

Nous le voyons bien, les aides-soignantes ont un vrai besoin de se sentir utiles et investies. La reconnaissance passe aussi, et avant tout, par la communication. Il est important de prendre conscience que la communication *inter-soignants* est essentielle.

Elle est l'essence même de la dynamique (individuelle ou de groupe) et du sens et de l'intérêt que l'on porte à ce qu'on fait.

⁸⁰ C. Dejours (1993), *De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Addendum à la 2e édition de *Travail : usure mentale*, Bayard éditions, Paris.

IV-6-1 La communication à l'hôpital : levier de la reconnaissance ?

Les propos recueillis lors des entretiens auprès des aides-soignantes en réponse à la question du rapport avec les médecins, ont été extrêmement éloquentes :

Très sincèrement avec les médecins, il y a zéro communication. C'est ce qui me chagrine dans ce métier. Y'a un vrai rapport médecins et IDE parce que y'a les visites, contre visites l'après-midi. Mais le médecin ne va jamais voir une aide-soignante pour lui demander son avis « la dame de la chambre 12, tu l'as trouvé comment ce matin ? ». Ça les intéresse absolument pas. Je sais pas si c'est parce qu'ils pensent qu'on est incompetent... je sais pas. C'est dommage parce qu'on pourrait leur apprendre des informations, qui pour le coup sont portées par l'infirmière.

Ou encore

Les médecins, je vais vous répondre tout de suite. Pour eux on est de la merde. On m'a déjà dit « vous n'êtes qu'une petite aide-soignante, vous n'avez pas à me dire ce que je dois faire ». En gros, on est nulles, on est bas de gamme....

Quand on pose la même question aux médecins, voici ce qu'ils nous disent :

On fait moins attention à elles qu'aux infirmières par exemple. Mais y'a des endroits où elles sont plus mises en valeur. Dans les réanimations par exemple.

Et encore

Elles font des soins qui se font le plus au lit du patient, pour assurer les besoins vitaux. On va dire ça comme ça. Après en tant que docteur, c'est pas forcément les personnes avec qui on va communiquer.

Il est étonnant de voir un discours aussi tranché, des 2 points de vue.

Quel est problème ? Pourquoi le transfert d'information est-elle si pauvre des aides-soignantes vers les médecins ? A l'inverse, pourquoi les médecins ne communiquent pas plus avec les aides-soignantes ? Y aurait-il une relation avec le fait que le métier de l'aide-soignante soit *subordonné* à celui de l'infirmière (dans les textes, l'aide-soignante est toujours *sous la responsabilité* de l'infirmière) ?

S'il est impossible de répondre à cette question, on peut tout de même penser que le manque de communication (de la part des médecins mais aussi de la hiérarchie, des collègues, de la direction), favorise le sentiment de n'être pas assez entendu, pas assez convoqué sur le terrain de la responsabilité et donc pas assez reconnu.

De temps en temps on aimerait bien que les supérieurs nous disent un petit mot gentil, qu'on reconnaisse qu'on travaille bien...on le dit jamais ça en fait!.....quand un enfant a une bonne note il faut le lui dire.... !

La demande de reconnaissance est devenue une composante importante de la vie au travail. Toutes les catégories socioprofessionnelles revendiquent une forme de reconnaissance qui peut prendre plusieurs formes ; salaire, statut, respect, droit à l'information, communication...etc...

Non seulement cette demande de reconnaissance n'est pas à négliger, car elle peut être utile au management dans la gestion des compétences, mais elle peut aussi être moteur dans des domaines complémentaires du champ du travail : la motivation, la créativité, la réflexion... La reconnaissance, qui passe en partie par la communication et l'information, est un levier à ne pas écarter dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

V - L'ENIGME DE L'AIDE SOIGNANTE A L'HOPITAL

V-1 Que nous disent les aides-soignantes?

Les entretiens effectués auprès des aides-soignantes (9 individuels et 2 collectifs), ont fait ressortir plusieurs problématiques :

La première porte sur la problématique de leur identité professionnelle : entre le « sale boulot », leur pesante invisibilité et le manque de reconnaissance.

