



HAL
open science

Se battre avec douceur ? Les aides-soignantes et les mouvements sociaux du secteur de la santé

Sarah Blanchard

► **To cite this version:**

Sarah Blanchard. Se battre avec douceur ? Les aides-soignantes et les mouvements sociaux du secteur de la santé. Sociologie. 2020. dumas-03038779

HAL Id: dumas-03038779

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03038779>

Submitted on 3 Dec 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE NANTES

Se battre avec douceur ? Les aides-soignantes et les
mouvements sociaux du secteur de la santé

Mémoire de recherche de Master 1

Blanchard Sarah – Sous la direction de Marie Charvet.

Année universitaire 2019-2020.

Introduction

Des aides-soignantes, on ne sait pas grand-chose. Les chercheurs en sciences sociales se sont rarement intéressés à la condition de ces femmes. Peu de travaux de recherche leur sont consacrés. Que sait-on de la condition de ces femmes, de celles qui évoluent dans les établissements de santé et qui occupent un emploi en bas de l'échelle ? De celles qui sont principalement issues des classes populaires¹ ? Que sait-on de leurs conditions de travail et d'emplois ? Les aides-soignantes constituent, de par leurs caractéristiques sociales, un sous-espace au sein des classes populaires. Cet « *autre monde populaire* »² demeure relativement peu étudié. C'est plus particulièrement le cas des aides-soignantes hospitalières. Ce sentiment d'être invisible est largement éprouvé par les aides-soignantes rencontrées au cours de cette enquête. Il faudra tenter de comprendre la cause de ce sentiment. Pour ce faire, on peut se tourner vers le traitement médiatique du personnel de santé. Il existe certains articles dédiés aux aides-soignantes, mais la parole est plutôt donnée aux infirmières. Néanmoins, durant la crise du Covid-19, les journalistes ont cherché, grâce à des témoignages, à mieux connaître la vie du personnel de santé. Ce travail journalistique donne à voir des récits détaillés sur les conditions de travail des aides-soignantes. La crise du Covid-19 n'est pas le propos central de ce mémoire, mais j'y reviendrai plus tard. En effet intégrer ce phénomène récent dans l'analyse comporte un double intérêt. D'une part, cette crise a donné une visibilité médiatique aux aides-soignantes. Et, d'autre part, les changements qu'elle induit dans les établissements de santé permettent de complexifier l'analyse des conditions de travail des aides-soignantes. L'organisation du travail a été bouleversé. Etudier les conséquences de cette crise apporte donc des informations complémentaires pour comprendre ce groupe social.

Je souhaite étudier un espace social, que seules les sociologues Sophie Divay et Anne-Marie Arborio ont enquêté³; et qui de ce fait constitue, selon moi, un angle mort de la sociologie des classes

-
- 1 Chapitre 2, In, Anne-Marie, Arborio, (2001), *Un personnel invisible à l'hôpital : Les aides-soignantes à l'hôpital*, Sociologiques, Paris : Anthropos.
 - 2 Christelle, Avril, (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Corps, santé, société, Paris : La découverte. pp. 9.
 - 3 Anne-Marie, Arborio, *Un personnel invisible à l'hôpital : Les aides-soignantes à l'hôpital*, op.cit. Anne-Marie Arborio (2016), « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante », *Revue française des affaires sociales*, vol 3, pp. 241-262. Divay, Sophie, (2010), « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, pp. 87-109. Arborio, Anne-Marie, (1996), « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genève, Sciences sociales et histoire*, pp. 87-106.

populaires. Je me propose donc de découvrir la condition des aides-soignantes des hôpitaux publics. Ces femmes sont des salariées dominées, largement employées dans la fonction publique hospitalière et occupant une position intermédiaire. Cette position dominée est liée à la place des aides-soignantes dans la division du travail médical. Au sein de la structure ordonnée et organisationnelle de l'institution hospitalière, elles se situent, dans la hiérarchie du personnel de santé, entre les agents de services hospitalier (ASH) et les infirmières. L'emploi de ce terme au féminin permet de coïncider avec la réalité sociale et ainsi d'éviter toute déformation inconsciente par le langage. En effet, lorsqu'on évoque ce métier, on parle avant de femmes. C'est également au féminin que les enquêtées désignent le groupe aide-soignant. Pourtant ce n'est pas l'appellation officielle. Les pouvoirs publics emploient ce terme au masculin.

Dans le cadre de ce mémoire, il sera pertinent de restituer l'apparition de la catégorie d'aide-soignante, pour comprendre les logiques de classifications et de catégorisation de l'institution hospitalière⁴. La création de cette catégorie résulte d'une complexification de la division du travail médical. Celle-ci est organisée par la délégation du « sale boulot⁵ » des « professions⁶ » aux métiers subalternes. Si l'on considère les apports de Freidson quant à la compréhension des professions, une profession est dotée d'une autonomie technique et socio-économique⁷. La profession médicale en est le prototype parfait. Les professions médicales s'appuient sur des savoirs scientifiques et sur une autonomie technique pour asseoir leur légitimité. Cette autonomie technique est indissociable du statut de profession, et permet l'indépendance relative de la profession à l'ensemble des métiers avec lesquels elle en est contact dans la division du travail médical, et dont elle contrôle les aspects techniques. Au sein de cette division du travail, la profession médicale se distingue donc des métiers para-médicaux. Pour le sens commun, le terme para-médical désigne principalement les infirmières et les aides-soignantes. Néanmoins, j'affirme qu'il existe des divergences socio-culturelles entre les infirmières et les aides-soignantes, sur lesquelles je reviendrai. Ces divergences sont liées à la complexification de la division du travail au sein des établissements de santé. Après la seconde guerre mondiale, le métier d'infirmière connaît une première professionnalisation. Puis, il s'autonomise progressivement durant la seconde moitié du XX siècle. Les infirmières ont pris en charge un ensemble de soins techniques et

4 Arborio Anne-Marie Arborio, « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante », art.cité.

5 Everett Huges, (1962), « Good people and dirty work », *Social problems*, vol 10, n°1, pp. 3-11.

6 Eliot, Freidson (1984), *La Profession médicale*. Médecine et sociétés, Paris : Payot.

7 Idem.

médicaux, délégués par les professions médicales⁸. Ce métier est ce que Freidson nomme une « *para-profession*⁹ ». Une para-profession se caractérise par une relative absence de responsabilité, d'autonomie et de savoirs techniques. Elle entretient un rapport de subordination avec la profession dominante. Pour autant, le métier d'infirmière s'est autonomisé et tire une partie de sa légitimité professionnelle des soins médicaux. Ce n'est pas le cas des aides-soignantes. Ce métier se caractérise par l'importance des savoirs profanes. Synonyme d'ignorant et d'incompétent, antonyme de connaisseur et spécialiste, le terme profane renvoie à celui qui n'est pas initié¹⁰. C'est-à-dire que le contenu de leurs tâches exclut les aides-soignantes de la légitimité de la science médicale. Elles ont pris en charge une partie essentielle du sale boulot, sans connaître de professionnalisation. De ce point de vue, le métier d'aide-soignante ne peut être considéré ni comme une profession ni comme une para-profession. Les aides-soignantes sont subordonnées et encadrées les professions médicales et la para-profession d'infirmière. Il s'agit d'une réalité beaucoup plus sociologique que technique¹¹. En effet, la division hiérarchique des tâches médicales s'accompagne d'un degré plus ou moins fort de légitimité et de prestige, qui semble refléter les origines socio-culturelles. S'y s'entrecroisent alors des logiques de classe et de genre. En effet, la délégation du sale boulot suit les contours des classes sociales à travers la division du travail médical¹². Ainsi, je peux affirmer l'existence de rapports sociaux entre les médecins, les infirmières, les aides-soignantes et les ASH. Ces rapports se déclinent sous au moins deux formes. Il s'agit de rapport sociaux de classe et de genre.

Le sale boulot, pris en charge par les aides-soignantes, permet d'assurer les fonctions d'hôtellerie et de restauration des établissements de santé. Elles sont aussi une aide pour le patient : les toilettes, aider à aller au toilette, habillage et déshabillage. Ce travail semble peu qualifié et dépourvu de légitimité technique, ce qui les différencie des autres personnel de santé. En effet, les niveaux de qualifications permettent de les classer et de les hiérarchiser. La qualification est un élément permettant de différencier les travailleurs et de justifier leur inégaux positionnements hiérarchiques et de rémunérations. Pour Pierre Naville, la qualification est « *un jugement social sur la qualité des travaux*¹³ ». Il affirme qu'il s'agit là « *d'un processus de catégorisation constamment négocié jugeant*

8 Arborio Anne-Marie Arborio, « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante », art.cité.

9 Eliot, Freidson, op, cit.

10 Selon Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)

11 Chapitre 3 In, Eliot, Freidson, op, cit.

12 Idem.

13 Pierre, Naville, (1956), *Essai sur la qualification du travail*. Recherches de sociologie du travail. Paris: M. Rivière.

*ce qui est qualifiable et ordonnant des catégories*¹⁴ ». Ainsi, la qualification semble à la fois le produit d'un rapport social entre employeurs et salariés, entre les salariés eux-mêmes, et un repère collectif. Inclure le genre dans ce raisonnement complexifie l'analyse. Les aides-soignantes sont majoritairement des femmes. Elles s'inscrivent dans un rapport social qui leur est défavorable. En effet, d'une manière générale, l'accès à la légitimité technique est un enjeu de la domination sociale. Cela est valable pour le maintien de la « domination masculine ¹⁵ ». De ce fait, la technique apparaît comme un enjeu des rapports sociaux de sexe. Ce rapport à la technique fonde la quasi-exclusion des femmes de la légitimité et des métiers demandant de fortes compétences techniques¹⁶. Dès lors, le technique, le qualifié et le masculin se conjuguent ensemble. A l'inverse, de nombreuses pratiques de travail salarié des femmes sont homologues aux pratiques de travail domestique. C'est le cas des aides-soignantes. Cela peut avoir un impact sur la vision que la société a et que les aides-soignantes ont de leur qualification. En effet, il s'opère une déqualification du travail féminin¹⁷. Il sera donc intéressant de comprendre le regard des enquêtées sur leur qualification, en tenant compte de ces considérations. Enfin, la prise en compte des écarts de qualifications confirme l'existence de rapports sociaux de genre¹⁸ au sein de l'établissement de santé.

Dans le cadre de ce mémoire, je souhaite également étudier le travail des aides-soignantes. C'est-à-dire prendre au sérieux les facettes de ce métier, en allant au-delà des représentations du sens commun. Le métier d'aide-soignante ne se limite à sa dimension relationnelle. Bien sûr il faudra rendre compte de son aspect relationnel, ainsi que les gratifications symboliques liées à cet aspect. Mais je vais aussi m'attacher à décrire l'aspect physique de ce métier, en m'intéressant aux postes de travail, au cadre légal de leur travail, à leurs pratiques de travail, et au système de relations dans lequel elles se définissent.

Il sera également pertinent de comprendre le rapport au travail des enquêtées. Pour ce faire, je vais examiner la manière dont elles définissent leur travail, en étant attentive aux effets de trajectoires et aux différences générationnelles. En tentant de comprendre cette définition, il faudra observer quels éléments sont mis en avant et quels aspects sont tus. On pourrait également se demander si les discours

14 Pierre, Naville, op, cit.

15 Pierre, Bourdieu, (1998), *La domination masculine*, Liber. Paris : Seuil.

16 Chapitre 10 In : Laufer, Jacqueline, Catherine Marry, Margaret Maruani, Philippe Alonzo, et Centre national de la recherche scientifique (France), éd. *Le travail du genre: les sciences sociales du travail à l'épreuve des différences de sexe*. Collection « Recherches », Paris: La Découverte/MAGE, 2003.

17 Dussuet, Annie, (2005), « Dire l'amour, taire le travail. Sous l'amour, le travail... », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol 24, pp. 86-95.

18 Kergoat, Danièle, (2011), « Comprendre les rapports sociaux », *Raison présente*, n°178, pp. 11-21.

des enquêtées sur le travail ne sont pas révélateurs d'une certaine « rhétorique professionnelle¹⁹ ». Est ce que la valorisation – unanime chez mes enquêtées – de l'aspect relationnel du métier n'est pas une manière de légitimer le groupe de travailleuses ?

Le rapport au travail conditionne également la manière de s'investir au travail, c'est-à-dire les pratiques de travail des enquêtées, et la manière dont elles négocient leur charge de travail. Y a-t-il des stratégies mises en place par les enquêtées visant à réduire leur charge de travail ? Comment cette charge de travail se négocie t-elle au sein des unités de soins ? Est ce que les aides-soignantes délèguent une partie de leur tâches aux ASH ?

Le rapport au travail est-il négatif ou positif ? Comment peut-on l'expliquer ? La nature du rapport au travail peut être expliqué grâce à l'étude des trajectoires. Comment la trajectoire sociale est-elle subjectivement vécue par l'enquêtée ? S'agit-il d'une reproduction sociale, d'une ascension ou d'une reproduction ? Cela conditionne-t-il la manière de voir son travail et de s'y investir ?²⁰

Je suppose que l'ensemble de l'ensemble des éléments ci-dessus me permettront de comprendre ma population d'enquête. Mais je ne m'intéresse pas seulement à ces aspects. Je désire comprendre la place des aides-soignantes au sein des mouvements sociaux du secteur de la santé, en m'appuyant sur les questionnements abordés précédemment. En effet, il se peut que les rapports sociaux entre le personnel de santé aient un impact sur les relations inter-professionnelles au sein des mouvements sociaux. J'émetts l'hypothèse que les phénomènes de tensions entre les professionnels, de mépris de classe et de violence symbolique s'invitent aussi sur la scène militante. Ces rapports sociaux de classe et de genre structurent, en partie, les dynamiques de l'action collective du secteur de la santé. Il s'agit particulièrement des relations entre les aides-soignantes et les infirmières. Les infirmières sont particulièrement mobilisées pour la reconnaissance de leur savoir-faire. Les velléités corporatistes des infirmières, et le relatif succès de la Coordination Infirmières des années 80, semblent constituer une force importante dans le paysage syndical du secteur de la santé. Ce qui laisse peu être peu de place aux aides-soignantes et/ou à un mouvement unitaire avec celles-ci.

Les relations inter-professionnelles ne suffisent pas à comprendre la place des aides-soignantes dans les mouvements sociaux. Il faut également prendre en compte que mes enquêtées sont à la fois des femmes et des employées, ce qui complexifie leur rapport à l'action collective. Selon Alain Chenu, les femmes

19 Cartier Marie, (2005), « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Beckerk and Gold », *Le mouvement social*, n°211, pp.37-49, pp. 41.

20 Marie, Cartier, Delphine, Serre et Christelle, Avril, (2010), *Enquêter sur le travail. Concept, méthodes, récits*, Grands repères, Paris : La découverte. pp. 160.

sont deux fois moins syndiquées que les hommes²¹. Le syndicalisme resterait-il une affaire d'hommes ? Je n'ai pas de données sur le taux de syndicalisation des aides-soignantes pour l'affirmer. Mais la fonction publique apparaît comme un monde assez fortement syndiqué, du moins deux fois plus que le monde privé²². Reste à savoir si cette importante implantation des syndicats au sein de la fonction publique masque des disparités selon les groupes professionnels. Y-a-il des groupes professionnels plus mobilisés que d'autres ? Et si oui, comment peut-on l'expliquer ? Qu'en est-il des aides-soignantes ? Sont-elles engagées ? Ont-elles leur propres revendications ? Ou existe-t-il des mouvements unitaires au sein de la fonction publique hospitalière ? Il semble que le personnel para-médical se caractérise par une faible syndicalisation²³. Il s'agira donc de comprendre les rapports des aides-soignantes au syndicalisme, en s'interrogeant sur leur manière particulière de se mobiliser et de s'investir au travail.

Je souhaite aussi découvrir les revendications du secteur de la santé. Lorsque j'évoque les mouvements sociaux de ce secteur, je pense particulièrement aux grèves des urgences qui ont débuté en mars 2019 dans la région parisienne. Ces mouvements ont insufflé d'autres mouvements de grève au sein des établissements de santé. Les revendications semblent porter sur les salaires, le manque de personnel, les conditions de travail, et plus généralement sur une amélioration du fonctionnement des établissements de soin.

Il faudra aussi tenter de mettre au jour les conditions de possibilité d'un engagement militant des aides-soignantes. Comment peut-on expliquer leur rapport à la politique ? Peut-être en analysant les processus et les modalités de la socialisation primaire des enquêtées ? Mais se limiter à la socialisation familiale ne suffira pas. La socialisation politique se joue aussi à travers d'autres instances : l'Ecole, la participation à des mouvements sociaux, le travail, etc.²⁴ Les organisations militantes peuvent également être des instances de socialisation. Et dans le monde fortement syndiqué qu'est la fonction publique, elles ne peuvent être ignorées. Il faudra donc se demander dans quelles mesures, les organisations syndicales encadrent et socialisent les aides-soignantes. Le monde hospitalier peut également être une source de socialisation politique. Ce regroupement important de salariés constitue un réseau de sociabilité assez intense, dans lequel les conflits de travail, les relations inter-

21 Alain, Chenu, (2005), *Sociologie des employés*. Repères, Paris: La Découverte.

22 « La syndicalisation en France - Ministère du Travail », DARES, Analyses, 12/05/2016.

23 Sainsaulieu, Ivan, (2008), « Le syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Les Tribunes de la santé*, n° 18, pp. 83-94.

24 Darmon, Muriel et Bargon, Lucie, (2017), *Socialisation politique : Moments, instances, processus et définitions du politique*, Hal, [En ligne].

professionnelles et les temps de mobilisations sont autant d'éléments socialisateurs²⁵. Le travail peut donc être un élément de socialisation ou de re-socialisation politique important, pour rendre compte des dispositions des enquêtées. Enfin, le volume de capital culturel des enquêtées peut aussi informer leur rapport à la politique. Je me demande si, dans une certaine mesure, les différences de capital culturel entre les AS et les infirmières expliquent leur divergences de comportement vis à vis de l'engagement militant. Les processus de socialisation à l'engagement politique sont donc complexes. Ils demandent de développer une analyse multi-dimensionnelle, attentive à l'ensemble des processus de socialisation au cours d'un trajectoire.

Les contraintes matérielles et temporelles des aides-soignantes structurent également leur rapport à l'engagement militant. D'une part, faire grève peut représenter une difficulté financière pour ces femmes des classes populaires. D'autre part, leur rapport à l'engagement militant est peut-être conditionné par leur condition de femme. Intégrer une réflexion sur l'imbrication entre le genre et la sphère public est ici pertinent. Cela revient à se demander ce que le genre fait au travail. L'homologie entre travail domestique et travail salarié pose la question de la reconnaissance des qualifications féminines²⁶. Ces femmes, dont l'essentiel du travail consiste à prendre soin des autres, voient leur travail assimilé à des compétences féminines, acquises dans la sphère privée²⁷. Ce mécanisme engendre une occultation des savoir-faire, des pratiques et de la pénibilité physique de leur travail, c'est-à-dire une invisibilisation matérielle et symbolique de leur travail²⁸. L'invisibilisation des travailleuses participe à la reproduction des rapports sociaux de genre. En travaillant sur les aides-soignantes, je souhaite aller contre ces mécanismes de domination, en prenant au sérieux le travail des aides-soignantes. C'est-à-dire m'intéresser à cette population, dans toutes ses dimensions, toujours en mettant en relation sphère productive et sphère reproductive. Par ailleurs, mes enquêtées imbriquent systématiquement vie familiale et vie professionnelle. Adopter cette position théorique permet donc de vraiment comprendre leur manière de penser. Ce travail en miroir permettra de percevoir la « *différenciation sexuée du travail*²⁹ ». Et de là, émerge la notion de « *rapport sociaux de sexe*³⁰ », qui sera centrale dans l'analyse. Cette notion permet de penser les antagonismes entre les hommes et les femmes. Ici, elle informe très bien les relations inter-professionnelles évoquées ci-dessus ;

25 Ibid, pp. 14.

26 Dussuet Annie, (2011), « Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile », *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail* (REMEST), n° 2, pp. 102-127

27 Ibid, pp. 124. Et, Danièle, Kergoat, (2012), *Se battre disent-elles*, *Le genre du monde*, Paris : La dispute.

28 Ibid, pp. 125.

29 Madeleine, Guilbert, (1966), *Les fonctions des femmes dans l'industrie*, Paris : Mouton & Co.

30 Deuxième partie, Chapitre 2, In : Danièle, Kergoat, (2012), *Se battre disent-elles*, op.cit.

particulièrement les relations entre les métiers para-médicaux, fortement féminisés, et les professions médicales. Cette notion permettra également de comprendre les représentations professionnelles au sujet du métier d'aide-soignante. En effet, le travail des aides-soignantes semble être surtout décrit comme l'exercice d'un « métier de femme », dont on valorise les aspects relationnels. Durant l'enquête, les aides-soignantes mettent en avant leur qualités relationnelles et 'féminines' : dévotion, soins des autres, douceur, relationnel, travail en équipe... D'autre part, ce positionnement théorique permet de penser les contraintes qui pèsent sur les aides-soignantes, notamment leur « double-journée ». Cette dernière ne leur permet peut-être pas de s'investir dans les mouvements sociaux, c'est-à-dire de se rendre en manifestation, en AG ou de se mettre en grève.

Ce mémoire se propose donc d'interroger la place des aides-soignantes au sein des mouvements sociaux de la santé, en s'appuyant sur une étude de leur pratiques sociales, de leur dispositions à la fois dans et hors de travail et du système de relations sociales dans lequel elles évoluent. J'émet l'hypothèse que ces éléments sont importants pour saisir toute la complexité du rapport des enquêtées à l'action collective. Cette hypothèse s'appuie sur une conception élargie du politique³¹. Le politique, est ici, défini comme étant « l'autre nom du social »³², et à trait au rapport au monde sociale des individus.

Dans un premier temps, je présenterai les données de l'enquête. L'analyse du recueil des données révèle un certain nombre d'éléments sur le sujet d'enquête. La présence sur le terrain m'a laissé l'impression d'avoir pénétré un espace clos et ouvert. Cette sensation d'étrangeté m'a permis de comprendre que les établissements de santé étaient une institution, dont les membres étaient l'ensemble du personnel hospitalier. J'ai également développé une approche par les lieux, afin de rendre compte des niveaux variables de prestiges accordés aux services. Dans un deuxième temps, je traiterai mon sujet en présentant l'institution hospitalière. Ce premier chapitre s'attachera à décrire cette institution par son histoire. Puis je reviendrai sur la manière dont est apparue la catégorie d'aide-soignante. L'apparition de cette catégorie est liée à une complexification de la division du travail. La division du travail hospitalier est variable selon les services. C'est pour cela qu'elle doit faire l'objet d'une étude localisée. Ainsi je vais m'attacher à décrire la division du travail qui s'organise dans les services hospitaliers. Dans un troisième temps, je m'intéresserai plus particulièrement aux conditions de travail des aides-

31 Darmon, Muriel et Bargon, Lucie, Socialisation politique : Moments, instances, processus et définitions du politique, art.cit. Hal, pp. 20.

32 Ibid, pp. 21.

soignantes et aux tâches qui leur incombent. Puis, je m'attacherai à comprendre les rapports pluriels que les enquêtées entretiennent avec leur emplois et leur travail. Enfin je montrerais en quoi la situation liée à la crise de la Covid 19 est en continuité avec le quotidien du personnel de santé. Dans un quatrième temps, j'analyserai la place des aides-soignantes dans les mouvements sociaux du secteur de la santé. Je présenterai ce mouvement à l'échelle locale, en me centrant sur Angers et Nantes. Puis j'analyserai les processus de socialisation politiques des aides-soignantes. Enfin, je tenterai de comprendre leur rapport à l'action collective, en étant attentive à leurs sociabilités professionnelles et aux rapports qu'elles entretiennent avec les syndicats et les modalités de luttes.

Chapitre I

Présentation des données de l'enquête

Ce premier chapitre concerne la présentation des données recueillies au cours de l'enquête. Il a pour objectif de revenir sur le travail de terrain, en présentant les premiers tâtonnements et la manière dont s'est construite cette enquête. Il présentera le protocole méthodologique, les lieux de l'enquête et l'ensemble des enquêtés.e.s.

I – L'enquête

A – Le protocole méthodologique

Pour ce mémoire, j'ai choisi d'adopter une méthode ethnographique. J'ai conduit des entretiens avec des aides-soignantes, une infirmière et des syndicalistes. Pour cette recherche, l'accès au terrain s'est révélé difficile. Les aides-soignantes étaient d'accord pour me répondre, mais il leur était difficile de m'accorder du temps. Ainsi, trouver un créneau pour la conduite d'entretien a été d'abord compliqué pour plusieurs raisons. D'une part, réaliser un entretien hors du temps de travail n'était pas possible pour les enquêtées interrogées au début de la recherche. Ayant des enfants à charge, habitant relativement loin de leur lieu de travail et travaillant parfois les week-ends, elles n'étaient pas disponibles. D'autre part, sur le lieu de travail, il a fallu trouver des moments de moindre intensité de travail : les vacances scolaires par exemple. Difficulté supplémentaire, il est rare que mes enquêtées aient une heure complète de pause déjeuner ; cela dépend des semaines. Les semaines où elles en disposent sont souvent des semaines de ralentissement de l'activité hospitalière, durant les vacances scolaires. Ces remarques sur l'accès au terrain m'informent assez bien sur l'intensité de travail que subissent mes enquêtées et sur « la double journée » qu'elles effectuent. Mener des entretiens représentait des difficultés, mais je voulais investir mon terrain de cette manière. J'ai considéré que parler avec les aides-soignantes me donnerait plus d'information sur leur trajectoire et sur la vision qu'elles ont de leur travail et des mouvements sociaux.

Dans un premier temps, mes entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des enquêtées. Puis, durant le confinement, j'ai mené des entretiens téléphoniques. Depuis le 16 mars, je n'ai pas pu me rendre sur mon terrain d'enquête, car les visiteurs étaient interdits dans les établissements de santé.

Ma mère est secrétaire médicale au Chu d'Angers. C'est par son intermédiaire que j'ai pu rencontré mes deux premières enquêtées. J'ai aussi voulu profiter de cette entrée sur le terrain pour interroger des aides-soignantes engagées. Mais, les personnes mobilisées que ma mère connaissait étaient des infirmières, des cadres ou des médecins. Ce n'est pas ce m'intéressait. Je recherchais des aides-soignantes mobilisées, ce qui s'est révélé difficile à trouver. Mais, ma mère m'a mise en contacte avec le syndicat Force Ouvrière (FO), ce qui m'a permis de rencontrer une aide-soignante syndiquée. J'ai également approché des personnes des milieux militants nantais. Lors de mes visites au Centre d'Histoire du travail, j'ai évoqué mon intérêt pour les mouvements sociaux du secteur de la santé. L'un des archivistes m'a alors proposé de rencontrer Anaëlle. C'est par son intermédiaire que j'ai interrogé Nadine, une aide-soignante engagée.

B – Grilles d'entretien

Au début de ma recherche, j'ai construit une première grille d'entretien pour interroger les aides-soignantes. Les questions avaient pour objectif de me renseigner sur la trajectoire des enquêtées, sur leur pratiques et leur conditions de travail, sur leur rapport à l'action collective et aux syndicats, et enfin sur leur vision du métier d'aide-soignante. La première question sur la trajectoire professionnelle me donne de riches informations sur le déroulement de la vie des enquêtées. Elles développent en détail le récit de leur vie, de la sortie du lycée à aujourd'hui. Cela me permet de récolter des données pour parfaire le talon sociologique des enquêtées. Laisser parler longuement les enquêtées était très important pour moi. Les entretiens étaient donc des entretiens semi-directifs. D'ailleurs, avec mes deux premières enquêtées, Tina et Natacha, l'entretien relevait d'avantage de la conversation, qu'un entretien. J'ai apprécié échanger avec elles et donné mon avis, plutôt que poser des questions formulées à l'avance. Cela tient peut-être à la proximité sociale que j'entretiens avec mes premières enquêtées, mais je développerai ce point plus tard.

Grille d'entretien : aide-soignante (Première version)

La formation / Le parcours scolaire

Pouvez-vous me décrire votre parcours scolaire ? Comment êtes-vous devenue aide-soignante ?
Avez-vous obtenu le DEAS ?

L'entrée à l'hôpital

Comment êtes-vous rentrée à l'hôpital ?
Comment se passent les premières journées de travail ?
Comment avez-vous vécu votre arrivée ? Est-ce que ça s'est bien passé ?
Qui a été responsable de votre recrutement / arrivée dans le service ?
Avez-vous travaillé dans plusieurs services différents ?

Une journée type / Les conditions de travail

Pouvez-vous me décrire une journée type ?
Quels sont vos horaires ?
Avez-vous des relations avec les patients ? Avec leurs familles ?
Que pensez-vous de vos conditions de travail ?
Pensez-vous que votre métier est difficile ? Est-ce qu'il y a des conséquences sur votre santé ? Sur votre vie de famille ?

Le syndicalisme

Êtes-vous syndiquée ? [Si oui expliquez moi votre démarche.] [Si non, y avez-vous déjà pensé ?] Qu'est-ce que vous pensez des syndicats ?
Que pensez-vous des mouvements de grèves actuelles dans les hôpitaux ? Est-ce que vous pensez que c'est important ? Est-ce que vous êtes d'accord ?
Il y a-t-il eu des mouvements de grèves dans votre service ? Y avez-vous participé ? [Si non, comprendre pourquoi.]
Connaissez-vous les différents syndicats à l'hôpital ? Avez-vous déjà rencontré leurs représentants ? [Si oui, à quelle occasion ?] Avez-vous l'impression qu'ils représentent vos intérêts ?

Le collectif des aides-soignantes ?

