

Aides-soignantes et autres funambules du soin

Entre nécessités
et arts de faire

Sous la direction de
Annick Anchisi
Éric Gagnon



Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

éesp école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud



Collection

Sociétés, cultures et santé

Collection dirigée par Francine Saillant

Cette collection propose des ouvrages portant sur divers thèmes associés au large domaine de la santé, en mettant en valeur les apports des sciences sociales, en particulier de l'anthropologie, de la sociologie, de l'histoire et des sciences politiques. L'histoire et la transformation des systèmes de santé au Québec et en Occident et leurs enjeux, les systèmes de médecine traditionnelle, les mouvements sociaux et des droits des usagers, les professionnels, les questions éthiques et politiques, les problèmes particuliers des pays du Tiers-Monde sont autant de questions sur lesquelles cette collection s'ouvrira. Notre souhait est de permettre la compréhension des expériences individuelles et collectives liées à la santé et à la maladie, les cadres de gestion offerts aux populations aussi bien que les modèles de soins et d'accompagnement qui rejoignent les individus, tout cela dans leurs particularités et leur diversité.

AIDES-SOIGNANTES ET AUTRES FUNAMBULES DU SOIN

.....

Entre nécessités et arts de faire

AIDES-SOIGNANTES ET AUTRES FUNAMBULES DU SOIN

.....
Entre nécessités et arts de faire

Sous la direction de
ANNICK ANCHISI
ÉRIC GAGNON

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud



**Presses de
l'Université Laval**

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada



Maquette de couverture : Laurie Patry

Mise en page : Diane Trottier

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.

Dépôt légal 4^e trimestre 2017

ISBN 978-2-7637-3528-3

PDF: 9782763735290

Les Presses de l'Université Laval

www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

| | |
|--------------------------|----|
| Préface | XI |
|--------------------------|----|

Anne-Marie Arborio

INTRODUCTION GÉNÉRALE

| | |
|--|---|
| Entre nécessités et arts de faire | 1 |
|--|---|

Annick Anchisi et Éric Gagnon

| | |
|--|---|
| 1. Soigner sous contraintes | 2 |
| 2. Arts de faire | 3 |
| 3. Solitude des soignants et collectifs de travail | 5 |

PREMIÈRE PARTIE

SOIGNER SOUS CONTRAINTES

CHAPITRE UN

| | |
|---|----|
| Plus invisibles que les invisibles : ASH en maison de retraite | 11 |
|---|----|

Iris Loffeier

| | |
|---|----|
| 1. La réalité du travail | 12 |
| 1.1 Le travail dans sa dimension pragmatique | 13 |
| 1.1.1 Cadences industrielles | 14 |
| 1.1.2 Répétitivité des gestes | 16 |
| 1.2 La dimension politique de l'emploi | 17 |
| 1.2.1 La maison de retraite, faute de mieux | 18 |
| 1.2.2 « Être une merde » | 19 |
| 1.2.3 « Être là pour eux », une fonction sociale valorisée | 22 |
| 2. Tout en bas de l'échelle | 23 |
| 2.1 Subordination des pratiques « des pieds » et « des mains » | 24 |
| 2.2 Savoirs et structuration sociale | 25 |
| 2.2.1 Madame Navarro et la domesticité des « fonctions hôtelières » | 26 |
| 2.2.2 Nettoyer sans laisser de traces... mémorielles | 28 |
| Conclusion | 29 |

CHAPITRE DEUX

Se gouverner : la hiérarchie interne des aides-soignantes gériatriques 33*Fanny Dubois et Guy Lebeer*

- | | |
|---|----|
| 1. Répartir les tâches sur la base de la symbolique des dégoûts | 35 |
| 2. Le contrôle des émotions ou la bonne distance psychologique | 37 |
| 2.1 La désaffection raisonnable | 38 |
| 2.2 «L'exigence empathique» | 41 |
| 3. La question éthique | 44 |
| Conclusion | 47 |

CHAPITRE TROIS

Les mains, le cœur, la tête ou le difficile exercice du métier d'auxiliaire polyvalente 51*Annick Anchisi*

- | | |
|---|----|
| 1. L'aide et les soins à domicile | 52 |
| 1.1 Le contexte de l'étude | 53 |
| 1.2 Le corpus de l'étude | 55 |
| 2. Des référentes aux auxiliaires polyvalentes | 56 |
| 2.1 Les auxiliaires polyvalentes définies par les référentes | 58 |
| 2.2. Ce qu'en pensent les premières concernées | 61 |
| 3. Les référentes et les auxiliaires polyvalentes: des destins liés aux autonomies contraires | 63 |

DEUXIÈME PARTIE**ARTS DE FAIRE**

CHAPITRE QUATRE

Intégrer une organisation gériatrique comme préposées aux bénéficiaires au Québec: un processus de redéfinition de l'éthique du prendre soin ? 71*François Aubry et Yves Couturier*

- | | |
|--|----|
| 1. Méthodologie | 73 |
| 2. L'expérience de la discontinuité entre formation théorique et stage | 75 |
| 3. L'expérience de la discontinuité entre formation et travail dans l'organisation | 78 |
| 4. La transmission de stratégies de régulation du temps: le rôle du collectif de travail | 81 |
| 5. L'activité empêchée comme genèse de la souffrance éthique | 84 |
| Conclusion | 86 |

CHAPITRE CINQ

Contribution des auxiliaires de soin et d'animation à un ordre négocié : adoucir l'entrée en maison de retraite médicalisée, faciliter l'incorporation. 89*Murielle Pott*

| | |
|---|-----|
| 1. L'ordre négocié: la vie communautaire obligatoire | 91 |
| 2. Engagement(s) des auxiliaires de soins et d'animation dans l'ordre négocié. 92 | |
| 2.1 Adoucir la rupture de l'entrée | 92 |
| 2.2 Donner du temps, faire jaillir la vie | 94 |
| 2.3 Faire participer | 96 |
| 3. L'adaptation en train de se faire | 98 |
| Conclusion | 103 |

CHAPITRE SIX

Fluidifier les parcours, rechercher le consentement : un travail de composition pour les professionnels de la gérontopsychiatrie 105*Lucie Lechevalier Hurard et Pierre Vidal-Naquet*

| | |
|--|-----|
| 1. Assurer une présence soignante, même à distance | 110 |
| 2. Mobiliser le levier de l'entourage | 113 |
| 2.1 Soutenir le consentement de la personne | 113 |
| 2.2 Trouver le bon appariement pour garantir un réseau de vigilance. | 114 |
| 3. Forcer la décision sans rompre le lien. | 116 |
| Conclusion | 120 |

TROISIÈME PARTIE**SOLITUDE DES SOIGNANTS ET COLLECTIFS DE TRAVAIL**

CHAPITRE SEPT

L'élaboration de la situation de la personne malade comme travail de soin . 127*Florent Schepens*

| | |
|--|-----|
| 1. La violence du soin | 129 |
| 1.1 La nécessité du regard pluridisciplinaire | 131 |
| 1.2 Participer pour pouvoir travailler. | 134 |
| 2. Travail émotionnel | 135 |
| 2.1 Transformer l'identité des patients pour transformer le sens du soin | 135 |
| 2.2 Le collectif comme ressource pour maintenir le sens du soin | 138 |
| Conclusion | 141 |

CHAPITRE HUIT

Émotions, organisation et fin de vie. Le travail des aides-soignantes et des infirmières de soins palliatifs 145*Michel Castra*

1. Implication relationnelle et accompagnement des malades en fin de vie 147
 2. Une régulation des émotions qui mobilisent l'organisation et les collectifs de travail 151
 - 2.1 Médiation du collectif et partage social des émotions 152
 - 2.2 Émotions, routines relationnelles et compétences de service 156
 3. Un cadre d'interprétation : répertoire émotionnel et travail sur les émotions 158
- Conclusion 160

CHAPITRE NEUF

La participation des préposés aux bénéficiaires : un défi individuel, collectif et organisationnel à relever 163*Nathalie Jauvin (avec la collaboration d'Émilie Allaire)*

1. Être préposé aux bénéficiaires : le travail et ses défis, un bilan de la littérature 164
 - 1.1 Des conditions d'exercice de travail de plus en plus lourdes 164
 - 1.2 Des effets sur la santé 165
 - 1.3 Des facteurs de protection reconnus : l'entraide et la solidarité. 166
2. Au cœur de la réalité des préposés aux bénéficiaires québécois : l'enjeu de la participation 167
3. Remettre la participation au cœur du débat : prendre sa place pour faire la différence, ensemble 171

CONCLUSION

Comprendre le travail de soins 181*Éric Gagnon*

1. Penser les soins dans leurs multiples dimensions 182
2. L'expression de la souffrance et la formulation des dilemmes moraux 185
3. L'évaluation et la gestion des pratiques 190