Ces 3 facteurs réunis sont un obstacle à la construction de leur identité de soignants à part entière. Des propos comme celui-ci : « *on mérite pas d'intérêt puisqu'on est là pour mettre des bassins...* » ou « *c'est pas un métier qui vient tout de suite à l'esprit* » ou encore « *l'aide-soignante « caca, pipi, les vieux.... » .Voilà à quoi on colle le métier d'aide-soignante* » parlent d'eux-mêmes.

Ce déficit d'image lié à la nature des tâches exercées ne facilite pas l'émergence, dans l'inconscient collectif mais aussi de la part des aides-soignantes elles-mêmes, d'un rôle de soignant à part entière. La division du travail qui les amène à prendre en charge le *dirty work* les positionne, malheureusement, non pas en bas de l'échelle des soignants mais plutôt au sommet de l'échelle des personnels de service⁸¹.

Pourtant, leur contribution à l'entretien quotidien des corps et de l'environnement ainsi que leur participation à l'équilibre social est un avantage que ne devrait pas négliger l'institution hospitalière.

La seconde est que, cet équilibre social que je viens d'évoquer prend essence dans le un lien très spécifique qu'elles tissent avec le patient :

« Avec le malade c'est très fusionnel. On s'incruste dans sa pudeur. C'est plus fusionnel et c'est un moment de complicité. Il nous raconte sa vie, son parcours, sa maladie. C'est vachement important. Et puis on voit l'état cutané du malade. On perçoit des choses que les infirmières ne perçoivent pas ».

⁸¹ Anne- Marie Arborio, *Un personnel invisible*, Anthropos, 2012, 2ème éd., préface p. XI & p. 294.

Ou encore :

En discutant avec le patient je détermine ce dont il a besoin : une assistante sociale, une psy.... Mais c'est en fonction du temps que je lui accorde. Ce contact est très important. C'est ça qui fait que notre autonomie est large.

On peut poursuivre :

« Mais finalement au quotidien, il leur reste un grand rôle : Elles sont, bien souvent, plus disponibles au quotidien que les infirmières. Qui elles sont... je vois bien dans ce service par exemple, elles ont des pansements et des soins très longs et hormis le cas un peu d'urgence où on sonne, c'est quand même beaucoup plus difficile de les voir. Les aides-soignantes, on arrive entre les repas par exemple, à avoir une communication au quotidien et un lien avec le patient ».
[...] Les aides-soignantes sont notre principal lien avec l'hôpital.

Et enfin :

« Pour la partie au lit du malade, c'est quelqu'un qui est un élément indispensable à la prise en charge du patient. Je pense que c'est des gens qui sont proches, qui vont dans le plus intime du patient. C'est vraiment des soins de confort, mais dans le sens indispensable. Les soins qui se font le plus au lit du patient, pour assurer les besoins vitaux ».

Ce *lien* est unique et leur travail au quotidien est bien distinct de celui des infirmières. Leurs activités, touchant *l'intimité* du patient, sont basés autant sur un savoir clinique des besoins fondamentaux du patient que sur un *savoir juger des situations sociales*. Aucun autre acteur de santé, dans l'ensemble de ses activités, n'a une telle opportunité et une telle proximité pour évaluer aussi précisément les situations sociales et recueillir les *confidences*. Il faut pour cela une certaine approche du patient, des moments intimes, familiers. En substance, cet *équilibre social*, auquel elles contribuent, est bien utile à l'institution hospitalière.

Anne –Marie Arborio résume ce lien ainsi : « La connaissance intime du patient assure à l'aide-soignante le monopole des relations affectives avec lui, et par la suite le privilège d'une certaine connaissance de ce dernier. C'est une source de valorisation pour une catégorie subalterne dans la hiérarchie des hospitaliers »⁸².

Enfin, malgré les difficultés, la mauvaise image véhiculée et le manque de reconnaissance, les aides-soignantes restent fières de leur métier :

Oui, c'est un très beau métier. Qui me tient à cœur parce qu'il y a une complicité avec le malade, une complicité avec les infirmières. C'est un beau métier parce qu'on donne mais en même temps on reçoit. C'est ça qui est beau au final ».

« Être aide-soignant permet d'exister partout dans le monde ».

« On se sent utile »

« C'est un beau métier, un métier noble ».

Le métier semble contraignant (créneaux horaires, fatigabilité, urgences, charges émotives, tâches subalternes), et pourtant il porte une certaine idée de l'assistance, du soutien à autrui ; pourrait-on dire de l'altruisme ?