Comment se passent les relations avec les autres aides-soignantes ?
Avec le personnel soignant ? Avec le personnel administratif ? Travaillez-vous ensemble ?

La vision du métier

Pour vous, quelles sont les qualités pour être aide-soignante ? (physiques, mentales...)
Qu'est-ce qui vous plaît dans votre métier ? Qu'est-ce que vous pensez de votre métier ?

Les perspectives d'avenir

Envisagez-vous de devenir infirmière ?

Envisagez-vous de changer de service ? (Qu'attendez vous d'un tel changement?)

Talon sociologique

Professions des parents, Age, Profession du conjoint, Lieu de résidence, Statut, Enfants, Mobilité géographique ? Trajectoire professionnelle et familiale ?

Cette grille a servi à interroger les deux premières enquêtées. Il faut plutôt la considérer comme une grille d'entretien exploratoire. Des erreurs ont été commises quant à la formulation de certaines questions. Il s'agit notamment des questions concernant le syndicalisme et la vision sur le métier d'aide-soignante. La question : « Connaissez-vous les différents syndicats ? » a posé problème. Les premières enquêtées se sont contentées de me donner une liste des différents syndicats du secteur de la santé. Or, ce n'est pas ce qui m'intéresse. Je souhaite connaître leur point de vue sur les syndicats. Cette question a mis les enquêtées en situation de bonne élève et ne m'a pas permis de comprendre leur relation aux syndicats. J'ai donc retravaillé cette partie. La question « Pour vous, quelles sont les qualités pour être aide-soignante ? (physiques, mentales...) » a également posé problème. Les enquêtées ont mis en avant seulement les qualités morales et relationnelles. Elles ont occulté l'aspect physique de leur travail. Cela est dû à la manière de se définir en tant que femmes. La force physique, pourtant employée par les enquêtées, n'est pas conçue comme une qualité. Il a donc fallu contourner cet aspect en posant la question en des termes différents. J'ai supprimé le mot « qualité », en espérant avoir des éléments sur l'aspect physique du métier d'aide-soignante. Enfin, les entretiens exploratoires m'ont permis d'aborder les relations entre les aides-soignantes et les infirmières. Ces relations n'étaient pas évoquées dans la première grille d'entretien et ce sont les enquêtées qui ont abordé cette thématique. J'ai donc intégré dans ma grille d'entretien re-travaillée une question concernant ces relations.

Ces entretiens exploratoires m'ont donc permis d'affiner mes questions et de proposer une nouvelle grille d'entretien. J'ai également intégré des questions concernant la Covid-19.

La formation / Le parcours scolaire

Pouvez-vous me décrire votre parcours scolaire ? Comment êtes-vous devenu aide-soignante ?
Avez-vous obtenu le DEAS ?

L'entrée à l'hôpital

Comment êtes-vous rentrée à l'hôpital ? Quel âge aviez-vous ?
Comment se passent les premières journées de travail ?
Comment avez-vous vécu votre arrivée ? Est-ce que ça s'est bien passé ?
Qui a été responsable de votre recrutement / arrivée dans le service ?
Avez-vous travaillé dans plusieurs services différents ? Dans plusieurs établissements différents ?
Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel en tant qu'aide-soignante ?

Une journée type / Les conditions de travail

Pouvez-vous me décrire vos journées de travail.
Quels sont vos horaires ?
Que pensez-vous de vos conditions de travail. Comment ont-elles évolué pour vous ?
Pensez-vous que votre métier est difficile ? Est-ce qu'il y a des conséquences sur votre santé ? Sur votre vie de famille ?
Pouvez-vous me parler de vos relations avec les patients ? Est-ce qu'il y a des différences selon les services : établissement ? Et des relations avec les famille ?
Que pensez-vous de vos conditions de travail ? (Dans les différents services/établissements)
Pensez-vous que ce métier est difficile ? Est-ce qu'il y a eu des conséquences sur votre santé ? Sur votre vie de famille ?

Le syndicalisme

Êtes-vous syndiquée ? [Si oui expliquez moi votre démarche.] [Si non, y avez déjà pensé ?] L'avez-vous été ? Qu'est-ce que vous pensez des syndicats ?
Que pensez-vous des mouvements de grèves actuelles dans les hôpitaux ? Est ce que vous pensez que c'est important ? Est-ce que vous êtes d'accord ?
Il y a-t-il eu des mouvements de grèves dans votre service ? Est-ce que vous pouvez m'en parler ? (Quand ? Pourquoi?) Y avez vous participé ? [Si non,comprendre pourquoi.] [Si oui, pourquoi : c'était important pour vous ? Quelles étaient vos revendications ? Comment y avez-vous participé ?]
Au niveau syndical, qu'est-ce qui se passe sur votre lieu de travail actuel ? Y avez-vous participé ?
Quelles relations avez-vous avec les syndicats ? Avez-vous déjà rencontré leurs représentants ? [Si oui, à quelle occasion ?]
Avez-vous l'impression qu'ils représentent vos intérêts ?

Le collectif des aides-soignantes ?

Comment se passent les relations avec les autres aides-soignantes ?

Pouvez-vous me parler des relations avec les infirmières ?

Avec le personnel soignant ? Avec le personnel administratif ? Travaillez-vous ensemble ? [Distinguer selon les services/établissements]

La vision du métier

Pour vous, de quoi avez-vous besoin pour être une bonne aide-soignante ?

Qu'est ce qui vous plaît dans votre métier ?

Perspectives d'avenir ?

Envisagez-vous des changements ?

Dans quel type de service avez-vous envie d'exercer votre métier ? Pourquoi ?

La Covid-19

D'après votre expérience, est-ce que les hôpitaux sont aptes à faire face au coronavirus ?

Pour vous, y a-t-il assez de personnel ?

Vous, en tant qu'aide-soignante, qu'est ce que vous pensez de cette crise ? Comment se passe votre travail au quotidien ?

Pensez-vous que cette crise sanitaire aura des conséquences sur les conditions de travail du personnel hospitalier ?

Est-ce que vous pensez que certaines catégories du personnel seront plus affectées que d'autres par cette crise ?

Que pensez-vous de la représentation du personnel de santé dans les médias actuellement ? Les personnels hospitaliers sont actuellement présentés comme des héros, est-ce que vous vous reconnaissez dans cette image ?

Talon sociologique

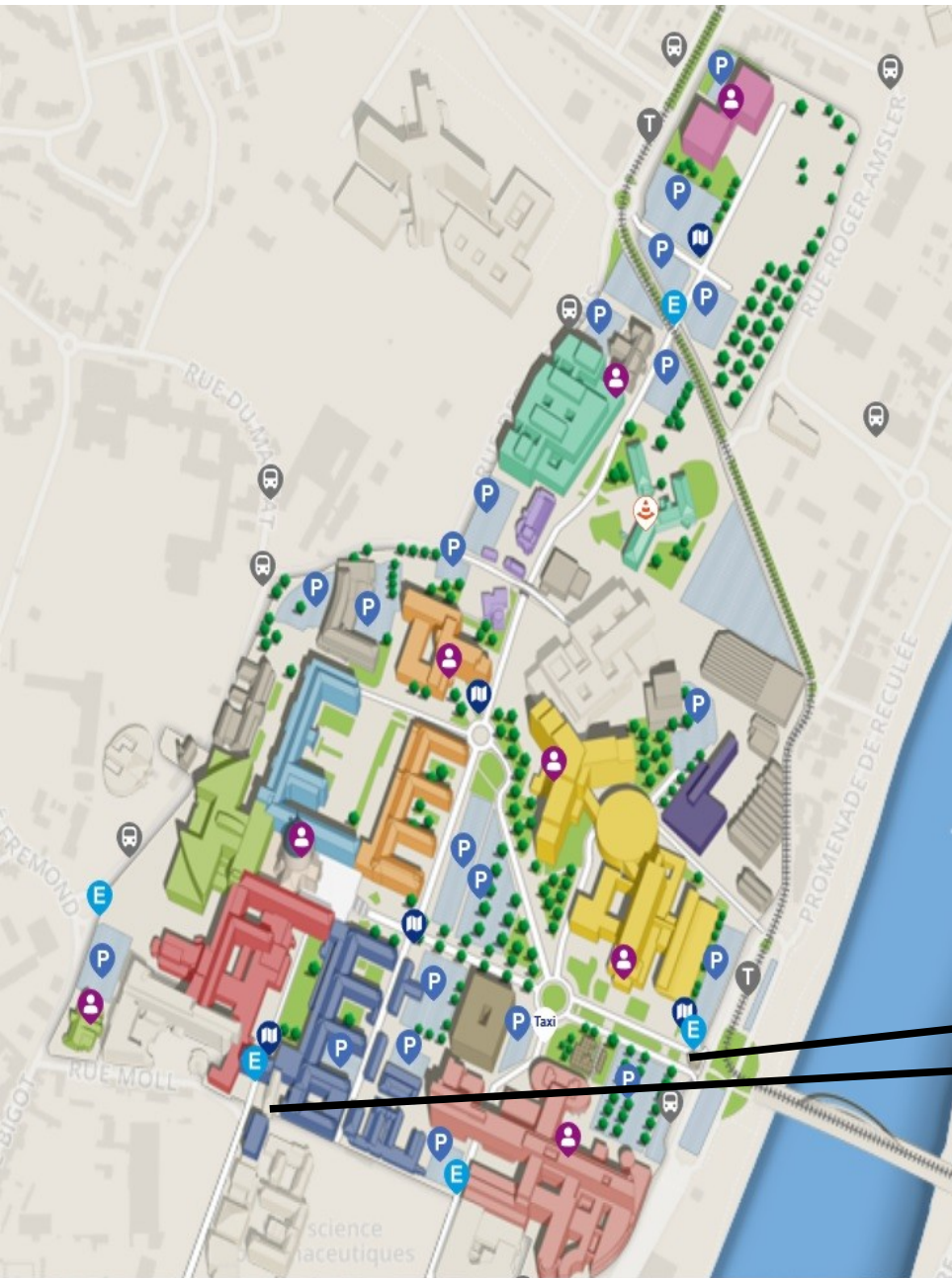
Professions des parents. Age. Profession du conjoint. Lieu de résidence. Statut. Enfants. Salaire.

Mobilité géographique ?. Interruption → Trajectoire pro et familiale ?

II – Les lieux

Les aides-soignantes interrogées travaillent toutes dans des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). J'ai eu l'occasion, lors de ces entretiens, de me rendre sur ces lieux. Trois entretiens se sont déroulés au CHU d'Angers, un à l'intérieur d'un service, un autre à l'espace cafeteria - ouverte au public - et un au sein des bureaux du syndicat FO. Cela m'a permis d'observer les espaces de travail et de détente de ces enquêtées. Pour le reste, les entretiens se sont déroulés par téléphone.

Tina, Natacha, Clément et Kheda travaillent au CHU d'Angers. Cet établissement emploie 6 668 agents hospitaliers, dont 1362 aides-soignantes, et 1 215 personnels médicaux et pharmaceutiques (internes inclus). Il regroupe 56 services, qui se subdivisent en plusieurs unités de soin.



Sur ce plan du Chu d'Angers, figurent l'ensemble des bâtiments, à l'exception de l'annexe Saint-Nicolas. On y aperçoit deux entrées pour le public : celle des urgences et l'entrée principale. On peut également voir que l'hôpital est traversé par la ligne de tram, qui dessert l'entrée principale. L'entrée principale est contrôlée par un guichet qui vérifie l'identité des entrants. Contrairement aux autres accès possible, on sait clairement que l'on pénètre dans le CHU. Sur la façade du guichet, il y a le nom et logo du CHU.

Entrée principale.

Entrée des urgences.

Lorsque je me suis rendue sur les lieux, j'ai été plongée dans un grand labyrinthe, où se croisent personnel hospitalier, patients, visiteurs, urgentistes et pompiers. En traversant le CHU d'Angers, pour me rendre au Bâtiment Larrey, j'ai été frappée par l'agitation du personnel qui court d'un endroit à l'autre, des patients qui attendent dans un hall ou un couloir, et des urgentistes qui arrivent et qui repartent aussi vite. Cette effervescence peut faire tourner la tête à ceux qui n'en sont pas familiers. Se repérer et tenter d'analyser les lieux et les individus présents peut en effet présenter quelques difficultés. Premièrement, il faut trouver son chemin parmi les différents services et unités. Le CHU est un univers complexe et clos qui donne parfois le sentiment d'être égaré³³. D'ailleurs, je me suis moi-même perdue en me rendant aux bureaux de Force Ouvrière (FO). En effet, malgré les signalisations et les panneaux de direction, le profane se perd. Une barrière profane-initié s'oppose à la compréhension des espaces. Mais il faut surpasser cette sensation et ne pas se laisser envahir par l'agitation et l'égarement. Prendre en compte cette sensation permet d'objectiver les conditions du travail d'enquête. Ce travail comporte un intérêt heuristique pour la suite de l'enquête³⁴. D'une part, je ne me suis pas sentie à ma place, j'avais l'impression de gêner. En effet, mon attitude plutôt détendue contrastait nettement avec l'agitation et le stress qui m'entourait. Cette donnée est à prendre compte. Est-ce que cette sensation ne m'aurait pas freinée dans mon enquête ? Est-ce que cela m'a empêchée de poser plus de questions ? Ces questions sont pertinentes. Elles rappellent ma position de profane. J'étais, comme la plupart des patients égarés, une profane pénétrant dans une institution dont je n'avais ni les codes ni les normes. Ce retour réflexif sur mes sensations me donne des informations sur mon terrain. Le CHU apparaît comme une institution, à la fois fermée et ouverte aux profanes, et ayant ses propres normes et règles. D'autre part, objectiver les conditions d'entrée sur le terrain permet d'adopter un autre regard sur les lieux de l'enquête. Il faut s'affranchir de la position du profane perdu, pour revêtir les lunettes de sociologue. Au lieu d'appréhender l'hôpital comme un labyrinthe, il faudrait plutôt le voir comme un espace hiérarchisé, stratifié et organisé³⁵. Je reprendrais ici la métaphore de la ville, développée par Jean Penneff³⁶. L'agencement des services et des unités rend compte de leur différents niveaux de prestige, qui à trait à la plus ou moins grande technicité des soins prodigués. Dans une certaine mesure le CHU peut être découpé en plusieurs zones, ayant une importance et un niveau de prestige variables. J'ai donc tenté de mettre au jour un découpage en zones, en me basant sur les propos de mes enquêtées

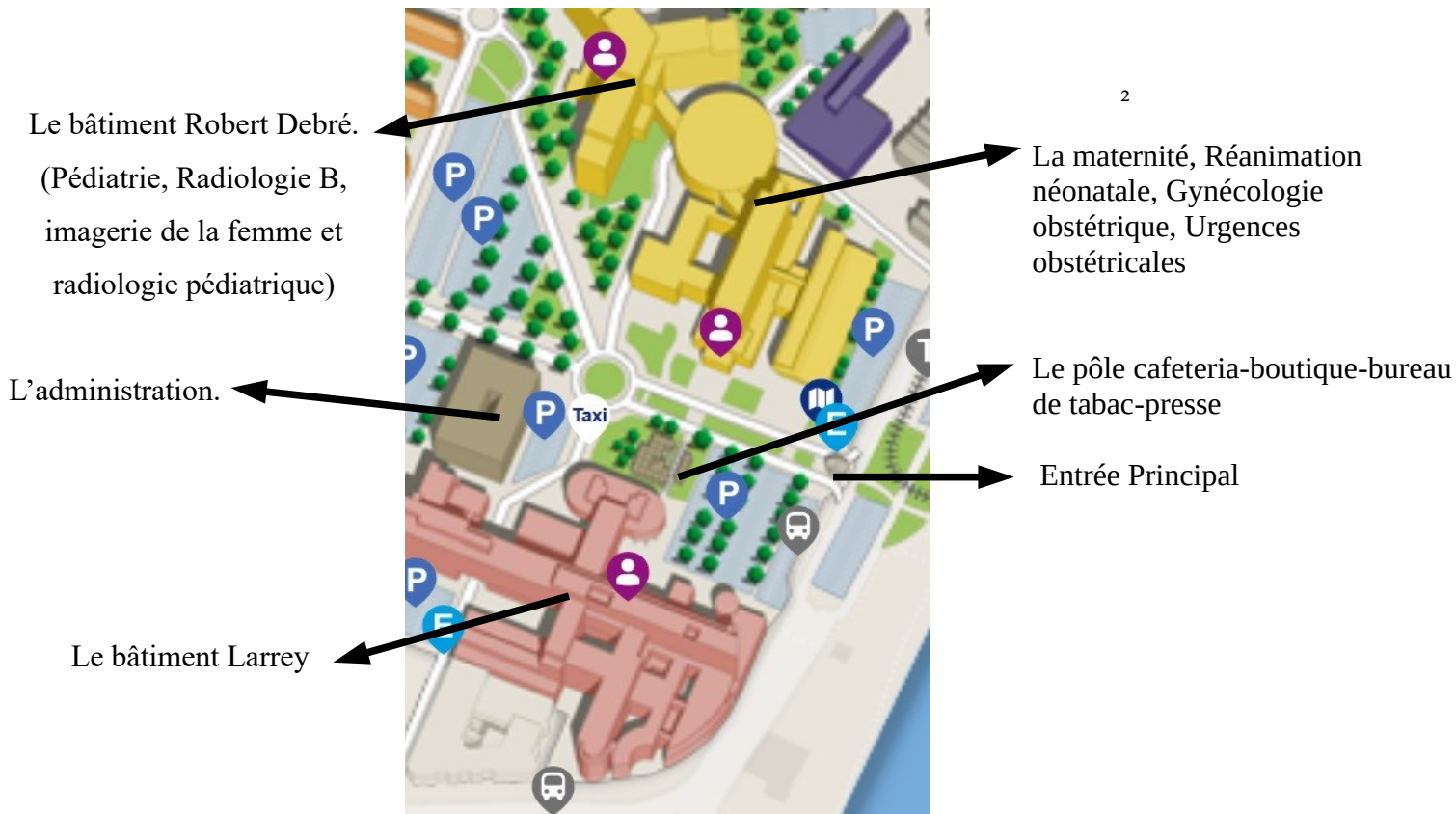
33 Jean, Penneff, (1992), *L'hôpital en urgence : Etude par observation*, Leçons de choses, Paris : Métaillé. pp. 23.

34 Darbus Fanny et Caveng Rémy, (2017), « Cachez ces faits que je ne saurais voir ! Les affects, le visible et le dicible dans l'enquête en sciences sociales », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol 11, n°4, pp. 511-520. pp. 512, 514.

35 Jean, Penneff, op, cit. pp. 24.

36 Ibid, pp. 24.

et sur l'observation des lieux. Il y a d'abord les « beaux quartiers ³⁷», constitués de l'entrée principale, du bâtiment Larrey, de l'administration, de la maternité, du bâtiment Robert Debré et de l'espace cafeteria-boutiques. Le bâtiment Larrey regroupe les services de chirurgie cardiaques vasculaires et thoraciques, de médecine nucléaire et biophysique, de néphrologie dialyse et transplantation, de neurologie, de neurochirurgie, de cardiologie, le centre de recherche clinique, le département de pneumologie et le centre de coordination en cancérologie. Ce bâtiment regroupe donc les professions médicales parmi les plus prestigieuses.



© CHU d'Angers, site officiel.

Le CHU a récemment construit une extension de ce bâtiment, pour y intégrer un nouveau plateau de radiologie interventionnelle et notamment une salle d'intervention hybride. Il s'agit de technologies innovantes.

³⁷ Idem.



Sur cette photo, figurent le bâtiment Larrey, en arrière plan et son extension.

© CHU d'Angers, site officiel

D'ailleurs le CHU d'Angers est le premier établissement des Pays-de-la-Loire à avoir obtenu une telle technologie. Cette partie du CHU bénéficie donc d'investissement importants³⁸. Ces bâtiments, qui constituent le cœur du CHU, sont reliés par de grandes allées arborées, décorées de parterre de fleurs. Derrière ces allées, se cachent d'autres bâtiments moins prestigieux. Par exemple, derrière l'administration, se trouvent le service social, les objets trouvés, la sécurité sociale, les bureaux des syndicats et une cellule d'écoute, liée à la santé au travail. Les « bas quartiers »³⁹ sont relégués aux extrémités du CHU. Il s'agit du service de gériatrie, de la chambre mortuaire et de l'institut de médecine légale, du service des maladies infectieuses et des services liés aux addictions et aux troubles psychologiques et psychiatriques, et des zones logistiques. Ce sont des bâtiments vétustes et excentrés. Et dans une certaine mesure, on peut inclure dans zone le bâtiment des 4 services, qui se situe entre le bâtiment Robert Debré et la chambre mortuaire.

38 CHU d'Angers brochure, 2014.

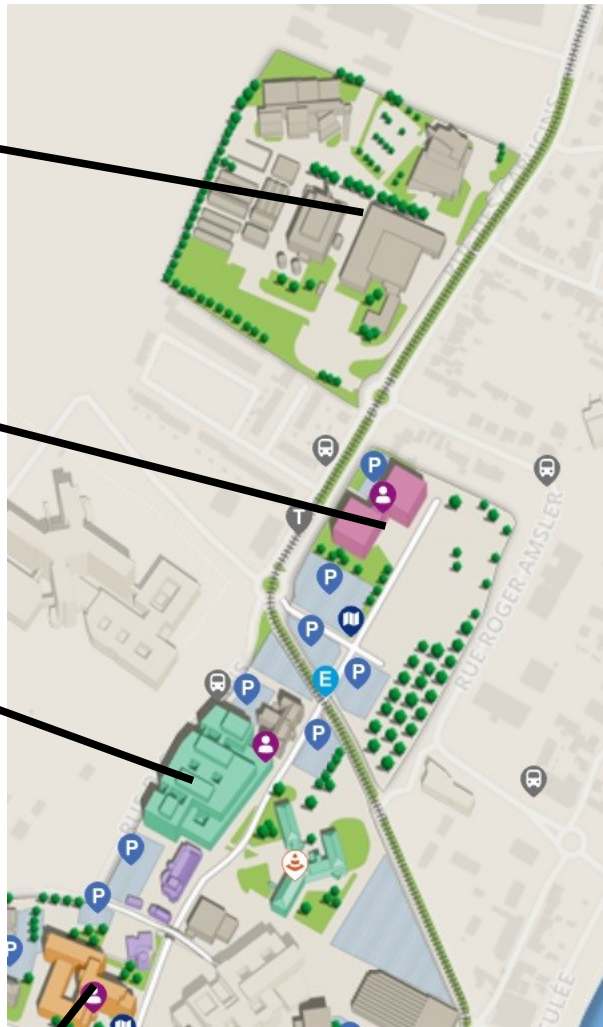
39 Jean, Peneff, op, cit. pp. 24.

Les zones logistiques.

Bâtiment La colline.

Espace de recueillement, Chambre mortuaire.

Le Bâtiment des 4 services (ORL, Gériatrie, Médecine Légale, Médecine physique et rééducation fonctionnelle, Stomatologie, et la chirurgie plastique)



Les Urgences semblent constituer un monde à part. Elle sont relativement excentrées par rapport aux « beaux quartiers », mais elle bénéficient de leur propre entrée.

Les bureaux des syndicats sont également une zone difficile à trouver. Ils sont cachés entre le bâtiment des urgences et le bâtiment Larrey. Il faut longer le bâtiment Larrey, puis traverser un parking pour arriver aux locaux des syndicats. Même les panneaux de signalisation sont recouverts par la végétation. Une fois arrivé devant les locaux, il faut emprunter une petite allée, en cul-de-sac qui débouche sur l'entrée des bureaux. Les bureaux de la CGT, de Sud solidaire et de FO sont regroupés ensemble. Les bureaux de la CFDT sont dans un bâtiment plus loin dans l'allée.



Cette approche par les lieux permet de mieux connaître l'environnement de travail des enquêtés.e.s. Elle m'invite à différencier les services dans lesquels les aides-soignantes ont travaillé. Cette approche me permet aussi de voir ce qui est valorisé et ce qui ne l'est pas. La mort, la vieillesse, les handicaps physiques ou mentaux, les addictions, les troubles psychologiques et psychiatriques, et les ouvriers sont cachés. Ce qui est mis en avant est au contraire les professions médicales plus nobles et l'espace détente.

III – Les enquêtés.e.s

Cette partie a pour objet une présentation simple de enquêtés.e.s, en reprenant les éléments du talon sociologique. Les enquêtées sont des aides-soignantes, un délégué syndical, un militant nantais, et une infirmière. J'ai choisi de rencontrer un délégué syndical et un militant nantais car leur récits me donnent des informations sur les mouvements sociaux du secteur de la santé. Le récit de l'infirmière me permet de découvrir l'état des relations entre les aides-soignantes et les infirmières dans le travail et dans les mouvements sociaux.

- Tina

Tina est une aide-soignante âgée de 53 ans travaillant dans le service de Radiologie du CHU d'Angers. Son père a connu diverses occupations professionnelles, son dernier poste était maçon dans une entreprise de BTP. Sa mère était femme de ménage. Son conjoint est actuellement couvreur, comme son père et son grand-père avant lui. Tina a eu quatre enfants et seul le dernier vit au domicile familial. Le premier enfant est une fille. Elle vit à Saint-Nazaire et a obtenu un bac Pro Gestion comptabilité. Elle travaille aujourd'hui comme vendeuse à domicile indépendante et effectue quelques heures de ménage à domicile pour « *arrondir les fins de mois* ». Le deuxième enfant est un garçon. Il détient un CAP dans le domaine automobile et est aujourd'hui mécanicien. Le troisième enfant est une fille. Elle a une formation professionnelle dans le domaine de l'agro-alimentaire et travaille dans un supermarché. Son conjoint travaille comme agent de sécurité, et ensemble ils ont aussi un élevage canin. Enfin, le quatrième enfant est un garçon. Il poursuit des études en informatique. Après son Bac Pro, il a cherché à intégrer un BST informatique en alternance, mais n'a pas trouvé d'entreprise pour l'accueillir. Depuis il suit une formation à Nantes dans le domaine du codage informatique.

Son mari et elle sont propriétaires de leur maison à Ingrandes-Le Fresne sur Loire. Ils ont eux-mêmes construit cette maison sur un terrain appartenant à la grand- mère de Tina. Tina est très impliquée dans sa commune. Elle est conseillère municipale et m'a confié s'être beaucoup investie dans les associations sportives et scolaires de ses enfants. En ce qui concerne son parcours scolaire et professionnel, Tina a obtenu BEP sanitaire et social en 1984. Elle souhaitait continuer ses études en intégrant une première F8, mais elle est tombée enceinte à 17 ans et a dû interrompre ses études. Elle enchaîne alors les « *petits boulots* », en restant chez ses parents. Puis elle a trouvé un poste d'agent de service dans une maison de retraite. Elle obtiendra ensuite le diplôme d'aide-soignante en 2004, après avoir suivi une formation d'un an, durant laquelle elle a effectué quelques stages au CHU d'Angers. Une fois ce diplôme obtenu, elle a commencé par des remplacements, et puis elle a trouvé un poste fixe en médecine viscérale. Elle y est restée sept ans. Puis, à la suite d'un burn out, elle a décidé de changer de service et est affectée à la radiologie.

- Natacha

Natacha est une aide-soignante de 49 ans travaillant dans le service de radiologie-C au bâtiment Larrey. Elle partage ses journées entre le bloc opératoire et le service d'échographie. Son père travaillait dans les travaux public, et sa mère à la poste. Son mari est conseiller de clientèle dans le privé. Elle a deux enfants âgés de 11 ans et 13 ans. Elle est née à Segré et vit aujourd'hui à Trélazé. Elle est fonctionnaire et de confession chrétienne. Natacha a découvert le monde sanitaire et social grâce à un stage de découverte dans une maison de retraite pendant sa troisième. Elle aurait voulu tenter l'école d'infirmières mais elle ne s'en est pas sentie capable. Elle a décidé d'arrêter ses études après un BEP sanitaire et social. Puis elle a tenté le concours d'aides-soignantes à Angers et à Ancenis. Elle a été admise à Angers. Elle obtient rapidement un poste dans le service de réanimation médicale dans lequel elle resta dix ans. Elle passera ensuite quatre ans aux urgences, puis deux ans en pneumologie. Enfin, elle est affectée depuis deux ans sur les « *pool du bloc* » en gynécologie et en Radio C. Les pools sont un regroupement de personnel affecté dans plusieurs unités de soin pour travailler au bloc opératoire.

- Fabien

Fabien est un militant nantais. Son père était mécanicien et sa mère femme de ménage. Elle a également travaillé comme ATSEM. Il est née à Trélazé et vit actuellement à Nantes. Après un Bac ES, il a obtenu une licence de sociologie à l'Université Catholique de l'Ouest. Ensuite, il s'est inscrit en maîtrise de sociologie à l'université de Nantes en 2005. Il n'a soutenu sa première maîtrise en fin de première année, mais a enquêté sur un lycée expérimental à Saint-Nazaire. Il a participé à la mobilisation contre le CPE dans ce lycée. Il a continué ses activités militantes et a redoublé une seconde fois l'année suivante. Par la suite il a travaillé comme saisonnier. En 2008, il a repris ses études en M1, toujours à Nantes en sociologie. Il a travaillé sur les syndicalistes de Sud Rail. Pour son M2, il a participé à une recherche financé par l'ANR. Puis il a obtenu des contrats d'ingénieur de recherches et a co-rédigé un chapitre d'un ouvrage sociologique pour le CENS. Ensuite, il a connu des périodes de chômage et des petits boulots divers. Il a également travaillé deux mois comme brancardier à la clinique du Confluent à Nantes.