Les auteur.e.s 197

Préface

Anne-Marie Arborio

Les infirmières ont été comparées à des « jongleuses » en blouse blanche (Bouffartigue, Bouteiller, 2007) du fait des contraintes temporelles fortes qu'elles supportent, et des compétences spécifiques qu'elles développent pour gérer en même temps les exigences de la continuité des soins et celle de la vie de famille. Le terme ne saurait leur être exclusif, les conditions auxquelles il renvoie étant le fait d'un ensemble plus vaste de personnels, toujours largement féminins, des établissements de soins, parmi lesquels les aides-soignantes. Regroupant les aides-soignantes et les métiers voisins sous le label de « funambules du soin », les auteurs du présent ouvrage reprennent la comparaison avec un métier du cirque. Ce n'est certes pas en raison de leur caractère spectaculaire, s'agissant de métiers dont on a déjà assez dit qu'ils sont peu regardés. Dans la thèse de sociologie que j'ai consacrée aux aides-soignantes et soutenue il y a maintenant plus de vingt ans, je parlais en effet du constat d'un paradoxe entre l'importance, ne serait-ce qu'en matière d'effectifs, de ce personnel des hôpitaux et de leur relative méconnaissance, pour le mettre en avant dans le titre de l'ouvrage qui s'en est suivi : *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital* (Arborio, 2001, 2012). Le choix de ce titre pouvait paraître paradoxal : les aides-soignantes pouvaient-elles être considérées comme invisibles dès lors qu'un livre leur était consacré ? Ce titre ne contenait-il pas sa propre péremption ? À lui seul, un ouvrage ne pouvait cependant suffire à compenser la « sur-visibilité » d'autres groupes professionnels qui contribue à l'effacement des aides-soignantes. L'essentiel du travail de soins à l'hôpital reste associé à des figures comme le médecin ou l'infirmière qui cumulent tous les attributs de la visibilité : par l'efficacité prêtée à leur intervention, par la technicité de leurs actes, autant que par leur investissement de l'espace public ou médiatique (Arborio, 2016). Cette première recherche ne se donnait d'ailleurs pas cet objectif

de compensation puisqu'il s'agissait d'abord de comprendre les parcours biographiques de celles et de ceux qui croisaient à un moment de leur vie l'institution hospitalière pour y exercer sous le titre d'aide-soignante, d'emblée après une courte formation, ou bien après une expérience professionnelle plus ou moins longue en tant qu'agent de service hospitalier. Certes, il avait été nécessaire, pour comprendre ces parcours, de produire des éléments de contexte comme l'histoire de la catégorie, ou bien d'analyser les enjeux de la division du travail au quotidien par l'observation directe des pratiques de travail, mais les pratiques de travail n'y apparaissaient pas dans toute leur diversité et de nombreuses questions restaient à poser.

Heureusement, un ensemble de recherches en sciences sociales menées depuis éclairent ces situations de travail particulières, comme celles des aides-soignantes en maison de retraite (Causse, 2006) ou en anesthésie (Bourrier, 2009) ; elles abordent aussi de nouvelles questions comme celle des modes de transmission des savoirs et des compétences (Aubry, 2012). En réunissant des auteurs divers, des ouvrages collectifs ont pu montrer la vivacité des recherches dans différents pays (Aubry, Couturier, 2014) et comparer des pratiques de travail proches, exercées sous différents labels, dans différents contextes institutionnels et dans différentes conditions d'emploi (Gautié, Schmitt, 2008). Les aides-soignantes prennent aussi aujourd'hui davantage de place dans des recherches qui portent plus largement sur le monde des soignants, qu'il s'agisse, par exemple, de comprendre les spécificités du travail dans un hôpital local (Divay, 2013), de mettre en avant les effets de l'action publique à l'hôpital au travers de la réorganisation du travail en journées de 12 heures qui concerne à la fois les infirmières et les aides-soignantes (Vincent, 2014) ou d'étudier l'usage des gants, communs à différents soignants, pour une analyse sociologique du dégoût (Memmi, Raveneau, Taïeb, 2016, p. 163-168). Au-delà de l'univers des sciences sociales, des aides-soignantes apparaissent aussi dans des documentaires, quelques autres, plus rares, prennent parfois la parole pour diffuser leurs témoignages dans des ouvrages et d'autres, plus nombreuses, alimentent les forums dédiés au métier sur Internet¹, voire tiennent eux-mêmes un blog², offrant ainsi de nouveaux matériaux pour la

1. Voir le site aide-soignant.com.

2. Tel que Rod sur <http://aidesoignant2.canalblog.com/>, qui a par ailleurs témoigné sur raconterlavie.fr.

sociologie (Pasquier, Havard-Duclos, 2017). Le terme même d'invisibilité paraît aussi désormais moins approprié si l'on prend le point de vue du patient ou du bénéficiaire de soins : j'avais relevé, lors de mon enquête de terrain, la difficulté des malades à identifier l'aide-soignante *en tant qu'aide-soignante* parmi l'ensemble des personnes qui agissent autour de lui ou sur lui à l'hôpital, mais, dans certaines circonstances, l'identification se fait et la reconnaissance est certaine.

L'ouvrage présenté par Annick Anchisi et Éric Gagnon est en fait consacré à un ensemble plus large que les seules aides-soignantes, ne serait-ce qu'en raison de la diversité des contextes nationaux des terrains (France, Suisse, Belgique, Canada) dans lesquels ont investigué les différents auteurs. Le nom d'aide-soignante n'y a pas toujours cours, comme au Québec où l'on parle de « préposés aux bénéficiaires ». La comparaison internationale des manières dont s'est développée la division du travail autour du malade, dont elle a donné lieu à l'invention de métiers aux appellations et aux contours variés, et dont jouent les contextes politiques et institutionnels (Gautié, Schmitt, 2008) est toujours intéressante. Elle souligne ces enjeux de contexte qui sont autant de constructions sociales à historiciser contre la tentation d'une lecture naturalisante et fonctionnaliste. La comparaison internationale systématique n'est cependant pas l'objectif de l'ouvrage publié ici et les métiers considérés débordent même les équivalents habituels de l'aide-soignante tels que les préposés aux bénéficiaires. Il sera question ici d'« agent.e.s de service hospitaliers », d'« auxiliaires de soins et d'animation », ou d'« auxiliaires de santé » ou d'« auxiliaires polyvalentes », d'« assistant.e.s en soins et santé communautaires »... Les analyses proposées tiennent parfois ensemble ces métiers les moins qualifiés avec celui d'infirmière ou d'autres paramédicaux, pour s'intéresser plus largement aux « soignantes ». Certaines pratiques de travail et certaines difficultés d'exercice leur sont en effet communes. Et ce sont justement les pratiques qui sont au cœur de cet ouvrage. Ainsi, il sera bien sûr question des tâches habituellement associées à ces métiers telles que celles qui relèvent des fonctions hôtelières, de l'accompagnement quotidien de malades dans leurs gestes quotidiens comme manger, se laver, etc., mais aussi d'autres tâches tout aussi diverses que prodiguer des gestes d'affection, mettre des bas de contention, remplir des dossiers de soins, organiser des activités festives... Ces gestes, pour la plupart, visent le malade, le patient, le bénéficiaire ou le résident.

Quel que soit le terme, il renvoie à ce « public » dont le regard donne du sens aux métiers de spectacle auxquels sont comparées ici les soignantes.

Les publics des pratiques de ces soignantes sont ici assez spécifiques. Aucun chapitre ne nous donne accès aux unités de soins aigus, pas plus qu'aux services d'urgence surinvestis par les médias. Les contributions envisagent les pratiques de soins en maison de retraite, dans des services de gérontologie psychiatriques, dans des organisations de soins de longue durée, dans des établissements médico-sociaux, dans des unités de soins palliatifs et même à domicile. Les patients sont le plus souvent âgés, mais pas toujours ; ils souffrent aussi de maux chroniques et n'ont pas vraiment d'horizon de « guérison », voire sont en fin de vie. L'hôpital, avec ses services de pointe, ses interventions techniques lourdes, ses spécialisations, la rotation parfois rapide de ses malades, semble loin... Il est pourtant implicitement là, parce qu'il est l'institution-clé qui fournit le modèle de référence, comme le dit ici Muriel Pott, même s'il s'agit parfois de s'en distinguer comme c'est le cas pour les soignantes en soins palliatifs, étudiées par Florent Schepens ou Michel Castra. Il faut dire que, même si l'ouvrage n'est pas centré sur les trajectoires des professionnelles du soin, celles-ci ont sans doute croisé l'hôpital à un moment ou à un autre de leur carrière, ne serait-ce que parce que c'est le lieu de formation par apprentissage de la plupart du personnel de santé. Les secteurs considérés ici ne sont pas à l'abri des réformes gestionnaires qui accélèrent le temps dans les hôpitaux. S'y ajoutent des besoins de main-d'œuvre grandissants, par exemple en gériatrie, qui ne sont pas toujours faciles à pourvoir du fait de la difficulté des tâches. En vue de valoriser ces métiers, une nouvelle fonction est apparue en France avec le plan Alzheimer 2008-2012 : celle d'assistant de soins en gérontologie, ouverte aux aides-soignantes et aux aides-méxico-psychologiques. La formation de 140 heures associée met en avant la spécificité des compétences nécessaires dans ce domaine³, mais leur faible rémunération, par une prime de 90 euros

3. Les indicateurs de suivi du Plan Alzheimer publiés montrent que les objectifs n'ont pas été atteints : pour les professionnels formés à la maladie (ASG, psychomotriciens, ergothérapeutes), l'objectif de 8 000 avait été fixé (dont 4 000 assistants de soins en gérontologie), mais seuls 2754 avaient été formés en 2011. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur3-4_pqe_invalidite.pdf.

bruts mensuels⁴, ne permet pas de considérer cette fonction comme une réelle perspective de carrière pour les aides-soignantes ni de relever l'attrait pour l'exercice de « funambule du soin ».