C'est une énigme qui porte, semble-t-il, sur la contradiction entre la dimension humaniste qu'elles apportent aux soins, et qu'elles revendiquent, et la dimension rationnelle d'une vision gestionnaire, comptable et unilatérale dans les organisations hospitalières. Il existe, semble-t-il, un paradoxe moderne, contemporain entre une rigueur contrainte et une bienveillance spontanée.

Mais cette *face cachée du soin* est difficile à apprécier et à évaluer, et les aides-soignantes ont du mal à s'identifier, et à être identifiées, comme de véritables soignants. Leur attribuer cette partie fondamentale des soins, cette *attention soignante* toute particulière, les aiderait probablement à réinvestir leur rôle au plus proche des patients.

Ensuite, des entretiens avec patients et médecins (3 en tout), il faudra peut-être retenir 2 choses : D'abord, qu'il est probablement souhaitable de communiquer un peu plus avec les aides-soignantes. Elles sont très proches du patient et peuvent nous

⁸² A-M Arborio : « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignants dans l'institution hospitalière », *Sciences sociales et histoire*, n°22, page 97.

communiquer des informations importantes de leur prise en charge. Leurs transmissions enrichissent celles des autres soignants et leur assistance, dans certaines situations, est très utile.

Il faut qu'il y ait un discours, une communication, un échange, parce qu'elles nous apportent plein de choses... Parce que souvent moi, je ressens un petit peu ça, quand même, cette espèce de « j'ose pas aller voir le docteur, parce que ce que je vais dire ne va pas être intéressant ». Et ça, il faut le dépasser. Parce que nous on est intéressé, si on nous dit qu'il y a du sang dans la couche, je sais pas n'importe quoi... Y'a des informations qui ne sont récupérés que par elles, et qui doivent être transmises. Il faut que l'information circule.

Enfin il est important d'essayer de susciter leur intérêt intellectuel pour favoriser une certaine motivation et les impliquer d'avantage.

Le patient interrogé dans cette étude en parle spontanément :

Il faudrait pousser les aides-soignantes hors de leur cadre...Ça pourrait être une évolution professionnelle, je sais pas...Leur dire, allez-vous former en cours du soir ! ça se fait dans le secteur bancaire. Les gens partent 6 ou 7 ans pour un diplôme qui se fait en 2 ou 3 ans...On est aide-soignant à 20 ans et infirmier à 30...ça pourrait être une évolution professionnelle, non ?....

L'évolution professionnelle ou le développement de compétences peuvent se réaliser par des formations, mais aussi en donnant des responsabilités aux aides-soignantes, en cherchant ce qui les motivent, en les faisant participer aux réunions, en leur donnant la parole. Les entretiens professionnels annuels sont probablement des moments privilégiés pour cela. Ils peuvent être utilisés pour encourager cette progression, et finalement trouver intérêt à leur intérêt.

V-2 Quelles sont les réponses concrètes possibles au problème posé par les aides-soignantes ?

La difficulté qu'ont les aides-soignantes à se faire reconnaître en tant que soignantes est liée, nous l'avons vu, à la nature de leurs activités, au déficit d'image qui en résulte, et à la carence de reconnaissance professionnelle. On peut formuler l'idée, malgré tout, qu'elles sont soignantes parce que la dimension du *care* dans les soins qu'elles apportent est réelle, et fait partie de la guérison. En partant de cette hypothèse, plusieurs axes peuvent être développés dans les organisations hospitalières :

Le binôme infirmière/ aide-soignante

Celui-ci valorise l'exercice de la profession, et il est vraisemblablement très bénéfique à bien des égards : renforcement du travail d'équipe, création de lien, diminution de la charge émotionnelle, responsabilisation de l'aide-soignante, humanisation et sécurisation du soin....

Cependant ce binôme nécessite une organisation spécifique (horaires et temps de travail congruents), fortement dépendante de l'effectif.

Concrètement les temps de travail doivent correspondre (7H36/ 7H50 /10H ou 12H). De plus, les tâches d'hygiène des corps et de réfection de pansements sur les patients les plus lourds en charge de soins, pourraient se faire dans le même temps (sans fractionnement des tâches). Cette organisation permettrait une approche triangulaire infirmière/patient/aide-soignant, une sécurisation des soins, un gain de temps, une collaboration entre soignantes et une connaissance plus précise du patient.