- Anaëlle

Anaëlle est une infirmière à la retraite, vivant à Nantes. Son père a été successivement forgeron et plombier. Sa mère était femme au foyer. Son premier conjoint était chargé de communication et son second officier de marine. Elle a une fille qui est coach pour l'orientation professionnelle dans le secteur associatif. Elle a suivi des études d'infirmières dans l'IFSI de Nantes. Durant ses études elle a monté une section syndicale CFDT. Elle a également suivi des études de sociologie et a obtenu un M2 à Nantes. Elle a par la suite donné des cours de sociologie à Saint-Nazaire à des élèves aides-soignantes.

- Nadine

Nadine est une aide-soignante âgée de 55 ans. Elle travaille au CHU de Nantes. Elle a obtenu un BEP Sanitaire et social à 19 ans. Après ce BEP, elle s'est formée dans un IFAS. Une fois sortie de l'Ecole, elle a travaillé dans une maison de retraite à Aix en Provence, puis dans une clinique et un

établissement psychiatrique en Corrèze. Elle est revenue habiter sur Nantes en 1997. Elle a postulé au CHU de Nantes et a été admise en ORL. Puis elle a travaillé en pneumologie. Elle travaille désormais à la maternité. Son père était conducteur de machine et sa mère était femme au foyer.

Elle est née à Machecoul et habite aujourd'hui la commune La Montagne au Sud de Nantes. Son premier mari était aide-soignant et son mari actuel est infirmier. Elle a deux enfants. Sa fille est assistante maternelle et son fils est cuisinier.

- Clément

Clément est un syndicaliste âgé de 40 ans. Il est né à Angers, son père était infirmier psychiatre et secrétaire fédéral à Force Ouvrière. Sa mère était également infirmière. Il a commencé sa trajectoire professionnelle en tant qu'intermittent du spectacle. Puis, à 30 ans, il a suivi des études d'infirmier. Il a travaillé aux urgences à partir de 2013. Puis, il a repris le syndicat FO avec un collègue infirmier des urgences. Ensemble, ils sont devenus délégués syndicaux à temps complet.

- Kheda

Kheda est une aide-soignante qui travaille aux urgences du CHU d'Angers. A 17 ans, elle est contrainte d'arrêter ses études suite à une grossesse précoce. Elle est sortie de l'école en détenant un BEP sanitaire et social. Elle est ensuite devenue ASH à Larrey. Elle a par la suite obtenu le DEAS. Elle désire devenir infirmière dans le futur. Ses parents sont des immigrés cambodgiens. Son père était conducteur d'engins et sa mère femme au foyer. Son mari est carreleur. Ils habitent dans une maison, dont ils sont les propriétaires, à Avrillé.

Chapitre II

L'institution hospitalière

Je me propose, dans un premier temps, d'analyser le monde dans lequel évoluent les aides-soignantes. Pour cette enquête, il s'agit de l'institution hospitalière. En effet, cela permettra de se plonger directement dans leur univers de travail. Si l'on considère que le travail est un élément socialisateur⁴⁰, il est pertinent d'appréhender les différents aspects du monde hospitalier. En effet, l'institution hospitalière véhicule un certain nombre de normes, de règles et de représentations qui s'imposent à ses membres, et qui peut-être façonnent la manière dont ils et elles définissent leur travail.

Pour comprendre cette institution, il est pertinent de revenir sur sa genèse, sur l'apparition de la catégorie d'aide-soignante, et sur la manière dont elle s'est structurée à travers la division du travail hospitalier.

40 Darmon, Muriel et Bargon, Lucie, (2017), Socialisation politique : Moments, instances, processus et définitions du politique, Hal, [En ligne]. pp. 14.

I - Une Histoire de bonnes femmes

L'institution hospitalière est largement constituée de femmes. Les métiers para-médicaux, largement féminisés, représentent l'essentiel des effectifs hospitaliers à l'échelle nationale. En effet, en 2014, dans les établissements publics de santé, le personnel soignant regroupe 525 239 000 personnes, alors que les emplois médicaux comptent 127 279 000 personnes. Parmi le personnel soignant, 231 653 000 personnes sont des infirmières et 174 846 000 sont des aides-soignantes⁴¹. Selon la statistique publique, le personnel médical regroupe des médecins, des biologistes, des odontologistes, des pharmaciens et des internes et faisant fonction d'internes. Le personnel soignant regroupe les sages-femmes, le personnel d'encadrement du personnel, les infirmières, les puéricultrices, les aides-soignantes, les agents de service hospitaliers et autres personnels des services médicaux, les rééducateurs et les psychologues.

Cette tendance se confirme sur mon terrain d'enquête. Au CHU d'Angers, les infirmières et les aides-soignantes sont plus nombreuses que le personnel médical et pharmaceutique⁴². En effet, le personnel médical et pharmaceutique regroupe 1222 personnes, le personnel soignant 3882 personnes. Autre caractéristique, ces métiers sont principalement exercés par des femmes. En effet, en moyenne entre 2012 et 2014, 87 % des infirmières⁴³, et 91 % des aides-soignantes sont des femmes.⁴⁴ Ces femmes sont donc les principales forces salariales en termes d'effectifs. Cette forte présence féminine m'interroge. Est-elle simplement due à la division genrée du travail dans la société ? Ou bien, est-elle liée à des dynamiques institutionnelles ? Ces deux propositions sont pertinentes. Mais je vais m'intéresser à la manière dont s'est construite l'institution hospitalière et comment cela rend compte de la féminisation des métiers para-médicaux. Et je pense trouver des pistes de réflexions en mobilisant des travaux d'historiens⁴⁵. Cela va me permettre de développer une analyse socio-historique du monde hospitalier, et de montrer en quoi l'histoire des congrégations hospitalières a façonné l'institution telle qu'elle est aujourd'hui.

41 DREES, Les professionnels de santé en établissements de santé, 2014.

42 Personnel hospitalier : chiffres clés, [En ligne] <https://www.chu-angers.fr/le-chu-angers/qui-sommes-nous-/les-chiffres-cles-du-chu/personnels-hospitaliers-chiffres-cles--59666.kjsp?RH=1435661531591>

43 Dares, Synthèse.Stat n°19, Portraits statistiques des métiers, 1982-2014, Aides-soignants.

44 Dares, Synthèse.Stat n°19, Portraits statistiques des métiers, 1982-2014, Infirmiers, sages-femmes.

45 Damien, Carraz (2010), *Les ordres militaires et hospitaliers: une «nouvelle religion»*, in : Marie-Madeleine de Cevins et Matz Jean-Michel (dir.), *Structures et dynamiques religieuses dans les sociétés de l'Occident latin (1179-1449)*, Presse universitaire de Rennes, pp. 177-1991. Et, Alain, Demurger, (2002), *Chevaliers du Christ. Les ordres religieux-militaires au Moyen Âge, XIe-XVIIe siècles*, Paris : Seuil.

A – Des organisations religieuses

Avant d'être des organisations publiques et laïques comme nous les connaissons aujourd'hui, les établissements de santé trouvent leur origine dans l'histoire des ordres religieux. Leur histoire fut d'abord l'objet de récits apologétiques⁴⁶, alors qu'il faut plutôt les considérer comme des institutions dotées de règles et de normes, et organisées selon des principes hiérarchiques.

Au milieu du XI^e siècle, le premier ordre religieux voit le jour. C'est l'ordre Saint-Jean de Jérusalem, fondé par le frère Gérard. A partir du XII^e siècle, les ordres hospitaliers sont des ordres religieux et/ou militaires dans un contexte de croisade. Ils conciliaient vie religieuse et fonction hospitalière et d'assistance. Ces structures reposaient sur la charité chrétienne et le service évangélique envers son prochain. Il s'agissait de groupes de pieux laïcs mus par des idéaux chrétiens, qui se sont progressivement transformés en congrégations militaro-religieuses. Progressivement, ces ordres se sont institutionnalisés, en se dotant de leurs propres règles. Ils se sont autonomisés par rapport à la communauté régulière, en s'appuyant sur la papauté. Les confréries sont alors de véritables institutions militaro-hospitalières, suivant un certain nombre de règles monastiques. Les frères et sœurs laïques n'étaient pas des clercs, mais ils étaient encadrés par l'Église. Les premiers étaient voués au soin du corps, les clercs au soin de l'âme.

Suite aux échecs des Croisades, les ordres rendent les armes et sont contrôlés par la papauté. Ils deviennent des hôpitaux ambulants et charitables, à l'image de l'ordre Saint-Lazare et des Antonins. Il s'agit d'une rupture avec leur origine guerrière. Les confréries deviennent des maisons religieuses. L'historien Alain Demurger évoque une cléricisation des ordres.

Le XVII^e siècle connaît une explosion de la charité chrétienne et de la médicalisation à l'hôpital. Le nombre de congrégations hospitalières augmente fortement. Cette évolution est liée à un accroissement des besoins d'assistance, suite aux dégâts causés par la Fronde, les crises démographiques et les guerres de Louis XIV⁴⁷.

Au XVIII^e siècle, après la Contre-Réforme catholique⁴⁸, le personnel laïque est progressivement remplacé par des religieuses. Mais ce remplacement est inégalement réparti sur le territoire.

46 Damien, Carraz, op. cit.

47 Dinet-Lecomte, Marie-Claude, (1994), « Les religieuses hospitalières dans la France moderne : une même vocation dans une multitude d'instituts », *Revue d'histoire de l'Église de France*, pp. 195-216. pp. 198.

48 Ibid, pp. 196.

Ce sont surtout les villes qui sont concernées par cette évolution⁴⁹. On observe en effet un équilibre entre laïques et religieuses au XVIIe et XVIIIe siècle. Le personnel laïque demeure néanmoins façonné par l'image des religieuses hospitalières. Ce personnel était socialisé à l'assistance et à la charité chrétienne. En effet, au XVIIIe siècle, « *confessionnalisation des soins, spécialisation et médicalisation semblent le triple enjeu qui réunit laïques et religieuses à l'hôpital* ⁵⁰ ». Ce triple enjeu explique le maintien d'un équilibre entre le personnel laïque et religieux.

Les établissements de santé étaient des organisations fortement structurés par la religion chrétienne. Et ils étaient dédiés aux soins des malades et des indigents.

B – Un monde au féminin

Au sein de ces organisations, une place importante était accordée aux femmes. Durant la période des Croisades, certains ordres avaient des couvents féminins. De véritables maisons féminines étaient organisées. Il semble que les femmes étaient associées à la vocation charitable des ordres. Pour ces femmes pieuses, il s'agissait de faire profession, en prononçant les vœux de pauvreté, chasteté et obéissance. La position de ces femmes était renforcée par le culte de la femme Sainte, auquel était associé un ensemble de caractéristiques 'féminines' : piété, dévotion, dévouement, soins des autres... Au XVIIe siècle, les Filles de la Sagesse, les filles de la Charité, les sœurs de Nevers et les sœurs de Chartres voient le jour. La vie de ces femmes était fortement ancrée dans la spiritualité chrétienne. Le terme « sœur » désignait à la fois des soignantes laïques et des religieuses. Mais progressivement, le terme « infirmière » s'impose. Il désigne un personnel subalterne et féminin au sein de ces organisations. En effet, ces femmes exerçaient sous l'autorité des médecins et étaient encadrées par des clercs. Les ordres hospitaliers sont donc structurés par des relations hiérarchiques.

Les travaux de Damien Carraz⁵¹ montrent également que l'histoire des organisations hospitalières est liée à l'histoire des femmes des classes populaires. Ces femmes étaient les principales travailleuses au sein de ces organisations, dans lesquelles un modèle de vie féminine se développe.

49 Ibid, pp. 214.

50 Diebolt, Evelyne, (2013), « Prémices de la profession infirmière : de la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVII^e - XVIII^e siècle en France », *Recherche en soins infirmiers*, vol 2, n°113, pp. 6-18, pp. 11.

51 Damien, Carraz, op. Cit.

Les « infirmières » étaient reconnues pour leur vertu morales et charitables. Mais ces travaux donnent aussi à voir une autre image de ces femmes. Elles n'étaient pas seulement des femmes dévouées. Elles détenaient des savoir-faire de soignant et des connaissances pharmaceutiques. Elles suivaient des cours au sein des congrégations et accumulaient du savoir par la pratique. Les Filles de la Charité en sont un bon exemple. Les membres de cette congrégation, fondée en 1633 par des clercs, portaient secours aux malades. Ces femmes de classes populaires avaient des préoccupations sanitaires, hygiéniques et médicales. Elles étaient salariées et avaient des tâches diverses. Elles dispensaient des soins, notamment la saignée et des remèdes. Il s'agit peut-être pour ces femmes d'un métier, plus que d'une vocation charitable ? Se poser cette question revient à porter un autre regard sur ces femmes. Il ne s'agit plus seulement de religieuses dévouées, mais de femmes dont soigner était le métier, dans une institution fortement structurée par la religion catholique.

Le personnel hospitalier était donc principalement constitué de femmes de milieux populaires, ayant une position subalterne, marquée par la docilité⁵². Ces femmes, issues des classes populaires, cultivaient une image de la femme dévouée et charitable. Elles étaient appréciées pour leur qualités « féminines » : soin des autres, empathie, dévotion, dévouement, disponibilité... L'empreinte de la religion catholique a laissé des traces, en façonnant les représentations du personnel de santé féminin. En effet, l'idée d'une soignante dévouée envers ses patients est encore prégnante. Anne Véga démontre, par exemple, que les infirmières hospitalières restent profondément marquées par cette l'histoire. Elle évoque trois modèles d'identification professionnelle : l'infirmière technicienne ; l'infirmière relationnelle et humaine ; et l'infirmière religieuse⁵³. Comme Clément, délégué syndical de FO me l'a confirmé en entretien, de nombreuses aide-soignantes cultivent encore l'image d'une soignante dévouée envers ses patients. Mais, on peut se demander si les aides-soignantes entretiennent cette image, ou s'il s'agit plutôt d'une représentation sociale des femmes dans le monde de la santé. Même si les aides-soignantes ne se considèrent partagent peut-être comme des soignantes dévouées, elles demeurent marquées par cette histoire. Il serait intéressant de voir comment elles se définissent. On sait déjà que les aides-soignantes mettent en avant les aspects relationnels de leur métier. Il est possible qu'elles se reconnaissent également dans le modèle de la religieuse. Intégrer l'histoire de l'hôpital dans

52 Dinet-Lecompte, Marie-Claude, « Les sœurs hospitalières au service des pauvres malades au XVII et XVIII siècle », *art. cité*.

53 Véga, Anne, (1997), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol 15, n°3, pp. 103-132, pp. 110.

mon raisonnement, me permet donc de mettre en lien les discours de mes enquêtées avec des dynamiques institutionnelles plus complexes.

C – « Ni bonnes, ni connes, ni nonnes »

Ces représentations sont remises en cause par certaines infirmières et aides-soignantes. Pour preuve, je voudrais évoquer ici le mouvement de la Coordination infirmière datant de 1989. Il s'agit d'un mouvement contestataire et corporatiste émanant des infirmières. Elles luttèrent pour la reconnaissance de leur savoir-faire et de leur qualification. Les principales revendications portaient sur les salaires et sur une meilleure reconnaissance du métier infirmier. Cette lutte s'inscrivait également contre les représentations de la femme soignante dévouée, comme en témoigne le slogan de la Coordination, « *ni bonnes, ni connes, ni nonnes* ». Ce mouvement peut être vu comme un regroupement d'agents tentant de lutter contre les traditions de l'institution. En effet, la Coordination a cherché à changer l'image du métier d'infirmière. Elle avait pour objectif de rompre avec la rhétorique de la vocation et des compétences féminines associées à ce métier. D'autre part, en demandant une meilleure reconnaissance de leur savoir-faire, les infirmières s'engageaient sur un terrain de lutte : celui des qualifications. Elles ont décidé de lutter pour obtenir le pouvoir sur la définition de leur qualification. Elles militaient pour la mise en place de commission de soin et pour plus d'implication des infirmières dans les processus thérapeutiques. Elles voulaient aussi une augmentation de leur salaire. Cela les engageait dans un rapport agonistique avec la dé-qualification induite par la définition essentialisante des compétences féminines. Par ailleurs, c'est exactement ce qu'Anaëlle m'a rapporté en entretien. Elle a participé activement à la Coordination. Elle m'a fait part de l'exaspération des infirmières. Elles en avaient « ras la seringue »⁵⁴. L'exaspération liée au manque de considération pour leur savoir-faire se faisait sentir bien avant l'apparition du mouvement. Le mécontentement des infirmières est donc lié à la fois à leur place dominée dans la division du travail hospitalier et à l'image de leur métier dans la société.

Les infirmières n'étaient les seules à lutter contre cette image. Les aides-soignantes ont également participé aux manifestations. Elles ont organisé une Coordination aide-soignante, en revendiquant une meilleure définition de leur métier et une formation plus exigeante. Les aides-

54 Martine, Schachtel et Alain, Rebours, (1989), *Ras la seringue : histoire d'un mouvement 1989*, Lamarre-Poinat.

soignantes engagées souhaitaient que les conditions d'entrée dans la formation soit plus élevé. Cette revendication fait écho aux infirmières. Ces dernières souhaitaient l'instauration de conditions d'entrée plus strict. Avant le mouvement, le décret Barzach de 1987, ouvre le concours d'état infirmier aux personnes ayant été chômeur pendant cinq ans, sans qualification ni études requises, et libéralise la vente de seringues en formation. Anaëlle m'a expliqué que cette libéralisation a été perçue comme « une prise des compétences infirmières par les pharmaciens ». Les infirmières et les aides-soignantes entretenaient des relations complexes durant le mouvement, mais je reviendrais sur ce point dans le troisième chapitre. Mais, elles s'accordent sur un aspect particulier : ils ne suffit de détenir des qualité de cœurs pour devenir aide-soignante ou infirmière, il faut être qualifiée. Ces tentatives, couronnées de plus ou moins de succès, démontrent aussi que les représentations des métiers para-médicaux sont l'objet de luttes. Et plus particulièrement, c'est l'image de la femme au sein de l'institution hospitalière qui est re-définie par l'action des infirmières et des aides-soignantes.

Cette approche socio-historique révèle en quoi l'histoire du monde hospitalier était liée à l'histoire des femmes. Ces femmes sont l'objet de représentations professionnelles diverses et ambiguës. La femme soignante dévouée en fait partie, mais elle est l'objet d'un travail de re-définition. Cette re-définition est consécutive de la professionnalisation progressive du métier infirmier. En outre, durant la première moitié du XXe siècle, l'institution hospitalière est bouleversée par la laïcisation et la professionnalisation de son personnel. Cette massification des fonctionnaires entre en rupture avec les traditions religieuses des organisations hospitalières. L'explosion numérique du personnel de santé répond à un double enjeux : fournir un personnel qualifié, et assurer la complexification de la division du travail. En effet, s'organise, dans la seconde moitié du XXe siècle, le développement rapide et complexe de la division du travail médical au sein des hôpitaux.

II – La catégorie de l’aide-soignante

Dans le cadre de ce mémoire, il est pertinent de restituer l’apparition de la catégorie d’aide-soignante. Quels enjeux se cachent derrière la création de ce métier ? Comment cette catégorie a-t-elle émergé ? Comment appréhender son apparition à l’aune de la division du travail médical ? En appréhender les dynamiques, c’est comprendre les logiques de classification et de catégorisation de l’institution hospitalière⁵⁵. Aujourd’hui, cette catégorie correspond à un niveau de diplôme, à un ensemble de tâches et à un niveau de salaire définis par l’institution. Ça n’a pas toujours été le cas. Durant la première moitié du XXe siècle, la catégorie d’aide-soignante n’existait pas. Elle est apparue dans un contexte particulier que j’évoquerai ci-dessous.

La formation d’aide-soignante répond à des enjeux socio-historiques liés à la fois à la complexification de la division du travail médical et à des changements macro-sociaux. Les appréhender est important pour comprendre les caractéristiques de ma population d’enquête. En effet, l’institution hospitalière a sélectionné des populations aux caractéristiques sociales particulières, en jouant sur la formation aide-soignante et sur le recrutement du personnel. Je vais donc évoquer l’évolution de cette formation, en mettant au jour les enjeux socio-historiques auxquels elle répond⁵⁶. Cette formation a servi à la fois d’instrument de reclassement du personnel hospitalier, de promotion pour les ASH et de débouché professionnel pour une population plus diplômée⁵⁷.

A – Un outil de reclassement

Dans un premier temps, le statut d’aide-soignante répond à une double logique symbolique et matérielle. Il s’agit d’assurer la professionnalisation du métier infirmier, tout en maintenant en poste un ensemble de personnel qualifié. En effet, le métier d’infirmière s’autonomise. En 1946, l’obtention d’un diplôme d’État devient obligatoire pour exercer ce métier dans les hôpitaux. Dès lors, un ensemble de personnel se voit privé de ce statut. De ce fait, et sous la pression des syndicats, est instauré en 1949 le statut d’aide-soignante⁵⁸.

55 Arborio, Anne-Marie, (2016), « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d’aide-soignant », *Revue française des affaires sociales*, vol 3, pp. 241-262.

56 Ibid, pp. 246.

57 Ibid, pp. 247.

58 Ibid, pp. 247.

Ce dernier permet de maintenir en poste un personnel non diplômé, mais compétent et expérimenté. Les aides-soignantes sont donc d'anciennes 'infirmières', trop compétentes pour être reclassées ASH. Ce statut va se pérenniser. Les syndicats obtiennent en 1951, la mise en place d'un certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignante (CAFAS), accessible après un an d'expérience hospitalière. Il s'agit d'une formation de dix mois, ce qui contraste avec le diplôme d'État infirmier qui demande une formation de deux ans. Elle comprend des enseignements théoriques et des stages de mise en pratique, et est sanctionnée par une épreuve d'une heure et de deux heures de mise en pratique. Elle est donc organisée sur le modèle du diplôme d'État infirmier, puisqu'elle mêle écrit et pratique. Cependant elle ne comprend pas d'enseignement médicaux, ce qui exclut les soins médicaux du métier d'aide-soignante. Enfin, la position de subordination des aides-soignantes est clairement affichée⁵⁹.

Même s'il s'agit d'une première structuration de la formation, permettant de définir plus clairement les contours de ce métier, il s'agit surtout de pérenniser un personnel déjà ancré dans l'institution. Cela passe aussi par la validation de leur expérience professionnelle. Les ASH ont la possibilité de suivre la formation pour devenir aide-soignante. L'institution hospitalière privilégie donc la promotion interne. Par ailleurs, jusque dans les années 70, le recrutement aide-soignant dans les hôpitaux est exclusivement interne⁶⁰. Si l'on raisonne en terme de champ, cette formation apparaît comme un cloisonnement du monde hospitalier. Et dans une certaine mesure, la formation peut être vue comme une fermeture du métier d'aide-soignante. Il faut en effet être en mesure de suivre la formation et d'obtenir le certificat d'aptitude pour devenir aide-soignante. La formation peut représenter des difficultés pour des agents peu dotés en capital culturel.

B – Les années 70 : un nouvel enjeu, la formation initiale

Dans les années 70, le recrutement s'ouvre aux personnes extérieures au monde hospitalier⁶¹. La priorité est donnée aux personnes détenant le Brevet d'études professionnelles sanitaires et sociales. (BEPSS). Ces personnes, plus jeunes et plus diplômées, concurrencent les ASH pour l'accès au statut d'aide-soignante. L'ensemble des enquêtées détiennent ce BEPSS, leur capital scolaire est relativement plus élevé que leur aînées.

59 Ibid, pp. 248.

60 Ibid, pp. 251.

61 Ibid, pp. 253.

La formation se précise et s'harmonise sur l'ensemble du territoire. Les exigences de la formation s'accroissent et le nombre d'heures d'enseignement augmente⁶². Il semble donc que les exigences scolaires soient plus importantes. Cette élévation du niveau scolaire demandé est peut être consécutive de la première massification scolaire. Elle est peut être également liée à une augmentation des besoins en personnel qualifié dans les établissements de santé. Conjointement, l'accès à la formation se restreint pour les ASH, qui doivent désormais justifier de trois ans d'expérience hospitalière. Cela change les caractéristiques sociales du groupe aide-soignant.

La formation s'ouvre désormais à des personnes en recherche d'emploi et sans expérience hospitalière. Cette nouveauté s'inscrit dans un contexte de politiques publiques en faveur de l'emploi. La main gauche de l'État tourne alors à plein régime, en permettant à des femmes peu qualifiées de suivre une formation professionnelle. Ces politiques publiques ont en effet pour objectif de favoriser l'emploi des personnes, – surtout des femmes –, peu ou pas diplômées. C'est par exemple le cas de Tina. Après avoir enchaîné divers emplois peu qualifiés, elle a suivi la formation d'aide-soignante. Elle a ensuite obtenu un poste au CHU d'Angers.

Il y a donc une volonté de recruter des personnes formées par l'École et d'offrir des débouchés professionnels grâce aux politiques d'aides à l'emploi. Avec l'ouverture à de nouveaux publics, le CAFAS devient un outil de formation initiale. Ainsi deux logiques de recrutement se côtoient : une logique interne – promotion du personnel en poste – et une logique externe – recrutement de diplômés et de personnes en recherche d'emploi – . Ces logiques de recrutement correspondent à trois enjeux différents : formation initiale, promotion des ASH, et insertion professionnelle.

C – Une formation, trois enjeux

A partir de 1994, la formation s'unifie⁶³. L'ensemble des élèves suivent les mêmes volumes de formation et passent les mêmes épreuves. Ainsi les distinctions entre les publics se réduisent. Mais l'admission reste différenciée selon les profils. En 1994, est également reconnu le rôle des pairs dans

62 Ibid, pp. 251.

63 Ibid, pp. 255.

l'apprentissage des nouvelles recrues⁶⁴. Une aide-soignante doit dorénavant participer au processus d'évaluation des épreuves de mise en pratique.

Dans ce développement, je suis revenue sur la catégorie de l'aide-soignante, pour montrer en quoi la professionnalisation du métier d'infirmière avait conduit à l'apparition du statut d'aide-soignante. Je suis également revenue sur l'évolution du recrutement aide-soignant. En comprendre les logiques permet de mieux saisir le profil sociologique des aides-soignantes et les écarts entre les générations. Ces écarts résultent de changements dans de recruter des aides-soignantes. Il y a encore une volonté de promouvoir des ASH expérimentés, mais il semble que l'institution cherche de plus en plus à recruter du personnel ayant préalablement suivi une formation scolaire.

Cependant, ces remarques ne suffisent pas à expliquer ces évolutions. Etudier les politiques publiques en matière d'emplois est aussi une piste pertinente. En effet, il ne faut pas oublier que l'institution hospitalière dépend de l'État, ce qui complexifie le raisonnement. Par exemple, dans les années 70, Anne-Marie Arborio évoque les politiques publiques en faveur de l'emploi. Cette politique explique peut être l'avantage donné aux ASH par le biais de la promotion interne et la Validation des Acquis de l'expérience. Il s'agissait de donner un métier plus qualifié à des femmes peu diplômées.

Toujours dans la perspective d'inscrire l'institution hospitalière dans son environnement sociétal, il serait intéressant de comprendre les effets de la seconde massification scolaire. En effet dans les années 70 et 80, les examens se sont diversifiés pour s'adapter à des jeunes plus diplômées. Un nouvel enjeu apparaît : recruter des élèves formées par l'Ecole. Depuis la formation s'est harmonisée et le niveau de diplôme de la nouvelle génération est relativement plus élevé. En effet, il se dessine une augmentation significative de la part des aides-soignantes détenant un Baccalauréat (BAC), ou un brevet professionnel ou équivalent et une légère augmentation des diplômées du supérieur⁶⁵. La part des aides-soignantes ayant un CAP, BEP ou autre diplôme équivalent semble être une constante statistique entre 1982 et 2014. Cette population représentant la majorité des aides-soignantes, étant au nombre de 52 % en 1982 et 54 % en 2014. Les aides-soignante détenant aucun diplôme, un Certificat Étude Primaire (CEP) ou un brevet des collèges sont au contraire de moins en moins nombreuses. Elles représentaient 38 % de la population en 1982, contre seulement 12 % en 2014. Cette forte baisse,

64 Ibid, pp. 256.

65 Dares, Portraits statistiques des métiers, Les aides-soignantes, 1982 – 2014.

correspondant à 26 points de pourcentage, est une dynamique importante concernant notre population. Les aides-soignantes sont effectivement plus diplômées que par le passé. C'est d'ailleurs ce que confirme les caractéristiques des moins de 30 ans entre 2012 et 2014. Celles-ci sont 89 % à avoir le CAP ou plus. C'est à dire que parmi cet ensemble, 44 % détiennent un CAP, un BEP ou autre diplôme équivalent, 37 %, un bac, un Brevet professionnel ou équivalent, 5 % un Bac +2, et 3 % Bac +3.

III – La division du travail hospitalier

A – Un monde complexe et hiérarchisé

Le monde hospitalier n'est plus un concentré de femmes pieuses, subordonnées aux clercs et aux médecins. Des changements significatifs sont apparus au XXe siècle. Le personnel hospitalier s'est laïcisé. Cette rupture avec la religion catholique est consécutive de la loi de 1905, concernant la séparation de l'Église et de l'État. Le pouvoir étatique est venu imposer de nouvelles catégories institutionnelles sur un personnel encore très hétérogène. Ces catégories résultent d'un travail de classification du personnel. Elles sont structurées par la division du travail hospitalier. Cette division rend compte d'une organisation hiérarchique stricte et complexe.

1 – Un monde clos

Si j'emploie le terme « monde hospitalier », ce n'est pas au hasard. Un ensemble d'éléments recueillis au cours de l'enquête m'ont permis de comprendre que les hôpitaux publics constituaient une institution, relativement autonome, munie de ses propres « rites d'institution ⁶⁶», règles et normes. Le premier signe objectif, m'indiquant son existence, a été l'ensemble des barrières profanes-initiés, perçues lors de la découverte des lieux⁶⁷. Mais j'ai découvert d'autres signes montrant en quoi le milieu hospitalier est un microcosme social relativement autonomisé.