La métaphore du funambule est bien sûr particulièrement bien adaptée à ces métiers historiquement nés entre deux autres, entre l'agent sans qualification chargé du nettoyage et l'infirmière, technicienne du soin et dont la définition est restée longtemps assez floue (Arborio, 2012). Mais funambule, comme d'autres métiers du cirque, c'est peut-être surtout un métier où l'on prend des risques et les contributions laissent voir ici un ensemble de risques associés à l'exercice des métiers du soin. Les épreuves y sont d'abord morales ou psychologiques. Elles tiennent moins au côtoiement de la souffrance ou de la mort, qu'aux difficultés ou aux « empêchements » d'y faire face, de faire « bien » son travail, notamment du fait des contraintes organisationnelles. Il faudrait y ajouter d'autres risques, plus physiques, pour les membres du personnel, qui manipulent des charges lourdes, dans des positions inconfortables. Comme dans le métier de funambule, dans le travail auprès de personnes âgées, de mourants ou de malades chroniques, le corps prend des risques, il est engagé. Le corps est aux prises avec le corps de l'autre. Il met en œuvre tous ses sens et l'odorat, en particulier, est évoqué ici à plusieurs reprises. Ces métiers sont physiques, les tâches lourdes ne sont pas épargnées aux femmes. On relève d'ailleurs dans le dernier bilan annuel de la branche accident du travail/maladie professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (France) que la légère augmentation du taux d'accidents du travail en 2015 par rapport à 2014, après des décennies de baisse continue, tient aux accidents dans le secteur des services à la personne dont la fréquence moyenne d'accidents dépasse maintenant celle du secteur bâtiment et travaux publics (BTP)⁵. Ce même secteur est concerné par un accroissement important du nombre d'arrêts de travail pour lombalgies depuis une dizaine d'années, avec une augmentation de plus de 2 200 cas par an alors qu'il diminuait de 1 100 cas par an dans l'industrie. Le risque est d'autant plus grand que l'attention aux aspects relationnels de ces métiers du *care* nie ces aspects physiques du travail. Karen Messing et Diane Elabidi (2003) avaient bien montré comment les femmes elles-

4. Arrêté du 22 juin 2010.

5. Taux d'accidents : 93 pour 1000 salariés contre 62 pour 1000.

mêmes se pensaient à l’abri de charges matérielles dans la division du travail alors qu’il n’en était rien. L’inattention portée à ces métiers et en particulier aux épreuves physiques qu’ils recouvrent en fait le lieu de développement de « souffrances invisibles » (Messing, 2016). Cependant, par rapport au funambule seul sur son fil, comptant sur une équipe surtout dans les préparatifs de son spectacle, les soignantes ne sont pas toujours isolées et l’équipe peut aider à surmonter des épreuves. Dans nombre de contributions, et en particulier dans celle de Nathalie Jauvin, la tension est présente entre l’isolement relatif des soignantes et la présence plus ou moins discrète d’un collectif.

La maîtrise de son art, fruit d’un long apprentissage, permet au funambule de faire face à ces risques. Pour les funambules du soin, la formation est souvent courte ; ces métiers sont parfois associés à un ensemble de compétences domestiques sommaires et cette dépréciation de leurs savoirs est perçue par les principales intéressées comme cette aide-soignante qui se présente comme « torche-cul » dans l’unité de soins palliatifs étudiée par Florent Schepens, ou se dit « une merde » dans l’établissement investigué par Iris Loffeier. Ces autodésignations dépréciatives ont souvent cours sur le terrain⁶. Au contraire de cette image négative, les contributions réunies ici mettent en avant la nécessaire maîtrise de certains « arts de faire » : un art de la conversation pour faire le ménage dans une chambre occupée en associant les occupants, des pratiques pour « tenir le coup » dans des situations difficiles – comme l’humour (Dubois, Lebeer) –, pour s’ajuster aux réalités du travail au sortir d’une formation parfois décalée de celles-ci (Aubry, Couturier), parfois simplement pour faire consentir à l’intervention de l’équipe (Lechevalier Hurard, Vidal-Naquet)... Et pour beaucoup, l’ensemble de ces compétences relève de l’art de maintenir un travail de qualité en même temps que le rythme s’intensifie. Ces pratiques sont difficiles à verbaliser, peut-être même indicibles pour certaines. Ce n’est pas un hasard si les méthodes ethnographiques ont été privilégiées ici, car elles permettent de dépasser les discours sur les pratiques pour saisir les pratiques dans toutes leurs dimensions. Un atout de ce livre est aussi de rendre également plus visibles les patients, bénéficiaires ou résidents, en saisissant le travail en pratiques, en interaction avec

6. Serge Rattner en avait fait le titre de son témoignage : *Le serpillothérapeute*, Lyon, S. Rattner/Impr. Presse Nouvelle, 1982, 78 p.

ceux qui en sont l'objet. Le travail des aides-soignantes est difficile à «routiniser» tant il doit s'adapter aux caractéristiques des individus pris en charge ; le travail des auxiliaires polyvalentes ne consiste-t-il pas, entre autres, à adapter les consignes de leurs référentes aux situations concrètes qu'elles observent (Anchisi) ? Les caractéristiques des patients contraignent certes le travail, mais les principales contraintes viennent de l'institution et de l'emprise croissante des logiques industrielles et marchandes qui font le contexte de l'ensemble des contributions. Les soignantes, «petites mains» de la santé, pour emprunter une métaphore à l'atelier plutôt qu'au cirque, subissant ces évolutions de plein fouet, n'en constituent-elles pas une sorte d'analyseur ? C'est en tout cas un fil stimulant que propose au lecteur cet ouvrage bienvenu.

RÉFÉRENCES

- Arborio, A.-M. (2016), « Visibilisation, invisibilisation du travail. Introduction », dans L. Demailly, J. Calderon et S. Muller (dir.), *Aux marges du travail*, Toulouse, Octarès, p. 11-14.
- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Aubry, F. et Y. Couturier (dir.) (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014.
- Aubry, F. (2012), « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France – Québec », *Formation-Emploi*, n°119, p. 47-63.
- Bouffartigue, P. et J. Bouteiller (2007), « Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Temporalités*, n° 4, p. 25-41.
- Bourrier, M. (2009), « Nous, on soigne rien, sauf des machines. Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en anesthésie », *Sociograph*, n° 8, 2009.
- Causse, L. (2006), « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », dans P. Cours-Salies et S. Le Lay (dir.), *Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*, Paris, Erès, p. 67-79.
- Divay, S. (2013), *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Gautié, J. et J. Schmitt (dir.) (2008), *Low wage work in the wealthy world?*, New York, Russell Sage.

- Messing, K. (2016), *Souffrances invisibles. Pour une science du travail à l'écoute des gens*, Montréal, Écosociété.
- Messing, K. et D. Elabidi (2003), « Desegregation and occupational health : how male and female hospital attendants collaborate on work tasks requiring physical effort », *Policy and practice in Health and Safety*, vol. 1, p. 83-103.
- Memmi, D., G. Raveneau et E. Taïeb (2016), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Pasquier, D. et B. Havard-Duclos (2017), « Les appropriations d'internet dans des familles d'employées des services à la personne », Journée d'études *Enquêter auprès de ménages ouvriers et employés*, Paris, 11 janvier.
- Vincent, F. (2016), « Travailler pour son « temps de repos » ? », *Temporalités*, Online since 24 February 2015, connection on 30 December 2016. URL : <http://temporalites.revues.org/2896> ; DOI : 10.4000/temporalites.2896

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Entre nécessités et arts de faire

Annick Anchisi et Éric Gagnon

Aide-soignante, préposée aux bénéficiaires, auxiliaire polyvalente ou encore accompagnatrice¹ à domicile, autant de métiers méconnus, effacés, parfois oubliés, jouant pourtant un rôle essentiel dans le soutien des personnes âgées, malades ou mourantes ; des métiers dont la contribution aux soins est souvent ignorée ou banalisée en raison de leur faible prestige et de la simplicité apparente du travail. Le présent ouvrage propose un ensemble d'études sur ces métiers. Il propose une exploration sur les marges des soins, sur le travail de femmes et d'hommes peu visibles, dont l'importance demeure encore insensible et les compétences non reconnues ; sur des tâches, des actions ou des paroles, qu'on ne classe pas toujours parmi les soins ou dont on minimise la valeur, mais qui sont pourtant essentiels au maintien de la vie et de la dignité des personnes.