La communication interprofessionnelle

L'école de Palo Alto⁸³ part de l'idée que le système de relation prime sur les individus qui les composent. Il postule que la communication interpersonnelle est la base de toute vie en société, et des relations humaines.

La communication ne pourra malheureusement s'améliorer que si on prend conscience de son importance. Concrètement la sollicitation régulière par les

⁸³ L'École de Palo Alto est un courant de pensée et de recherche du début des années 1950. On le cite en psychologie et psycho-sociologie ainsi qu'en sciences de l'information et de la communication en rapport avec les concepts de la cybernétique. Ce courant est notamment à l'origine de la thérapie familiale et de la thérapie brève.

médecins de l'avis de l'aide-soignante pourrait développer un sens et une culture commune du soin, augmenterait leur implication, et améliorerait probablement la prise en charge globale du patient.

On peut imaginer aussi un espace réservé au *débriefing* des prises en charge globale des patients, et de leur devenir. Ce *staff*, animé par des médecins, serait à organiser avec l'ensemble des soignants et les paramédicaux *de support* si besoin (diététiciennes, kinésithérapeutes, orthophonistes, assistantes sociales...). Cet espace réservé permettrait de personnaliser le soin et aiderait les soignants à faire des liens entre la thérapie, le social et la psychologie du patient. Il permettrait aux soignants infirmières et aides-soignantes de mieux répondre aux questions des familles.

Organisation de réunions de vie quotidienne

Ces réunions de vie *de tous les jours* (repas des patients, acheminement du linge propre, bionettoyage des locaux...) ont un impact majeur sur les activités quotidiennes de l'aide-soignante à l'hôpital. Ces réunions favoriseraient la co-construction, et permettrait de mieux répondre à des situations difficiles. Cela favoriserait l'anticipation de certains problèmes, notamment d'ordre logistique et organisationnel.

Echanges de pratiques infirmières/ aides-soignantes

On peut imaginer un dispositif encadré d'échanges de pratiques entre infirmières et aides-soignantes. Ce dispositif permettrait une connaissance plus approfondi du rôle de chacun et une compréhension des difficultés inhérentes à chaque fonction. Cet outil de développement des pratiques devra obligatoirement être encadré par des professionnels de l'analyse ou d'échange des pratiques car il est nécessaire d'accompagner les personnes qui se posent des questions pour qu'ils puissent élaborer ensemble les réponses adéquates, réalistes et faisables. Ce dispositif peut se concevoir dans le cadre de formations à l'hôpital ou en IFSI⁸⁴ avec des étudiants.

Sensibilisation au problème des TMS

Cette sensibilisation nécessite un engagement fort de la direction, ainsi que la participation des salariés à la recherche de solutions (approche humaine et

⁸⁴ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

biomécanique) : analyser les postures, les efforts et les gestes professionnels.

La prévention, qui met en lien les pathologies et l'organisation du travail, doit viser à redonner aux salariés des possibilités de régulation leur permettant d'assurer leur travail tout en préservant leur santé. Cette sensibilisation passe par de la formation et de l'information à tous les échelons du travail.

Ces quelques éléments de réflexions ne sont pas exhaustifs et d'autres pistes sont envisageables.

Mais à plus grande échelle, quel est l'avenir du métier de l'aide-soignante ?

V-3 La professionnalisation du métier de l'aide-soignante : quelle ouverture pour l'avenir ?

Le cadre relationnel à l'hôpital est marqué par une hiérarchie pesante et multiple avec une double ligne hiérarchique officielle : administrative et médicale. Ce cadre est parfois augmentée par ligne « sous-jacente », autour de la question du diplôme, mais aussi des ethnies diverses⁸⁵. Plusieurs processus évolutifs marquent l'institution hospitalière :

D'abord, les réformes successives de la politique de santé qui recomposent sans cesse les collectifs de travail (selon des différentes stratégies politiques les périmètres d'activité des pôles varient).

Ensuite les initiatives rationnelles par le haut (tarification à l'acte, gestion économique du travail, recherche de réduction des coûts), qui semblent maintenant totalement engagées, ont des conséquences sur le fonctionnement et l'organisation des services : redéfinition de tâches, uniformisation des procédures, normes de sécurité, normes de qualité, droits des malades... Ce mouvement sociétal évolutif, logique et très rationnel, immobilise le sujet au travail par l'abondance des procédures.