2 – Un ensemble de signes qui ne trompent pas

Pour intégrer un établissement hospitalier, chacun se doit de montrer 'patte blanche'. Chaque catégorie d'emploi est associée à un niveau de diplôme spécifique. Pour être médecin, il faut être allé en faculté de médecine, pour être infirmière, il faut détenir le diplôme d'État infirmier, et pour être aide-soignante, il faut avoir obtenu le Diplôme d'État d'Aide-soignante (DEAS). Ces prérequis sont synonymes d'une sélection des individus sur la base de leur capital scolaire. Il y a donc un contrôle de

66 Bourdieu, Pierre, (1982), « Les rites comme actes d'institutio »n, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°43, pp. 58-63.

67 Cf Introduction.

l'institution sur ses membres. Mais ce contrôle ne se limite pas à cette dimension. Les écoles dédiées aux métiers de la santé se situent aussi en leur sein. Les CHU disposent aussi de revues et de centre de recherches. Par exemple, il existe une revue du CHU d'Angers. Mais il existe également des revues professionnelles à l'échelle nationale, comme la revue consacrée au métier d'aide-soignante. Cette revue est destinée aux formateurs, aux personnes en formation et aux aide-soignantes. Chaque mois, elle revient sur un aspect de la pratique aide-soignante. Il y a aussi des fiches techniques sur des pratiques, des gestes ou des pathologies. Cette revue est aussi révélatrice de la subordination des aides-soignantes aux infirmières. En effet, la rédaction est largement constituée d'infirmières et la revue est organisée sur le modèle des revues pour infirmières⁶⁸. Ces caractéristiques démontrent que les aides-soignantes, leur savoirs et leur pratiques, sont contrôlés par le groupe infirmier. Tous ces éléments témoignent d'un contrôle des connaissances et des savoir-faire des aides-soignantes par les infirmières.

3 – Rites d'institution

Après avoir été sélectionnées, les aide-soignantes franchissent les portes du monde hospitalier. En les traversant, elles passent du monde des profanes à celui des initiés. En outre, une différence durable et légitime s'institue entre le personnel hospitalier, même néophyte, et les non-initiés. Et il s'agit pour les aide-soignantes de ressentir et de reconnaître cette limite, entre « *ceux que ce rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas* »⁶⁹. Ainsi, lors des entretiens, les aides-soignantes ont régulièrement recours au « nous » pour désigner l'ensemble du personnel hospitalier. Ce « nous » désigne ceux ayant été « consacrés »⁷⁰ par l'institution, c'est-à-dire ceux ayant été sélectionnés après un certain nombre d'étapes. En effet, la première candidature, l'entretien, et les premières journées de travail sont autant d'éléments constituant un rite d'institution.

Ces rites marquent les esprits et les corps. En effet, toutes les enquêtées se souviennent de leur premiers moments au sein de l'institution. Tina a gardé en mémoire l'entretien d'embauche qu'elle a passé pour devenir aide-soignante. Ce souvenir est profondément ancré en elle. dans sa mémoire. Elle se souvient de la manière dont elle était habillée. D'ailleurs elle se souvient aussi que la cadre était habillée de la même manière. Elle m'a également décrit le lieux de l'entretien, il y a lieu dans un bureau, au deuxième étage de l'administration. La cadre lui a fait visiter le service de médecine viscérale, dans

68 Anne-Marie, Arborio, (2001), *Un personnel invisible à l'hôpital. Les aides-soignantes*, Sociologiques, Paris : Anthropos.

69 Bourdieu, Pierre, « Les rites comme actes d'institution », art. cité. pp. 58.

70 Ibid, pp. 59.

lequel elle sera affectée. Tina évoque ce moment avec beaucoup de bonheur ; lorsqu'elle me décrivait la scène, elle regardait le plafond en souriant. Ce souvenir, riches de détails spatio-temporels et descriptifs, est encore présent dans la mémoire de l'enquêtée. Toutes ces indications précises tendent à confirmer la présence de rites d'institution, qui ont fortement affecté les enquêtées. Nadine se rappelle en détaille le contenu de sa lettre de motivation. Natacha se souvient également de ses premières journées, de l'aide-soignante qui l'avait accueillie dans le service de pneumologie. Elle était « très sympa et pédagogue » et l'a beaucoup aidée. Elle se souvient aussi que cette aide-soignante souhaitait devenir infirmière. Kheda se souvient également en détail de sa période de recrutement. Elle était en vacances dans l'Indre. Elle avait postulé dans deux maisons de retraite et au CHU d'Angers. Le CHU l'a rappelée une semaine après le dépôt de sa candidature pour lui proposer un poste. Elle a accepté et est devenue ASH contractuelle. Puis elle a été rapidement titularisée et est devenue aide-soignante. Ces femmes, qui ont entre 34 et 57 ans se souviennent encore, et parfois avec une grande exactitude, de leur premiers moments.

4 – Les stages : une première socialisation

Ces premiers événements ne sont pas les seuls à constituer un rite d'institution. Dans une certaine mesure, les stages sont une manière de socialiser les futures aides-soignantes à l'institution. En effet, les stages font partis de la formation d'aide-soignante. Tina m'a d'ailleurs expliqué que la bonne conduite du stage était déterminante pour être embauchée par la suite. Si le stage n'est pas validé, l'étudiant n'obtient pas le diplôme. Il s'agit donc d'une étape clé pour intégrer un établissement de santé. Cela permet de sociabiliser les stagiaires aux manières de travailler dans le milieu hospitalier. Il y a un ensemble de dispositions du corps et de l'esprit que chacun se doit d'avoir. L'ensemble des enquêtées s'accordent sur un certain nombre de caractéristiques indispensables pour travailler en milieu hospitalier : il faut être rapide, avoir une bonne condition physique, savoir gérer le stress, et savoir travailler en équipe. Lors des stages et des premières journées de travail, les enquêtées se doivent d'acquérir ces dispositions.

B – A chacun son boulot

Le milieu hospitalier était une institution, relativement autonome, et dont les membres, sélectionnés pour leur caractéristiques sociales et culturelles, ont des pratiques et des manières de penser spécifiques. Le milieu hospitalier, est aussi constitué d'un système de relations objectives dans lequel chaque agent est en lutte pour le monopole de la légitimité⁷¹. Ici, la légitimité concerne le contrôle sur le processus thérapeutique. Le milieu hospitalier est une organisation complexe dans laquelle chaque agent a un niveau de légitimité variable, selon la position qu'il occupe au sein de la division du travail hospitalier. Pour Freidson, le degré de légitimité est associé à la plus ou moins grande autonomie accordée au professionnel⁷². Dans le milieu hospitalier, ce sont les professions médicales qui ont la plus grande autonomie professionnelle. C'est cette autonomie qui les définit comme « profession⁷³ ». En effet, les praticiens hospitaliers contrôlent l'ensemble des aspects techniques de leur travail. Et dans une certaine mesure, ils contrôlent l'ensemble des tâches liées aux soins dans un établissement de santé. Tombent donc sous leur contrôle, l'ensemble des métiers avec lesquels ils sont en contact. Ce contrôle place les professions médicales en situation de monopole. Par ailleurs, ce monopole sur la conduite des soins confère aux professions médicales un fort degré de légitimité, ce qui conditionne les rapports entre les individus.

La division du travail hospitalier correspond donc à une organisation hiérarchique et stratifiée, dans laquelle chaque agent a un ensemble de tâches attribuées. L'attribution de ces tâches est conditionnée par la délégation du « sale boulot » des « professions » aux « para-professions » et aux métiers subalternes. Le « sale boulot » désigne un ensemble de tâches pénibles, dégradantes, dévaluées, harassantes, etc. Dans le milieu hospitalier, elles correspondent aux fonctions d'hôtellerie et de restauration et sont assurées par les aides-soignantes et les ASH. Il ne s'agit pas de tâches médicales. Ceux et celles qui les effectuent sont éloignés du monopole de la légitimité médicale.

A l'aide de données ethnographiques concernant trois services différents, je vais montrer en quoi ce monopole est pourtant l'objet de lutte. Les aides-soignantes développent des stratégies pour jouer un rôle auprès du patient. Ce rôle ne revient pas à tenter d'effectuer des tâches qu'elles n'ont pas

71 Chapitre 4 In, Patrick, Champagne et Olivier Christian, (2004), *Les mouvements d'une pensée, Pierre Bourdieu*, Philosophie présente, Paris : Bordas.

72 Chapitre 3 In, Eliot, Freidson, *La Profession médicale*. Médecine et sociétés, op, cit.

73 Eliot, Freidson, op. cit.

le droit de faire. Cependant, pour mes enquêtées, le contact avec les patients est aussi une manière de le soigner.

1 – La division du travail dans une maternité

Le premier service étudié est la maternité du CHU de Nantes. Nadine y travaille de nuit comme aide-soignante. Le travail s'organise autour de deux équipes : celle de jour et celle de nuit. Chaque équipe travaille 12 heures. Le temps de travail des aides-soignantes de nuit s'articule en plusieurs temps. Lorsque que l'équipe de jour termine sa journée, les infirmières, les sages-femmes et les aides-soignantes organisent la transmission. C'est le premier temps de travail. Les événements de la journée sont communiqués à l'équipe de nuit. Le personnel de jour évoque les nouvelles entrées, spécifie les prochaines prises en charges et commente les cas difficiles, etc. Puis, les aides-soignantes s'occupent de l'hygiène de l'ensemble des salles : salles de réveil, salle d'accouchement et salles de réanimation. C'est ce que Nadine appelle « l'hygiène de l'environnement », c'est-à-dire le bionettoyage des surfaces et des instruments médicaux. Le temps de travail est surtout rythmé par la fréquence des accouchements. Le travail des aide-soignantes s'effectue en « binôme » avec les sages-femmes. Les aides-soignantes ont un « rôle privilégié » auprès des femmes lors de l'accouchement. Elles doivent « coacher » la parturiente, c'est-à-dire la rassurer et l'aider à respirer. Les aides-soignantes s'occupent aussi des premiers soins et de la surveillance du bébé. (prise de température et pesée). Elles nettoient également le matériel utilisé. Lors de l'accouchement, une intervention médicale peut être envisagée, en cas de problème. Il faut donc contacter l'interne, qui demandera au médecin de se déplacer. Dans l'urgence, personne n'est spécifiquement désigné pour contacter l'interne. Lors de l'intervention, l'aide-soignante assure le fonctionnement de la ventouse avec le médecin, et lui présente les instruments dont il a besoin : spatules, forceps... Si, lors de l'intervention, un problème de dystocie⁷⁴ survient, l'aide-soignante pratique une pression pubienne. Une fois l'intervention terminée, l'aide-soignante assure le pré-nettoyage des instruments utilisés, qui seront ensuite stérilisés.

Les aides-soignantes effectuent donc un ensemble de tâches assez variées. Mais Nadine a surtout insisté sur le caractère relationnel de son travail. Elle considère que les aides-soignantes et les

74 Une dystocie regroupe un ensemble d'anomalies liées au fœtus ou à la parturiente, qui entraînent des complications et de fortes douleurs. Autre précision, si un bébé décède, il revient à l'aide-soignante de préparer un dossier pour les parents, constitué du poids et de la taille du bébé, et de photos.

auxiliaires de puériculture ont un rôle important auprès des mères et des familles. Elles veillent à leur confort, à leur hygiène et elles s'occupent de la distribution des repas. C'est une manière de s'intégrer, au moins symboliquement, dans le processus de soins. En effet Nadine effectue des soins médicaux, mais elle insiste sur l'importance de sa présence rassurante lors de l'accouchement. Il s'agit plus d'un savoir profane, d'une compétence sociale, que d'un savoir-faire médical. Mais cela lui permet de pas être exclue du processus thérapeutique. C'est peut être une manière de remettre en cause le monopole des professions et des para-professions, pour trouver une place auprès des patientes.

Les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture travaillent en binôme avec les sage-femmes. Il y a une sage-femme pour une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture. Dans ce service, il n'y a pas d'ASH, les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture prennent donc en charge la totalité du sale boulot. L'étude de ce service en particulier donne aussi à voir le rapport de subordination entre les médecins et les aide-soignantes. En effet, en salle d'accouchement, les aides-soignantes assistent le médecin, elles n'interviennent pas ou peu directement auprès de la patiente. L'étude de l'organisation du travail, au sein de la maternité, permet aussi de saisir le monopole du médecin sur les techniques et les soins médicaux. Bien qu'il n'effectue pas l'ensemble des tâches, il dispose d'un contrôle important sur celles-ci.

2 – La division du travail dans un service de neurologie

Au bâtiment Larrey du CHU d'Angers, Natacha et Tina sont affectées dans plusieurs unités : radiologie thoracique neurologique, vasculaire et interventionnelle, unité de consultation (commune aux services de chirurgie cardiaque et de chirurgie vasculaire et thoracique), et l'unité de chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire et thoracique. Selon les journées, leur travail n'est pas sensiblement le même. Lorsqu'elles sont au bloc opératoire, elles transportent les patients jusque dans la salle d'opération. Puis elles attendent qu'ils soient endormis, et les installent selon les directives du médecins. Elles doivent aussi aider les médecins à s'habiller en tenue de bloc.

Pour les postes en échographies, les aides-soignantes accueillent les patients et les installent. Entre chaque patient, il y a aussi un temps dédié à la logistique. Les aide-soignantes font du « décartonnage », c'est-à-dire qu'elles rangent les cartons de matériel pour le bloc et approvisionnent le service en matériels.

Le poste en médecine interventionnelle présente aussi des spécificités. Dès 7 heures 30, les aides-soignantes s'occupent des salles d'opération. Il faut toutes les ouvrir pour l'arrivée des médecins et des manipulateurs radio. A 8 heure, les aides-soignantes accueillent les premiers patients. Elles doivent vérifier leur identité et s'ils sont bien prêts pour leur opération : respect des consignes de jeûne, de propreté et respect du protocole d'hygiène. Si un patient arrive habillé, elles peuvent aussi l'aider à se déshabiller, et le vêtir d'une tenue de bloc. Ensuite il faut guider le patient en salle d'attente. Une fois les médecins et les manipulateurs radio prêts, les aides-soignantes amènent les patients dans la salle d'opération. Dès lors, un ensemble de tâches de préparation et de stérilisation leur incombent. Elles scopent le patient et elles habillent les manipulateurs radio et les médecins pour l'opération. Elles stérilisent aussi les instruments. Une fois ce travail effectué, les aides-soignantes répètent les mêmes tâches, dans une autre salle, pour le patient suivant. Après chaque intervention, elles retournent en salle opératoire pour y effectuer la désinstallation des machines et des équipements, et le ménage. A ce poste est également associé une fonction logistique. Les aides-soignantes assurent l'approvisionnement des blocs opératoires. Enfin, une fois le patient prêt à sortir du service, les aides-soignantes déclenchent, si nécessaire, les bons de retour en ambulance. Si ce sont des ambulances internes, le travail est informatique, si ce sont des ambulances externes, elles les appellent. Les bons de retour en ambulance sont prévus pour les personnes n'ayant de moyen de transport pour se rendre au CHU.

Sur ces deux postes de travail, il n'y a pas d'hospitalisation de longue durée. Les patients peuvent rester seulement la journée. Si une hospitalisation de longue durée est nécessaire, ils seront transférés dans un autre service. Les aides-soignantes ne sont donc pas amenées à faire des toilettes. Mais elles nettoient les chambres dans lesquelles les patients restent durant la journée. Mais il faut émettre des réserves. Il y a une ASH dans ce service, et Tina m'a confié qu'elle faisait « tout ce que les aides-soignantes ne voulaient plus faire ». C'est peut être cette ASH qui assure le ménage des chambres. Enfin, elles peuvent également distribuer des repas.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Alors le poste à l'écho, c'est l'accueil des patients, les installations, entre temps on a beaucoup de décartonnage, c'est de la logistique, voilà. Donc c'est un poste euh aide-soignant, oui mais ça vend pas du rêve hein. Après le poste en interventionnel, c'est un poste euh... Par exemple une journée type de 7 heures 30 ou de 8 heure, euh c'est l'accueil des patients, il y en a une qui est postée de 8 heure à l'accueil des patients.

Donc là, elle accueille le patient, elle re - vérifie l'identité, elle revoit avec s'il est bien à jeun, s'il a pris sa douche, s'il y a du rasage à faire, elle le déshabille s'il arrive habillé et puis elle le met en tenue de bloc et l'installe en salle d'attente au bon endroit par rapport aux salles. Et celle de 7 heure 30, elle, elle ouvre toutes les salles avant que les patients arrivent, de 7 heure 30 à 8 heure. Une fois que tout ça est fait, et que les médecins sont là, et que les manipulateurs radio ont fait leur réglage, ils installent les patients.

Dans ce service, les aides-soignantes ont donc des tâches assez diverses : bio-nettoyage, accueil, transport des patients, distribution des repas, et logistique. Pour Anne-Sophie, elles sont une « aide technique et matérielle ». Mais elles participent très peu aux tâches médicales. Seuls les médecins et les manipulateurs radio sont en salle d'opération. Elles sont donc éloignées, par leur tâches et par l'organisation de leur travail, de la science médicale. Ce qui n'est pas le cas d'autres groupes professionnels. Les manipulateurs radio, par exemple, se situent dans une position intermédiaire entre les médecins et les infirmières. Ils effectuent un ensemble de tâches plus ou moins en autonomie, même s'ils restent sous le contrôle des médecins.

L'exemple de ce service montre encore une fois le caractère subordonné de la position d'aide-soignante. Ces agents sont à la fois sous l'autorité des médecins et des manipulateurs radio. D'autre part, comme à la maternité, elles assurent l'essentiel du sale boulot du service ou de l'unité de soin, même si la présence d'une ASH complexifie la situation. Cette dernière semble prendre en charge une partie du sale boulot dont les aides-soignantes ne veulent plus : le ménage. Cela montre que la délégation du sale boulot s'opère à tous les niveaux hiérarchiques, même entre les aides-soignantes et les ASH. Mais je ne peux pas extrapoler cette donnée à l'ensemble des aides-soignantes et des ASH. Selon les services, l'organisation du travail est changeante. La division du travail peut donc varier, même si elle demeure relativement stable. Par exemple, à la maternité de Nantes, les aides-soignantes n'ont pas d'ASH à qui déléguer du sale boulot. Les spécificités de chaque service rappellent que l'étude des aides-soignantes ne peut se passer d'une enquête ethnographique et localisée.

3 – La division du travail aux urgences

Les urgences du CHU d'Angers disposent de 13 lits, d'une zone de surveillance, d'un circuit pour les cas les plus graves, et d'un autre circuit pour les cas ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin. Il y a également un scanner et une unité de radiologie. Il y a quatre horaires différents.

L'équipe du matin travaille de 6 heure 30 à 14 heure 30, l'équipe de l'après-midi travaille de 8 heure 30 à 16 heure 15, l'équipe du soir travaille de 15 heure 45 à 21 heure 30 et l'équipe de nuit travaille de 21 heure à 7 heure. Le recoupement d'une demi-heure entre les équipes qui se succèdent permet la transmission des informations. Ce temps est en effet dédié à la présentation des patients, de leur pathologie ou de leurs blessures et des tâches qu'il y a effectuer.

Natacha et Kheda ont travaillé aux urgences. Natacha y a travaillé durant deux ans et Kheda y travaille depuis cinq ans. Pour elle, l'aide-soignante fait « un peu de tout » aux urgences. Les aides-soignantes sont chargées du « bio-nettoyage » des salles, de l'inventaire, et du transfert des patients dans d'autres services. Mais, aux urgences, il faut différencier l'équipe de nuit, l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi et l'équipe du soir. Le flux de patients et les tâches ne sont pas les mêmes. Les aides-soignantes de nuit effectuent des tâches que les aides-soignantes de jour ne font pas. Par exemple, lors de l'arrivée d'un patient, elles font son entrée administrative et son éventuelle sortie. Le travail des aides-soignantes s'effectue dans l'urgence. Lorsqu'un patient arrive, elles l'installent dans une chambre, elles prennent sa tension, et enregistrent son vestiaire ; puis elles recommencent avec un autre.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : On est dans l'urgence, on prend les gens, on prend la tension ; on enregistre les gens, leur vestiaire, on enregistre tout ça et une fois que ça s'est fait, bah on passe à quelqu'un d'autre quoi, tu prends pas le temps.

Les aides-soignantes travaillent en binôme avec les infirmières. Elles peuvent être amenées à effectuer « des soins infirmiers » (Kheda), si aucune infirmière n'est disponible. Par exemple les aides-soignantes des urgences peuvent effectuer des prises de sang, des perfusions, prendre la température et la tension, et faire des pansements. De même les infirmières effectuent des tâches habituellement prises en charge par les aides-soignantes. Elles peuvent faire une toilette, et aider le patient à aller aux toilettes, si l'aide-soignante n'est pas disponible. Il y a donc une relative indifférenciation des tâches aux urgences. La division du travail est en effet structurée par les impératifs des urgences : il faut aller vite. La question des tâches liées à tel ou tel métier se pose moins.

C – Ethnographie des rapports sociaux en milieu hospitalier

La division du travail hospitalier entraîne des volumes de capital symbolique inégaux pour le personnel de santé. Selon leur proximité avec la science médicale, les groupes socio-professionnels sont associés à un degré plus ou moins grand de légitimité. Des médecins aux ASH, ces niveaux de prestige correspondent à la position sociale des individus. Le personnel hospitalier est donc travaillé par un ensemble de rapports sociaux de classe. De par leur trajectoire et leur position sociale, les agents disposent de volume de capital culturel, économique et social fortement inégaux. Tout cela joue sur les relations inter-professionnelles.

1 – Un ensemble complexe de relations sociales en milieu hospitalier

Dans le milieu hospitalier, « on en entend des belles » pour reprendre les mots de Kheda. Chaque personnel hospitalier cherche à augmenter son capital symbolique, ce qui engendre un ensemble de remarques et de comportements distinctifs. En effet, au cours de cette enquête, j'ai découvert un ensemble de stratégies de distinction mises en œuvre par les aides-soignantes, les infirmières, les médecins et le personnel administratif.

Je commencerai par évoquer les médecins. Plusieurs de mes enquêtés.e.s. m'ont fait part de leur comportement assez méprisant. Par exemple, certains médecins ne disent pas ou à peine bonjour à Natacha. Natacha m'a également dit que les médecins aimaient faire sentir qu'ils étaient les « chefs ». A ce propos, Clément m'a dit que les médecins adoptaient des attitudes assez « paternalistes ». Certains médecins font comme si les aides-soignantes et les agents de services hospitaliers et n'existaient pas. C'est en tout cas le sentiment partagé par les aides-soignantes. Par ailleurs, Clément m'a confié que les ASH se plaignaient aussi d'être invisibles. Elles rentrent dans une salle sans personne ne prennent en compte leur présence. Les aides-soignantes et les ASH ne sont pas les seules à connaître cette situation, c'est aussi le cas des infirmières. Pour mon entretien, j'ai attendu Natacha dans son service. Une médecin était dans une salle administrative et elle lisait son courrier. Une infirmière est rentrée pour lui parler. Mais elle l'a ignoré et tout en continuant à lire son courrier, lui a dit : « On ne me dérange pas lorsque je lis mon courrier ». L'infirmière est ensuite partie en bégayant. La violence verbale exercée par la médecin sur l'infirmière est ici relativement forte. L'intensité de cette violence est permise par le

différentiel élevé de capital symbolique entre ces deux individus. Mais, les médecins ne sont pas les seuls à adopter ces comportements. Les relations entre les infirmières et les aides-soignantes sont également structurées par un rapport de domination, défavorable aux aides-soignantes.

2 – Les infirmières et les aides-soignantes : entre travail d'équipe et mépris

Les relations entre les infirmières et les aides-soignantes sont difficiles, oscillant entre tensions et travail d'équipe. Ce n'était pas un thème que je voulais aborder spécifiquement, ce sont mes enquêtées qui m'ont amenée à m'y intéresser.

Dans un premier temps, l'ensemble des aides-soignantes interrogées ont évoqué des tensions quant à la répartition de la charge de travail. Anaëlle, ancienne infirmière, m'a dit qu'elle avait connu de vives tensions entre les aides-soignantes et les infirmières lorsqu'elle était en poste. Pour Tania et Natacha, les infirmières ne veulent pas les aider. Et parfois, des infirmières demandent leur aide pour des tâches qu'elles n'ont pas le droit de faire. En effet, selon l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant, l'aide-soignante « *exerce son activité en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci* ». Autrement dit, elles ne peuvent pas effectuer seules des soins médicaux. Avec le stress, l'augmentation du flux de patients, les infirmières et les aides-soignantes éprouvent des difficultés à se répartir la charge de travail.

Mais ces tensions ne sont pas seulement causées par la charge de travail. Les relations entre infirmières et les aides-soignantes sont aussi hiérarchiques. Comme le souligne l'arrêté du 22 octobre 2005, les aides-soignantes sont sous la responsabilité des infirmières. Il s'agit d'un rapport de subordination. Par ailleurs, Clément, ancien infirmier, a aussi évoqué le rapport de subordination entre infirmières et aides-soignantes. Lorsqu'il travaillait aux urgences, les infirmières avaient pour d'habitude d'appeler les aides-soignantes en employant des déterminants possessifs : « Elle est mon aide-soignante ? Personne a vu mon aide-soignante ? ».

Les tensions liées à l'organisation du travail se traduisent par une mise à l'écart des aides-soignantes. Tania m'a confié qu'elle et ses collègues aides-soignantes et ASH se sentaient mises à l'écart. Elle m'a aussi dit que les infirmières ne les invitaient pas lors de leur repas. Alors, Tania et ses collègues ont

décidé de s'inviter au restaurant en dehors du travail. Il semble donc que deux groupes distincts se sont formés dans le service où travaille Tania.

Mais il ne faut pas généraliser. Pour Nadine, les relations aides-soignantes-infirmières se passent bien. Dans les services « techniques », ce binôme est indispensable à la conduite des soins. Par exemple en pneumologie, l'équipe est une véritable « famille » selon Nadine. Elle y a travaillé pendant 20 ans et les relations entre les infirmières et les aides-soignantes étaient bonnes. Les compétences et l'utilité de chacun y sont reconnues. Dans ces services, dit « techniques », c'est le travail d'équipe et l'échange qui priment. Néanmoins, Nadine reconnaît avoir entendu parler de tensions entre des infirmières et des aides-soignantes dans d'autres services. Pour Kheda également, les relations entre les infirmières et les aides-soignantes sont bonnes aux urgences. Mais elle reconnaît « en avoir entendu des bonnes » concernant la manière dont les infirmières se comportent avec les aides-soignantes.

Les relations entre les infirmières et les aides-soignantes sont donc structurées par un ensemble d'éléments, ayant à trait à la fois à l'importante charge de travail du personnel de santé, et à la distance sociale entre ces deux groupes. En effet, ce sentiment d'être mis à l'écart est peut être lié aux caractéristiques sociales des individus. D'un point de vue dispositionniste, les manières de parler et de se tenir de l'infirmière peuvent expliquer cette distance. En effet, les infirmières détiennent un BAC+3, mes enquêtées un BEP. Il y a un fossé socio-culturel entre ces groupes, ce qui peut expliquer l'état de leurs relations.

3 – Pas tous logés à la même enseigne

Les relations sociales évoquées ci-dessus valaient dans le contexte hospitalier public. Le secteur privée est différent. La violence sociale y est plus visible et plus importante. D'un point de vue macroscopique, le personnel de santé est placé dans un rapport salarial patron-employé, ce qui n'est pas le cas des fonctionnaires.

Concernant la clinique privée du Confluent, le témoignage de Fabien est assez révélateur de la violence de classe qui se joue au sein de la clinique, entre les salariés et les médecins-patrons. Il était brancardier lorsqu'un mouvement de grève a éclaté, en mars 2019, suite à la revente de la clinique à un groupe financier. Cette vente a exacerbé les tensions entre les médecins et l'ensemble du personnel.

Dans cette clinique, les médecins arrivaient en Jaguar ou Ferrari. Lors des retours de vacances, les patrons ne se gênaient pas pour évoquer leur bateaux, leur voilier, leur seconde résidence, etc. Dans les services, ils ne se dérangeaient pas pour laisser passer les brancards. Ils ne disaient pas nécessairement toujours bonjour.

Extrait d'entretien avec Fabien

Fabien : Ah oui, c'est parti d'en bas. Là c'est le coup, le sentiment que non, non, c'est possible. Et il y a aussi l'inquiétude sur l'avenir. Et c'était un concentré de lutte de classes aussi. Je veux dire, les chirurgiens arrivaient en Jaguar quant nous on arrivait en vélo ou en 106 au boulot quoi. Tu voyais à leur gueule que c'était des chirurgiens. C'est pas des... De manière sociologique, on a une manière de se tenir, et je veux dire, socialement tu vois qui est bourgeois et qui est un prolo quoi.

Lors du mouvement de grève, les médecins et les chirurgiens ont tenu des propos très méprisants envers le personnel para-médical. Fabien parle des infirmières, mais il reconnaît qu'il n'a jamais différencié infirmières et aides-soignantes. De ce fait, dans l'exemple ci-dessus, je ne suis pas sûr qu'il parlait d'une infirmière, ou d'un autre membre du personnel de santé.

Fabien : Et tu vois quand les filles bah, dans les blocs, les infirmières qui aident à l'intervention. Elles discutaient avec le chirurgiens et elles disaient bah faut donner quoi. L'autre, il raconte ses vacances à La Baule, son week-end à faire du golf, son voilier, machin. Et puis les filles elles disaient faut partager, et un des chirurgiens, Monsieur Fauchon a dit : « Mais quand on vend sa maison, on donne pas l'argent à sa femme de ménage. » Tu vois le mépris.