En opérant un déplacement vers les confins des soins, c'est à une nouvelle compréhension des institutions et des pratiques que nous voulons contribuer. En effet, si les soins ont longtemps paru le seul apanage des médecins, des infirmières et des mères, ils sont aujourd'hui confiés à une multitude de métiers et de professions, dans une diversité d'établissements et de lieux, sous l'encadrement de règles, d'obligations et de contraintes variées ; si les soins ont toujours été nécessaires à la reproduction des corps et des sociétés, s'il a toujours fallu prendre soin des individus malades et dépendants, l'autre, la vieille personne, celle qui ne sait plus se mener seule, les conditions pour le faire, n'ont pourtant pas cessé de se transformer.

1. Ces métiers étant encore largement exercés par des femmes, nous avons choisi de féminiser les appellations.

Notre ouvrage a ainsi pour ambition de saisir les transformations des dispositifs socio-sanitaire et des métiers d'aide et de soins sous le prisme des travailleuses les moins qualifiées, en prêtant une attention à la nature des tâches, aux apprentissages qu'elles requièrent, aux conditions de leur réalisation. Comprendre de quoi sont faits ces métiers, par qui et comment ils s'exercent en situation, dans le cadre de règles posées par d'autres, nous a paru nécessaire, non seulement pour connaître et faire reconnaître ces métiers et pratiques, mais aussi comprendre ce que soigner veut dire.

Trois préoccupations ont guidé notre travail collectif. D'abord saisir les conditions à l'intérieur desquelles œuvrent les aides-soignantes les préposées aux bénéficiaires et autres auxiliaires de soins, les contraintes auxquelles elles sont assujetties et la manière dont ces contraintes les marquent dans leur corps et leur esprit. Ensuite, mieux connaître leur travail, ce qu'elles font, la complexité et le détail des soins ; faire voir ce qui demeure encore largement négligé. Enfin, s'arrêter sur un aspect peu documenté du travail de soin : la solitude éprouvée des soignantes ; la difficulté qu'elles ont à s'inscrire dans un collectif qui leur permettrait de valoriser leur travail, d'améliorer leurs compétences, de faire face aux difficultés et de changer les conditions d'exercice de leur métier. Ces trois préoccupations traversent l'ensemble des études ici réunies avec un accent plus marqué sur l'une ou l'autre selon les textes².

1. SOIGNER SOUS CONTRAINTES

Au cœur des intimités multiples, des corps esquintés et rebelles, de la chambre ou de la maison, ces aides-soignantes, préposées et auxiliaires doivent faire montre d'empathie, de persuasion et d'efficacité. Reconnues comme indispensables à la survie des personnes soignées et aidées, elles n'en restent pas moins situées au bas de l'échelle sociale, coincées dans des carrières peu valorisées et mal payées. Aux corps à corps quotidiens, s'ajoute l'obligation de faire plus avec moins, de rendre compte de la mesure de l'aide et des soins. Au front, elles doivent aussi porter haut les valeurs institutionnelles. De l'éthique de la sollicitude à la bienveillance, du maintien de l'autonomie au respect

2. Nous avons regroupé les travaux en trois parties en fonction de l'importance que prenait dans chacun des textes l'une ou l'autre interrogation.

du choix des clients, les injonctions normatives sont légion et parfois contradictoires. Au cœur des transformations de la relation d'aide et de soins, ces métiers subissent autant qu'ils révèlent. Les textes d'Iris Loffeier (chapitre 1) et de Fanny Dubois et Guy Lebeer (chapitre 2) montrent quels retentissements ces multiples exigences peuvent avoir sur les travailleuses.

Les logiques industrielles et marchandes à l'œuvre aujourd'hui dans le secteur de l'aide et des soins exercent également une pression, à l'exact opposé des idéaux de sollicitude et d'accompagnement. Sous la pression assurantielle, la prestation remplace le soin, elle relève d'un temps fractionné et mesuré. Les lieux et les temps de partage de l'expérience sont réduits. En outre, les principes de flexibilité et de polyvalence font circuler les employées de façon indifférenciée. Les valeurs édictées de respect de l'autonomie, du rythme ou des besoins du patient ou client sont aussi de l'ordre de l'idéologie et de la « communication » institutionnelle. Les intervenantes de proximité ont moins de moyens que d'autres pour combler les écarts. Elles ne peuvent pas faire semblant. Il faut donc une conviction vissée au corps pour ne pas, dans ces conditions, faire payer la note à celui ou à celle d'en face. Si un corps souillé reste un corps souillé, une toilette reste une toilette, les conditions d'exercice ont changé : le nombre toujours plus grand des très vieilles personnes atteintes de démence où les corps et les esprits sont difficiles à manœuvrer, l'augmentation de la technique (thérapies – gestion – informatique) qui met plus à distance les moins qualifiées des mieux formées les isolant davantage ou rendant le décalage plus douloureux. Quelles marges de manœuvre les soignantes conservent-elles pour faire face à ces nouvelles exigences, quelles stratégies adoptent-elles ? Ces aspects du travail sont examinés dans le texte d'Annick Anchisi (chapitre 3).

2. ARTS DE FAIRE³

Si depuis toujours il a fallu soigner et aider des personnes âgées ou handicapées, le caractère banal ou commun de certaines tâches – laver une personne, l'habiller – ne doit pas en masquer les difficultés

3. L'expression est empruntée à Michel de Certeau (1990) qui l'a chargée d'un sens désormais inoubliable, en montrant la richesse et l'inventivité des usages et des pratiques du quotidien.

et la complexité. À faire expliciter cette complexité nouvelle aux divers membres du personnel, que l'on soit infirmière ou aide-soignante, la réponse n'est pas du même ordre. L'infirmière évoquera la technicité, la coordination des divers intervenants, l'organisation des services ou encore « l'administratif ». L'aide-soignante relèvera, elle, l'augmentation du nombre de très vieilles personnes, celles atteintes de démence, la présence ou l'absence de famille, les négociations quotidiennes pour mener à bien le travail. Seule la question de la relation à l'autre comme cœur de métier, que l'augmentation de la cadence rend toujours plus improbable, les rassemble. Face au temps qui manque, aux charges qui augmentent, la classification des personnels se fera au prestige de la tâche. À l'hôpital, en maison de retraite comme à domicile, les corps à soigner, à entretenir, les comportements à rendre conformes aux prescriptions sont attribués aux moins qualifiées. Mais s'il s'agit de faire, comment font-elles ? Les savoirs mobilisés sont eux-mêmes multiples : ils portent sur les aspects techniques des soins et l'utilisation de technologies, mais aussi sur la relation avec la personne dépendante ou sa famille, les procédures et l'organisation du travail, la régulation et la canalisation des émotions, etc. Le texte de François Aubry et Yves Couturier (chapitre 4) donne un aperçu des stratégies des préposées aux bénéficiaires du Québec pour composer avec l'intensification du travail.

Comment peut-on rendre compte des pratiques dans leurs multiples dimensions, qui, pour une large part encore, demeurent invisibles ? Comment peut-on témoigner de régions muettes ? Le texte de Murielle Pott (chapitre 5) montre l'intérêt et la nécessité d'aller voir de près et de décrire ce que font et vivent les soignantes de proximité. D'ailleurs, l'ensemble des études rassemblées dans cet ouvrage privilégie les méthodes ethnographiques et la description fine des pratiques, conditions pour les connaître, en comprendre le sens et les raisons, pour mettre au jour, au moins partiellement, l'expérience des soignantes. Des routines et des procédures sont ainsi décrites, des interactions et des échanges reconstitués, des drames racontés. Les tâches des soignantes sont nombreuses (laver, habiller, coiffer, nourrir, changer le lit...), les gestes multiples (sourire, détourner les yeux, replacer un objet, parler ou garder le silence...), les sentiments et les émotions souvent intenses (affection, compassion, répulsion, douleur, humiliation...).

Se pose à nouveau la question de la marge de manœuvre des soignants, de l'autonomie qu'elles parviennent à trouver pour donner les soins sans eux-mêmes trop en pâtir : les ruses pour obtenir la collaboration de l'usager, pour contourner les règles ou détourner les grilles d'évaluation, les espaces d'arbitrage et de négociation avec les supérieurs, les multiples formes de débrouillardise, etc. Le texte de Lucie Lechevalier Hurard et de Pierre Vidal-Naquet (chapitre 6) en donne une belle illustration. La complexité des situations, l'équilibre à trouver entre les multiples exigences et le risque de choir, en font de véritables funambules des soins⁴.

3. SOLITUDE DES SOIGNANTS ET COLLECTIFS DE TRAVAIL

« *Nous avons choisi ce métier pour le contact humain, c'est-à-dire aider les autres, apporter du bien-être, du bonheur et faire la différence. Le métier est difficile, mais aider les autres ça vient nous chercher en dedans ; c'est comme une grosse boule d'émotions* », ainsi s'exprime un préposé aux bénéficiaires lors d'un symposium qui a eu lieu à Québec en automne 2014 (Allaire, Gagnon et Jauvin, 2015). Des cadres infirmiers, des gestionnaires et des chercheurs étaient également présents. Les préposées et les auxiliaires qui ont pris la parole sont revenus à plusieurs reprises sur cette notion : *faire la différence* (élément qui renvoie à la finalité de la tâche et à la vocation du métier) paraissait être la mesure de leur singularité. Pour faire la différence, il est nécessaire d'avoir les conditions matérielles et morales de sa réalisation. Et celles-ci passent par le fait d'occuper une place, de pouvoir la définir avec les autres, d'aider dans une relation au long cours et être soi-même aidé si nécessaire.

Sur les aspects difficiles du métier et des conditions de travail à améliorer, des pistes de solution ont été évoquées : participer aux réunions des équipes interdisciplinaires et à la réalisation des plans de travail, éviter le roulement de personnel chez le même client et assurer une continuité des soins, avoir des personnes ressources, améliorer la formation continue. L'importance du collectif de travail est de plus en plus soulignée : former un groupe d'auxiliaires, de préposées ou

4. La formule est de Pierre Vidal-Naquet, à qui nous l'empruntons.

d'aides-soignantes solidaires, capables de se soutenir, d'analyser les problèmes, d'imaginer des solutions et de formuler des demandes ou revendications, ou encore, être intégrées à part entière aux équipes de soins, avec les infirmières et les autres professionnels, pour faire valoir leur point de vue, leur compréhension des situations et ainsi valoriser leurs compétences. Or, et les études réunies dans cet ouvrage le montrent bien, les soignantes sont isolées : l'organisation tend à individualiser le travail et favorise rarement les solidarités ; c'est chacune pour soi, en s'efforçant seulement de ne pas trop nuire aux autres. Devant les difficultés, la souffrance et la violence, elles sont très souvent seules.

La question des collectifs de travail, soulevée par Aubry et Couturier dans la première partie, est reprise dans la troisième partie. Florent Shepens (chapitre 7) et Michel Castra (chapitre 8) qui montrent bien comment l'intégration des aides-soignantes au sein des équipes en soins palliatifs en France aide à donner du sens au travail par le partage d'une compréhension commune des situations ; elle aide à réduire la souffrance en canalisant les émotions, à faire reconnaître leur expertise et à trouver une gratification au travail. Bien sûr, les soins palliatifs sont un secteur privilégié, et la participation des soignantes au bas de l'échelle ne va pas sans difficultés. Des expériences peuvent néanmoins être tentées comme nous y invite Nathalie Jauvin (chapitre 9) dans son texte.

* * *

Cet ouvrage est issu d'un séminaire de recherche, tenu à Lausanne en 2015 et réunissant des chercheur.e.s de différents pays et de différents horizons pour discuter des métiers de soins au bas de l'échelle, de leurs conditions de travail et de leurs difficultés, mais aussi de leur savoir-faire. Au groupe de chercheur.e.s réunis à cette occasion se joignent par la suite d'autres auteur.e.s partageant des préoccupations identiques. Par-delà la diversité des lieux où ils ont mené leur enquête et des perspectives théoriques, on reconnaîtra le même souci pour les pratiques et l'expérience des soignant.e.s.

Depuis les travaux inauguraux d'Everett Hughes sur le sale boulot et l'ouvrage d'Anne-Marie Arborio (2012), le premier sur les aides-soignantes en France, d'autres ouvrages, récemment publiés apportent un éclairage pertinent sur le travail des aides-soignantes, préposées,

auxiliaires et autres funambules du soin. L'équipe de Florence Weber (2014) dans l'ouvrage *Le salaire de la confiance, l'aide à domicile aujourd'hui* propose une entrée économique avec cette question centrale : pourquoi les salaires des aides-soignantes sont-ils si bas alors que par ailleurs ce travail est qualifié d'essentiel ? Pour les auteur.e.s, la réponse est à chercher au cœur de trois impasses : l'illusion industrielle (rationalisation des tâches, arrivée de nouveaux acteurs et redistribution du champ, conditions d'emploi des salariés), l'illusion marchande (fractionnement des prestations, des systèmes d'attribution et de contrôle) et l'illusion sanitaire (réponses sanitaires aux problèmes socio-économiques). Christelle Avril (2014), dans *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, met en exergue le travail d'aide et de soins à domicile partant des femmes de milieux populaires, de leurs conditions de travail et d'existence où différences de classes, de genre et de « races » révèlent aussi la non-homogénéité de ce groupe social inférieur. L'ouvrage collectif dirigé par François Aubry et Yves Couturier (2014) *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie* veut rendre compte de l'augmentation des responsabilités dévolues à ce personnel alors que les conditions de travail ou de réalisation ne sont pas réunies. Les tensions physiques, psychologiques et morales sont fréquentes et tentent d'être résolues par ceux (gestionnaires, cadres) qui, relais des dispositifs et des politiques sanitaires, les provoquent. Dans un registre connexe, on peut encore relever l'ouvrage dirigé par Florent Schepens (2013) *Les soignants et la mort* où, dans les services de soins palliatifs, la relation occupe réellement la première place, prescription et performativité de la parole réparatrice. Hormis les services spécialisés comme les soins palliatifs, ce qui ressort communément de ces travaux est l'écart toujours plus grand entre ce qui est attendu et ce qui peut être réalisé où le prix à payer est plus élevé pour celles qui n'ont pas d'autre choix que de réaliser concrètement le travail d'aide et de soins.

Notre contribution porte plus spécifiquement sur le travail concret d'aide et de soins, sur les multiples « arts de faire » dans les soins aux personnes âgées et dépendantes, sur le « tour de main », les pratiques, les situations. Nous avons prêté plus spécialement attention aux collectifs de travail et à la transmission de ces arts de faire, ainsi qu'à la marge de manœuvre de soignantes, leurs tactiques et les espaces de négociation au sein d'univers très contraints. Comme le souligne Gagnon dans sa conclusion de l'ouvrage, l'un des enjeux premiers et centraux est de se

donner les moyens de mieux comprendre le travail de ces soignantes, de dépasser les lectures superficielles, réductrices ou condescendantes ; de rendre compte non seulement de la complexité des pratiques, mais du savoir-faire, de l'intelligence et de leur sensibilité. À l'instar de ce que dit Pierre Bergounioux dans *Exister par deux fois*, si l'on n'en vient pas, le risque est de ne jamais pouvoir en donner la vraie mesure. La seule certitude possible est négative, « *ce n'est pas ça. Quant à savoir ce que c'est, la question est ouverte et le risque de s'y méprendre vertigineux* » (2014, p. 225). Le pari est difficile, mais il valait la peine de le tenter

RÉFÉRENCES

- Allaire, É., É. Gagnon et N. Jauvin (2015), *Symposium sur le métier des auxiliaires de santé et de services sociaux et des préposés aux bénéficiaires. Synthèse des présentations et des discussions*, CSSS de la Vieille-Capitale, Québec.
- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Avril, C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.
- Aubry F. et Y. Couturier (dir.) (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec.
- Bergounioux, Pierre (2014), *Exister par deux fois*, Paris, Fayard.
- Certeau, M. de, (1990 [1980]), *L'invention du quotidien, I. Arts de faire*, Paris, Gallimard.
- Schepens, F. (dir.) (2013), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Erès.
- Weber F., L. Trabut et S. Billaud (dir.) (2014), *Le salaire de la confiance, l'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Éditions Rue D'Ulm et Presses de l'École normale supérieure.

PREMIÈRE PARTIE

Soigner sous contraintes

CHAPITRE UN

Plus invisibles que les invisibles : ASH en maison de retraite

Iris Loffeier

En maison de retraite, agents d'entretien, femmes de ménage ou encore agents de service hospitalier (ASH) en France, ni véritablement personnels médicaux, ni *a priori* concernés par le corps-à-corps, sont généralement passés sous silence. Silence de la recherche, silence des guides de bonnes pratiques professionnelles, silence des cahiers de transmission : aucune activité scripturale ne retient leur travail. Plus invisibles que les invisibles aides-soignantes (Arborio, 2012), en établissement, les ASH sont pourtant omniprésentes. Leur part dans le personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France est égale à celle des aides-soignantes, avec qui elles forment l'ensemble des effectifs, féminin à 90 %¹ (Prévot, 2009, p. 6). Elles sont même en moyenne plus nombreuses que leurs consœurs dans les établissements privés à but lucratif (*Ibid.*, p. 7).

À partir d'une enquête qualitative d'un an et demi dans un établissement privé à but lucratif du sud de la France², conduite notamment par observation participante (un mois) au poste d'ASH³ et enquête documentaire, ce chapitre se propose d'explorer la réalité du quotidien tout en bas de l'échelle de la maison de retraite. Dans un premier temps,

-
1. À 95 % si l'on compte en équivalents temps-plein (ETP) (*Ibid.*).
 2. Cette enquête a été réalisée au cours d'un travail de doctorat (Loffeier, 2015b).
 3. En tant que remplaçante pendant l'un des mois d'été. Cette phase de l'enquête a d'abord permis d'accéder aux relations directes avec les résidents et à la dimension physique du travail d'ASH. Elle a ensuite autorisé la transformation des relations avec les professionnelles de l'institution, quelques mois après l'arrivée sur le terrain. Faisant passer la chercheuse du statut d'« observatrice inconnue à la solde des gestionnaires de l'établissement » à celui de collègue prête à faire partie de ceux qui se « salissent les mains »

nous décrivons une partie des modalités de l'activité des agents de service hospitalier, sous l'angle du travail et des rapports à l'emploi (Borzeix et Maruani, 1982, cité par Avril, Cartier et Serre, 2010, p. 192). Poser la focale sur les ASH en maison de retraite rend notamment plus visibles les violences potentielles de la relation de service, et plus particulièrement de la place des femmes de ménage dans un espace marchand. Dans un second temps, nous verrons que parce qu'elles sont considérées comme moins bien dotées en connaissances, les ASH ne peuvent ni accéder aux négociations que le savoir médical autorise aux autres catégories de personnel, ni voir reconnaître les connaissances qu'elles accumulent à propos des résidents. Leur mémoire reste strictement individuelle – solitaire – et n'a pas de place dans le « pot commun » des informations légitimes échangées entre professionnels.

1. LA RÉALITÉ DU TRAVAIL

Dans l'établissement observé, les ASH – uniquement des femmes – sont presque aussi nombreuses que les aides-soignantes (respectivement 14 ETP et 15 ETP, auxquels s'ajoutent 2 ETP d'aides-médecopsychologiques (AMP)⁴). Elles sont sous la responsabilité d'une « gouvernante » et, comme elle, sont employées par une société de sous-traitance spécialisée dans le « bio-nettoyage »⁵. Les aides-soignantes sont pour leur part sous la responsabilité des infirmières, elles-mêmes sous celle de l'infirmière coordinatrice – ou, à défaut, de la directrice – et employées par l'établissement lui-même. Les chaînes hiérarchiques sont relativement autonomes l'une de l'autre : d'un côté, le « soin » (infirmières/aides-soignantes) relevant de l'établissement ; de l'autre, « l'hôtelier » sous-traité (gouvernante/ASH). Mais, dans les échanges quotidiens en bas des échelles, entre aides-soignantes et femmes de ménage, il s'agit bien d'une relation hiérarchique – peut-être

(Benelli, 2011). Les plus réticentes à l'enquête s'y sont alors ouvertes, considérant que la qualité du travail effectué à leurs côtés était une marque d'intérêt suffisante pour mériter leur aide.

4. AMP qui remplissent un rôle très similaire aux aides-soignantes dans le « Cantou », unité fermée réservée aux patients « Alzheimer ».
5. C'est cette spécialité, d'ailleurs, qui justifie la préférence des gestionnaires pour le label d'ASH alors que les employées concernées par ce statut l'évoquent comme un synonyme strict de « femme de ménage ».

en raison de la dénomination de leurs statuts, qui rappelle celle de l'hôpital – et non d'une relation médiatisée par la sous-traitance (Reyssat 2015, p. 217).

On retrouve la partition soin/hôtelier dans l'organisation de l'espace réservé aux professionnels du rez-de-chaussée. Un couloir, qui se trouve derrière une porte que l'on ne peut ouvrir qu'avec un code réservé aux employés : sur sa droite, on distingue la pharmacie et le bureau des infirmières, sur sa gauche, les locaux réservés à la branche hôtelière. On trouve de ce côté la lingerie (exploitée par une ASH), une grande pièce avec un point d'eau où sont stockés les produits nettoyants et les chariots de ménage lorsqu'ils ne servent pas à la tournée, ainsi que le bureau de la gouvernante. Les espaces de la maison de retraite qui sont réservés aux chambres des résidents sont, eux, découpés en sept zones. Chacune est attribuée à une aide-soignante et à une ASH, qui travaillent en binôme. Le matin, les ASH nettoient les chambres des résidents. À midi, une grande partie d'entre elles se rend au restaurant, situé au rez-de-chaussée, pour assurer le service à table. Elles troquent alors leur blouse pour un chemisier blanc et un pantalon noir, « plus serveuse », de manière à « démedicaliser » le moment du repas. Le programme de l'après-midi est moins formel que celui du matin : il s'agit alors de nettoyer les zones communes de l'établissement, ou encore de réaliser des tâches plus ponctuelles, comme par exemple décrocher et laver les rideaux ou « désinfecter » la chambre d'un.e résident.e décédé.e.

1.1 Le travail dans sa dimension pragmatique

Le nettoyage des chambres des résidents que réalisent les ASH le matin est, dans une mesure relative, protocolaire. Il faut d'abord changer de gants, de serpillière et de « lavettes » pour chaque chambre. On vaporise le produit de nettoyage dans la salle de bain dès l'entrée. Pendant qu'il « agit », on enlève la poussière dans la chambre. Puis on « fait le balayage humide », qui consiste à passer un premier balai. On nettoie ensuite la salle de bain, on essuie les poignées de porte et les interrupteurs, on termine par la serpillière, on pousse son chariot jusqu'à la chambre suivante, et on recommence. Ce nettoyage se réalise souvent en présence de l'occupant.e de la chambre. Il suppose par conséquent une activité relationnelle supplémentaire et implicite, comme discuter de sujets plus ou moins légers (le temps, l'époque, l'actualité, les

parcours biographiques, la famille, mais aussi, souvent, la maladie et, conversation la plus redoutée et pourtant inévitable, celle de la mort) ou mettre de la musique, danser, etc. Mais l'emploi du temps est minuté de manière aussi stricte que celui des aides-soignantes, précisant chaque changement de tâche, pause, découpant les heures de la journée selon des laps de temps chronométrés. Le temps qu'une ASH peut passer par chambre fait l'objet d'une moyenne plus ou moins explicite, de même que le temps qu'une aide-soignante peut passer à la toilette d'un résident. L'emploi du temps écrit et formel de la fiche de poste distribue trois heures pour faire le ménage d'une zone, soit dix chambres, ainsi qu'une courte pause. On dispose donc d'à peine plus d'un quart d'heure pour chaque chambre, quelle que soit la lourdeur de la conversation engagée.

1.1.1 *Cadences industrielles*

Cadre rigide et indépassable que cet emploi du temps journalier. En tant qu'observatrice participante, cette contrainte a été centrale : je n'ai jamais réussi à respecter les rythmes imposés. Ainsi, lorsque toutes les ASH et les résidents « descendaient » pour le service, il me restait généralement trois, voire quatre chambres à nettoyer. Or le fait de ne pas réussir à respecter le rythme créait plusieurs problèmes. D'abord, l'une des résidentes de ces chambres n'acceptait qu'à regret de devoir laisser quelqu'un dans sa chambre – puisqu'elle devait se rendre au repas – lorsque j'en réalisais le nettoyage. D'autre part, à l'heure du service, j'aurais normalement dû nettoyer les parties communes, dont l'ascenseur et les toilettes de la salle de vie, momentanément libérées par l'activité générale du repas. Je ne pouvais cependant pas repousser à plus tard le nettoyage des chambres restantes, puisqu'il était inconcevable que certains résidents puissent avoir terminé leur repas et regagner une chambre « non faite » pour leur sieste. Et ne pouvant faire le nettoyage des parties communes pendant le désert créé par le repas, j'étais obligée d'attendre la fin de celui-ci, puis la fin des « changes » effectués à sa suite. Le nettoyage était en outre compliqué par l'utilisation de ces parties communes par les résidents au moment où je le réalisais et prenait donc encore plus de temps – chaque après-midi, une résidente me suivait de très près et me tendait les bras avec insistance pour que je lui fasse un câlin, m'empêchant de réaliser le nettoyage des toilettes communes. Être trop lent déséquilibre ainsi toute l'architecture organisationnelle de la structure, dont les emplois du temps différentiels

s'imbriquent au millimètre, et demandent, ici comme ailleurs, la recherche d'un mode opératoire adapté (Bretin, 2011), et tenant compte du fait que le ménage doit s'incliner devant toutes les autres activités (Reyssat, 2015).

L'un des moyens pour gagner du temps consiste à diminuer le nombre de tâches effectuées. En s'en tenant à ce qui est considéré comme l'indispensable⁶ et en évitant de réaliser les tâches invisibles, il est possible de se ménager une journée moins éprouvante (et d'aller plus lentement notamment lorsqu'il fait très chaud et que le travail est physique), tout en respectant l'emploi du temps. Ainsi, une note de carnet de terrain proclame, après qu'on m'ait expliqué une autre forme de « protocole » lors d'une pause : « Retour aux chambres, une heure pour sept chambres ! Record battu » (note de carnet de terrain, juillet 2011). Cela ne se fait qu'au prix de certains risques, car les contrôles sont fréquents, et cela demande une certaine rigueur : il faut pouvoir par exemple alterner un jour sur deux les chambres dans lesquelles on fait la poussière et ne pas se tromper, car si cette tâche appartient au domaine de l'invisible en raison de sa réalisation quotidienne et systématique, deux jours consécutifs d'« oubli » la font retomber dans le domaine du visible – ce qui touche à la « tension intrinsèque entre l'éphémère et le permanent » du nettoyage (Bretin, 2011).

Mais à l'inverse, aller trop vite est tout aussi compromettant. Quelqu'un de « trop » efficace, arrivant à dégager du temps, à être en avance, sera menacé de se voir rajouter des tâches. La « gouvernante », ayant constaté que ses employées accéléraient la cadence afin de pouvoir se donner des temps de pause, considérait que ce rythme ne pouvait qu'être néfaste au « bien-être » des résidents. Ils devaient, à n'en pas douter, être bousculés, pressés, notamment à l'heure du repas – chose inacceptable. Lorsque, au cours des entretiens, les employées mentionnent elles-mêmes le fait qu'elles doivent aller vite, elles prennent soin de rappeler que leur « art » consiste justement à ce que leur vitesse d'exécution n'influe pas sur l'activité des résidents. En atteste par exemple la parenthèse que fait cette ASH au cours de son récit, qui vise à décrire la cadence vive (et la répétition, voir *infra*) à laquelle elles sont soumises :

6. Le nettoyage des sanitaires, des sols et le déblayage des miettes du petit déjeuner.

On arrive, petit déjeuner, on ramasse les petits déjeuners, on attaque les chambres, on se change vite, on descend au repas, on les sert, vite-vite – enfin « vite-vite », bon ils ont leur temps respecté à table hein? Mais – on les sert, on débarrasse, voilà, c'est... tu vois? C'est tac-tac-tac, comme ça. (Viviane, ASH).

On retrouve les deux vitesses contradictoires à l'instar de ce que souligne également Gérard Rimbart, qui oppose le « carillon » des résidents au « chronomètre » des employés (Rimbart, 2010) ou François Aubry (Aubry, 2010)⁷.

1.1.2 Répétitivité des gestes

Le temps mesuré, chronométré par tous, et savamment équilibré, c'est l'émergence par essence de l'industrialisation des tâches en maison de retraite, ce que leur répétitivité contribue également à évoquer. Les activités ménagères « à la chaîne » – ce qui vaut pour les ASH comme pour les aides-soignantes, puisque ce sont les « toilettes » successives qui sont alors pointées du doigt – délimitent, d'une certaine manière, ce qu'Anne-Marie Arborio (2012), après Hughes, définit dans son étude sur les aides-soignantes comme un sale boulot. Aux rythmes industriels, à la cadence rapide et répétitive, est d'ailleurs imputée la lassitude parfois ressentie. Lassitude qui permet également d'expliquer, selon certaines, le manque de patience, et parfois l'oubli des règles de politesse et de la consigne de « bien-être » des résidents ; sale boulot auquel on préfère, comme chez les AS (*Ibid.*) les activités « relationnelles », imprévisibles, pour valoriser sa pratique.

C'est sympa de faire le repas, je trouve. Parce qu'on les voit, on discute un peu plus. Que là, je fais que du ménage hein? C'est un peu gonflant hein, de faire que du ménage. (Jessica, ASH)

7. Mais le « manque de respect » ne se mesure pas qu'au chronomètre. Ce même reproche peut être tenu si les ASH ne changent pas de tenue, par exemple. L'épisode d'un goûter d'anniversaire pour lequel les employées avaient omis de mettre leur uniforme de service une seconde fois vers 16 h donna lieu à la fureur de la gouvernante, qui considérait le fait qu'elles aient gardé leur blouse comme profondément irrespectueux pour les résidents.

Nous, on est quand même assez robotisées, quoi. [...] Enfin pour moi, je trouve qu'on est assez robotisées. On arrive, petit déjeuner, on ramasse les petits déjeuners, [...] c'est... tu vois? C'est tac-tac-tac, comme ça. (Viviane, ASH)

Si on est moins patient, ça peut se ressentir. Des fois où c'est vraiment lourd, qu'on est fatigués, on a tendance à répondre – bon, je le dis, hein – on a tendance à répondre plus sèchement ou... [...] C'est pour ça que quand je fais 15 jours là, et 15 jours au Cantou, ben ça me plaît parce que ça coupe. On voit autre chose là-haut, on voit autre chose ici : c'est pas la routine, ça coupe. (Agnès, ASH)

Alterner pour créer de la diversité apparaît alors comme une méthode pour éviter cette lassitude, comme le mentionnent d'ailleurs souvent celles qui acceptent d'aller travailler dans le secteur fermé réservé aux « résidents Alzheimer⁸ ». Le rythme est, ainsi, ce qui semble définir le travail : une cadence ni trop lente ni trop rapide, une répétitivité des tâches formellement inscrites sur la fiche de poste, ainsi qu'une part non négligeable de travail relationnel, qui n'est jamais rendu explicite.

1.2 La dimension politique de l'emploi

L'emploi d'ASH est source de polarisation. D'un côté, elles expriment dans un langage particulièrement cru leur sentiment d'être dénigrées parce que femmes de ménage (ce qui se redouble du fait de l'être en maison de retraite), « d'être des merdes », notamment aux yeux de certains résidents, mais aussi d'une manière plus générale, lorsqu'elles disent avoir choisi cet emploi faute de mieux. De l'autre, elles en considèrent la dimension politique – un rôle dans la division sociale des tâches – parce qu'il se situe en maison de retraite. « Faire quelque chose pour la vieillesse » est décrit comme une grande source de fierté et de satisfaction.

8. Ce que la gouvernante leur laisse la possibilité de refuser, car ce poste nécessite de rester seule enfermée avec les résidents pendant que l'AMP prend sa pause déjeuner.

1.2.1 La maison de retraite, faute de mieux.

Les salaires ne dépassent pas le salaire minimal et les postes sont souvent précaires : à temps partiel et en contrat à durée déterminée la plupart du temps, les heures supplémentaires distillées dans un climat de mise en concurrence des « filles⁹ ». L'essentiel de ces femmes a connu des carrières mouvementées, et certaines disent avoir dans une certaine mesure un rapport « alimentaire » à leur activité professionnelle, ce qui est aussi vrai pour une partie des aides-soignantes. Lorsqu'on pose la question aux ASH à savoir ce qui les a amenées – il faudrait dire « poussées » – à venir travailler en EHPAD, dans leur immense majorité, elles répondent par la description de situations de grande précarité, et la « nécessité » de trouver un revenu pérenne. Il est frappant de constater la similitude des situations et des récits qui évoquent le besoin impérieux, l'injonction sociale aussi bien que situationnelle : « Il fallait que je travaille. » Il faut dire que la plupart d'entre elles, sans diplôme, et avec peu d'expériences professionnelles formelles, disent ne pas avoir pu espérer autre chose que « faire du ménage ».

Ben en fait, à l'âge de 18 ans, je suis partie de chez mes parents, et il fallait que je travaille, quoi ! (Sabine, ASH).

Ben il fallait absolument que je travaille : c'était un besoin, puisque je me retrouvais seule [après un divorce], voilà, donc il fallait que je travaille... (Viviane, ASH)

Ben parce que... parce que j'avais besoin de travailler ! Aussi bien moralement que... que financièrement, parce que j'étais au RMI... (Élisabeth, ASH)

Certaines, d'ailleurs, expriment durement les termes du compromis qu'elles font au quotidien, tandis que d'autres avouent leur espoir de « se sortir » de cette condition :

9. Les réticences exprimées par rapport à l'enquête par observation participante se sont pour partie révélées économiques : certaines ASH, qui comptent sur les remplacements pour arriver à un temps plein, ont reproché à la gouvernante de m'avoir attribué un mi-temps de manière tout à fait arbitraire, alors que les heures de remplacement étaient habituellement distribuées de manière « méritocratique », pour « gagner la coopération d'une équipe », comme le relève également Hélène Bretin (2011, p. 33). Ceci s'étant rendu visible dans les efforts déployés par la gouvernante elle-même pour me présenter non comme une « privilégiée bardée de diplômes », mais comme une étudiante au chômage, et par quelques remarques acides murmurées à mon passage les premiers jours de travail – « en plus elle va venir nous manger notre pain ».

De ramasser du pipi, c'est pas la gloire, hein? [...] C'est sûr, faire le ménage c'est pas glorieux... (Jessica, ASH)

Voilà, des fois c'est pesant... tout! Tout est pesant. Mais bon, faut venir travailler, voilà, quoi. [...] Mon ambition, c'est pas de... j'ai pas envie de finir femme de ménage, quoi. Non! J'ai 40 ans, et j'ai envie d'évoluer un petit peu plus, et puis [...] j'ai pris femme de ménage parce que voilà, c'est du boulot, faut travailler, quoi, hein? (Agnès, ASH)

Pour Céline, c'est même le regard sur sa situation qu'elle attribue à l'une des résidentes qui la pousse à imaginer faire autre chose :

Bon, tenir le balai, ça va cinq minutes, mais c'est vrai... – je dirais pas que c'est dégradant –, mais c'est vrai que [cette résidente], elle était directrice, déjà, c'est un bon grade [...] et de me voir avec des capacités comme ça, c'est vrai qu'elle se dit : « Qu'est-ce qu'elle fait là, quoi? » Donc c'est vrai que tout le temps, elle me le dit. Quand je fais sa chambre, [...] on danse toutes les deux [Céline se met à chuchoter], et elle me dit : « Céline, qu'est-ce que tu fais là? »

C'est alors plus la localisation en maison de retraite qui est importante dans l'équation, le dénigrement social de tels lieux (Ennuyer, 2006) qui se reporte sur les professionnels qui y interviennent. Ceci se redouble, dans le cas des ASH, de leur statut de femme de ménage, qui véhicule ses propres préjugés.

1.2.2 « Être une merde »

Pour les ASH, dans l'EHPAD privé à but lucratif, c'est parce que certains résidents mobilisent leur position de clients qu'ils en oublient parfois la politesse la plus élémentaire envers elles, tour à tour serveuses noir et blanc ou femmes de ménage en blouse. Cette critique qu'elles émettent se cristallise particulièrement autour des moments de repas qui, pour les résidents, sont plus facilement l'occasion d'une interprétation des situations à partir d'un registre marchand. Ces moments se déroulent en effet « au restaurant », où elles deviennent « serveuses », ce qui est renforcé par leur changement de tenue, et favorise une interprétation des situations selon des manières de dire et de faire (re) connues, qui servent de registre de discours et d'action (Livet et Nef,

2009), de connaissances partagées (Garfinkel, 2007 ; Ogien, 2007 ; Quéré, 1994). Les valeurs d'un savoir-vivre élémentaire sont parfois vécues, dans ces situations, comme bafouées par l'usage direct et peu diplomatique de la position de client.

Là, ils sont devant leur assiette, c'est leur assiette, c'est... voilà : ils nous disent « on a payé ! » donc c'est... [...] Il y en a, ils sont... à la limite du désagréable, ouais. D'ailleurs ça me fait penser à une dame [...] au moment du repas, c'était le jour et la nuit des autres moments de la journée. [...] La journée ça allait, et puis au moment du repas, c'était, très autoritaire : « Je veux ça ! » Quand il y avait plus d'eau à table, elle tapait sur la table avec le pichet, parce qu'elle avait eu l'habitude qu'on la serve et que... Il y a des fois, je trouve qu'ils perdent un petit peu le... la notion de... pas la notion ! Mais le... [...] Voilà : ils sont là, ça leur appartient ! Leur assiette leur appartient, quoi. C'est qu'ils l'ont payée, donc il faut ! » (Viviane, ASH).

[À propos d'une résidente :] Elle est hautaine... elle est... quand même, quand elle te parle, t'es... t'es... une merde, quoi ! C'est : « De l'eau ! Du pain ! » tu vois ? Moi à la limite, je préfère : « Céline, donne-moi du pain ». Même si tu me dis pas « s'il te plaît », tu me dis : « Céline, donne-moi du pain ». Mais elle c'est : « Du pain ! » Elle a pas fait l'effort de retenir ton prénom, ou... sachant que ça fait trois ans que je suis ici, quoi. » (Céline, ASH).

Dans ces cas-là, les résidents rappellent, par leurs agissements, que les professionnels – les serveuses en l'occurrence – leur *doivent* le service qui leur est rendu. Lorsque Céline remarque que depuis trois ans qu'elle travaille dans cet établissement, la résidente pourrait l'appeler par son prénom pour formuler sa demande, elle revendique une individualisation, la reconnaissance de son travail tel qu'elle l'accomplit plutôt que l'expression d'un rapport de force, d'un rapport de *classe*. En fin de compte, elle revendique là plus d'« individualisation » des employés, au même titre que l'on « individualise » les résidents.

Cette relation, qui s'instaure entre ceux qui achètent de la force de travail et ceux qui la vendent, fait expérimenter aux professionnels une position qui leur fait violemment sentir cette hiérarchie, et qui leur interdit, par ailleurs – et par le registre marchand – de rentrer ouvertement

dans le conflit. Les mobilisations de la position de clients-dominants des résidents peuvent être vécues, par les travailleurs, comme avilisantes, et comme de « la maltraitance du personnel », accentuée par son manque de *reconnaissance* (Fraser, 2011) :

Béatrice (AMP) : On parle de maltraitance de personnes âgées, mais...je pense qu'on oublie aussi la maltraitance... du...

Fabienne (ASH) : Sur le personnel, ouais !

Béatrice : Sur le personnel... On s'est fait frapper, insulter, cracher dessus... ça nous est déjà arrivé, hein ? ! Parce qu'en fait tu sais quoi ? Ils te disent : « Ben t'es payée pour travailler, quoi ! T'es payée pour être là ! » Regarde, t'as des résidents qui disent [à Fabienne] : « La femme de ménage, elle est payée pour ça ! » [fait le geste de renverser un verre].

Fabienne : Ah nous, on est vraiment les merdes, hein ! Vraiment, à tous les niveaux, hein ! »

L'usage récurrent de l'expression « être une merde » manifeste pleinement la violence ressentie de ces rapports hiérarchiques, et donc particulièrement pour les femmes de ménage, qui sont tout en bas de l'échelle. Dans cet extrait, Béatrice, qui est AMP, mobilise l'exemple des ASH pour expliquer la violence de la suprématie des clients. La brutalité de certains résidents peut prendre plusieurs formes : physique et verbale, comme symbolique. Mais l'absence de reconnaissance de l'une comme de l'autre, ajoutée à l'illégitimité d'un discours critique quant à ces agissements – les professionnelles, dans leur ensemble, ne peuvent pas répondre (Loffeier, 2015a) – renvoie les professionnelles à une position dégradée et dégradante de leur emploi. Lorsque la qualité du travail fourni par les employées est dévaluée, ce sont elles, en tant qu'individus, qui sont déconsidérées, que ce soit à travers l'évaluation négative de leur travail, lorsqu'on leur dénie la qualité d'individus, ou lorsqu'on les renvoie à leur statut de « femmes de ménage ».

Cela dit, ces comptes rendus existent corrélativement à une vision politique de cet emploi, qui s'inscrit dans le domaine de l'aide aux personnes âgées, et qui offre un levier courant de réenchancement de l'activité.

1.2.3 « Être là pour eux », une fonction sociale valorisée

Au-delà de la pénibilité du travail, physique ou morale, la plupart des ASH interrogées évoquent la fierté qu'elles ont à incarner, dans la division sociale des tâches, celles qui s'occupent des plus vieux. Nombreuses sont celles qui en effet expliquent être satisfaites de la position qu'elles occupent, parce qu'elles ont la sensation de *faire quelque chose pour les personnes âgées* en général. D'une certaine manière, leur satisfaction vient du fait qu'elles inscrivent leur pratique dans le domaine du *social*, ce qui est particulièrement valorisé.

L'année dernière, j'ai fait Noël et Nouvel An ici pour les fêtes [...]. Mais quand j'ai vu le regard de ces personnes – seules, hein ? [...] Il y a eu des pleurs aussi, mais des pleurs de joie, tu vois ? Hé ben tu te dis : « Pétard, aujourd'hui t'as passé une bonne journée, parce que t'étais là pour eux » [...] Et puis un sourire, et tu te dis que t'es là pour quelque chose. Tu leur as apporté. Et pour moi, tu vois, pour moi, c'est énorme. C'est des petits trucs, mais moi j'ai ce caractère-là, pour moi, c'est énorme, tu vois ? Je vais donner un peu de bonheur, voilà. (Elisabeth, ASH)

« Apporter quelque chose aux personnes âgées », ce qui s'appuie sur l'idée qu'elles sont socialement délaissées, faire de ces résidents des « personnes âgées », et leur « donner du bonheur », à partir de l'idée qu'elles « en ont besoin », produit de l'affectivité. Celle-ci s'observe également dans les gestes et les attitudes ; partie prenante de l'activité et pourtant absente de la fiche de poste : gestes caressants, appui de mains sur les épaules, câlins à pleins bras, ou mêmes bisous sonores, qui font l'amusement ou la « beauté » du travail.

Après tu connais plus ou moins les personnes, donc tu sais le petit mot magique qui va les remonter, un sourire, un bisou, même, si il faut, hein ? Comme on disait tout à l'heure avec Gaëlle, style Mme Blanchet qui vient, qui va te demander, tu vas pas le refuser ! Que ce soit elle ou les autres, hein, c'est pareil, hein ? ! (Elisabeth, ASH)

Lorsque Mme Moulier demande à une ASH de lui remettre son soutien-gorge, et qu'elle lui demande après coup combien elle lui doit, l'ASH lui lance « des bisous, c'est gratuit, ça ! », et lui en fait un dans la foulée (note de carnet de terrain).