Or les processus de motivation *par le bas* (c'est-à-dire en partant du travail effectué sur le terrain) demandent eux aussi de la considération. Moins par les règles et les normes, que par la sensibilisation au métier dans des espaces de professionnalisation,

⁸⁵ Ivan Sainsaulieu : *Le malaise des soignants*, Ed. L'Harmattan, 2003, page 201.

de sociabilité et de libertés : « l'implication professionnelle n'est possible que sur une base professionnelle minimale. Le déficit de motivation des catégories les plus basses aboutit à un désengagement particulièrement sensible chez les anciens » (*Ibib*, page 218).

Dans l'orientation structuro-fonctionnaliste anglo-saxonne de la sociologie des professions initiée par Parsons⁸⁶ (1955), une profession se caractérise de manière « objective » par un ensemble d'attributs, valorisés dans les professions dites libérales (l'expertise, l'autonomie, la responsabilité du travailleur...).

Cette définition pourrait être l'aboutissement naturel d'une évolution progressive du travail du métier de l'aide-soignante.

Mais si un tel processus voit le jour, il faudra plus que la seule revendication des associations d'aides-soignantes existantes (une Fédération Nationale regroupe toutes les associations d'aides-soignantes). Cela supposera, entre autre, un contrôle strict à l'entrée de la profession et une reconnaissance juridique effective du titre et de l'acte professionnel (la circulaire DGS/PS3/DH /FH1 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignantes stipule qu'elle exerce son activité *sous la responsabilité et en collaboration avec l'infirmier* (annexe n° 4)), ce qui exclut tous actes professionnels en propre qui pourraient figurer dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), comme le sont les actes infirmiers).

Depuis la création du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignante (31 août 2007), qui remplace le DPAS (Diplôme Professionnel des Aides-Soignantes), les associations d'aides-soignantes revendiquent l'attribution d'un véritable *rôle propre*, qui permettrait, comme c'est déjà le cas dans certains pays (Belgique, Grande Bretagne), d'arriver à un statut d'infirmière à deux niveaux et de pouvoir exercer en libéral.

⁸⁶ Talcott Edger Parsons (1902-1979) : sociologue américain qui a élaboré une théorie qu'il appelle « fonctionnalisme systémique de l'action ».

V-4 Le Contexte économique, social et politique : les perspectives d'évolution de la profession

Les secteurs d'activité de la Santé et du Social occupent une place considérable dans notre pays. Le métier de l'Aide-soignante est en tension, comme celui des Aides à domicile, des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) ou des Aides Médico-Psychologique (AMP).

A l'horizon 2030, il est attendu un vieillissement important de la population. Les aides-soignantes représenteront l'emploi induit par la dépendance (les Aides Médico-Psychologique sont les métiers privilégiés pour le handicap). Pour la seule région Ile de France, 18,1% de nouveaux emplois liés à cette dépendance devront être créés⁸⁷. Le secteur de la Santé devra donc recruter beaucoup d'aides-soignantes pour accompagner cette évolution.

La prise en charge de la dépendance s'effectue à domicile, en institutions (EHPAD⁸⁸, maison de retraite, Unité de Soins de Longue Durée, Soins de Suite et de Réadaptation...), mais elle a aussi une incidence sur les hôpitaux qui prennent en charge les situations d'urgence. Dans quelques années, les hôpitaux seront confrontés de plus en plus souvent à la grande dépendance, et les aides-soignantes auront vraisemblablement un rôle prépondérant dans cette prise en charge.

Par ailleurs, de plus en plus d'aides-soignantes souhaiteraient exercer leur métier en libéral. Les motivations sont multiples : conditions de travail, indépendance, mieux gérer son temps et sa vie personnelle....

Malheureusement, à ce jour, le projet de loi visant à créer le statut d'aide-soignant libéral n'est toujours pas adopté. L'aide-soignante exerce toujours son activité *sous la responsabilité* de l'infirmière (articles R 4311-3 à 4311-5 du Code de la Santé Publique.), en attendant la définition juridique de son rôle propre.

La définition juridique du rôle propre ou délégué de l'aide-soignante changerait totalement leur rapport au travail à l'hôpital, en institution ou à domicile.