Je suppose que ce chirurgien fait directement allusion aux infirmières, en les assimilant des « femmes de ménage ». La violence de classe est donc bien présente. Il semble qu'elle soit plus forte dans une clinique privée qu'à l'hôpital public. Mais il ne faut pas oublier que Fabien est un ancien étudiant de sociologie, se situant politiquement très à gauche. Il avait donc une connaissance théorique des phénomènes de violence de classe. Les caractéristiques sociales expliquent peut-être pourquoi il m'a donnée tant de détails sur la violence sociale à l'œuvre dans la clinique. Il a peut-être mis en avant ces moments du quotidien, car il avait une lecture marxiste de la clinique. Ce n'est pas le cas des aides-soignantes, qui ont un capital culturel et un capital militant plus faible. De ce fait rien ne me dit qu'elles ne subissent pas la même violence. Elles n'ont peut-être pas jugé nécessaire de m'en parler, puisque je

me suis présentée comme quelqu'un s'intéressant à leur métier. Néanmoins, j'émetts l'hypothèse que la violence sociale est moindre dans un hôpital public. En effet, le rapport salarial diffère. Le personnel de santé est employé par l'État et détient un statut particulier : il est fonctionnaire. A l'inverse, dans une clinique, le personnel de santé est subordonné à ses patrons.

Cet développement a été l'occasion de présenter le monde des aides-soignantes, et de revenir sur la division de travail médical. J'ai également précisé la place qu'elles occupaient dans cette division du travail. Il semble que cette place prend des allures différentes selon les services. En effet, les aides-soignantes ne semblent pas avoir des tâches clairement définies. Mais une chose reste vraie pour l'ensemble des services : les aides-soignantes prennent en charge la quasi-totalité du sale boulot et sont dans une position de subordination par rapport aux professions et para-professions médicales.

Chapitre III

Les aides-soignantes au travail

Ce chapitre s'intéresse aux conditions de travail des aides-soignantes. Je vais aussi explorer leur rapport à leur emploi et à leur travail. Etudier ces rapports permettra de comprendre leur manière de s'investir au travail. Enfin, j'intégrerai dans l'analyse, la crise du Covid-19. L'afflux de patients et la réorganisation du travail liés à ce virus peuvent m'informer davantage sur les conditions de travail des enquêtées. Par ailleurs, la crise semble avoir accentué des choses vécues par le personnel hospitalier, qui étaient déjà confrontés avant la crise à une surcharge de travail. Je vais démontrer en quoi, le quotidien durant cette crise est en cohérence avec les conditions de travail précédemment éprouvées par le personnel hospitalier.

I - Les conditions de travail

Lors des entretiens, j'ai recueilli des données sur les conditions de travail des enquêtées. Les aides-soignantes rencontrées m'ont parlé de leur horaires, de la pénibilité physique de leur travail et de leurs postes de travail. Ces données correspondent aux aides-soignantes de la fonction publique. Les aides-soignantes employées par l'État, dans les collectivités territoriales et les hôpitaux représentent la majorité de la population. Parmi les 598 000 aides-soignantes, entre 2012 et 2014, en moyenne, 53 % sont embauchées par l'État, c'est à dire 316 940 personnes⁷⁵. Parmi ces agents de la fonction publique, les aides-soignantes hospitalières sont les plus nombreuses. Les hôpitaux embauchent 230 000 aides-soignantes⁷⁶.

les informations concernant les tâches effectuées par les enquêtées sont évidemment critiquables. Il s'agit uniquement de la parole des enquêtées, je n'ai pas observé les enquêtées au travail. C'est l'une des principales limites de cette enquête. Néanmoins, je montrerai en quoi le milieu hospitalier est un cadre spécifique de travail, en évoquant les horaires atypiques, le temps de la pause déjeuner, la pénibilité physique et la charge émotionnelle des aides-soignantes.

1 – Travailler dans un hôpital

Travailler dans un hôpital public présente des spécificités. Je prendrais comme point de comparaison les conditions et le rythme de travail dans une clinique privée. Fabien a travaillé deux mois à la clinique Du confluent à Nantes. Il m'a parlé des conditions de travail de l'ensemble du personnel. Elle contraste avec les propos des enquêtées. Le rythme de travail dans une clinique privée est dicté par une logique marchande. En effet, il y a une pression hiérarchique importante sur le nombre de patients à prendre en charge. D'ailleurs, les médecins, qui sont aussi les patrons, nomment les patients des « clients ». Ce changement de vocabulaire résume parfaitement la logique de profit qui est à l'œuvre dans cette clinique. Le travail est également surveillé. Les brancardiers étaient munis de téléphone, avec lequel toutes les « courses » étaient enregistrées. Les patrons savaient combien de transferts de patients étaient faits dans une journée et combien de temps le transfert avait pris. Il savait aussi combien de temps de pause était pris durant la journée. Le temps est donc contrôlé et les salariés

75 DARES, Portraits statistiques des métiers 1982 – 2014, VOZ- Aides-soignants.

76 Arborio, Anne-Marie, (2016), « Promouvoir ou former ? Enjeux et usage socio-historiques du diplôme d'aides-soignantes », *Revue française des affaires sociales*, n°3, pp. 241-262.

surveillés. Les patrons poussaient le personnel à entretenir un rythme soutenu. Ils avaient mis en place un système de primes. Si les transferts sont suffisamment rapides, alors ils accordent une prime de 80 euros.

Extrait d'entretien avec Fabien

Fabien : Bah ouais un peu, si tu veux euh... T'avais pas de temps limite mas euh, fin' tu avais pas de temps limite sur le papier, mais ils te disaient... Tu avais plusieurs choses, par exemple il fallait tout le temps... Leur logique, c'était de faire du pognon, c'est une clinique privée. [...]. Mais les patrons, ouais il y en avait un, le responsable logistique, alors lui, si tu veux le responsable logistique, c'était notre chef, c'est lui qui gérait ce qu'ils appelaient le flux des patients. Il essaye d'optimiser le temps. Et lui avant, il était responsable de la chaîne de production chez Airbus, chez un sous-traitant d'Airbus. C'est un industriel, quoi, puisqu'il était responsable de production. Et du coup là, il se retrouvait à faire ça quoi.

Sarah : Mais ça veut dire que le travail était à la chaîne ?

Fabien : Ouais, c'est ça, ça aurait été des pièces de bagnoles, ça aurait été pareil, bah c'était une logique de profit quoi. Si tu veux, on avait des patients, on pouvait en avoir tant en intervention, donc elles étaient programmées les interventions. Et tu avais des chirurgiens qui voulaient que tu envoies la purée quoi. Ils voulaient qu'il y ait tout le temps des patients, 'fin ce qu'ils appelaient des clients, en attente. Il fallait qu'ils envoient le plus d'interventions dans le moins de temps possible pour se faire le plus de pognon possible quoi. C'était ça leur truc. Donc ils nous envoyaient des courses, des courses, des courses. Donc on avait réussi, 'fin, on avait un peu près euh parce que on ne pouvait pas aller plus vite que la machine. Une fois on avait plus assez de brancards, les chefs, ils étaient fous quoi parce que on avait plus assez de brancard. On avait une prime tu vois, il y avait une prime brancardage. Si tous les agents, tous les agents brancardiers, pendant un mois faisaient toutes les courses en moins de 8 minutes, ont touchaient 80 euros. Autant te dire qu'on l'a jamais vu et ont la verra jamais.

L'organisation de ce travail et les pressions hiérarchiques engendrent des cadences effrénées pour toujours plus de rentabilité. Cela vaut pour les brancardiers, mais j'émet l'hypothèse que l'ensemble du personnel de la clinique est concerné.

La logique marchande à l'œuvre dans la clinique privée s'est progressivement imposée à l'hôpital public. Le rythme de travail des enquêtées est soutenu et les enquêtées évoquent surtout le manque de personnel pour rendre compte de ces cadences. Ce manque de moyens humains est lié à des politiques hospitalières de réduction des dépenses de santé publique⁷⁷. Les réformes de l'hôpital public ont engendré une crise profonde, synonyme de déshumanisation – particulièrement pour les services d'urgence – de cadences effrénées et d'une réduction de la masse salariale. Ces politiques de restrictions budgétaires considèrent la santé comme coût. Cette logique est d'ailleurs intériorisée par le personnel hospitalier. Pour Tina, il faut faire attention aux commandes de matériels et aux bons de retour en ambulance ; tout cela coûte cher. Cette aide-soignante, qui s'occupe de l'approvisionnement des blocs, commande le matériels avec parcimonie, car elle considère qu'il faut faire attention aux dépenses.

En ce qui concerne les techniques de management en pratiques dans les cliniques privées, rien n'indique qu'elles soient appliquées avec autant de force au personnel de santé des CHU de Nantes et d'Angers. En effet, les enquêtées ne sont pas munies de portable permettant à leurs supérieurs de connaître leur emploi du temps à la minute près. Cependant, les aides-soignantes sont mutualisées sur plusieurs unités de soin, ce qui permet de réduire la masse salariale à l'échelle d'un service. Leur travail est encadré par la cadre infirmière et les infirmières. Le personnel administratif du CHU d'Angers est davantage concerné par les politiques du new public management. Leur travail est contrôlé et vérifié par un ensemble de cadre de santé. Ils doivent d'ailleurs passer des entretiens pour rendre compte de l'organisation de leur travail. Il y a un système de pointeuse informatisé qui permettant de contrôler le travail du personnel administratif. Chaque ordinateur est connecté à un boîtier, dans lequel il faut insérer sa carte de pointage. La carte étant liée à la personne, une fois insérée dans l'ordinateur, elle permet de connaître en temps réel et d'enregistrer les horaires ainsi que l'intégralité des actions effectuées par le salarié. Cette pratique, rappelle le panoptique de Bentham, la fonction enregistreuse en plus. Elle est homologue aux portables donnés aux brancardiers de la clinique du Confluent. Ces techniques de management sont essentiellement mises en pratique pour le personnel administratif, qui est contraint par des pressions hiérarchiques importantes.

Le temps de travail des aides-soignantes hospitalières n'est pas surveillé comme celui du personnel de la clinique. Il n'y pas un système de primes accordé selon la rapidité d'exécution du personnel de santé. Le personnel de santé travaillant au bâtiment Larrey du CHU d'Angers est encore relativement épargné, par rapport aux pratiques mises en œuvre par les patrons de la clinique du Confluent.

⁷⁷ Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent, (2019), *Le casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris : Raisons d'Agir.

Enfin, les enquêtées ne sont pas dans un rapport patron-employé. Les pressions hiérarchiques sont donc moindres. Elles ont donc une certaine forme d'autonomie dans leur tâches quotidiennes, tout en restant subordonnées directement aux infirmières et aux cadres infirmiers. Le monde hospitalier est donc un cadre spécifique de travail, qui se distingue des cliniques privées, même si des politiques de restrictions budgétaires ont mis à mal le service public hospitalier⁷⁸.

2 – Des horaires atypiques

Les aides-soignantes ont des horaires atypiques. Cela est lié au flux à l'organisation des unités de soin. En moyenne 78 % des aides-soignantes travaillaient le samedi entre 2012 et 2014, et 67 % le dimanche. Et 22 % travaillent de nuit⁷⁹.

Mes enquêtées connaissent des horaires atypiques. Natacha a travaillé dix ans en réanimation médicale, elle travaillait les week-ends. Puis, aux urgences, elle était souvent de nuit. Nadine travaille également dans un service d'urgence à la maternité de Nantes. Elle travaille 12 heures par nuit. Kheda travaille aux urgences du Chu d'Angers. Elle travaille de nuit, de 7 heure à 21 heure. A l'exception de Nadine, il semble que les horaires atypiques concernent particulièrement une population jeune, disponible et en bonne santé. En effet Natacha a travaillé aux urgences quand elle avait environ trente ans. Lorsqu'elle a voulu prendre un mi-temps, elle a dû quitter les urgences. Les urgences emploient uniquement à temps plein. Kheda a 34 ans. Elle n'hésite pas à tourner dans les équipes de jour et de nuit. Et elle n'a pas de soucis de santé.

3 – La pause déjeuner : un temps pour les autres

La pause déjeuner ne semble pas être un moment de tout repos pour mes enquêtées. Elles disposent d'une demi-heure, mais elles sont « dérangeables » durant ce temps de pause. Kheda m'a informée que le fait « d'être dérangeable » était inscrit dans les textes. Dans le milieu hospitalier, le temps de pause déjeuner est légalement de deux quarts d'heure, même si le personnel prend en général une demi-heure. Durant ce temps, c'est légalement possible d'être dérangé, c'est-à-dire de devoir retourner au travail. Ces temps de pause ne sont donc pas garantis. D'ailleurs, lorsque j'ai rencontré

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Dares, Synthèse. Stat n°19, Portraits statistiques des métiers, 1982-2014, Voz -Aides-soignants.

Tina, elle m'a dit qu'elle n'avait eu que 15 minutes de pause à midi. De même, Anaëlle m'a dit que elle et ses collègues avaient très peu de temps de pause. Et parfois elles ne prenaient pas le temps de manger. Il semble donc que le problème de la pause déjeuner concerne l'ensemble du personnel de santé. Cependant je vais, par la suite, mettre en évidence les particularités des conditions de travail des aides-soignantes.

4 – Les pénibilités physiques

Le travail des aides-soignantes comprend à la fois un charge physique et une charge mentale⁸⁰. Je vais dans un premier temps me concentrer sur les pénibilités physiques du travail d'aide-soignante. Leur travail est physique : il faut marcher, pousser, ranger, nettoyer... Les aides-soignantes sont essentiellement debout, elles profitent des rares moments de pause pour s'asseoir⁸¹.

Il y a d'abord un ensemble de contraintes posturales⁸². Installer les patients, comme le font l'ensemble de mes enquêtées, demande de la force physique. Le patient peut être tétraplégique ou encore obèse, il peut être difficile de le manipuler. Nadine et Natacha m'ont parlé de leurs difficultés face à des patients obèses ou en surpoids. Il est difficile d'installer des équipements sur eux et le brancard pèse très lourd. Les tâches logistiques sont également à prendre en compte. Il faut se baisser pour prendre le carton, puis le ranger. Il faut ouvrir des cartons et déballer le matériel pour approvisionner le service. Ces tâches sont pénibles et occasionnent des problèmes de dos. D'ailleurs Tina et Natacha, qui ont des responsabilités logistiques, m'ont fait part de leur problème de dos. Natacha est suivie médicalement pour cette raison. Et j'ai également appris que Natacha s'était coupée la main avec un cutter en voulant ouvrir un carton, ce qui lui a occasionné un mois d'arrêt de travail.

Extrait d'entretien avec Natacha

Sarah : Est ce que tu trouves que c'est un métier difficile physiquement ?

Natacha : Oui, [Accentué] Oui physiquement.

80 M, Estryn-behar et J.P, Fouillot, (1990), « Etudes de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins », *Documents pour le médecin du travail*, n°1, pp. 27- 33.

81 Ibid, pp. 30.

82 Ibid, pp. 29.

Parce que euh... Là en 2020, les patients, on a des machines qui fait que on peut lever les gens par exemple qui sont paralysés ou très fatigués avec des appareils. Mais euh, bah parfois quand ils sont dans le coma avec des tuyaux partout, et bien il faut les changer, il faut les masser, donc il faut les tourner à plusieurs reprises dans le journée, donc ça veut dire bien les prendre euh... Ramasser les cartons, ce que je te disais tout à l'heure. Comme on manque de place, on se retrouve avec des piles comme ça, donc est amenées à faire ça sans arrêt, [mime le geste de se baisser et de se lever] porter des charges lourdes, rouler un brancard toute seule, transférer des gens...

L'ensemble de contraintes posturales a des conséquences sur la santé des enquêtées. Tina et Kheda ont des problèmes de dos et Nadine a des problèmes aux poignets et des courbatures récurrentes aux avant-bras. Elle m'a aussi informé que les tendinites et les douleurs aux épaules et aux bras étaient récurrentes parmi ses collègues aides-soignantes.

5 – Charge émotionnelle

Face aux patients, la charge mentale des aides-soignantes peut être importante⁸³. La nuit, aux urgences, les aides-soignantes sont les premières « blouses blanches » que les patients rencontrent. Ils peuvent être mécontents et désagréables, ou encore agressifs et violents. L'attente peut être longue et c'est aux aides-soignantes de réguler le flux des patients. Elles doivent gérer les éventuels conflits à l'entrée. Ce travail consiste à réguler les émotions des usagers⁸⁴. Tout cela engendre une charge émotionnelle importante, qui a des conséquences sur la santé mentale des enquêtées. Par exemple, Tina, après 7 ans en médecin viscérale, a connu une période sombre. Épuisée par la charge de travail, et fatiguée de gérer des patients agressifs, elle a fait un burn-out. « J'en pouvais plus » m'a t-elle confié. Avec l'aide de son chef de service, elle a changé d'unité pour la radiologie B. Depuis, elle interagit moins avec les patients, pour se préserver, m'a t-elle dit. D'ailleurs, elle a décidé de suivre une formation en interne pour devenir référente logistique. C'est une formation gratuite d'un an, qui lui permettra de rester dans son service, tout en s'occupant de la logistique.

La charge mentale n'est cependant pas liée qu'au patient. Il faut également savoir gérer les conflits entre collègues. Natacha m'a confié qu'avec le stress et la fatigue, les conflits ne sont pas rares.

83 Ibid, pp. 27.

84 Hochschild, (2003), « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol 9, n°1, pp. 19-49.

Mais elle n'est pas la seule. L'ensemble des aides-soignantes évoquent des tensions entre collègues. Certains ne se disent pas toujours bonjour, et les uns critiquent la manière de travailler des autres, etc.

II – Emplois et travail : Des rapports pluriels

Face à leur emploi et leur travail, les enquêtées n'ont pas le même discours. Distinguer ces deux termes est nécessaire pour comprendre les enquêtées. La notion d'emploi correspond à la catégorie d'aide-soignante, et les profits symboliques et matériels qu'elle confère aux enquêtées. Le travail concerne l'ensemble des pratiques, des conditions et des lieux de travail.

Le métier d'aide-soignante fait partie des emplois de service. L'appellation « emplois de service » regroupe un vaste ensemble de métiers ayant une construction historique particulière⁸⁵. J'ai déjà montré en quoi le métier d'aide-soignante était associé aux notions de service religieux, au bénévolat ou encore à la serviabilité. Ces représentations participent à la dévalorisation de leur travail. Les enquêtées valorisent seulement certains aspects de leur travail. Mais, leur rapport à l'emploi est plus heureux. Le terme emploi est valorisé et valorisant, dans une société structurée par le salariat⁸⁶.

Comprendre ces rapports pluriels permettra de mettre en lumière les positionnements des enquêtées face à leur travail et à leur emploi. Les enquêtées sont unanimes : l'emploi d'aide-soignante titularisée est valorisé pour lui-même. En revanche, les attitudes face au travail sont plus complexes. Pour les appréhender, il sera nécessaire de s'interroger sur le sens de la trajectoire sociale des enquêtées⁸⁷ et sur les particularités des conditions de travail dans les établissements de santé.

1 – Des trajectoires heureuses

Les enquêtées se caractérisent pas des origines sociales similaires. En effet, leurs pères étaient ouvriers qualifiés et leur mères femmes de ménage ou femmes au foyer. Par rapport à leur mère, devenir aide-soignante est une mobilité ascendante, même si elles demeurent ancrées dans les classes populaires. Je vais ici m'intéresser à la relation mère/fille des enquêtées, en montrant en quoi celle-ci est importante pour leur rapport à l'emploi. Et je vais surtout m'appuyer sur la trajectoire de Tina. Lorsqu'elle est tombée enceinte, elle est restée chez ses parents. Elle y a élevé son premier enfant, tout

85 Angeloff, Tania, (2008), « Emplois de service : nouvelle domesticité ou gisement d'emplois ? », *Idées économiques et sociales*, n°153, pp 20-27, pp. 2.

86 Ibid, pp. 2.

87 Cartier, Marie, Avril, Christelle et Serre Delphine, (2010), *Enquêter sur le travail : Méthodes, concepts, récits*, Grands repères, Paris : La découverte. pp. 160.

en enchaînant des « petits boulots ». Par la suite, son mari et elle, ont construit une maison sur le terrain des parents de Tina. La maison de ces derniers est donc en face de la maison du couple. Pour devenir aide-soignante, Tina a suivi une formation d'un an. Durant cette période de formation, le soutien de la mère a peut-être été déterminant. Il y a peut-être une entre-aide intergénérationnelle au service d'une promotion professionnelle⁸⁸. Dans les milieux ouvriers, dont sont issues mes enquêtées, le duo mère/fille se met au service d'une émancipation, en poussant les filles sur le marché du travail avec un « métier ». Jean-Pierre Terrail a enquêté sur trois générations de femmes dans les milieux populaires. La première génération correspond aux femmes aux foyer, la deuxième aux femmes actives peu qualifiées, et la troisième aux femmes actives et qualifiées. Pour affiner son analyse, Jean-Pierre Terrail s'intéresse à la répartition des tâches ménagères au sein de couples⁸⁹. Il distingue deux modèles. Le premier, inégalitaire correspond à la première et à la deuxième génération. Le second modèle est plus égalitaire, l'homme participe aux tâches ménagères. Si je reprends cette grille d'analyse, la mère de Tina, active non qualifiée pourrait correspondre à la deuxième génération et Tina à la troisième⁹⁰. Cela concorde avec la division des tâches au sein du couple de Tina. Elle m'a dit que son mari était très investi dans le foyer. Il s'occupe des enfants et il participe à l'entretien du linge et au ménage. Il semble donc que le cas de Tina correspond à l'étude de Jean-Pierre Terrail. Cela laisse à penser que, d'un point de vue subjectif, la trajectoire est positive. Par rapport à la mère, la position sociale est vécue comme une ascension. Détenir un emploi stable est donc valorisé. Tania m'a dit qu'elle était heureuse d'être « rentrée à l'hôpital » après avoir connue « des petits boulots ». Mais, ce qu'elle valorise surtout, c'est d'exercer un métier où l'on ne fait « pas que du ménage », et où l'on « apprend toujours des choses ».

Le travail salarié est aussi une norme intériorisée par ces femmes. Certains aspects de leur travail ne « vendent pas du rêve », pour reprendre les mots de Natacha, mais elles n'ont jamais envisagé de le quitter. Au contraire, pour elles, il était important d'obtenir un emploi. Ce sont surtout les plus âgées qui sont concernées par ce trait. Tania, Natacha et Nadine ont insisté sur l'importance de rester sur le marché du travail. Même lorsqu'elle Tania n'était pas aide-soignante, elle m'a bien fait comprendre qu'elle avait « toujours travaillé », même lorsqu'elle n'était pas aide-soignante. Malgré les conséquences sur leur vie de famille et sur leur santé physique et morale, les enquêtées se refusent à sortir du monde du travail. Elles entretiennent donc un rapport positif à leur emploi. A l'inverse elles

88 Terrail, Jean-Pierre, (1992), Réussite scolaire : la mobilisation des filles, *Sociétés contemporaines*, n°11-12, pp. 53-89. pp. 87.

89 Claudine Attias-Donfut, Nicole Lapierre, Martine Segalen, (2002), *Le nouvel esprit de famille*, Paris : O.Jacob, pp. 49.

90 Ibid, pp/ 49.

cultivent des rapports ambigus et complexes à leur travail. Elles en valorisent certains, quand d'autres sont fortement méprisées.

2 – La vieillesse : une figure repoussoir

Les aides-soignantes entretiennent des rapports pluriels à leur travail. Selon le service, les tâches et les caractéristiques des patients, le rapport au travail diffère. Parmi l'ensemble des tâches qu'elles effectuent, certaines sont plus dévalorisées que d'autres.

Le travail en maison de retraite est très dénigré et agit comme une figure repoussoir. Avant de travailler au CHU de Nantes, Nadine a travaillé en EPHAD. Pour elle, ces années ont été difficiles. D'une part, les conditions de travail étaient très pénibles, et d'autre part, elle n'a pas supporté de « maintenir en vie des légumes ». Elle déplorait le manque d'humanisme dans ces structures, qui pour elle, maintiennent en vie plus qu'elles ne soignent. En effet, dans les maisons de retraite, peu de soins médicaux sont prodigués,⁹¹ ce qui déplaît fortement à mes enquêtées. A la fin de l'entretien, Kheda a évoqué les maisons de retraite. Elle m'a dit que ces structures souffraient d'un manque criant de personnel, et que les conditions de travail y étaient fortement dégradées. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle est heureuse de ne pas y travailler. Elle m'a également conseillé de m'y intéresser car les aides-soignantes y souffraient d'un manque de reconnaissance.

Les maisons de retraite ne semblent donc pas attirer mes enquêtées. Ce travail représente, semble-t-il, une figure repoussoir pour un ensemble de raisons. Il y a bien sûr l'image dévalorisée de ces structures et la dégradation des conditions de travail⁹². Mais la mise à distance de ce travail est peut-être aussi liée au déroulement de leur trajectoire sociale. D'une part, cet univers de travail « dévalorisé et occulté »⁹³ s'oppose aux caractéristiques de leur travail dans des services opératoires ou d'urgences. En effet, le personnel des EPHAD effectue peu de soins médicaux. Or c'est ce que valorisent mes enquêtées, tout en considérant la dimension relationnelle de leur travail comme une source de reconnaissance professionnelle. D'ailleurs, le manque de relationnel dans les établissements pour personnes âgées explique aussi la dévaluation de ces établissements dans le discours de mes enquêtées.

91 Clause, Lise, (2006), « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », *Le bas de l'échelle*, pp. 67-70. pp. 68.

92 Ibid, pp. 68.

93 Ibid, pp. 67.

3 – « La technique, j'adore ça! »

Les soins médicaux représentent l'aspect le plus valorisé et le plus longuement décrit durant les entretiens. La conduite des soins médicaux se concentre sur des services inconventionnels. Ces services s'opposent aux services conventionnels, c'est-à-dire dans lesquels s'organisent des hospitalisations conventionnelles ou de semaine. Pour Nadine, les services conventionnels s'opposent aux services inconventionnels : « services techniques » et « services d'urgences ». Il peut s'agir des urgences, des urgences obstétriques, de la réanimation médicale, de la médecine viscérale, des laboratoires, des services de radiologie, de médecine nucléaire, et des blocs opératoires. Ces services sont privilégiés par rapport au reste : il y a relativement plus de personnel et plus de matériel. Les soins médicaux techniques sont au centre des pratiques de travail, et c'est ce qui attire mes enquêtées. Natacha a travaillé dix ans en réanimation médicale. C'est un service dans lequel elle s'est grandement épanouie. Ce qui lui a plu, ce sont les moments d'apprentissage, de formation aux soins médicaux et la possibilité de réaliser des soins auprès du patients. Dans les services techniques et d'urgences, les tâches des aides-soignantes sont en effet centrées sur l'aide technique aux infirmières et aux médecins.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Et puis bah du coup c'est ce qui m'a plu, parce ce que c'est un service d'urgence, c'est un service où il y a beaucoup de technique, où il y a beaucoup de chose à retenir, mais il faut pas tourner ça comme ça. Je trouve plus mes mots. C'est très formateur, à tous les niveaux, même au niveau aide-soignant. Il faut avoir un esprit très vif, il faut être réceptive de l'information et réagir vite, et puis donc voilà et ça m'a plu.

Lorsque Tania travaillait en médecine viscérale, elle prenait plaisir à réaliser des gestes de soins. Il en va de même pour Kheda, qui a choisit les urgences pour les aspects techniques de ce travail. Elle est en effet amenée à prendre la tension et la température des patients, à vérifier leur rythme cardiaque et à effectuer des prélèvements sanguins. Bien que légalement, les aides-soignantes n'ont pas le droit d'effectuer des prélèvements sanguins, aux urgences, il arrive qu'elles le fassent. Ces gestes s'apparentent aux soins infirmiers. Si mes enquêtées les valorisent autant, ce n'est pas un hasard. Tina, Natacha, et Kheda ont voulu ou veulent devenir infirmière. Tina devait intégrer une première F8 dans l'espoir d'intégrer l'école d'infirmière, mais une grossesse précoce a mis fin à son rêve. Natacha

voulait aussi devenir infirmière, mais son niveau scolaire ne lui a pas permis d'intégrer une classe de première. Enfin Kheda qui voulait aussi poursuivre des études d'infirmière, a interrompu ses études pour élever son premier enfant. Mais elle m'a dit qu'elle voulait toujours devenir infirmière, et qu'elle souhaitait intégrer l'école infirmière.

Cette valorisation des soins techniques ne correspond pas à la réalité des pratiques des enquêtées. Il me semble que ce n'est pas l'essentiel de leur travail. Mais il est pertinent de saisir ce discours à la lumière de leur trajectoire sociale. Cette exaltation pour la technique est peut-être une manière de se rapprocher, symboliquement seulement, des infirmières, un groupe socio-professionnel qu'elles ont désiré intégrer dans leur jeunesse. C'est peut-être aussi une stratégie pour occulter les facettes les moins valorisées de leur métier : aide à la toilette, bio-nettoyage distribution des repas, travail auprès des plus âgés... Enfin, cela leur permet peut-être d'asseoir une certaine légitimité professionnelle, en mettant en avant des savoir-faire médicaux.

4 – Un métier relationnel ?

Le métier d'aide-soignante se définit comme un métier de service. Un métier de service renvoie à « *toute activité professionnelle orientée vers la production de biens immatériels plutôt que d'objets tangibles, et impliquant des interactions – directes ou indirectes – entre les salarié-e-s et les bénéficiaires ou destinataires de leur travail* »⁹⁴. Les salariées sont des productrices de services et entretiennent des relations avec les bénéficiaires de ce service. Le service peut être un repas, une toilette, un soin, un transfert, un habillage, etc. Cet aspect du travail aide-soignant est une invitation à comprendre comment la dimension relationnelle est vécue par les enquêtées. Ce métier est-il intrinsèquement relationnel⁹⁵ ? Quelle est la place du relationnel dans ce métier ? Comment les enquêtées définissent-elles leur métier ? Comment vivent-elles les relations avec les patients ? Et quelle est la nature de ces relations ?

Les aides-soignantes entretiennent des attitudes différentes face aux patients. Certaines insistent longuement sur leur compétences relationnelles, d'autres sont plus nuancées.

94 Le Feuvre Nicky, Benelli Nathalie, et Rey, Séverine, (2012), « Relationnels : les métiers de service ? », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 31, pp. 4-12. pp. 4.

95 Ibid, pp. 6.

Deux enquêtées ont particulièrement insisté sur l'aspect relationnel de leur métier. Il s'agit de Nadine et Kheda.

Pour Nadine une aide-soignante doit « aimer le relationnel », « le contact », doit savoir observer, et « savoir parler aux patients », ainsi qu'« être présente », pour les « rassurer ». Elle doit aussi être « douce », « réconfortante », « rassurante » et elle doit pouvoir « travailler en équipe et être adaptable ». C'est d'ailleurs cet aspect « humain » qui lui plaît. Kheda insiste aussi sur ce aspect. Elle prend le temps de parler aux patients, de se présenter lorsqu'elle rentre dans une chambre. Elle m'a expliqué qu'elle ne supportait pas que les infirmières des urgences ne communiquent pas ou très peu avec les patients.

Natacha et Tina entretiennent un rapport plus distant avec la dimension relationnelle du métier. Contrairement à Nadine, Tina n'a pas employé autant de qualificatifs ayant trait à l'aspect humain. Elle a simplement souligné qu'il fallait être à l'écoute du patient et savoir travailler en équipe. Je l'ai déjà évoqué, le travail d'équipe est une norme et une nécessité intériorisée par l'ensemble des enquêtées. Natacha ne s'est pas non plus étendue sur le sujet. Pour elle, le relationnel, c'est quand elle a le temps. Ce n'est pas qu'elle n'y accorde aucune importance, mais cette dimension est moins présente dans le service où elle travail. Contrairement à la maternité, le relationnel est moins présent dans un service largement dédié aux blocs opératoire. Les contacts avec les patients sont plus brefs et ils restent seulement une journée dans le service. L'importance de la dimension relationnelle varie donc selon la charge de travail et les services.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Bah disons que ça dépend du programme. S'il y a un programme qui le permet, on peut se permettre de discuter avec les patients, et puis de les rassurer. Si c'est un programme à la chaîne, et puis que bah les patients, on leur explique ce qui va leur arriver quand même, mais si toutefois, il y en a un qui est déjà venu, et bah les gens connaissent donc... On leur demande leur identité, toutes les petites choses qu'on à leur poser, on leur demande s'ils ont de questions et puis bah s'ils disent non, bah du coup ça va plus vite et ça nous permet de passer plus de temps avec quelqu'un d'autre, avec quelqu'un qui vient pour la première fois, qui est un petit plus anxieux.

Cette dimension n'est pas centrale dans son récit, même si elle déplore le manque de temps dédié aux patients. En effet, aux urgences, elle ne leur accordait pas assez de temps. L'intensité du travail ne lui permettait d'avoir des échanges avec eux. C'est une dimension du travail aux urgences qu'elle déplore.

A l'inverse, en réanimation médicale, le travail auprès des patients est plus conséquent. C'est pour cela que le service de réanimation médicale est celui dans lequel elle s'est vraiment épanouie.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Alors, le plus que j'aimais bien c'est quand même la Réa Med', La Réanimation médicale. Parce que en fait il y a beaucoup de relationnel. Et puis le métier d'aide-soignante, c'est beaucoup d'aide, l'aide à la toilette, l'aide au repas, l'aide technique pour euh une infirmière et un médecin. Et là tous est partagé, alors que aux urgences, on traite vraiment euh... On est dans l'urgence, on prend les gens, on prend la tension ; on enregistre les gens, leur vestiaire, on enregistre tout ça et une fois que ça s'est fait, bah on passe à quelqu'un d'autre quoi, tu prends pas le temps.

Il semble que l'importance du relationnel soit à géométrie variable. Sa place dépend à la fois du service et de la charge de travail des aides-soignantes. La restitution des récits des enquêtées sur leur pratiques de travail, s'oppose à une « sur-relationnalisation » des métiers de service féminin »⁹⁶.

Les compétences sociales sont aussi utilisées, par les aides-soignantes, pour s'intégrer dans le processus thérapeutique. En effet, cela leur permet peut-être de trouver leur place au sein de la division du travail hospitalier⁹⁷. J'ai déjà évoqué cette hypothèse précédemment⁹⁸. En effet, les aides-soignantes semblent valoriser les échanges et l'aide qu'elles apportent aux patients.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Euh c'est difficile, enfin c'est difficile, non, il faut trouver sa place en tant que aide-soignante parce qu'on est toujours au dernier maillon de la chaîne. C'est ce que je te disais tout à l'heure, lors d'une toilette, les patients vont plus se confier à quelqu'un dans l'intimité de certains problèmes, que quand il y a quatre ou cinq blouses blanches, là les patients ça les impressionnent tellement qu'ils disent plus rien.

96 Ibid, pp. 8.

97 Arborio, Anne-Marie, (1996), *Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière, Genèses. Sciences sociales et histoire*, vol 22, pp.87-106.

98 Cf Chapitre IV.

La place du relationnel, dans le discours des enquêtées, n'est pas seulement liée à l'organisation des services. Elle renvoie aussi à la trajectoire professionnelle des enquêtées. J'ai déjà évoqué le cas de Tina, qui développe des stratégies pour éviter le contact avec les patients. Ce comportement est lié à la dégradation de sa santé mentale. Alors que les autres enquêtées ont connu des rapports différents avec les patients. Par exemple, Nadine a d'abord connu des établissements déshumanisés avant d'être embauchée à l'hôpital. Elle est ensuite restée une quinzaine d'année en ORL, avant d'arriver à la maternité. Ce changement s'est effectué à sa demande. Elle a accepté un poste de nuit car les caractéristiques du travail en maternité lui plaisaient. En effet, elle valorise fortement la place qu'elle occupe auprès des patientes. Il s'agit peut-être d'une promotion professionnelle horizontale pour Nadine. Quitter les maisons de retraite pour la maternité, revient à s'éloigner d'une figure repoussoir, pour renouer avec les aspects les plus valorisés du métier.

Comprendre la place du relationnel représente l'opportunité de porter un regard critique sur la notion de care. Les aides-soignantes sont des « travailleuses du care »⁹⁹. Le care se définit comme une « *activité et un ensemble de relations situées à l'intersection de l'État, du marché, et des relations familiales (et bénévoles)* »¹⁰⁰. Cette notion comprend aussi une connotation positive : ce sont des attitudes bienveillantes, participant au bien être des bénéficiaires. Mais, cette acceptation de la notion de care est incomplète¹⁰¹. Elle oublie de mentionner que l'interaction entre le bénéficiaire et la travailleuse peut se passer dans l'intimité¹⁰². Faire une toilette, aider à aller aux toilettes, changer la personne, communiquer avec elle sur ses problèmes de santé, sont autant de moment où les aides-soignantes pénètrent dans l'intimité du patient. Mais, je l'ai montré, les aides-soignantes entretiennent des attitudes plurielles face aux patients. Certaines, comme Nadine, cultivent un amour et une forte disponibilité pour ses patients. D'autres, à l'image de Tina, entretiennent, un rapport plus distant avec les patients. C'est pour cela que Viviania Zelier préfère parler de « *travail intime* » au sujet du care¹⁰³, ce qui permet d'envisager l'ensemble des attitudes des productrices de services. Il s'agit de services rendus dans l'intimité des bénéficiaires. Cette notion s'applique parfaitement aux aides-soignantes. Elles réalisent un travail relationnel, dans l'intimité. Ce travail relationnel demande des compétences

99 Dussuet, Annie, (2019), « Travailleur.euses du care », In, Bureau, Corsanie, Giraud et Rey, (dir), Les zones grises des relations de travail et d'emploi, *Dictionnaire sociologique*, Buenos Aires, TeseoPress. [En ligne]

100 Lewis, Jane, Daly, Mary, (2003), « The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states », *The British journal of sociology*, vol 51, n°2, pp 281-286. pp. 285.

101 Avril, Christelle, (2010), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Corps, santé, Société, Paris : La découverte, pp. 15.

102 Ibid, pp. 16.

103 Ibid, pp. 16.

plus sociales que techniques. Il demande plus particulièrement des « qualités féminines » : soucie des autres, disponibilité, attention... Cependant, ce travail n'est pas toujours synonyme d'amour¹⁰⁴. Seules Nadine et Natacha semblent agir « au nom de l'amour qu'elles portent à leur patients ». Cet amour est selon Natacha l'une des conditions pour être aide-soignante : « il faut aimer les gens », m'a t-elle dit. A l'inverse, Kheda et Tina préfèrent évoquer les gestes qu'elles réalisent, leur goût pour le travail d'équipe et les apprentissages qu'elles ont suivis. Cette attitude remet en cause les liens d'amour que l'on prête aux travailleuses des métiers de service¹⁰⁵. Par ailleurs, certains sociologues excluent les métiers médicaux de leur définition du care, en considérant que le care se limite aux personnes dépendantes¹⁰⁶. Ce qui laisse flotter un voile sur les aides-soignantes, qui ne relèveraient alors ni du care ni du médical. Elles ne sont ni une profession ni une para-profession médicale, et ne semblent pas relever d'une définition consensuelle du care. Cependant des sociologues tentant de définir les contours du care, admettent trois types de salariés du care : le type domestique, le type intermédiaire et le type hospitalier¹⁰⁷. Le type hospitalier correspond à un protocole professionnel imposé par une institution, dont la légitimité s'impose aux bénéficiaires du care. Dès lors le métier d'aide-soignante semble se situer à l'intersection du pôle médical et des métiers du care, sans y appartenir intégralement.

Néanmoins, la notion de « prendre de soin des autres » est présente chez mes enquêtées. Elles mettent un point d'honneur à entretenir des relations avec les patients. A l'exception de Tina, elles mettent en avant, avec ardeur, leurs relations et leurs échanges avec les patients. Pour entretenir de bonnes relations avec eux, elles se montrent disponibles, à l'écoute, rassurantes, réconfortantes, compatissantes... Cette douce présence leur permet de faire reconnaître leur rôle auprès du patient. Mais, placer au centre de leur travail, ces compétences relationnelles participe à la dé-valorisation de leur tâches, et à l'invisibilisation de leur travail¹⁰⁸.

104 Dussuet, Annie, (2005), « Dire l'amour, taire le travail. Sous l'amour, le travail... », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol.24, pp. 86-95.

105 Ibid, pp. 89.

106 Dussuet, Annie, (2019), « Travailleur.euses du care », In, Bureau, Corsanie, Girard et Rey, (dir), *Les zones grises des relations de travail et d'emploi*, op.cit. pp. 603.

107 Ibid, pp. 608.

108 Dussuet, Annie, « Dire l'amour, taire le travail. Sous l'amour, le travail... », art. Cité. pp. 90.

5 – « Un style de féminité » particulier

Enfin, je vais tenter d'articuler positionnement sociale et genre, pour comprendre « le style de féminité »¹⁰⁹ de mes enquêtées. Les enquêtées se caractérisent par un ensemble de dispositions corporelles particulières. Elles accordent une grande importance à leur apparence. Tina sortait du travail lorsque je l'ai rencontrée. Elle s'est de tout suite excusée car elle n'était pas bien coiffée et maquillée. Pourtant, elle était plutôt coquette : bijoux, jupes et bottines à talons. Kheda était également très apprêtée. Je l'ai rencontrée dans les bureaux du syndicat FO. Elle était maquillée d'un beau rouge à lèvres, elle avait les cheveux lissés et portait une robe féminine, avec des espadrilles à talons. La description de leurs caractéristiques indique que les enquêtées sont assez féminines. Cette féminité, visible à l'extérieur du travail, déteint sur les manières dont elles définissent leur travail. Cette féminité, s'opposant à la virilité, participe à l'invisibilisation des aspects physiques et pénibles de leur travail. Elles éprouvent, en effet, des réticences à expliciter cet aspect de leur travail. Même si elles le verbalisent pour évoquer leur conditions de travail, la force physique n'est pas perçue comme une qualité. D'ailleurs, pour Kheda, nul besoin d'être robuste pour être aide-soignante. Quand je lui ai demandé s'il le travail était physique, elle a reformulé la question : Tu veux dire qu'il faut être en bonne santé ? L'accent est en effet placé sur leur bonne condition physique. Être en bonne santé répond à une double dimension. D'une part, un corps en bonne santé participe à leur apparence. D'autre part, il est important pour elles d'avoir en corps en bonne santé. Toutes pratiquent une activité physique régulière : natation, yoga, course à pied... Je suppose qu'elles ont intériorisé des normes à la fois de féminité et de santé au cours de leur socialisation. Les normes de santé ont peut être été acquises durant la socialisation professionnelle. Placées dans un ensemble d'inter-relation dans une institution de santé, elles ont été socialisées à des normes de santé publique. Par ailleurs, elles imposent ces normes aux patients. Le problème, déjà évoqué, des patients gros et obèse, ne concerne pas seulement leur travail. Pour elles, il s'agit d'un véritable problème de santé publique.

Grâce à la description physique des enquêtées et à l'étude de leur récits, j'ai tenté de mettre en lumière un « style de féminité » particulier, celui des aides-soignantes. La norme de féminité qu'elles cultivent, a des implications quant à la manière dont elles définissent leur travail. Elles n'adhèrent pas à

109 Avril, Christelle, (2010), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, op. Cit.

la virilité. Au contraire, le déploiement de leur force physique est passé sous silence. Le métier d'aide-soignantes n'est donc pas, aux yeux des principales intéressées, un métier physique.

III - Covid-19

Un grand nombre de personnes n'ont pas pu échapper au confinement, mis en place le 16 mars 2020, sauf un ensemble de personnels obligés de maintenir leur activité. Parmi eux, le personnel hospitalier qui a continué de travailler dans des conditions particulières. La crise de la Covid-19 a en effet bouleversé l'organisation de travail du personnel de santé.

D'abord, je souhaite revenir sur cette crise. La pandémie, venue de Chine, représente une crise sanitaire majeure pour la France. Cette maladie infectieuse est due à un agent pathogène, le coronavirus 2 et se traduit par un syndrome respiratoire aigu. Le 24 janvier 2020, trois cas ont été identifiés en France métropolitaine. L'épidémie continue sa progression et passe au stade 3 le 14 mars 2020. A partir du stade 3, on considère que le virus circule et qu'il est transmissible sur l'ensemble du territoire. Depuis le 16 mars, le gouvernement a imposé le confinement de la population afin de limiter les risques. Selon le système d'information pour le suivi des victimes (Si-vic) et l'Agence Nationale de Santé publique, au 25 juin, 29 752 personnes sont décédées et 9 141 hospitalisations sont liées à ce virus. Je pourrais critiquer la véracité et le caractère exhaustif de ces sources, mais ce n'est pas mon propos. Ces chiffres témoignent de l'agressivité du virus et m'amènent à me questionner sur le quotidien des établissements de soin, en montrant en quoi il est relativement inchangé. Et je reviendrai aussi sur la représentation des « soignants » véhiculée dans la presse.

1 – Une réorganisation du travail

L'épidémie du Covid-19 a engendré une réorganisation du travail et des espaces de travail au sein des établissements de santé. Je n'ai pas interrogé l'ensemble de mes enquêtées sur cette crise. Je me base seulement sur les témoignages de Kheda et Nadine pour évoquer cette nouvelle organisation.

A la maternité de Nantes, le personnel de santé a dû s'adapter. De nouvelles consignes doivent être respectées. Par exemple, les patientes doivent subir un ensemble de tests avant d'être prise en charge. Une salle d'accouchement spécialement conçue pour les femmes atteintes du Covid-19 a été ouverte. Les urgences de la maternité se sont divisées en deux circuits : le circuit Covid-19 et le circuit

normal. Le personnel se divise en deux groupes : ceux qui vont traiter des patientes infectées et ceux affectés au circuit normal.

Aux urgences du CHU d'Angers, l'organisation du travail a également été impactée. Deux entrées ont été aménagées. Elles correspondent à deux circuits différents : l'une mène à une zone Covid-19 pour les personnes infectées, et l'autre mène à un circuit normal. Les horaires ont également changé. Avant la crise, il y avait trois équipes de jours. Ces trois équipes de jours ont laissé place à une seule équipe, qui travaille de 7 heure 45 à 19 heure 45. Cette ré-organisation du personnel a fortement impacté l'amplitude des horaires. Les horaires de l'équipe de nuit restent inchangés, le personnel de nuit travaille de 19 heure 45 à 7 heure 45. Un protocole d'hygiène a également été mis en place, il consiste à un bio-nettoyage de l'ensemble des surfaces et des objets ayant été touchés par une personne infectée. Le personnel des urgences a été renforcé par les manipulateurs radio du service de radiologie B. Ces salariés sont revenus sur leur week-ends pour être affectés à des scanners dédiés à la Covid-19.

2 – « On manquait déjà de tout, maintenant c'est pire »

Le quotidien du personnel hospitalier a été impacté par l'arrivée des malades atteints du Covid-19. Les horaires, l'organisation et les pratiques de travail ont été adaptés, suite à la mise en place du plan Blanc dans les établissements de santé. Cependant, il faut regarder cette nouvelle situation en continuité avec le quotidien du personnel hospitalier. Certes, la pandémie est une problématique exceptionnelle, mais le manque de matériel et de personnel dénoncés par le personnel durant la crise ne l'est pas. Je dirais plutôt que la crise du Covid-19 a accentué une situation déjà largement dégradée dans les établissements de santé. L'afflux de patients infectés a rendu d'autant plus pénible un travail qui l'était déjà. Les enquêtées interrogées sur la crise du Covid-19 ont évoqué un manque récurrent de matériel. Ce discours est assez similaire à celui d'autres enquêtées rencontrées avant la crise. Kheda, Clément et Nadine ont aussi déploré le manque de personnel. Encore une fois rien de nouveau, Natacha et Tina m'avaient déjà fait part de ce problème, en janvier. Ainsi, on peut se demander en quoi cette crise a réellement bouleversé le quotidien du personnel hospitalier. N'est-elle pas plutôt révélatrice de la situation des établissements de santé ? Cette crise ne semble pas avoir engendré une situation exceptionnelle dans les services dans lesquels travaillent les enquêtées. Etudier cette crise afin de montrer la dégradation des conditions de travail me paraît en effet plus pertinent. Elle a seulement

accentué le manque de matériel et de personnel. Cependant, une nouvelle problématique est apparue durant la crise : le manque de matériel pour se protéger face au virus.

3 – Le manque de protection

Afin de se protéger contre le virus, les directions des établissements de santé ont mis en place des protocoles. Il s'agit d'un ensemble de protections pour l'ensemble du personnel de santé et administratif. Mais je vais particulièrement m'intéresser aux conditions de travail de Kheda et Nadine. Aux urgences du CHU d'Angers, la situation s'est dégradée au fil des semaines. Les premiers jours, le personnel disposait de masques de protections respiratoires FFP2, de charlottes, de sur-blouses, de lunettes, de gants et de tabliers. Puis, le stock de matériel se réduisant, le personnel s'est protégé avec des sur-blouses, des gants, des tabliers, des charlottes, et des masques chirurgicaux. Et depuis le déconfinement, le personnel utilise des masques chirurgicaux, des tabliers et des gants. Clément a également souligné un manque généralisé de protections au CHU d'Angers. Ce manque de protections a eu des conséquences. Certains collègues de Kheda ont été infectés. Clément aussi m'a confié qu'un grand nombre de personnel hospitalier en France, ont été infecté, environ 31 000 personnels de santé à l'échelle nationale. son

Le processus de rationalisation des dépenses publiques ¹¹⁰ à l'œuvre dans les hébergements pour personnes âgées, l'est aussi dans les établissements hospitaliers ¹¹¹. Cette rationalisation des dépenses concernant la santé publique est une piste intéressante pour comprendre la dégradation des conditions de travail, à la fois avant et durant la crise du Covid-19. Mais je me pencherai sur cette question dans le quatrième chapitre de ce mémoire.

4 – Les soignants dans les médias : des héros sur le front

Depuis le début de la crise de la Covid-19, un « hommage national » est rendu aux « soignants » dans la presse. Je souhaite m'interroger sur celui-ci. En effet, un ensemble de thématiques apparaissent à travers les écrits de la presse locale et nationale. Bien que ces écrits ne rendent pas

110 Dussuet, Annie, Nirello, Laura, Puissant, Emmanuelle, (2017), « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, n° 91-92, pp. 185 -211

111 Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent, *Le casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, op.cit.

compte de la réalité des conditions et des pratiques de travail, ils ne sont pas dénués d'intérêt sociologique. Leur analyse me permettra de rendre compte de la représentation du personnel de santé dans la presse. Préférer le terme « soignants » -qui s'est imposé dans la presse - ou encore parler de « héros » - n'est pas anodin. En effet, « les mots sont importants¹¹²», particulièrement dans les médias, ils ne sont pas laissés au hasard. La critique réflexive du langage adopté par le champ médiatique permet d'interroger les rapports sociaux, qui s'expriment à travers la politique, l'économie et le langage¹¹³.

Les personnels de santé sont élevés au rang de soldats de la nation. Ils sont dépeint comme étant une infanterie héroïque menant un combat acharné contre le virus depuis mi-mars. La thématique de la guerre est en effet omniprésente dans le débat public. Ce champs lexical inonde les articles de presse. Le personnel de santé est « en première ligne¹¹⁴» et « se prépare à monter au front¹¹⁵». « Leur combat contre le Covid-19¹¹⁶» est au centre des écrits journalistiques. Ces mots reprennent, dans une certaine mesure, le discours politique émanant du gouvernement. En effet, le 16 mars, lors de son allocution, Emmanuelle Macron évoque une « guerre sanitaire » et des soignants « en première ligne. ». Il semble alors qu'une partie du champ journalistique reprenne sans réflexivité, le discours politique dominant. Cela est peut-être du à la manière dont a été réalisé le travail de ces journalistes. Ce travail a été effectué dans l'urgence, sans retour critique quant à cette thématique guerrière. Les hospitaliers sont des soldats qui « se battent chaque jour¹¹⁷ » contre le virus. Les métiers de la santé se transforment en « missions¹¹⁸ » ; si impérieuses, que le personnels « s'étaient mis en ordre de marche oubliant parfois leur repos et leur repas¹¹⁹ ». Certains journaux publient de véritable hommages aux « héros » du soin. C'est par exemple le cas du journal La Montagne, qui titre : « Coronavirus.Vous êtes des 'héros' : vos messages aux soignants.¹²⁰ ». Il s'agit d'un ensemble de témoignage recueillis auprès de particuliers. Cet

112 Sylvie Tissot et Pierre Tévanian, (2010 Octobre), « Les mots sont importants. 2000-2010 », Les livres du mois, Le monde diplomatique. pp 29. [En ligne]

113 Idem.

114 Caroline Piquet et all, (2020, 23 avril), «Hommage. Covid-19 ; Ces soignants morts sur le front de l'épidémie », *Le Parisien*. [En ligne]

115 Chloé Hecketsweiler, François Béguin, (2020, 21 mars), « Coronavirus : à l'AP-HP, « on se prépare à monter au front, avec angoisse et détermination », *Le monde*. [En ligne]

116 Frédéric Gouillard, Elsa Mari, Florence Méréo, (2020, 25 mars), « Les soldats sur le front : infirmières, médecins... Ils racontent leur combat contre le Covid-19 », *Le Parisien*. [En ligne]

117 Idem.

118 Caroline Piquet et all, (2020, 23 avril), «Hommage. Covid-19 ; Ces soignants morts sur le front de l'épidémie », *Le Parisien*. [En ligne]

119 Frédéric Gouillard, Elsa Mari, Florence Méréo, (2020, 25 mars), « Les soldats sur le front : infirmières, médecins... Ils racontent leur combat contre le Covid-10 », *Le Parisien*. [En ligne]

120 (2020, 26 mars), « Coronavirus. « Vous êtes des héros » : vos messages aux soignants », *La Montagne*. [En ligne]

article rassemble des témoignages élogieux sur le « courage », « la persévérance », « le dévouement » - termes qui reviennent souvent - , « le don de soi », « l'abnégation » du personnel de santé. Par ces qualificatifs, les personnels de santé deviennent des héros, et leur métier une « mission ». Les journalistes ne sont pas les seuls à filer la métaphore guerrière. Danielle Brulebois, députée LREM du Jura, souhaite instaurer un statut pour les enfants des soignants « morts pour la France », « au péril de leur vie » sur le « front sanitaire »¹²¹. Cette idée, soutenue par 40 députés est à l'initiative de François Jolivet, député de la majorité. La revendication de ce « statut de reconnaissance nationale » reste minoritaire au sein de l'Assemblée Nationale. Mais, elle témoigne d'une volonté, chez certains députés, d'imposer une homologation entre les soldats et le personnel de santé, enrobée d'un discours nationaliste et guerrier. En effet, ce statut se veut semblable à celui de pupille de la Nation, accordé aux enfants de soldats¹²². A travers les articles mentionnés ci-dessus, l'homologie entre les « soignants » et les « soldats » est claire.

Derrière ces termes louangeurs, on oublierait presque que – comme me l'ont confié Anaëlle et Nadine en entretien – le personnel de santé « *fait juste son travail* ». Les enquêtées ne semblent pas séduites par ce discours. Elles font simplement leur travail, et elles attendent plus de moyens alloués à la santé publique. Nadine a été, de prime abord, touchée par les applaudissements et les termes élogieux des médias. Mais, très vite, elle s'est posée la question de l'après Covid-19. Elle ne veut pas des applaudissements, mais des moyens. Elle revendique des augmentations de salaire et plus de personnels. Face aux clameurs des politiques et des journalistes, l'exaspération monte. Même si elle a failli pleurer lors des premiers applaudissements, les termes « héros » et « soldats » sont, pour elle, exagérés. Anaëlle est davantage agacée. En réponse à ceux qui affichent des banderoles - « Merci à vous, nos héros » - devant leurs maisons, elle compte afficher une banderole les invitant à se rendre en manifestation pour préparer l'après Covid. Pour elle, les applaudissements et les discours élogieux, n'aideront pas ses anciens collègues à affronter la crise. L'hôpital a besoin de moyen, pas de remerciement, m'a-t-elle dit. Ces discours se veulent assez critiques de la manière dont sont représentés les personnels de santé dans les médias. Cependant, le pathos déployé par les journalistes et les politiques a eu, dans un premier temps, des effets sur Nadine, mais aucun sur Anaëlle. Cette différence est à la fois liée au capital militant et à la position professionnelle des enquêtées. Anaëlle est une

121 J.-P. Tx, (2020, 19 avril), « Danielle Brulebois, députée LREM du Jura, veut un statut pour les soignants décédés », *L'Est Républicain*. [En ligne]

122 Nicolas Berrod, (2020, 16 avril), « Coronavirus. Bientôt un statut de « reconnaissance nationale » pour les enfants de soignants décédés », *Le Parisien*. [En ligne]

militante à la retraite. Elle n'a pas été confrontée à la crise de la Covid-19. A l'inverse, Nadine a été directement impactée par cette crise à la maternité du CHU de Nantes. D'autre part, Nadine n'est pas une militante se positionnant politiquement à l'extrême gauche comme Anaëlle. Elle participe aux grèves et aux manifestations, mais elle n'est pas syndiquée et ne s'est pas engagée dans des partis communistes, comme Anaëlle. Cette différence de trajectoire explique le regard moins critique qu'elle porte sur la manière dont est traité le personnel de santé.

Chapitre IV

Les mouvements sociaux du secteur de la santé

Depuis plus d'un an, le personnel de santé tente de faire entendre leurs revendications. Un mouvement de grève illimité, soutenu principalement par les syndicats FO, CGT et Sud, a vu le jour le 18 mars 2019 à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Cette première journée de grève fait suite à plusieurs agressions du personnel des urgences de l'hôpital de l'est Parisien. Certaines de ces altercations ont été particulièrement violentes, dont une ayant causé huit jours d'incapacité de travail temporaire à une aide-soignante et deux infirmiers. Ce mouvement a insufflé une protestation sociale dans plus de 270 services sur l'ensemble du territoire. Pour Clément, il s'agit d'une grève historique. Les personnels de santé mobilisés se sont progressivement structurés autour des collectifs inter-urgence et inter-hôpitaux. Le collectif inter-hôpitaux milite pour la défense du service public hospitalier, comme en témoigne leur ouvrage *Déclarons notre amour au service public*¹²³.

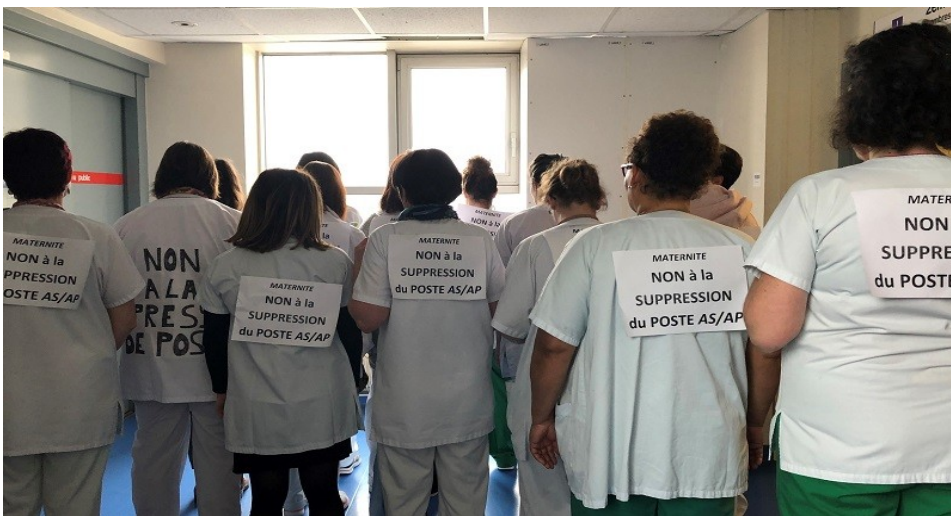
Je vais analyser les caractéristiques de ce mouvement, en évoquant les revendications du personnel de santé. Je vais également revenir sur les processus de socialisation politique et les rapports qu'entretiennent les aides-soignantes aux syndicats, afin de rendre compte de la place des aides-soignantes au sein de ces mouvements.

123 Collectif inter-urgences, *Déclarons notre amour au service public*. 2020, défense et illustration d'un service public Hémisphères.

I – Les raisons de la colère

Cette enquête porte particulièrement sur les mouvements de grèves ayant eu lieu au CHU d'Angers et de Nantes et à la clinique privée du Confluent. Cette partie a pour objet l'analyse des revendications du personnel hospitalier.

Les CHU d'Angers et le CHU de Nantes ont été secoués par différents mouvements de grèves depuis le printemps 2019. Au CHU d'Angers, 14 services se sont mis en grèves et se sont regroupés autour d'un comité de grèves. Ce sont des mouvements inter-professionnels, qui regroupent diverses catégories hospitalières : les agents d'entretien, les infirmières, les manipulateurs radio, les auxiliaires de puériculture, les agents de services hospitaliers, les aides-soignantes, les brancardiers, les ambulanciers, etc. Certains services ont été particulièrement mobilisés comme le service de gériatrie, le service de stérilisation, le service de radiologie B, les urgences, le service de pneumologie et la maternité. La maternité a menée une action symbolique lors de la visite de la nouvelle directrice du CHU en janvier 2020. En grève depuis le 19 décembre 2019, suite à la suppression d'un poste aide-soignant/auxiliaire de puériculture, le personnel de la maternité a décidé de faire entendre leur revendications auprès de la nouvelle directrice. En visite pour prononcer les vœux de bonne année, elle a rencontré des aides-soignantes et auxiliaires de puériculture en colère. Elles lui ont tourné le dos, montrant ainsi les affiches collées sur leur blouse : « Non à la suppression du poste aide-soignante/auxiliaire de puériculture », pouvait-on y lire.



© Angers.info.fr.

Cette action est homologue à celle menée par le personnel de la maternité du CHU de Nantes. Depuis le 28 mai 2019, les aides-soignantes et les sages-femmes du service de gynécologie obstétrique se sont mises en grève illimitée, en revendiquant un nouveau poste aide-soignante/auxiliaire de puériculture. Nadine a participé à cette mobilisation, qui a abouti à la création d'un poste aide-soignante/auxiliaire de puériculture, ce qui garantit un binôme aide-soignante/sage-femme. Ce nouveau poste vient en effet rééquilibrer une équipe anciennement composée de quatre sages-femmes et trois aides-soignantes/auxiliaires de puériculture.

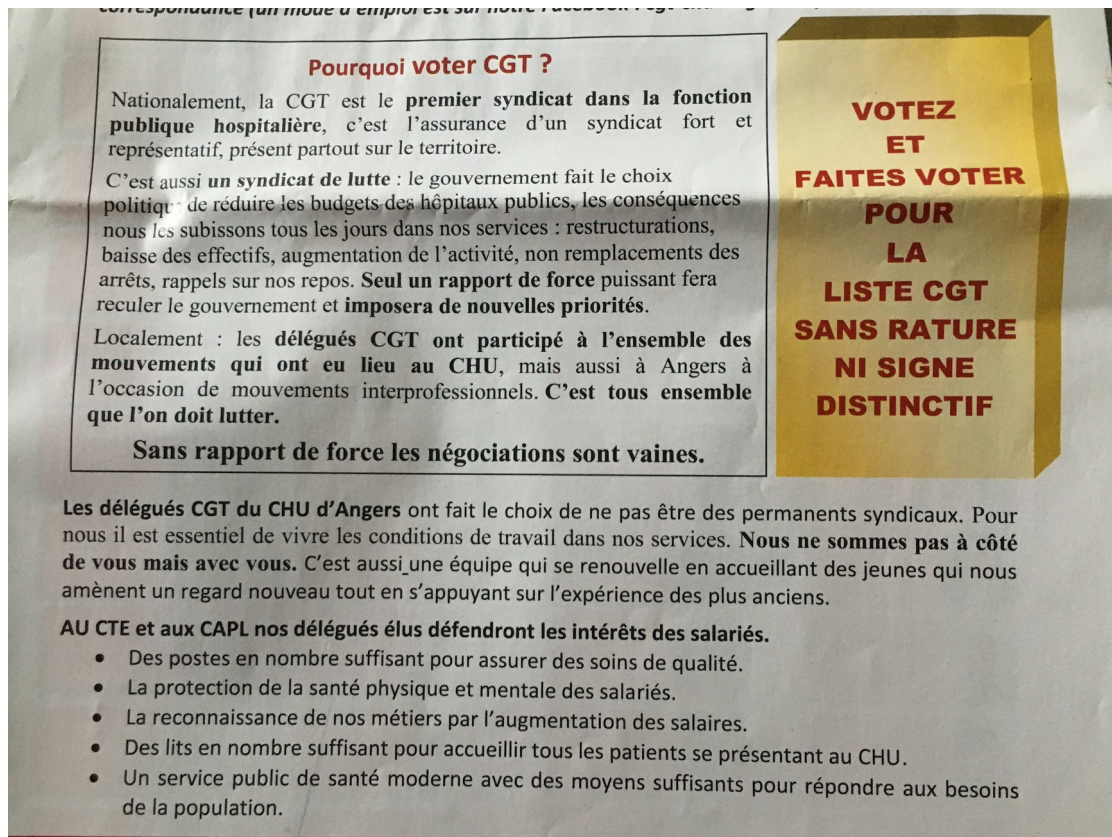
Ces mouvements de grève ont une revendication commune : une augmentation des effectifs pour faire face l'augmentation constante du flux de patients. Il s'agit d'ailleurs de la première revendication du personnel des urgences du CHU d'Angers. Les revendications portent également sur les salaires, les carrières et les retraites. Ces mouvements sont portés par la « base », m'a expliqué Clément. Le collectif inter-urgence, le collectif inter-hôpitaux et les comité de grèves ont été constitués par des salariés, syndiqué.e.s et non syndiqué.e.s. Mais ils restent structurés, à Angers et à Nantes, par les syndicats et particulièrement par l'inter-syndicale FO, Sud solidaire et CGT. Les syndicats ont appelé, le 16 juin 2020, à une « vague blanche » pour porter les revendications du personnel hospitalier. La CGT, Sud solidaire et FO centrent leurs revendications sur les conditions de travail, les avancements de carrières, et les salaires. Ils mènent ensemble des actions communes et s'accordent sur un certain nombre de choses : l'augmentation des effectifs, le dégel du point d'indice et la grève comme moyen de lutte.

Lors des dernières élections en décembre 2018, vous nous avez apporté votre confiance par votre vote, et FO est devenu 1^{er} syndicat au CHU d'Angers !

Depuis, sans relâche, nous avons défendu les postes, les salaires, les revendications des collègues qui rejettent massivement la situation au CHU et à St Nicolas, comme l'ont démontré les récentes grève lorsque la situation était bloquée (urgences, stérilisation, adjointes administratives, brancardiers, ambulanciers, gériatrie, CCVT, ...) permettant d'obtenir de nombreuses avancées. Nous avons rendu compte et apporté régulièrement l'information : c'est notre conception du rôle d'un syndicat.

Le syndicat FO, par sa présence au quotidien sur le terrain, et quand il le faut dans l'action commune, a permis d'obtenir : 33 détachements minimum vers le grade d'AMA, **l'indemnité de 1^{ère} catégorie** pour les ambulanciers, pour la stérilisation et pour les brancardiers de CCVT/cardiologie, **des détachements vers des grilles de rémunération supérieures pour les catégories C** à la stérilisation, à l'unité de sécurité, et aux ambulances, **une NBI de 20 points** pour les aides-soignants de nuit au SAU, **des CDI pour 17 contractuels** sous contrat depuis des années sur St Nicolas et accès prioritaire à la titularisation au 1^{er} trimestre 2020, ...

Extrait d'un tract du syndicat FO pour les élections professionnels du 5 décembre 2019. (CHU d'Angers)



Extrait d'un tract de la CGT pour les élections professionnelles du 5 décembre 2019. (CHU d'Angers)

La présentation de ces mouvements permet de revenir sur les revendications du personnel hospitalier. Ces dernières portent sur le manque de personnel, le manque de moyens – et particulièrement sur la politique de suppression des lits – et sur les carrières et les salaires.

A – Le manque de personnel

Les aides-soignantes et les syndicalistes rencontrés au cours de cette enquête ont évoqué un manque de plus en plus criant de personnels au sein des établissements de santé. Les revendications pour plus de postes font suite au nouveau plan économique annoncé en 2018 par la direction du CHU d'Angers. Ce plan prévoit la suppression de postes et concentre 70 % du budget sur les salaires. Ce plan prévoit une augmentation du nombre de contractuels. Il prévoit également de mutualiser les agents de service hospitaliers sur plusieurs services. Cette mesure signifie que la charge de travail des ASH va considérablement augmenter, par une réduction de la masse salariale à l'échelle d'un bâtiment. En

effet, Kheda m'a dit que cette mesure allait bientôt être effective pour les ASH du bâtiment Larrey. Ce plan économique prévoit également une réduction des effectifs aux urgences. Aux urgences, selon Clément, il y avait un binôme aide-soignante/infirmière pour 11 lits ; en 2020, ce binôme doit gérer 14 à 16 lits. Ce changement est lié à la perte, en 2015, de deux postes aides-soignantes. Depuis le 2 mai 2019, le personnel des urgences se battent contre la suppression de postes. Ils ne sont pas les seuls. Le manque de personnel est généralisable à l'ensemble des services. Dans le service de radiologie B, j'ai rencontré deux aides-soignantes qui déplorent le manque de personnel, et la surcharge de travail qu'elle entraîne. Natacha a évoqué en détail le manque d'aide-soignantes dans son service. Les départs en vacances et les temps aménagés ne sont pas remplacés, ce qui augmente davantage la charge de travail. Mais, pour elle, la situation est moins catastrophique que dans d'autres services, plus en difficultés, notamment le service de réanimation médicale. Natacha a travaillé dix ans dans ce service. Il n'est pas rare d'être rappelée sur ses week-ends, ou d'assurer des nuits pour remplacer des collègues malades, en arrêt ou en congé. Natacha y était aide-soignante à la fin des années 90. Si la situation était difficile, on peut aisément imaginer qu'elle s'est fortement détériorer durant la crise de la Covid-19.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Je pense qu'il y a des services, je pense, qui sont en souffrance et en difficulté. Nous, on est impactés euh parce que normalement on est 5 aides-soignantes et il y en a une sur les 5 qui est à 80 %, donc le 20 % n'est pas comblé et il y une ASH qui nous aide beaucoup et qui a pris un poste de référente logistique. Et du coup quand elle est sur son poste, elle est pas là pour nous aider. Donc là ,par exemple, vendredi, c'est là où il y a beaucoup de travail, et on se retrouve qu'à trois. L'effectif de fin de cette semaine, c'est là où il y a les urgences où il faut prendre les gens et faire les examens . Et ça, c'est un problème récurrent, ils le savent mais bon... Et puis là il y a les vacances aussi, donc c'est pareil on est pas assez.

Sarah : Des gens qui sont partis en vacances ?

Natacha : Bah oui, et donc euh oui, je pense que nous on est parfois en difficulté mais on comble tous ça. Mais je pense que dans des services, ils doivent être en difficulté tous le temps [Accentué], ils sont rappelés sur leur jours de repos, alors que ici, dans ce poste là, nous on est pas rappelées les week-ends ou des choses comme ça.

Sarah : Et toi, ça t'es arrivée ?

Natacha : Dans mes autres services ? Oui, d'être rappelée. Oui, Par exemple en Réa Méd', on est de journées mais si les gens de nuit sont malades, en vacances ou en formation et bien il faut passer une nuit. Chacun notre tour, il faut qu'on fasse une nuit pour combler le trou, fin' le planning de nuit. Du coup si tu passes une nuit on te donne une journée de repos en conséquence mais du coup ton planning n'est pas que de journée. Et pareil, s'il y a un arrêt maladie, par exemple un week-end et qu'ils trouvent personne, bah ils rappellent en disant bah il manque du monde. Et au fil des années, bah les gens en ont marre et ils veulent plus venir, alors ils tirent à la courte paille pour faire venir des gens au hasard.

Le manque de personnel engendre des cadences effrénées et une surcharge de travail considérable pour le personnel hospitalier. Dans certains services, ce déficit de personnel oblige les hospitaliers à bouleverser leur planning ou à faire des heures supplémentaires. Le manque de personnel est aussi responsable de la dégradation des conditions de travail du personnel hospitalier. La détérioration des conditions de travail est une donnée qui concerne l'ensemble du personnel hospitalier et qui s'est durablement inscrite dans l'institution. Le récit d'Anaëlle sur ses conditions de travail concorde parfaitement avec les récits de mes autres enquêtées. Pour rendre compte du manque de personnel, elle évoque les pratiques « d'auto-remplacement », c'est-à-dire être contrainte de revenir sur ses propres jours de congé. Elle était aussi habituée à effectuer un nombre assez important d'heures supplémentaires. Enfin, au cours de sa carrière, elle a noté une intensification du rythme de travail. Ces récits sur les horaires, les cadences et l'absence de pause déjeuner se rejoignent. Tous ces éléments expliquent pourquoi le personnel est à bout, « au bord de la crise de nerfs » (Nadine). Les aides-soignantes, que j'ai rencontrées, sont fatiguées, épuisées, cassées, et ont des problèmes de santé physique et parfois mentale. Alors même qu'elles accordent une grande importance à leur santé physique, elles souffrent de problèmes de dos, d'épaule et souffrent régulièrement de tendinites. Cette dégradation des conditions de travail est consécutive à une politique qui cherche à réduire massivement les coûts de la santé publique¹²⁴. Le processus de rationalisation du travail et des soins est en effet responsable du manque d'effectifs au sein des unités de soin¹²⁵.

124 Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent, *Le casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, op, cit.

125 Idem.

Ce processus est également à l'œuvre dans la manière de gérer le nombre de lits dans chaque service.

B – La politique de suppression des lits

Lorsque le personnel hospitalier se mobilise pour plus de moyens, il se positionne aussi contre la politique de suppression de lits. Cette politique est surtout à l'œuvre dans les services d'urgences. Elle doit se comprendre en lien avec les suppressions de postes ; une suppression de poste entraîne la fermeture de lits et inversement. Kheda m'a parlé des problèmes que rencontraient les urgences. Les urgences disposent de 13 lits et d'une zone de surveillance. Cette dernière est dédiée aux patients en attente d'un transfert dans un autre service ou d'une sortie définitive. Mais, lorsque les autres services n'ont pas assez de place pour les accueillir, les patients restent dans cette zone. La zone de surveillance est donc régulièrement « encombrée » par des patients qui peuvent y rester de longues heures. Lorsque cette zone est pleine, ils attendent dans les couloirs. L'engorgement des urgences peut avoir des conséquences dramatiques. En juin 2019, un homme s'est présenté aux urgences du CHU d'Angers, mais il n'a pas pu être pris en charge, et est par la suite décédé. Cet épisode a exacerbé la colère du personnel des urgences. La politique de suppression des lits ne concerne pas seulement les urgences. En France, en 23 ans, 12 600 lits ont été supprimés. Cette politique s'est donc durablement inscrite dans l'institution hospitalière.

Alors que les politiques de restrictions budgétaires entraînent une diminution des lits, le flux de patient est constante augmentation, m'a confié Clément. Pour faire face à une augmentation continue du nombre d'entrées journalières, le personnel des urgences réclament une augmentation des effectifs et plus de chambres pour assurer la continuité des soins.

C – Les salaires

Les revendications du personnel de santé portent aussi sur les salaires. Ils réclament des augmentations de salaires et un dégel du point d'indice. Le point d'indice est utilisé pour calculer le salaire brut d'un fonctionnaire. Ce dernier est gelé depuis 2010, ce qui représente une perte de 8 % de pouvoir d'achat, selon Clément. En 2002, une ASH était rémunérée 110 % du SMIC horaire, elle était rémunérée 100 % du SMIC horaire en 2014. Clément et Kheda, syndiqués à FO, réclament une

augmentation de salaires de 300 euros par mois pour l'ensemble du personnel hospitalier. Clément m'a dit que les revendications salariales touchaient particulièrement les employés de la catégorie B et C. Le personnel de la clinique Du Confluent avait des revendications semblables. Ils ne voulaient pas de primes, mais des augmentations de salaires. L'ensemble des enquêtées ont l'impression de ne pas être rémunéré.e.s à la hauteur de leur travail. Pour Nadine, « il y en a marre de bosser pour trois fois rien ». Ces revendications sur les salaires sont homologues à celles des Gilets Jaunes. D'ailleurs Kheda, Clément, Fabien, et Nadine se disent favorables à ce mouvement. Ils sont d'accord avec certaines de ses revendications, notamment sur les questions des inégalités sociales et sur les retraites. Clément considère que le mouvement des Gilets Jaunes a été un « terreau » favorable aux mouvements sociaux du secteur de la santé. Il existe en effet des parallèles possibles entre les deux mouvements. Les grévistes de la clinique du Confluent se sont nommés les « Gilets Blancs », en référence aux gilets jaunes. L'inter-syndicale du CHU a participé le 5 décembre 2019, à la journée de lutte inter-professionnelle avec, entre autres, des Gilets Jaunes. Clément et Kheda ont participé, avec le syndicat FO, à cette journée. D'ailleurs, ils valorisent les mouvements inter-professionnels, car ils considèrent qu'ils leur donnent plus de force politique. On peut se demander si ces liens ne sont pas révélateurs d'une certaine conscience de classe des enquêtées. Kheda et Nadine ont en effet conscience des inégalités socio-économiques et des politiques de restrictions budgétaires responsables de la détérioration de hôpitaux publics¹²⁶.

L'ensemble des éléments présentés ici résumant les mobilisations actuelles du secteur de la santé. La dégradation des conditions de travail, liée à des restrictions budgétaires, et la stagnation des salaires par le gel du point d'indice, sont les principales causes de la colère du personnel de santé. Cette protestation est révélatrice du « casse du siècle ¹²⁷», pour reprendre le titre de l'ouvrage de Frédéric Pierru et Fanny Vincent ; c'est-à-dire des réformes néolibérales qui ont profondément endommagé l'hôpital public.

126 Idem.

127 Idem.

II – Ethnographie des processus de socialisation politique

L'analyse sera centrée sur les enquêté.e.s dans le mouvement. Il ne s'agit pas de revenir sur les mouvements à l'échelle nationale, mais de comprendre la place des aides-soignantes dans l'action collective locale, en mettant en évidence des processus complexes de socialisations et re-socialisations politiques. En effet, cette partie a pour objet l'étude des conditions de possibilité de l'engagement militant. La participation active à un mouvement social est liée aux socialisation primaire et secondaire des enquêtées. Je vais de mettre en lumière les spécificités de leur socialisation pour rendre compte de leur plus ou moins grande participation aux mouvements sociaux du secteur de la santé.

A – Le militant

Les enquêté.e.s se caractérisent par des niveaux variables d'engagement militant. S'intéresser aux enquêtés les plus militants permet de comprendre les processus de socialisation à l'engagement politique. En effet, même s'ils ne sont pas aides-soignants, il est pertinent d'analyser leur trajectoire militante pour la comparer à celle des aides-soignantes.

Clément, Anaëlle et Fabien sont des militants chevronnés. Clément est délégué syndical au syndicat FO et Fabien est un militant ayant participé à divers mouvements sociaux au cours de sa trajectoire. Ces derniers ont « toujours milité », « dans tout ce qu'il[s] ont] fait ». (Clément) Clément a d'abord été intermittent du spectacle, puis il a suivi des études d'infirmier. Lorsqu'il était artiste, il militait déjà. Élève à l'IFIS, il a monté une section syndicale. Une fois embauché aux urgences, il décide de reprendre le syndicat FO en 2013, avec un autre collègue infirmier. Depuis 2014, il est délégué syndical à temps complet. Fabien aussi a connu un riche parcours militant. Lorsqu'il était étudiant à l'université Catholique d'Angers, il faisait partie d'un groupe militant communiste. Arrivée en faculté de sociologie de Nantes, il monte, avec « des camarades », « un collectif de lutte ». Lors de sa première enquête sociologique, il participe aux mouvements du Lycée expérimental de Saint-Nazaire. Après avoir enchaîné chômage, travail saisonnier et reprise d'études, il est embauché comme brancardier à la clinique du Confluent. En janvier 2019, y surviennent des mouvements de grèves, auxquels il participe. Anaëlle a connu un parcours similaire à celui de Clément. Lorsqu'elle était étudiante en école

d'infirmière, entre 1974 et 1976, elle a monté une section syndicale CFDT. Puis elle a participé activement à la Coordination infirmière de 1989.

Ces enquêtés ont un point en commun : chaque moment de leur trajectoire est une occasion de militer. Ce comportement s'apparente à un « engagement total¹²⁸ », qui demande des dispositions et compétences particulières. Ce « savoir-faire militant¹²⁹ » caractérise les militants révolutionnaires. Cette forme d'engagement dans des organisations politiques et syndicales façonne et structure de manière durable leurs dispositions, leur représentations du monde et leurs répertoires d'actions. Chacun de ces enquêtés évoque une révolution anti-capitaliste, et chaque mobilisation est une occasion nouvelle de la proclamer. Clément m'a en effet parlé d'une révolution internationale, partant de la « base ». Pour preuve, il a évoqué les mouvements sociaux qui ont secoué l'Algérie depuis l'Hirak, les printemps arabes, le mouvement des cheminots contre la réforme des retraites et le mouvement des urgences. L'ensemble de ces mobilisations ont, pour lui, un caractère indéniablement politique.

Si toutes les mobilisations sont des occasions pour eux de s'investir, en tant que militant, c'est parce qu'elles s'inscrivent dans une vision du monde antagonique¹³⁰. Le monde, particulièrement pour Clément et Fabien, se divise en deux camps : la « base » et le pouvoir, qu'il soit politique ou patronal. Leurs ennemis sont clairement identifiés. Pour Clément, il s'agit de l'Agence Régionale de Santé et du pouvoir exécutif. Cette manière antagonique de regarder le monde social est perceptible dans le vocabulaire et les manières de s'exprimer des militants. En effet, en entretien, les mots prolétaire, travailleur, base, révolution, inégalités reviennent souvent. Leur manière de parler est aussi particulière. Clément et Fabien n'ont pas de filtre dans leur manière de s'exprimer. Le ton est plus dur et il arrive qu'ils insultent des gens. Même si sur ce point, on peut apporter une nuance. Fabien est issu d'un milieu ouvrier. Il a intériorisé des manières de s'exprimer plus virilistes. A l'inverse, Clément est un infirmier, née de deux parents infirmiers. Son ethos et son hexis corporelle sont les produits de sa position sociale. Sa manière de parler est donc moins viriliste et colérique.

L'ensemble de leurs manières de penser, de leurs rapports au monde, et de leurs manières de parler correspondent à ce que Karel Yon appelle « un habitus militant¹³¹ ». Pour rendre compte de la

128 Karel Yon, (2005), « Modes de sociabilité et entretien de l'habitus militant. Militer en bandes à l'AJS-OCI », *Politix*, n° 70, pp. 137-167. pp. 138.

129 Ibid, pp. 138.

130 Idem.

131 Idem.

formation de cet habitus, il faut s'intéresser aux processus de socialisation primaire et secondaire des enquêtés. Le père de Clément était secrétaire fédéral au syndicat FO. Durant sa socialisation primaire, Clément a intériorisé l'ensemble des dispositions militantes de son père. Les mobilisations successives au cours de sa trajectoire sont plutôt à voir comme des moments de re-socialisation à l'engagement politique. Fabien se caractérise aussi par une socialisation précoce à l'engagement politique. Il est né à Trélazé, une ville rouge marquée par l'histoire des mobilisations ouvrières. Jeune, il était passionné par les événements de mai 68 et lisait *le Monde diplomatique*. Il a également participé aux mobilisations altermondialistes avec l'association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne, (Attac). Son père lui a toujours dit : « La droite, c'est les patrons, la gauche, c'est les salariés. ».

Clément et Fabien sont très engagés dans les mouvements sociaux du secteur de la santé. Cet engagement découle d'une socialisation primaire et secondaire particulière dans un environnement familial fortement politisé. Ce n'est pas le cas des enquêtées aides-soignantes. Celles qui sont engagées dans les mouvements actuels, ont été socialisées à l'action collective par leur univers de travail.

B – Socialisation politique par le travail

Nadine et Kheda ont participé aux grèves et aux manifestations depuis le début de la mobilisation des urgences. Contrairement à Clément, Fabien et Anaëlle, elles ne sont pas des militantes, ou du moins elles ne l'ont pas toujours été. Nadine a admis qu'elle avait commencé à s'intéresser aux mobilisations du secteur de la santé depuis qu'elle travaille au CHU de Nantes. Pour elle, c'est plus par « mimétisme » qu'elle a commencé à s'intéresser à la vie politique du CHU. Lorsqu'il y a un pré-avis de grève, elle se renseigne, et si elle est d'accord avec les revendications, elle se met en grève. Elle participe également aux manifestations. Cependant elle n'a pas toujours participé aux mobilisations. Elle était aide-soignante au CHU de Nantes lorsque le mouvement de la Coordination infirmière a éclaté, en 1988. Cette année, elle ne s'est pas « sentie concernée », en considérant que sa vie « était basée sur autre chose ». Elle était enceinte au moment de cette mobilisation, son attention était plus portée sur son futur enfant, que sur ce mouvement de grèves. Une « militante », n'aurait peut-être pas adoptée le même raisonnement. Cette différence de point de vue montre que Nadine s'est progressivement socialisée à l'engagement politique sur son lieu de travail.

Sur ce point, le parcours de Kheda est semblable à celui de Nadine. Kheda travaillait aux urgences avec Clément et l'autre infirmier délégué syndical à FO. C'est par cette accointance qu'elle s'est engagée auprès de FO. Depuis, elle consacre 20 % de son temps de travail au syndicat. Elle est déléguée syndicale rattachée au bâtiment Larrey, et s'occupe aussi des Commissions paritaires pour les aides-soignantes de ce bâtiment. Elle participe également aux journées de grèves et aux manifestations. Pourtant, avant d'entrer à FO, elle avait une image négative des syndicats. Ce changement de regard est révélateur de la force de la socialisation politique par le travail. Cette socialisation politique est peut-être assurée par les syndicats. Ces derniers jouent un rôle auprès des salariées, comme en témoigne les récits des enquêtées. Lors de la Coordination, Anaëlle a effectué un véritable travail d'information auprès des salariés concernant le droit du travail et leurs droits de grèves. Certaines infirmières et aides-soignantes ignoraient qu'elles pouvaient se mettre en grève. « Il a donc fallu informer pour leur faire comprendre qu'elles pouvaient défendre leur droits. », m'a dit Anaëlle. Kheda considère aussi que l'objectif de son travail, en tant que déléguée syndicale, est d'informer les salariés sur leur droits et de les mobiliser. Les délégué.e.e.s se déplacent dans les services pour échanger avec le personnel. Clément privilégie en effet les actions sur les terrains : discussion, distribution de tracts, de pétition, publications, etc. L'action sur le terrain est également privilégiée par les délégués syndicaux de la CFDT de la clinique du Confluent de Nantes. Lors de l'annonce du rachat de la clinique par un groupe privée, les syndicalistes de la clinique se sont particulièrement mobilisés auprès des salariés. Des cahiers de doléances avaient été mis en place pour organiser les revendications. Ces cahiers de doléances ont recueilli plus de 120 revendications. Les délégués ont aussi procédé à un affichage dans les services pour communiquer avec le personnel. Ils se déplaçaient régulièrement dans les services pour échanger avec les salariés autour de leurs revendications. Ils ont également organisé des assemblées générales, pour assurer l'échange avec leur « base ». Cette notion de « base » est très importante pour les syndicalistes rencontrés au cours de l'enquête. Les délégué.e.s syndicats de FO du CHU d'Angers et ceux de la CFDT de la clinique du Confluent mettent un point d'honneur à « consulter leur base » avant de prendre des décisions. Ils effectuent un travail de mobilisation, d'information et d'échange avec le personnel de santé. En ce sens, les syndicats peuvent être considérés comme des instances de socialisation politique pour le personnel de santé. Néanmoins, leur rôle a des limites. Certaines enquêtées adoptent une vision assez critique des syndicats.

C – Déception militante

Bien que qu'il existe des processus de socialisation politique par le travail, ils ne concernent pas l'ensemble des enquêtées. Natacha et Tina ne semblent pas avoir été socialisées à l'engagement politique. Elles n'ont pas participé aux derniers mouvements de grève du secteur de la santé. Pourtant, au cours de leur trajectoire, elles ont pris part à des mouvements de grève. Tina s'est mobilisée contre un plan de restructuration du service de neurochirurgie, en se mettant en grève. Elle avait déjà connu un premier plan de restructuration dans le service de médecine viscérale où elle travaillait. Elle ne s'était pas mobilisée car elle ne sait pas ce que ce plan signifiait. La mobilisation contre le plan de restructuration en neurochirurgie est plus le fait d'une connaissance pratique des conséquences de ce plan, qu'un engagement politique comme celui de Clément, Fabien, Anaëlle et Nadine. Tina garde un souvenir amer de cette mobilisation. D'une part, elle a été réquisitionnée, et d'autre part la mobilisation n'a pas empêché la mise en œuvre de ce plan. Encore aujourd'hui, elle pense que la grève est un moyen peu efficace dans la mesure où le personnel hospitalier est quasi-systématiquement réquisitionné. Ce sentiment est partagé par Natacha. Natacha a connu un mouvement de mobilisation pour l'intégration de la prime aide-soignante dans le calcul de la retraite. Il s'agissait d'une mobilisation portée par les aides-soignantes. Durant ce mouvement de grève, elle a toujours été réquisitionnée. Pour elle, le mouvement actuel n'aboutira pas, car les syndicats n'ont pas la force d'imposer leurs revendications.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Euh oui, une fois dans ma carrière, mais je peux pas te dire, je crois que c'était en réa méd', ça devait être pour les aides-soignantes, une histoire de primes, on a notre salaire de base et une prime aide-soignante, mais elle est pas comptée pour notre retraite. Je pense que c'était une histoire comme ça.

Sarah : Et qu'est ce que tu penses des syndicats ?

Natacha : Et bien je suis pour, car ils sont là pour nous représenter et défendre nos droits mais on se rend bien compte, malheureusement que quand il y a quelque chose, ils sont tous présent, ils essayent de faire leur mieux, mais ils sont pas la force d'avant, ça pas l'impact que ça avait autrefois.

Sarah : Tu as pas l'impression que le mouvement actuel va donner quelque chose ?

Natacha : Non je ne pense pas, ça ne fait pas avancer les choses.

Ces deux récits témoignent d'un rapport distancié aux syndicats et d'une déception militante. L'attitude de ces deux enquêtées est aussi révélatrice du positionnement social des enquêtées. A l'inverse de Nadine et Kheda, Natacha et Tina sont plus proches du monde ouvrier. Tina est fille d'un ouvrier qualifié et est mariée avec un couvreur. Alors que Nadine et Kheda sont plus proches du groupe des infirmiers, qui est fortement impliqué sur la scène syndicale. Nadine est mariée avec un infirmier et Kheda va elle-même devenir infirmière. Ces oppositions se retrouvent dans la manière d'aborder les relations entre les aides-soignantes et les infirmières. Nadine et Kheda entretiennent de bonnes relations avec les infirmières de leur services. A l'inverse, Tina et Natacha ont évoqué de vives tensions avec les infirmières.

III – Les aides-soignantes et les mouvements sociaux : des rapports pluriels

Les aides-soignantes entretiennent des rapports complexes avec les mobilisations du secteur de la santé. Ces rapports tiennent à la fois à leur place dominée dans la division du travail médical, et aux relations qu'elles entretiennent avec les autres professionnels et les syndicats. Certaines de mes enquêtées ont participé à ces mouvements, mais cette enquête n'a pas montré l'existence d'un mouvement aide-soignant à l'image de la Coordination infirmière. Les aides-soignantes n'ont pas assez de poids pour faire entendre leur revendications. Selon Nadine, les aides-soignantes ne se sont « jamais » battues seules pour leurs revendications, car « elles n'ont pas assez de poids ». Leur place dans les mouvements est donc déterminé par les rapports qu'elles entretiennent avec les infirmières et les syndicats. Elle est aussi conditionnée par les modalités de la lutte. Les réticences à se rendre en manifestations, qui sont devenues de plus en plus violentes, interroge le rapport à la violence des enquêtées.

A – Les aides-soignantes : dans l'ombre des infirmières ?

A travers le récit de Natacha et Tina, se dessine un sentiment d'invisibilisation des aides-soignantes par rapport aux infirmières. Ces enquêtées ne sentent pas entendues dans le débat public. Pour elles, les mouvements sociaux du secteur de la santé mettent avant tout en avant les infirmières. La question des conditions de travail particulières des aides-soignantes est délaissée. Ce sentiment d'invisibilisation est très marqué chez Natacha. Selon elle, le métier d'aide-soignante n'est pas reconnu. Dans les médias, les infirmières semblent prendre beaucoup de place. C'est en tout cas le sentiment partagé par Tina et Natacha.

Extrait d'entretien avec Natacha

Natacha : Oui, alors c'est vrai que on entend souvent parler dans les rues des infirmières, des médecins, des sages-femmes mais on entend pas souvent parler des aides-soignantes. On est un peu en retrait dans tout ça, même s'il y en a dans le lot, on est souvent présentes, mais on n'entend pas souvent parler des aides-soignantes au journal télévisé, je sais pas...

Sarah : Tu as l'impression que ce métier est un peu délaissé dans le débat public ?

Natacha : Ah oui, oui, oui. [Accentué] Souvent aide-soignant, les gens savent pas trop, on est souvent confondus dans la masse, euh ménage, mais on est pas reconnu en tant que aide à la personne dans les soins quotidiens, toilette, aide aux repas.

Sarah : C'est vrai que quand j'ai fait des recherches sur les mouvements actuels, je suis tombée que sur des infirmières.

Natacha : Ouais, sages-femmes aussi, c'est vrai qu'elles ont raison aussi hein, tout ce corps de métier qui est dans le rue, quand ils manifestent, c'est qu'ils ont des souffrances aussi, mais on entend pas beaucoup parler des aides-soignantes.

L'amertume des aides-soignantes est aussi attestée par les propos d'Anaëlle. Au cours de l'entretien, elle a évoqué les difficiles relations entre les aides-soignantes et les infirmières lors du mouvement de la Coordination. Ce mouvement était fortement corporatiste, alors que les aides-soignantes voulaient aussi faire entendre leurs revendications. Elles ont créé une Coordination aide-soignante, mais celle-ci n'a pas été couronnée du même succès que la Coordination infirmières.

Ces mésententes sont liées aux difficiles relations de travail entre les deux groupes. Le rapport de domination des infirmières sur les aides-soignantes a des conséquences sur les relations aides-soignantes/infirmières dans les mouvements sociaux. Mais il faut nuancer cette affirmation. Les aides-soignantes plus proches socialement du groupe infirmier ont une vision différente des relations au sein du mouvement. Pour elles, les revendications des unes et des autres se rejoignent, il faut se battre ensemble car, comme me l'a dit Kheda, « l'union fait la force ». Leurs critiques se portent davantage sur les syndicats. La force de ces derniers est mise en question par l'ensemble des enquêtées aides-soignantes. Pour Nadine, « ils passent leur temps à se tirer dans les pattes » alors qu'ils devraient s'unir autour de revendications communes.

B – « J'ai peur d'y aller »

La participation des aides-soignants aux mobilisations du secteur de la santé semble être freinée par la violence de certaines manifestations. C'est particulièrement le cas à Nantes. Les manifestations y sont particulièrement violentes et les répressions plus fréquentes qu'ailleurs. Clément différencie en effet Angers et Nantes sur ce point. Angers n'a pas une tradition de lutte, à l'inverse de Nantes. Une

mobilisation du personnel hospitalier de la maternité du CHU de Nantes a été fortement réprimée. Les membres du personnel de la maternité avaient déposé un pré-avis de grève le 17 décembre 2019. Ils étaient prêts à sortir de la maternité pour partir en manifestation. Mais au moment de franchir les portes de la maternité, des CRS les ont confinés de force à l'intérieur et ont gazé la maternité. Le gaz a pénétré les chambres de la maternité. De ce fait, le personnel de santé et les bébés ont dû être évacués des chambres donnant sur la rue. Ce récit est celui de Nadine, vivement choquée et apeurée depuis cet événement. Elle a en effet « peur d'y retourner » et se demande si elle se rendra de nouveau en manifestation.

« Plein gaze !!! »



© Photo envoyée par Nadine.

La peur exprimée par Nadine est peut-être généralisable à l'ensemble du groupe des aides-soignantes. En effet, par ses caractéristiques socio-culturelles, elle est représentative de la population d'enquête. Issue d'un milieu ouvrier, elle détient un BEPSS et est employée par l'État, ce qui est le cas de nombreuses aides-soignantes. La violence des répressions policières est peut-être un frein pour une grande partie des aides-soignantes. Ce rapport à la violence s'explique peut-être par leur vision du monde. Elles ne caractérisent pas par une vision du monde antagonique, comme Clément et Fabien.

Leur manière de parler est plus douce et leur ethos se caractérise par une valorisation de la bienveillance et de la gentillesse. Leur manière d'être se différencie de celle des militants, qui n'ont pas exprimé de peur quant à la violence de certaines manifestations. Cette différence est peut-être liée au genre des enquêtées. Aucun des hommes n'a éprouvé de la peur à l'idée de se rendre en manifestation. Mais, Kheda n'en n'a pas exprimé non plus. Cette différence est alors peut-être plus liée à l'ancrage territoriale du mouvement.

C – L'amour pour les patients : un frein à la mobilisation ?

Outre la peur de se rendre en manifestation, d'autres « freins » restreignent l'investissement des aides-soignantes dans les mobilisations. Faire grève est peu ou pas considéré comme un moyen de lutte par mes enquêtées. D'une part, faire grève, c'est être réquisitionnée, ou c'est laisser ses collègues face à surcharge accrue de travail. Les propos de Natacha résument parfaitement le positionnement des enquêtées aides-soignantes. Natacha et Nadine sont en effet réticentes à se mettre en grève.

Extrait d'entretien avec Natacha

Sarah : D'accord, mais est-ce que tu trouves que c'est une bonne idée de se mettre en grève pour défendre vos droits ?

Natacha : Bah il faut défendre nos droits, oui c'est vrai. Mais en attendant, on est déjà pas nombre, donc le fait de partir dans la rue comme ça, il faut c'est vrai, mais il faut qu'il y en ait suffisamment sur le terrain et quand tout le monde part, souvent bah on est assigné. Il y en a qui sont assignés.

Le manque de personnel agit comme un frein à la grève pour les aides-soignantes, qui travaillent déjà en flux-tendu. La surcharge se traduit, chez Natacha, par une critique des personnes qui ont fait grève au cours de l'année 2019.

Natacha : Alors, oui. Comme là, cette année, on a fait beaucoup grève, donc il y a. Moi personnellement, je me suis pas mise en grève. Mais il y a en qui se sont mis en grève, mais quand on se met en grève, c'est pour aller défiler, pour défendre notre droit.

Et euh ces personnes là se sont mises en grève pour avoir une journée chez elles, et du coup c'était nous qui étions en difficulté dans les services.

Pour autant, l'ensemble des enquêté.e.s évoquent positivement le mouvement des urgences. Elles considèrent qu'il est important de défendre ses droits, et de réclamer plus de moyens pour l'hôpital. En bref, les aides-soignantes se caractérisent par un rapport ambivalent à la grève, tiraillées entre une charge de travail qui ne cesse d'augmenter, et une volonté de faire entendre leurs revendications.

Néanmoins certaines enquêtées entretiennent un rapport plus distancié aux mobilisations. Tina et Natacha n'ont pas de discours politique, contrairement à Kheda et Nadine. Cette différence de posture est liée à leur différence de capital culturel et militant. Kheda et Nadine, par leur discours sur les mouvements et leur implications sur la scène politique de leur établissements, sont plus proches des « militants », comme Clément et Fabien. A l'inverse, Tina et Kheda se caractérisent par une déception militante et une vision assez dépréciative des syndicats. Et elles évoquent surtout ce qu'elles connaissent : leur conditions de travail, le nombre de personnel dans leur service, etc. Rien n'a été dit sur les politiques de restriction budgétaires mises en place par la direction. Alors que Clément, Fabien, Nadine et Kheda ont évoqué les problèmes de financements de l'hôpital public.

Conclusion

Cette enquête a permis de porter un regard sociologique sur les aides-soignantes. Et plus largement sur leur rapport à l'action collective. Quatre aides-soignantes ont été interrogées sur leurs conditions de travail, sur leurs rapports à l'emploi et au travail, et sur la manière dont elles s'investissent ou non dans les mouvements sociaux de la santé. Peu d'aides-soignantes interrogées se caractérisent par un engagement militant ou syndical. A l'inverse, les enquêtées cultivent une certaine distance vis à vis des syndicats.

Toutes sont concernées par la dégradation du service public hospitalier. La dureté de leurs conditions de travail engendre chez elles colère et consternation. Cette consternation ne se traduit pas par un fort investissement dans les mouvements sociaux pour la quasi totalité des enquêtées aides-soignantes. Mais alors, comment expliquer la faiblesse de l'engagement militant des aides-soignantes, alors même qu'elles évoquent des conditions de travail dégradées et un rythme de travail intensif. Ces dernières entretiennent des rapports pluriels, différenciés et complexes à l'action collective. Certaines ont participé aux mouvements sociaux du secteur hospitaliers, en revendiquant une amélioration du fonctionnement des établissements de santé. D'autres au contraire cultivent une vision dépréciative de ces mouvements, déçues par des échecs passés. Ces divergences de point de vue s'expliquent par des effets de trajectoires et de socialisation politique. La faiblesse de l'engagement politique des aides-soignantes a rendu cette enquête difficile à mener. Il a fallu passer par des syndicalistes engagés pour rendre compte du mouvement initié par les grèves des urgences. Ces enquêtés ont un statut d'informateur. A l'inverse des enquêtées aides-soignantes, ce sont hommes qui ont connu un long parcours militant et qui ont participé aux mouvements de grève du secteur de la santé. Seule Kheda est une aide-soignante syndiquée et fortement active dans le mouvement social.

L'étude du rapport des aides-soignantes aux modalités de luttes et aux syndicats, est une piste intéressante pour comprendre cette relative absence. Elle permet d'interroger leurs représentations, les processus de socialisation et le système d'inter-relations qui définissent les aides-soignantes. Les aides-soignantes interrogées se caractérisent par une faible socialisation primaire à l'engagement politique. Cette donnée de leur environnement familial permet de mieux appréhender la distance qu'elles entretiennent avec l'action collective. Les syndicats sont l'objet de critiques assez virulentes, particulièrement sur leur présumé incapacité à faire entendre les revendications du personnel

hospitalier. Mais la question du rôle des syndicats auprès des aides-soignantes se complexifie, si l'on retient leur rôle auprès des salarié.e.s : informer, échanger et mobiliser. Les délégué.e.s syndicaux assurent la socialisation politique de certaines aides-soignantes. Cette socialisation politique par le travail explique l'engagement de deux enquêtées, mais elle ne suffit à rendre compte du rapport des aides-soignantes à l'action collective.

Les relations inter-professionnelles jouent également un rôle. Il s'agit plus particulièrement des relations entre les aides-soignantes et les infirmières. Les aides-soignantes les plus éloignées de ce groupe sont celles les plus désengagées du mouvement. A l'inverse, les aides-soignantes qui entretiennent des relations privilégiées avec les infirmières sont investies dans le mouvement. Elles considèrent les infirmières comme des alliées, avec qui elles partagent des revendications communes. La proximité avec le groupe social des infirmières est un élément influant sur l'engagement politique. Les infirmières sont en effet fortement mobilisées et présentes sur la scène syndicale. La bonne entente avec ces dernières participe à redoubler l'action des syndicats, en socialisant les aides-soignantes à l'action politique.

La dégradation des conditions de travail dans le milieu hospitalier explique en partie les tensions entre les aides-soignantes et les infirmières. Les personnels de santé se caractérisent par une érosion des solidarités inter-professionnelles. La surcharge de travail, et l'intensification du rythme de travail engendrent un ensemble de tensions et de conflits. La perte de solidarité parmi le personnel hospitalier va peut-être s'accélérer. En effet, la mutualisation du personnel d'entretien sur plusieurs services, du bâtiment Larrey d CHU d'Angers, rendra difficile l'intégration d'un personnel déjà fortement invisibilisé. Cette donnée sur les ASH pourrait parfaitement concerner les aides-soignantes, si les politiques publiques visant à réduire la masse salariale se poursuivent.

Les aides-soignantes occupent une place assez marginale dans les mouvements sociaux du secteur. La faiblesse de leur socialisation politique, leur position dominée au sein de l'institution hospitalière, les conflits et les tensions inter-professionnelles et la distance qu'elles adoptent avec les syndicats sont donc quatre éléments influant sur l'investissement politique et syndical des aides-soignantes. La socialisation à l'engagement est un élément particulièrement discriminant chez les enquêté.e.s. L'intériorisation d'un rapport au monde antagonique explique la ferveur militante des syndicalistes. Cette ferveur est surtout une affaire d'hommes et détermine un rapport particulier à

l'action collective : le ton est plus dur et l'envie d'imposer des changements politiques par la force est présente.

L'inscription territoriale du mouvement est aussi un élément à prendre à compte. Le lieu de vie est un vecteur d'idéologies, de représentations politiques et de normes. Être né dans une ville marquée par un passé ouvrier et militant façonne l'identité du militant. Or, aucune aides-soignantes enquêtées n'a grandi dans une ville fortement structurée par des mouvements ouvriers. Cette absence recoupe la faiblesse de la socialisation politique familiale.

Les conditions de possibilités d'un engagement politique des aides-soignantes ne sont pas déterminées par des arguments ou des connaissances politiques. Pour évoquer les mouvements sociaux, les aides-soignantes mobilisent un ensemble de normes, de valeurs et de représentations qui sortent du cadre du travail hospitalier. Elles évoquent toutes la nécessité d'avoir un service public de qualité pour elles-mêmes et les patients, et partagent la conscience d'exercer un métier dévalorisé – symboliquement et matériellement – dans des conditions de travail dégradées. Or ces éléments ne suffisent pas à engendrer chez les enquêtées un investissement militant ou syndical. La socialisation politique et les proximités avec les infirmières sont des facteurs qui expliquent l'engagement dans les mobilisations.

Le rapport aux modalités de luttes et la nature des relations inter-professionnelles sont en revanche liés aux caractéristiques sociales des enquêtées. La position relativement marginalisée des aides-soignantes dans les mouvements sociaux renvoie à une position de dominée, occupée à la fois dans l'espace social et dans la division du travail médical.

Cette enquête a aussi mis en avant l'investissement, même limité, de deux aides-soignantes. Ces dernières se caractérisent par une proximité avec le groupe des infirmières et se sont progressivement socialisées à l'engagement politique sur leurs lieux de travail. Elles sont particulièrement mobilisées depuis le début du mouvement porté par les urgences. Cette mobilisation s'est intensifiée et a permis d'obtenir des postes et des lits supplémentaires dans certains services. Le personnel hospitalier demeure insatisfait, même si, lors du confinement, certains syndicats avaient cessé les journées de grève. Depuis le déconfinement, le mouvement se poursuit en portant les mêmes revendications

qu'auparavant : augmentations des effectifs et des salaires. La journée du 16 juin a rassemblé les syndicats FO, CGT, CFDT et sud solidaire à Angers pour une manifestation à laquelle j'ai participé. Les revendications portées lors de ces journées de grève de manifestation s'accompagnent de nouvelles colères : celles liées à la gestion de la crise de la Covid-19. Des personnels ont été infectés et le manque de protection a exaspéré l'ensemble du personnel de santé. Ces dysfonctionnements sont considérés par les syndicats comme une conséquence directe des politiques d'austérité. En effet, pour les enquêtées, tout cela est lié aux mêmes politiques de restriction budgétaires qui sont responsables de la dégradation des conditions de travail. La journée du 16 juin a été une manière de réunir ces revendications sous une même exigence : des moyens financiers et humains pour les établissements de santé. Il est difficile de savoir si le personnel hospitalier obtiendra pleinement satisfaction sur l'ensemble de ses revendications. Mais, l'après Covid-19 marquera une nouvelle étape pour le mouvement. Il sera en effet intéressant de voir si l'exaspération liée à la gestion de la Covid-19 ne donnera pas un second souffle à un mouvement qui dure depuis déjà plus d'un an.

Enfin, cette enquête a permis de comprendre les rapports que les aides-soignantes entretenaient avec leur emploi et leur travail. Avoir obtenu un emploi stable est fortement valorisé chez les enquêtées. A l'inverse les rapports au travail moins heureux. Le domaine de la vieillesse, associé à des conditions de travail dégradé et un travail déshumanisé, agit comme une figure repoussoir. Mais, les soins techniques sont largement valorisés par les enquêtées, alors même qu'ils représentent une infime partie de leur travail. Ces rapports ambivalents à leur s'expliquent par la trajectoire sociale des enquêtées, et plus particulièrement les établissements dans lesquelles elles ont travaillé.

Bibliographie

- Angeloff, Tania, (2008), « Emplois de service : nouvelle domesticité ou gisement d'emplois ? », *Idées économiques et sociales*, n°153, pp. 20-27.
- Anne-Marie, Arborio, (2001), *Un personnel invisible à l'hôpital : Les aides-soignantes à l'hôpital*, Sociologiques, Paris : Anthropos.
- Arborio, Anne-Marie, (1996), « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèse, Sciences sociales et histoire*, pp. 87-106.
- Arborio, Anne-Marie (2016), « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante », *Revue française des affaires sociales*, vol 3, pp. 241-262.
- Claudine Attias-Donfut, Nicole Lapierre, Martine Segalen, (2002), *Le nouvel esprit de famille*, Paris : O.Jacob.
- Christelle, Avril, (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Corps, santé, société, Paris : La découverte.
- Bourdieu, Pierre, (1982), « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°43, pp. 58-63.
- Pierre, Bourdieu, (1998), *La domination masculine*, Liber. Paris : Seuil.
- Cartier, Marie, (2005), « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Beckerk and Gold », *Le mouvement social*, n°211, pp. 37-49.
- Marie, Cartier, Delphine, Serre et Christelle, Avril, (2010), *Enquêter sur le travail. Concept, méthodes, récits*, Grands repères, Paris : La découverte.
- Damien, Carraz (2010), *Les ordres militaires et hospitaliers: une «nouvelle religion»*, in : Marie-Madeleine de Cevins et Matz Jean-Michel (dir.), *Structures et dynamiques religieuses dans les sociétés de l'Occident latin (1179-1449)*, Presse universitaire de Rennes, pp. 177-191.
- Patrick, Champagne et Olivier Christian, (2004), *Les mouvements d'une pensée, Pierre Bourdieu*, Philosophie présente, Paris : Bordas.
- Alain, Chenu, (2005), *Sociologie des employés*. Repères, Paris: La Découverte.
- Clausse, Lise, (2006), « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », *Le bas de l'échelle*, pp 67-70.

Darbus Fanny et Caveng Rémy, (2017), « Cachez ces faits que je ne saurais voir ! Les affects, le visible et le dicible dans l'enquête en sciences sociales », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol 11, n°4, pp. 511-520.

Dares, Synthèse.Stat n°19, Portraits statistiques des métiers, 1982-2014, Aides-soignants.

Dares, Synthèse.Stat n°19, Portraits statistiques des métiers, 1982-2014, Infirmiers, sages-femmes.

« La syndicalisation en France - Ministère du Travail », DARES, Analyses, 12/05/2016.

Darmon, Muriel et Bargon, Lucie, (2017), « Socialisation politique : Moments, instances, processus et définitions du politique », Hal, [En ligne].

Alain, Demurger, (2002), *Chevaliers du Christ. Les ordres religieux-militaires au Moyen Âge, XIe-XVIIe siècles*, Paris : Seuil.

Diebolt, Evelyne, (2013), « Prémices de la profession infirmière : de la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVII^e - XVIII^e siècle en France », *Recherche en soins infirmiers*, vol 2, n°113, pp. 6-18.

Dinet-Lecomte, Marie-Claude, (1994), « Les religieuses hospitalières dans la France moderne : une même vocation dans une multitude d'instituts », *Revue d'histoire de l'Église de France*, pp. 195-216.

Divay, Sophie, (2010), « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, pp. 87-109.

DREES, Les professionnels de santé en établissements de santé, 2014.

Dussuet, Annie, (2005), « Dire l'amour, taire le travail. Sous l'amour, le travail... », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol 24, pp. 86-95.

Dussuet, Annie, (2019), « Travailleur.euses du care », In, Bureau, Corsanie, Giraud et Rey, (dir), *Les zones grises des relations de travail et d'emploi, Dictionnaire sociologique*, Buenos Aires, TeseoPress. [En ligne]

Dussuet, Annie, Nirello, Laura, Puissant, Emmanuelle, (2017), « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, n° 91-92, pp. 185 -211.

Dussuet Annie, (2011), « Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile », *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, n° 2, pp. 102-127.

M, Estryn-behar et J.P, Fouillot, (1990), Etudes de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins, *Documents pour le médecin du travail*, n°1, pp. 27- 33.

Eliot, Freidson (1984), *La Profession médicale*. Médecine et sociétés, Paris : Payot.

Madeleine, Guilbert, (1966), *Les fonctions des femmes dans l'industrie*, Paris : Mouton & Co.

Everett, Huges, (1962), Good people and dirty work, *Social problems*, vol 10, n°1, pp 3-11.

Hochschild, (2003), 3Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale3, *Travailler*, vol 9, n°1, pp. 19-49.

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent, (2019), *Le casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris : Raisons d'Agir.

Kergoat, Danièle, (2011), « Comprendre les rapports sociaux », *Raison présente*, n°178, pp. 11-21.

Karel Yon, (2005), « Modes de sociabilité et entretien de l'habitus militant. Militer en bandes à l'AJS-OCI », *Politix*, n° 70, pp. 137-167.

Laufer, Jacqueline, Catherine Marry, Margaret Maruani, Philippe Alonzo, et Centre national de la recherche scientifique (France), éd. *Le travail du genre: les sciences sociales du travail à l'épreuve des différences de sexe*, « Recherches », Paris: La Découverte/MAGE, 2003.

Le Feuvre Nicky, Benelli Nathalie, et Rey, Séverine, (2012), « Relationnels : les métiers de service ? », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 31, pp. 4-12.

Lewis, Jane, Daly, Mary, (2003), « The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states », *The British journal of sociology*, vol 51, n°2, pp. 281-286.

Pierre, Naville, (1956), *Essai sur la qualification du travail*. Recherches de sociologie du travail. Paris: M. Rivière.

Jean, Peneff, (1992), *L'hôpital en urgence : Etude par observation*, Leçons de choses, Paris : Métaillé.

Sainsaulieu, Ivan, (2008), « Le syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Les Tribunes de la santé*, n° 18, pp. 83-94.

Martine, Schachtel et Alain, Rebours, (1989), *Ras la seringue : histoire d'un mouvement 1989*, Lamarre-Poinat.

Terrail, Jean-Pierre, (1992), « Réussite scolaire : la mobilisation des filles », *Sociétés contemporaines*, n°11-12, pp. 53-89.

Sylvie Tissot et Pierre Tévanian, (2010 Octobre), « Les mots sont importants. 2000-2010 », Les livres du mois, *Le monde diplomatique*. pp. 29. [En ligne]

Véga, Anne, (1997), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol 15, n°3, pp. 103-132.

Introduction

Chapitre I – Présentation des données de l’enquête	p 1
I – L’enquête	p 11
A. Le protocole méthodologique	p 11
B. Grille d’entretien	p 12
II – Les lieux	p 16
III – Les enquêtés	p 23
Chapitre II – L’institution hospitalière	p 27
I – Une histoire de bonnes femmes	p 28
A. Des organisations religieuses	p 29
B. Un monde au féminin	p 30
C « Ni bonnes, ni connes, ni nonnes »	p 32
II – La catégorie de l’aide-soignante	p 34
A. Un outil de reclassement	p 34
B. Les années 70 : un nouvel enjeu, la formation initiale	p 35
C. Une formation, trois enjeux	p 36
III – La division du travail hospitalier	p 39
A. Un monde complexe et hiérarchisé	p 39
1 – Un monde clos	p 39
2 – Un ensemble de signes qui ne trompent pas	p 39
3 – Rites d’institution	p 40
4 – Les stages : une première socialisation	p 41
B. Chacun son boulot	p 42
1 – La division du travail dans une maternité	p 43
2 – La division du travail dans un service de neurologie	p 44
3 La division du travail aux urgences	p 46
C. Ethnographie des rapports sociaux en milieu hospitalier	p 48
1 – Un ensemble complexe de relations sociales	p 48

2 – Les infirmières et les aides-soignantes : entre travail d'équipe et mépris	p 49
3 – Pas tous logé à la même enseigne	p 50

Chapitre III - Les aides-soignantes au travail **p 53**

I – Les conditions de travail	p 54
1 – Travailler dans un hôpital public	p 54
2 – Des horaires atypiques	p 57
3 – La pause déjeuner : un temps pour les autres	p 57
4 – Les pénibilités physiques	p 58
5 – Charge émotionnelle	p 59
II – Emplois et travail : des rapports pluriels	p 61
1 – Des trajectoires heureuses	p 61
2 – La vieillesse : une figure repoussoir	p 63
3 – « La technique, j'adore ça »	p 64
4 – Un métier relationnel ?	p 65
5 – Un « style de féminité » particulier	p 70
III – La Covid-19	p 72
1 – Une réorganisation du travail	p 72
2 - « On manquait déjà de tout, maintenant c'est pire »	p 73
3 – Le manque de protection	p 74
4 – Les soignants dans les médias : des héros sur le front	p 74

Chapitre VI – Les mouvements sociaux du secteur de la santé **p 78**

I – Les raisons de la colère	p 79
1 – Le manque de personnel	p 81
2 – La politique de suppression des lits	p 84
3 – Les salaires	p 84
II – Ethnographie des processus de socialisation politique	p 86
A. Le militant	p 86
B. Socialisation politique par le travail	p 88
C. Déception militante	p 90

III – Les aides-soignantes et les mouvements sociaux : des rapports pluriels	p 92
A. Les aides-soignantes dans l’ombre des infirmières ?	p 92
B. « J’ai peur d’y aller »	p 93
C. L’amour pour les patients : un frein à la mobilisation ?	p 95
Conclusion	p 97
Bibliographie	p 101
Tables des matières	p 105