⁸⁷ Source Insee - Enquêtes handicaps-Incapacités-Dépendances 1998-1999, projection de population Omphale, DREES.

⁸⁸ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Débarassées de la tutelle infirmière et d'un rôle *en collaboration*, devenant pleinement responsable de leurs actes, elles pourront revendiquer légitimement leur place et être reconnues en tant qu'acteurs centraux et distincts, comme les autres professions paramédicales.

CONCLUSION

Ce recueil de propos à la fois singuliers et vifs, échappés de situations de travail à l'hôpital, permet, je l'espère, de comprendre un peu mieux la position très particulière du statut professionnel de l'aide-soignant, qui, rappelons-nous, a été *inventé* par l'administration hospitalière pour intégrer à l'époque des personnels qui n'étaient pas diplômés. De fait, ce statut maintenu de cette catégorie professionnelle, permet de les distinguer très formellement des catégories immédiatement inférieures et non diplômés (ASH⁸⁹ par exemple). De plus, malgré sa rudesse du travail, la persistance de la crise du marché de l'emploi en fait un métier qui reste attractif⁹⁰.

C'est aussi un groupe spécifique, hétérogène, et bien différent de celui des infirmières, auquel pourtant, il est subordonné. Le lien très particulier et très intime qu'elles entretiennent avec le patient fait partie de cette spécificité. Les aides-soignantes ne s'occupent pas seulement du patient, mais de *l'individu* qui est malade. C'est cette unité du sujet, cette individualité, qu'il convient probablement de ne pas omettre, pour que l'administration hospitalière puisse préserver ce lien unique et capital avec le malade, qui est aussi un usager. Cette proximité d'avec le patient est source d'informations cliniques et sociales riches, qu'il serait intéressant de pouvoir exploiter. Malgré cela, les aides-soignantes ont beaucoup de mal à se faire accepter comme soignant à part entière. Leur identité professionnelle en souffre et leur contribution au « sale boulot », c'est-à-dire des tâches moins nobles, qui leur reviennent en partie, n'y est pas étrangère.

Pourtant, dans les prochaines années, l'évolution socio-économique et le vieillissement de la population nous entrainera vers une plus grande prise en charge de la dépendance. Il faudra alors recruter massivement des professionnels formés à cette dépendance. L'aide-soignante en fera partie, et son statut devra probablement se clarifier pour accompagner cette évolution démographique.

⁸⁹ Agent de Service Hospitalier

⁹⁰ A-M Arborio : *Un personnel invisible*, Anthropos, 2012, p.XIX..

Tous ces éléments réunis donnent une valeur intrinsèque à cette catégorie socioprofessionnelle que forment les aides-soignantes. Le rôle propre qui semble leur revenir naturellement, c'est-à-dire « accompagner la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne et réaliser des soins d'hygiène et de confort », est indissociable de leurs activités quotidiennes. Leur attribuer ce rôle, serait possiblement un acte de reconnaissance et un progrès marquant.

BIBLIOGRAPHIE

Sites Web

- ✓ <http://www.aide-soignant.com/article/profession/as/historique>

Revues professionnelles

- ✓ *Soins Aides- Soignantes*
- ✓ *Education Permanente*

Article

Anne- Marie ARBORIO : « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignants dans l'institution hospitalière », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n°22, page 87-106, 1996.

Collectifs

Agir en clinique du travail, Collection « Clinique du travail » dirigée par Yves CLOT et Dominique LHUILIER, Ed. Erès, 2012.

Le travail intenable, sous la direction de Laurence THERY, La découverte/poche, 2010.

Auteurs

Didier ANZIEU et Jacques-Yves MARTIN , 2012 : *La dynamique des groupes restreints*. PUF, 390 pages.

Anne- Marie ARBORIO, 2012, *un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, *Anthropos*, 2eme édition.

Nicolas BELORGEY, 2011, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, Coll.

Philippe BERNOUX, 1985, *La sociologie des organisations*, Seuil, Coll. Points.

Alain BLANCHET et Anne GOTMAN , 2012 : *L'entretien* , 2eme éd. Armand Colin, collection 128.

Paul BOUFFARTIGUE, 2011, « le stress au travail : le cas des soignantes hospitalières », *les mondes du travail*, n°9-10.

Paule BOURRET, 2011, *Prendre Soins du Travail : un défi pour les cadres à l'hôpital*, Ed.Seli Arslan.

Philippe CARRE et Fabien FENOUILLET, 2008 : « Traité de Psychologie de la Motivation », Coll. Psycho sup, Ed. Dunod.

Yves. C LOT. 2002 : *La fonction psychologique du travail*, 3^e éd. augmentée, Paris, PUF.

Yves. CLOT, 2001 : « Clinique du travail, clinique du réel », *le journal des psychologues* n°185.

Yves. CLOT, 2001 : «Psychopathologie du travail et clinique de l'activité», *Education Permanente*, n°146.

Y. CLOT et D. FAITA, 2000 : « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes ». *Travailler*, 4,7-42.

Yves. CLOT, Dominique LHUILIER (sous la direction de), 2012 : *Agir en clinique du travail*. Ed. érès.

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, 1977 : *L'acteur et le système*. Editions du Seuil.

Christophe DEJOURS, 1980 : *Travail, usure mentale - De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Bayard éditions, Paris, nouvelle édition en 2000, 281 p.

Christophe DEJOURS, 1994 : *Le Facteur humain*, coll. Que sais-je ? P.U.F, Paris, réédité en 2002.

Claude DUBAR, 2010 : *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Ed Armand Colin, 4eme édition.

Marie-Anne DUJARIER, 2010 : *L'idéal au travail*. PUF, collection le monde, 238 p.

François DUBET, 2002 : *Le déclin de l'institution*. Ed Seuil, collection l'épreuve des faits. 422 pages.

Emile DURKHEIM, 2007 : *La division du travail social*, PUF.

Madeleine ESTRYN-BEHAR, 2008, *Santé et satisfaction au travail en France et en Europe*, Rennes, Presse de l'EHESP.

Robert FRANCES, 1995 : « motivation et efficience au travail », Ed Mardaga collection Psychologie et Sciences humaines.

Charles GADEA, Sophie DIVAY, 2012, « Les professionnelles du soin en proie aux troubles musculo- squelettiques », in C. COURTET, M. GOLLAC, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La découverte, Coll. Recherches.

François HUBAULT, 2005 : *Le stable, l'instable et le changement dans le travail* . Collection le travail en débat. Ed. Octares

Everett C. HUGHES, 1996 : *Le Regard Sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Editions de l'Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales, 344p.

Guy JOBERT, 1992 : « Position sociale et travail du consultant », *Education Permanente* n°113.

Guy LE BOTERF, 2000 : *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Éditions d'organisation.

Claude LEVY-LEBOYER, 2002 : *La motivation dans l'entreprise*. Collection modèles et stratégies. Editions d'Organisation.

Dominique LHUILIER, 2005 « le sale boulot », *Travailler* n°14.

Dominique MEDA, 2010 : *Le travail*. PUF, Que sais-je ?

Stanley MILGRAM, 1974 : *Soumission à l'autorité*, collection « Liberté de l'esprit », Ed. Almann-Lévy.

Henry MINTZBERG, 1986 : *Le pouvoir dans les organisations*, Éditions d'Organisation.

Alex MUCCHIELLI, 1986 : *L'identité*, PUF, Collection Que sais-je ?

Jean NIZET et François PICHAULT, 2007 : *Introduction à la théorie des configurations, Du « one best way » à la diversité organisationnelle*, Collection Management, Edition de Boeck.

F. OSTY, R. SAINSAULIEU, M. UHALDE, 2007 : *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Ed. la Découverte

Thierry ROUSSEAU, 2012 : *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*, Réseau Editions ANACT.

Ivan SAINSAULIEU, 2003 : *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Ed L'Harmattan.

Yves SCHWARTZ: *Travail et Philosophie : convocations mutuelles*, Octarès Editions, Toulouse, 1992.

François TOSQUELLES, 1967: *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, érès 2009.

Anne VEGA, 2000 : *Une ethnologue à l'hôpital : L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Ed. des archives contemporaines.

Donald WINNICOTT, 1988 : "Cure", in *Conversations ordinaires*, Paris ,Gallimard.

Alain WISNER, 1997 : *Anthropotechnologie : vers un monde industriel pluricentrique*, Editions Octares.

Philippe ZARIFIAN, 2004 : *Le modèle de la compétence, trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, Editions Liaisons.

ANNEXE n°1

Organigramme directionnel GH Nord

TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS