

Cette enquête menée sur une année universitaire de septembre 2008 à juin 2009 s'est déroulée auprès des aides-soignants en anesthésie aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Elle a mobilisé 6 étudiants du Master en Sociologie de première année de l'Université de Genève.

Notre étude témoigne des trésors de coordination que les aides-soignants doivent développer chaque jour, afin de recueillir les informations indispensables à la réalisation des tâches qui sont de leur ressort. Loin de constituer des isolats au sein des blocs, les aides-soignants, dominés numériquement, socialement et symboliquement par les autres acteurs, sont parvenus, malgré les distances à franchir, à constituer un groupe à la solidarité que nous avons qualifiée de contingente ou d'immédiate. Certes, il y a du "donnant-donnant" (pour reprendre leurs propres termes) dans les actions des aides; certes, l'émergence de leaders informels se fait difficilement, tout comme la revendication assise sur l'expression du groupe dans son entier, au point même que l'on arriverait à douter de l'existence de ce groupe social en tant que tel. Pourtant, ce groupe parvient à dégager des pistes de promotion informelle pour ses membres. Les quelques notions de comptabilité de l'un, la grande maîtrise de la décontamination de certains matériels de l'autre, le goût pour le traitement logistique d'un autre encore, offrent ainsi une diversification des situations au travail, et permettent le développement de carrières informelles et officieuses, "à l'horizontale", dans le secret des sous-sols des blocs. C'est de cette mécanique sociale, usant de beaucoup d'ingéniosité organisationnelle, que le présent rapport cherche à rendre compte.

Mathilde Bourrier est professeur au Département de Sociologie de l'Université de Genève.

Aristoteles Aguilar, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler, et Marc Venturin sont étudiants du Master en Sociologie, Université de Genève.

Ekaterina Dimitrova est doctorante en Sociologie, Université de Genève.

ISBN : 2-940386-14-5978-2-940386-14-7



"Nous, on soigne rien sauf des machines" Le pouvoir insoupçonné des aides- soignants en Anesthésie

Sous la direction de **Mathilde Bourrier**

**Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier, Ekaterina Dimitrova,
Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler,
Marc Venturin**

Sociograph N°8 / 2009



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

Département de sociologie

Dans la même collection :

Sociograph - Sociological Research

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi, Robert Wegener

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földhàzi, Milena Chimienti

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Stefano Losa et Mélanie Battistini, avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais, Manon Wettstein

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti avec la coll. de Laure Chiquet

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet avec la coll. de Jakob Eberhard

Working Papers

Working Paper n°1, 2007, *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health, National policies compared*, Sandro Cattacin and Milena Chimienti, in collaboration with Carin Björngren Cuadra

Working paper n°2, 2007, *L'herméneutique objective*, David Gerber

Working Paper n°3, 2009, *L'estime sociale*, Frédéric Minner

Working Paper n°4, 2009, *Le bracelet électronique*, Christelle Rey

*achevé d'imprimer en septembre 2009
par Repromail, Université de Genève*

**"Nous, on soigne rien
sauf des machines"
Le pouvoir insoupçonné des
aides-soignants en
Anesthésie**

Sous la direction de Mathilde Bourrier

**Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier,
Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers,
Marius Lachavanne, Mélinée Schindler,
Marc Venturin**

Sociograph n°8 / 2009

Mandant : Hôpitaux Universitaires de Genève.

Citation conseillée : Sous la direction de Mathilde Bourrier, avec la collaboration de Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier, Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler, Marc Venturin (2009). "Nous, on soigne rien sauf des machines", Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie. Genève : Université de Genève

ISBN 2-940386-14-5978-2-940386-14-7
Publication sur Internet : www.unige.ch/ses/socio/

Table des matières

Remerciements _____	9
Résumé _____	11
Annnonce du plan _____	13
Chapitre 1. Introduction _____	15
1.1 La demande et son analyse _____	15
1.2 Objectif de l'étude _____	16
1.3 Questions de départ _____	17
1.4 Contexte institutionnel _____	17
1.5 Le service d'anesthésie aux HUG _____	18
1.6 Description générale du métier d'aide-soignant en anesthésie _____	18
1.7 Description des lieux de travail _____	18
Chapitre 2. Le design de l'étude _____	21
2.1 Protocole de l'étude : les premiers choix _____	21
2.2 La pré-étude _____	21
2.3 Délimitation de l'objet et de l'univers de l'étude _____	22
2.4 La population étudiée : les aides-soignants _____	22
2.5 L'équipe des sociologues _____	23
2.6 La coordination avec l'équipe aide-soignante et les cadres infirmiers _____	23
Chapitre 3. Les aides-soignants : une profession peu étudiée _____	25
3.1 L'aide-soignant existe-t-il ? _____	26
3.2 Littérature anthropologique et littérature professionnelle _____	26
3.3 Choix thématique des points forts rencontrés dans la littérature _____	27
3.3.1 Malaise infirmier et besoin de reconnaissance _____	27
3.3.2 Collaboration et/ou délégation _____	29
3.3.3 L'importance de la communication _____	31
3.3.4 Le « teamwork » _____	32
3.3.5 Le rituel du partage de nourriture _____	33
3.3.6 Le rapport aux patients : un sociologue à l'hôpital _____	34
3.3.7 L'évolution du métier d'aide-soignant _____	35
3.4 Notre questionnement à l'issue des lectures _____	37
3.4.1 Première approche : définir le contexte _____	37
3.4.2 La « bonne » communication _____	38
3.4.3 Travail logistique et relation au patient _____	38
3.4.4 Les pratiques au travail _____	39
3.4.5 Culture hospitalière et rapports interpersonnels _____	40
3.4.6 Les aides-soignants manquent-ils de reconnaissance ? _____	40
3.5 Conclusion _____	41
Chapitre 4. Méthode et dispositif de recherche _____	43
4.1 Techniques de collecte de données _____	43
4.1.1 Construction de la grille d'observation _____	44
4.1.2 Phase exploratoire _____	46
4.1.3 Observations systématiques _____	46
4.1.4 Entretiens approfondis _____	46
4.1.5 Analyse et traitement de données avec le programme Atlas Ti _____	49
4.2 Comment nous nous sommes organisés _____	51
4.2.1 Notre présence sur le terrain _____	51
4.2.2 Notre vécu _____	51
4.2.3 Les limites du dispositif _____	52
Chapitre 5. Le quotidien d'un aide-soignant en anesthésie _____	55
5.1 Le cahier des charges _____	55
5.2 Techniques de décontamination _____	57
5.2.1 Procédures et durées _____	57
5.2.2 Appropriations variables _____	59
5.2.3 Différences entre les blocs _____	61
5.3 Les aides et leurs machines _____	63
5.3.1 Description des machines _____	64
5.3.2 Entretien et suivi des réparations _____	65
5.4 Gestion du matériel dans les blocs _____	66
5.4.1 Remplir des sas _____	66
5.4.2 Magasin (commande, arrivage, rangement) _____	69
5.4.3 Recherche de matériel _____	71
5.5 Les aides et les patients _____	73
5.6 Polyvalence _____	75
5.6.1 Glissement de tâches _____	75
5.6.2 Tournus _____	77
5.6.3 Planning et remplacements _____	77
5.7 Qui sont leurs responsables ? _____	78
5.7.1 Les IRUS _____	78
5.7.2 Qu'est-ce qu'une infirmière référente des aides-soignantes en anesthésie ? _____	79
5.8 Pourquoi les aides-soignants ont-ils choisi l'anesthésie ? _____	80
5.8.1 Un contact moins « impégnativo » avec le patient _____	80
5.8.2 Les machines de plus en plus présentes _____	81
Chapitre 6. Se coordonner au travail : le règne de l'oral _____	83
6.1 Pourquoi se coordonner ? _____	83
6.1.1 La relève, un moment clé _____	83
6.1.2 Se coordonner pour réduire l'incertitude _____	84
6.1.3 Se coordonner pour décontaminer _____	85
6.1.4 La gestion du matériel _____	85
6.1.5 Les pauses _____	87
6.1.6 La coordination autour du planning _____	87
6.1.7 Se coordonner pour bien terminer/commencer la journée _____	88
6.1.8 Se coordonner pour prévenir le danger _____	88
6.2 Une coordination spécifique d'un bloc à l'autre _____	89
6.3 La coordination avec les autres ? _____	93
6.3.1 Avec les infirmiers _____	93
6.3.2 Avec les médecins _____	95
6.3.3 Avec les IRUS _____	95
6.4 Les outils de la coordination _____	96
6.5 Une culture de l'oral qui prédomine _____	100
6.6 Limites de ce système _____	100
Chapitre 7. Solidarité, conflits et représentations d'autrui _____	101
7.1 Relations au travail entre pairs _____	101
7.2 Une solidarité contingente _____	103
7.3 Construction des liens _____	104
7.3.1 Les jeux _____	104
7.3.2 La détente _____	106
7.3.3 Partage de nourriture festif _____	108

7.4	Des conflits récurrents et absorbés	111
7.4.1	Types de conflits et protagonistes	111
7.4.2	Les modalités de résolution des conflits	114
7.5	Face aux IRUS	116
7.6	Conclusion	119
Chapitre 8. Contraintes et libertés dans la pratique quotidienne		121
8.1	Les incertitudes au travail : entre logique du métier, poids et satisfaction	121
8.1.1	Variation du rythme	122
8.1.2	Entre horaires flexibles, constamment renégociés et absences imprévues	125
8.1.3	Gérer le matériel malgré l'imprévisible.	126
8.1.4	Interruptions et réorganisation du temps	127
8.1.5	Les maladies contagieuses	129
8.1.6	Les stratégies de minimisation des incertitudes	130
8.2	Paradoxes et ambivalences au travail	136
8.2.1	Changer de bloc : Cassure forcée ou lutte volontaire contre la routine ?	136
8.2.2	Le matériel : entre force et faiblesse de l'aide-soignant	138
8.2.3	L'aide-soignant pris entre deux feux : la question des économies à l'hôpital.	141
8.2.4	L'hygiène, un territoire à soi et à défendre	143
8.2.5	Spécialistes ou profanes ?	144
8.3	Un vécu invisible	144
8.4	Conclusion	145
Chapitre 9. Conclusion : Les dilemmes des aides-soignants		147
9.1	Construire son identité professionnelle quand on est aides-soignants en anesthésie : les freins...	147
9.1.1	Des freins externes	147
9.1.2	Freins internes	148
9.2	... et facilitations	150
9.2.1	Des facilitations externes	150
9.2.2	Facilitations internes	151
9.3	Conclusion : Entre identité de groupe affirmée et difficile mobilisation collective	152
Bibliographie		155

Remerciements

Cette recherche a bénéficié de l'aide précieuse et de l'enthousiasme d'un certain nombre de personnes que nous souhaitons remercier tout particulièrement ici. Outre le chef du département d'anesthésiologie François Clergue, qui une nouvelle fois nous a accordé sa confiance pour cette opération "anesthésie-sociologie", nous pensons ici à un triumvirat, qui a beaucoup œuvré à nos côtés pour la réalisation concrète de ce projet : la directrice des soins, Sandra Merkli, la responsable-infirmière des blocs de chirurgie ambulatoire et de neurochirurgie/ORL Christine Biron, et l'infirmière-référente des aides-soignants, Sylvie Goanec. Qu'elles soient ici tout particulièrement remerciées, ce travail doit beaucoup à leur appui au long cours. Bien évidemment, rien de tout cela n'aurait été possible sans la permission d'entrer dans les blocs et la bienveillance avec laquelle médecins comme infirmiers, de toutes spécialités nous ont laissés errer au gré des activités quotidiennes. Enfin, il nous faut remercier chaleureusement les aides-soignants, « nos » aides-soignants, comme avaient fini par les appeler certains étudiants, qui par mille touches, regards, bribes et plus longues conversations, ont ouvert les portes sur leur monde du travail au quotidien. Ils ont à n'en pas douter contribué à forger un petit groupe de sociologues, qui n'oublieront jamais ces armes du "premier terrain".

Nous souhaitons également remercier les membres du fond « qualité des soins », qui ont soutenu financièrement ce projet et le département d'anesthésie dans son ensemble.

Dans cette aventure collective, nous remercions chaleureusement notre « maître des fichiers », Sami Coll, assistant au département de Sociologie de l'Université de Genève, qui a veillé scrupuleusement à deux tâches essentielles : la supervision du codage des données d'observations avec le logiciel Atlas Ti et la mise en forme de ce manuscrit.

Toutes les imperfections et inexactitudes qui demeurent dans ce texte sont de notre responsabilité. Elles ne sauraient en aucune façon engager les hôpitaux universitaires de Genève.

Résumé

Cette enquête menée sur une année universitaire de septembre 2008 à juin 2009 s'est déroulée auprès des aides-soignants en anesthésie aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Elle a mobilisé 6 étudiants du Master en Sociologie de première année de l'Université de Genève. Deux techniques de recueil de données ont été utilisées : Le suivi d'activités au quotidien, aux abords des blocs, dans les sas, et dans les salles de décontamination; et l'entretien approfondi semi-directif auprès de l'ensemble des aides et auprès d'un petit échantillon de médecins et infirmiers, rencontrés au cours de la phase d'observations (42 entretiens en tout).

Dans la littérature francophone sur les aides-soignants, on ne dispose en sociologie que d'une seule étude réalisée par Anne-Marie Arborio publiée en 2001, intitulée "Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital". Nous avons cherché en partie à valider ou infirmer les résultats de cet auteur, qui montrait finement comment les territoires des aides-soignants devenaient de plus en plus indispensables à la continuité des soins : qu'il s'agisse de l'hygiène, de la décontamination ou de l'accompagnement psychologique, les aides-soignants y avaient conquis des positions, à la fois fortes et pourtant mal évaluées et mal connues de l'hôpital en général, et des autres corps de métier en particulier. In fine, les acquis de l'étude présentée dans ce manuscrit conforte plutôt ces résultats. La variété des tâches des aides-soignants en anesthésie indique que le métier et la fonction sont vivants. Certes, de la monotonie se loge dans les décontaminations successives des matériels dans les blocs, et l'alternance des séquences se reproduit peu ou prou chaque jour. Néanmoins, la mobilisation d'astuces, de stratégies d'anticipation et de compétences développées en propre, ainsi que l'établissement d'une coordination fonctionnelle très efficace, assise sur une auto-organisation informelle, rendent ce groupe très en mouvement professionnellement. Cette dynamique et ce répondant semblent peu perçus par les autres corps de métier, ce qui est probablement à la racine des problèmes de reconnaissance qui ont initié cette étude.

Notre étude témoigne des trésors de coordination que les aides-soignants doivent développer chaque jour, afin de recueillir les informations indispensables à la réalisation des tâches qui sont de leur ressort. Loin de constituer des isolats au sein des blocs, les aides-soignants, dominés numériquement, socialement et symboliquement par les autres acteurs, sont parvenus, malgré les distances à franchir, à constituer un groupe à la solidarité que nous avons qualifiée de contingente ou d'immédiate. Certes, il y a du "donnant-donnant" (pour reprendre leurs propres termes) dans les actions des aides; certes, l'émergence de leaders informels se fait difficilement, tout comme la revendication assise sur l'expression du groupe dans son entier, au point même que l'on arriverait à douter de l'existence de ce groupe social en tant que tel. Pourtant, ce groupe parvient à dégager des pistes de promotion informelle pour ses membres. Les quelques notions de comptabilité de l'un, la grande maîtrise de la décontamination de certains matériels de l'autre, le goût pour le traitement logistique d'un autre encore, offrent ainsi une diversification des situations au travail, et permettent le développement de carrières informelles et officieuses, "à l'horizontale" comme l'avait déjà analysé Howard Becker dans *Le travail sociologique – Méthode et substance* (2006), dans le secret des sous-sols des blocs. C'est de cette mécanique sociale, usant de beaucoup d'ingéniosité organisationnelle, que le présent rapport cherche à rendre compte.

Annnonce du plan

Ce rapport est divisé en 9 chapitres qui s'articulent ainsi : les deux premiers présentent la manière dont la recherche a été conçue; ils expliquent les choix initiaux en matière de conception de l'étude, ainsi que les objectifs fixés au départ; ils précisent également le type de coordination mis en place avec les soignants afin de nourrir un dialogue sur l'avancement de la recherche. Le troisième chapitre est une présentation raisonnée des différents textes, puisés dans la littérature de sociologie médicale ou professionnelle, concernant le travail des aides-soignants. Ces textes nous ont aidés à préparer la phase de terrain proprement dite. Dans ce chapitre, une mise en perspective de certaines thématiques, récurrentes dans les textes étudiés, est proposée. Le quatrième chapitre entre dans le détail de la méthode et du dispositif de recherche mis en place. Le cinquième chapitre offre une description minutieuse du quotidien des aides-soignants. Il révèle une palette d'activités, variées, réclamant des trésors de coordination en amont, pendant et en aval, avec différents corps de métiers. Cette dernière est l'objet du chapitre 6. Un peu à l'instar de ce que les travaux sur la coordination infirmière et aide-soignant ont déjà proposé, nous nous sommes intéressés à la fois à la coordination formelle, qui dispose d'outils, de lieux et de supports et à la coordination informelle, ciment de nombreuses activités. Le chapitre 7 est consacré aux relations de travail : elles sont riches, parfois tourmentées, instrumentales et nourries de rituels. Le chapitre 8 propose une analyse stratégique des contraintes et des ressources des aides-soignants, précisant ainsi finement l'ambivalence de leur position et de leurs aspirations, révélant les paradoxes d'une situation professionnelle qui par bien des aspects est confortable mais qui laisse aussi poindre toute la difficulté à défendre des territoires laissés en jachère par d'autres. Enfin, le chapitre 9, qui est un chapitre de conclusion, tentera de brosser un portrait tout en nuances de la culture de ce groupe professionnel, en recherchant les points d'appui et les points de fragilité d'une identité professionnelle, qui existe mais qui peine à pouvoir se dégager de perspectives à court terme, fruits de négociations continuelles, contingentes, se représentant aux aides-soignants sans cesse.

Ce rapport a été écrit à plusieurs mains. Il a été réalisé sous la direction scientifique de Mathilde Bourrier, avec l'aide de Sami Coll. Ainsi les deux premiers chapitres ont été rédigés par Mathilde Bourrier, le troisième chapitre a été conçu et écrit par Mélinée Schindler. C'est Aristoteles Aguilar qui s'est vu confier le chapitre 4 avec l'aide de Marc Venturin, Solène Gouilhers et Mathilde Bourrier. Le chapitre 5 a été rédigé par Marc Venturin. Marius Lachavanne s'est chargé du chapitre 6. Ekaterina Dimitrova est l'auteur du chapitre 7. Solène Gouilhers fut responsable de l'élaboration du chapitre 8. Marc Venturin et Solène Gouilhers ont conçu à quatre mains le chapitre de conclusion.

Tous les noms apparaissant dans le rapport sont fictifs.

Chapitre 1. Introduction

« Je conçois la société comme une action collective et la sociologie comme l'étude des formes d'action collective. (...) En tout cas, voir la société comme une action collective n'est pas sans importance, car si vous le faites, vous ne pouvez la voir comme une structure, ou comme une collection ou une organisation de forces ou de facteurs, ou comme un mécanisme qui produit des taux, ou de n'importe quelle autre manière commune de la voir aujourd'hui. Quand vous pensez à la société en tant qu'action collective, vous savez que parler de structures ou de facteurs se réfère in fine au fait que les gens font des choses ensemble, ce qui constitue l'objet de la sociologie »
(Howard Becker, *Le travail sociologique*, 2006 : 15-16).

Dans ce chapitre introductif, on présente comment la demande d'analyse de la situation des aides-soignants¹ et de leur mal-être faite par la direction des soins du service d'anesthésiologie a été retravaillée par les sociologues de manière à proposer un protocole de recherche qui puisse aboutir à une meilleure connaissance des conditions dans lesquelles s'exerce cette fonction aujourd'hui dans un grand hôpital de suisse romande. Ainsi les buts de l'étude sont présentés tout comme le contexte institutionnel dans lequel cette dernière s'inscrit.

1.1 La demande et son analyse

Cette étude est le fruit d'une série de discussions entre l'équipe de direction des soins en anesthésie et en particulier sa cheffe Madame Sandra Merkli et Mathilde Bourrier. A l'origine, le constat fait par Madame Merkli et ses collaborateurs révèle un malaise profond de l'équipe des aides-soignants attesté notamment par un rapport en 2007.

A la faveur de cet audit, un certain nombre de points saillants touchant à la situation des aides-soignants a pu être relevé². Ils ont constitué un premier diagnostic organisationnel fait en interne. Les constats dégagés étaient les suivants : Dans le service d'anesthésiologie, à la différence des soins intensifs, le *turn over* est faible, le personnel est très stable, rétif dans son ensemble aux propositions de mobilité. En revanche, il exprime un mal-être, regrettant de ne pas être davantage considéré et associé à la marche du service. Eclatés entre plusieurs sites de travail, ils se côtoient peu, contribuant à créer des isolats d'activités où les pratiques sont de plus en plus hétérogènes³. Il y a donc une forme de tropisme par service, ou secteur d'activité.

Nous avons pu consulter un certain nombre de documents présentant l'état des réflexions et des actions entreprises par le service d'anesthésiologie pour tenir compte des

¹ Nous avons fait le choix d'utiliser le masculin pour le groupe "aide-soignant". A la réflexion, ce n'était pas forcément très judicieux, mais dans la mesure où il s'agit d'une convention d'écriture, une fois adoptée par tous, il était difficile de revenir en arrière.

² Document 1 : Mandat Aides-soignant(e)s confié par la responsable des soins, Madame Sandra Merkli, à un groupe de travail nommé en septembre 2007. Document 2 : Mandat Interne ISA Référente des aides-soignants sur l'ensemble du service, du 7 mars 2008.

³ Un constat que notre étude ne valide pas totalement (Cf. nos conclusions dans le chapitre 9).

frustrations exprimées par les aides-soignants depuis quelque temps. Ainsi un premier groupe de travail a été mis sur pied pour faire des propositions d'amélioration. Le mandat qui a été confié à ce groupe s'étend de septembre 2007 à décembre 2009. Il comporte trois volets : Celui de la formation ; celui de la mobilité et celui de la collaboration et de la communication. L'ensemble des actions vise à soutenir ces trois axes en créant des moyens et des outils d'évaluation associés visant à : a) favoriser la mise sur pied d'un programme de formation plus robuste, b) développer une mobilité tenant compte à la fois des choix de chacun et des besoins du service, c) faciliter l'émergence d'une dynamique d'équipe au sein des aides-soignants et au-delà, de façon à améliorer leurs échanges avec les autres acteurs de l'anesthésie.

En marge de ces constats formalisés, une anecdote, à valeur de symbole nous fût également rapportée. Elle colore les éléments épars dont nous disposons au démarrage de l'enquête. A l'occasion du départ à la retraite d'un des médecins-chefs du service d'anesthésiologie, un petit film tourné au bloc – où ce médecin opérait régulièrement – a été réalisé. Tous les protagonistes du "théâtre des opérations" sont visibles, médecins, instrumentistes, infirmiers... Seuls les aides-soignants en anesthésie manquent à l'appel, ils n'apparaissent sur aucune image, validant ainsi toujours un peu plus le titre du livre d'Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital* (2001), qui porte sur le cas français. L'analyse de la sociologue serait-elle donc universelle? Aux HUG aussi, ces aides-soignants en anesthésie souffriraient d'un escamotage institutionnel permanent?

Ainsi, la question du malaise des aides, de ses racines et des manières d'y remédier nous est posée directement au printemps 2008. Pour répondre à la demande, nous avons cherché à comprendre dans un premier temps et au cours d'entretiens informels, comment ce problème d'intégration des aides était perçu et spontanément expliqué par nos interlocuteurs infirmiers. Plus généralement, quelles répercussions sur le quotidien du travail pouvaient avoir le mécontentement diffus des aides-soignants?

Il nous est assez rapidement apparu que pour répondre de façon adéquate, il nous fallait proposer une étude qui suive d'assez près le travail des aides-soignants et selon plusieurs angles. Nous avons donc proposé une étude par observation, non ou faiblement participante, au plus près du travail quotidien des aides et par entretien.

1.2 Objectif de l'étude

Notre démarche de sociologues n'a pas cherché à s'intégrer directement aux efforts institutionnels déjà en cours. Elle a d'emblée visé à offrir un regard alternatif et des éléments d'approfondissement sur le métier d'aide-soignant aujourd'hui, ses transformations comme ses difficultés. Par l'observation fine des activités quotidiennes des aides et le recueil systématique de leurs vécus subjectifs, nous cherchions à brosser un portrait sociologique de la profession des aides-soignants, en nous centrant sur le cas de l'anesthésie.

Nous avions à l'esprit que la situation des aides-soignants en anesthésie n'était peut-être pas entièrement représentative de ce qui se passe pour l'ensemble des aides. Nous avions espoir néanmoins que cette étude puisse nourrir le corpus de connaissances pour l'action et ainsi favoriser l'émergence d'une réflexion plus large sur le soin au quotidien au cœur des blocs opératoires.

Ainsi, cette étude doit être envisagée comme un complément aux efforts en cours autant que comme l'actualisation spécifique d'un questionnaire sociologique plus général sur l'organisation et l'évolution des soins de santé ainsi que des organisations qui les encadrent. Le fait que l'équipe de sociologues était extérieure au système hospitalier permettait à ses membres de proposer une analyse décalée, qui nous l'espérons pourrait profiter aux démarches de changement élaborées depuis l'intérieur autant qu'à la potentielle reconstruction d'une identité professionnelle « forte » pour les aides-soignants. C'est en tout cas dans cette dialectique que notre étude s'est positionnée dès le départ. Puisant dans les travaux de sociologie des professions, de sociologie du travail ou de sociologie médicale, notre angle académique était clairement articulé autour d'une réflexion sur les modalités d'action collective qui établissent aujourd'hui une profession.

1.3 Questions de départ

Dès le départ, nous avons donc cherché à comprendre et à qualifier les changements ou les évolutions en cours ou à venir et qui touchaient directement la fonction des aides en anesthésie. Nous avons cherché à mettre au jour la manière dont ces changements étaient appréhendés, compris, transmis, appropriés par les aides-soignants. Nous espérons pouvoir faire l'inventaire des ressources à disposition pour accompagner la transformation de leur métier et de leur fonction de l'intérieur. En parallèle, on se proposait aussi de relever ce qui pouvait faire obstacle ou ce qui heurtait profondément les valeurs et manières dont ils exerçaient leurs fonctions aujourd'hui.

Enfin, on souhaitait s'interroger sur les représentations et les pratiques du métier et/ou de la profession qui étaient en train de se substituer aux anciennes. Quels étaient donc les déterminants qui permettent de vivre une transition professionnelle de façon plus ou moins heureuse ? Notre étude visait à dégager les conditions d'une transition de métier réussie, et celles qui conduisent à l'échec, non pas au sens individuel mais collectif. On s'interrogera donc sur les conséquences de ces transformations sur la fonction, le métier, la profession et au final l'identité même d'aide-soignant.

1.4 Contexte institutionnel

L'hôpital au sein duquel nous avons enquêté est un hôpital universitaire suisse. Il s'agit de l'hôpital principal du canton de Genève. En 2008, les Hôpitaux Universitaires de Genève (les HUG), qui incluent divers établissements et sites, emploient 8471 collaborateurs, ont comptabilisé 724 692 journées d'hospitalisation, 2096 lits en service à un taux d'occupation de 95%, 24 476 opérations chirurgicales et 3963 naissances. Le bassin de population drainé est probablement d'un demi-million de personnes, mais, pour certaines procédures médicales de pointe comme les greffes d'organes, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la cardiologie ou la radiologie interventionnelle, les HUG servent de centre de référence régional pour un bassin encore plus large (franco-suisse).

Les HUG ont développé un plan d'économies sur trois ans (de 2007 à 2009) appelé « plan Victoria » permettant de faire face à une diminution des ressources et une augmentation des dépenses liée notamment à la croissance des soins allant de pair avec l'allongement de la durée de la vie. Si nous le mentionnons ici, c'est que ce plan a été largement évoqué par les aides-soignants durant l'enquête, notamment en ce qui concerne les préoccupations liées au gaspillage et aux dépenses inutiles. Les aides-soignants ont fréquemment fait part de leur rôle charnière dans l'établissement de nouveaux comportements, notamment en ce qui concerne les consommables, les matériels et

fournitures dans les blocs. Au total, à la fin de l'année 2009, ce sont entre 80 et 130 millions qui auront pu être économisés selon les prévisions. On verra dans le corps de l'étude comment ce plan qui a touché l'ensemble des personnels a fait l'objet d'une appropriation spécifique par le groupe des aides-soignants.

1.5 Le service d'anesthésie aux HUG

Le service d'anesthésie aux HUG comprend 241 personnes, qui se répartissent comme suit : 104 médecins-anesthésistes dont 1 chef de service, 17 médecins-adjoints, 50 chefs de clinique et 36 internes, auxquels s'ajoutent 8 médecins consultant. Du côté des soins infirmiers, on compte 110 infirmiers dont 99 infirmiers-anesthésistes, encadrés par 4 IRUS (Infirmier Responsable d'Unité de Soins), 8 infirmiers en soins généraux, et 3 infirmiers spécialisés en soins intensifs, ainsi que 2 chargés de formation. Le personnel aide-soignant, sur lequel porte cette étude, s'élève à 23 personnes, auxquelles s'ajoutent un gestionnaire de stock, un commis administratif et une secrétaire. L'ensemble des soins infirmiers est dirigé par une responsable des soins. Du personnel administratif assiste également l'ensemble de ces personnes dans leurs travaux.

1.6 Description générale du métier d'aide-soignant en anesthésie

Le métier d'aide-soignant en anesthésie n'existe pas partout dans le monde. On ne le rencontre pas en France par exemple. En Suisse, la présence des aides-soignants en anesthésie, quoique réduite, est bel et bien institutionnalisée. Leur travail consiste essentiellement à réaliser des tâches d'entretien (désinfection des surfaces par immersion) des dispositifs médicaux (lits, respirateurs, modules...) propres à l'anesthésie, auxquelles s'ajoutent des tâches de gestion de ces matériels. Les aides-soignants réalisent donc un travail au plus près des blocs opératoires et des personnels d'anesthésie, médecins comme infirmiers, plutôt en marge des soins directs aux patients, à l'exception de certains lieux comme la Salle de Réveil générale ou la Pédiatrie. Les aides-soignants agissent sur délégation des infirmiers.

Ils ont une formation professionnelle formelle assez peu poussée, mais disposent de nombreuses connaissances de métier, qu'ils doivent sans cesse actualiser à mesure que les matériels changent ou que les normes en matière d'hygiène et de décontamination se font plus drastiques. Les efforts importants mobilisés par les hôpitaux en général et en particulier aux HUG, pour lutter contre les maladies nosocomiales, ont placé ce personnel au cœur des stratégies de modification des comportements et de surveillance/contrôle des soignants en général.

1.7 Description des lieux de travail

Les aides-soignants en anesthésie exercent principalement (mais pas uniquement) aux abords des blocs opératoires, c'est-à-dire dans les sas, quand il y en a, et dans les salles de décontamination réservées à l'usage des aides-soignants en anesthésie. Dans notre cas d'étude, tous les blocs ont été concernés : Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA), Bloc d'Urgence (BOU), Bloc de Chirurgie Générale avec 8 salles (OPERA), Pédiatrie/Obstétrique, Ophtalmologie, Maternité (POM), Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO), et Salle de Soins Post-Interventionnels/Salle de Réveil (SSPI) plus hors-bloc.

C'est dans ces lieux, avec leur accord, que nous avons suivi leurs activités, par tranche horaire, en évitant de les gêner le plus possible dans leurs démarches, leurs procédures de décontamination, recherche de matériels, remplissage des fournitures, etc.

Chapitre 2. Le design de l'étude

« Le travail de l'ethnographie combinatoire est donc à la fois de l'ordre de l'explicitation des conditions concrètes de l'agir, de l'ouverture à des capacités nouvelles, et de la critique de ce qui est caché d'ordinaire des comptes rendus autorisés, critique qui ne procède pas tant, comme souvent en sociologie du dévoilement des intérêts des acteurs, mais de la mise en évidence des ajustements auxquels les personnes, quels que soient par ailleurs leurs intérêts, doivent se livrer de fait dans le cours détaillé de leurs actions » (Dodier & Baszanger, 1997 : 62).

Dans ce chapitre, nous traitons de la manière dont l'étude a été conçue au départ et comment les articulations entre les soignants à l'hôpital et les sociologues ont été organisées de manière à permettre un dialogue à tout moment sur les modalités du déroulement de l'étude. Nous précisons également les ajustements réalisés en cours de route.

2.1 Protocole de l'étude : les premiers choix

Dès les débuts de nos rencontres avec les cadres infirmiers du service (IRUS), nous avons fait le choix de procéder d'abord à une immersion longue, qui permette aux étudiants de se familiariser avec les lieux, les objets, les personnes, les rythmes de travail, les pratiques, bref tout un quotidien du travail à l'hôpital, qu'aucun d'entre eux n'avaient rencontré, ni côtoyé jusqu'à présent. Une fois cette période d'immersion passée (2 à 3 semaines), nous avions initialement pensé délimiter un certain nombre de séquences de travail en particulier (arrivée du magasin, remplissage des sas, décontamination de certains matériels, chasse aux modules...) et en faire un relevé systématique. Mais en réalité, c'est plutôt une poursuite de l'immersion que chacun a eu le loisir de pratiquer, en s'attachant à suivre bien précisément certains tournants bien identifiés par les aides-soignants dans leur journée ou nuit. Le choix de départ, un recours important aux observations directes, s'est donc encore plus renforcé au cours de l'enquête. Le deuxième choix important consistait à introduire une deuxième phase, constituée d'un volet d'entretiens semi-directifs avec la totalité des aides-soignants en anesthésie, quelques infirmiers et médecins rencontrés au cours de l'étude de terrain et les quatre responsables hiérarchiques des aides-soignants, les IRUS.

2.2 La pré-étude

Elle s'est faite sur une période de deux jours et demi, les 8, 9 et 10 octobre 2008 et a été menée par Mathilde Bourrier, accompagnée de Mesdames Christine Biron, IRUS des Blocs de Chirurgie Ambulatoire et de Neurochirurgie/ORL (BOCHA et ONO) et Sylvie Goanec, infirmière anesthésiste, référente pour les aides-soignants. Il s'agissait d'une prise de contact avec le milieu des blocs et des lieux plus périphériques, en tant que territoires plus spécifiques des aides-soignants en anesthésie. Le but était de se rendre

compte des conditions réelles de l'enquête et des éventuels ajustements qu'il faudrait faire pour la réaliser sans nuire au travail des aides.

Il est apparu plusieurs choses à l'issue de ces jours passés dans les blocs, glanées au fil des rencontres et échanges informels ou des observations de Mathilde Bourrier : a) le matériel (sa recherche, son « vol », sa décontamination, son obsolescence, etc...) semblait constituer une problématique centrale pour les aides ; b) il ne semblait pas y avoir à proprement parler d'équipe de soins, car les aides-soignants fonctionnaient quasiment indépendamment des infirmiers ; c) Dans chaque bloc, on semblait respirer un air différent : l'accueil, les regards, l'intensité des échanges ou des activités, la configuration des lieux (exigus ou vastes), bref à toute une série de détails, on était frappé par des dissemblances, qu'il faudrait à n'en pas douter approfondir, corroborer, infirmer et documenter ; d) enfin, la mesure de la performance, au sens individuel et collectif, c'est-à-dire la possibilité de savoir (pour soi et faire savoir à autrui, notamment à la hiérarchie) si le travail réalisé est bien fait et atteint les exigences, semblait difficile à conduire.

A la suite de ce compte rendu d'observations fait par Mathilde Bourrier, les étudiants se sont donc trouvés immergés, chacun dans un bloc et pour une semaine d'affilée avec comme programme celui d'analyser, de comprendre, de mettre en perspective, de ressentir ce travail en souterrain, dans les marges du soin, au cœur des théâtres des opérations des HUG.

2.3 Délimitation de l'objet et de l'univers de l'étude

A ce stade, le lecteur a sans doute compris que l'unité pertinente permettant de délimiter l'objet d'étude était entièrement calquée sur le travail quotidien des aides. Ainsi, la consigne, pour les enquêteurs comme pour les aides, était la suivante : là où les aides se rendent pour les besoins de leur travail, les étudiants, s'ils peuvent y aller en respectant la déontologie des aides, des soignants plus généralement et des patients doivent également pouvoir y être associés.

Nous devons cependant ajouter un petit bémol, qui est apparu dans les débuts de l'enquête, en finissant par s'estomper vers la fin. Il était certain que la fréquentation des blocs opératoires, même en périphérie, pouvait amener les étudiants, novices dans l'observation de scènes tragiques ou difficiles, à rencontrer des difficultés. Il fut convenu en accord avec les aides, que l'enquête ne serait pas de moindre qualité si certaines scènes n'étaient pas observées de bout en bout par les étudiants. Ainsi, une forme de restriction, à la fois vis-à-vis des patients et des étudiants eux-mêmes a constitué une sorte de norme d'investissement sur le terrain. Cette forme de pudeur pourrait être confondue avec une protection du type « âme sensible » s'abstenir. En réalité elle a permis à chacun de doser son émotion. On pourrait sans doute débattre de ce choix, fait en amont et réinterroger ex-post sa légitimité avec les étudiants dans un dialogue avec les aides-soignants.

2.4 La population étudiée : les aides-soignants

La population étudiée est constituée de 24 aides-soignants, 22 femmes et 2 hommes. Le plus jeune a 34 ans et le plus âgé, 59 ans. La moyenne d'âge est de 47 ans et l'âge médian est de 46,5 ans. C'est donc une génération de quarantennaires qui travaillent comme aides en anesthésie et ce depuis plusieurs années. Compte tenu des faibles possibilités de promotion dans d'autres secteurs ou dans la carrière infirmière (seule une

aide-soignante poursuit des études d'infirmière), ces personnels sont engagés à long terme dans cette profession d'aides-soignants en anesthésie. Nous devons préciser, comme nous le ferons de manière plus fine dans la dernière partie du rapport, que pour beaucoup l'arrivée en anesthésie fut considérée comme une promotion, une manière d'échapper aux soins généraux réalisés dans les étages, raison pour laquelle il paraît difficile pour eux d'imaginer quitter l'anesthésie.

Ajoutons qu'à la différence du personnel infirmier, les aides-soignants travaillent le plus souvent à temps complet (100%); seules deux personnes travaillent à 60%, deux autres à 80% et une à 90%.

2.5 L'équipe des sociologues

Cette étude s'inscrit dans un cadre pédagogique précis : L'atelier de formation par la recherche N°2, proposé en Master de Sociologie. Chaque année le Master de Sociologie de l'Université de Genève offre à ses étudiants une initiation grandeur réelle à une enquête de terrain, depuis la demande du mandant, jusqu' à la rédaction du rapport final et la restitution orale des résultats, en passant bien sûr par le design de la recherche, la collecte des données, leur traitement et analyse. Ces ateliers se déroulent sur une année universitaire (de septembre à juin) et donnent lieu à des présentations dans des séminaires ou des colloques et des publications ultérieures (livres ou articles)⁴.

C'est dans ce cadre que les étudiants suivants, Marc Venturin, Mélinée Schindler, Marius Lachavanne, Solène Gouilhers, Aristote Aguilar, Ekaterina Dimitrova (inscrite en pré-mémoire de thèse), supervisés par Sami Coll (assistant au département de sociologie) et Mathilde Bourrier, ont donc réalisé de A à Z cette enquête sur les modalités de l'identité professionnelle des aides-soignants en anesthésie.

Cette étude a constitué pour eux un baptême du feu, n'ayant jamais réalisé d'enquête collective auparavant.

2.6 La coordination avec l'équipe aide-soignante et les IRUS

Cette étude n'aurait pu être menée à bien sans la collaboration étroite entretenue avec l'équipe de direction des soins, en particulier sa responsable Madame Sandra Merkli, Christine Biron, IRUS responsable des Blocs de Chirurgie Ambulatoire et de Neurochirurgie/ORL (BOCHA et ONO) et Sylvie Goanec, référente pour les aides-soignants et en même temps infirmière anesthésiste au Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA).

La planification de la présence des étudiants dans les blocs, leur accueil en particulier lors des premières semaines en novembre, leur introduction au milieu, ainsi que leur suivi ont été assurés tout spécialement par Sylvie Goanec et Christine Biron. En effet, entrer dans les blocs opératoires, apprendre à se vêtir de façon adéquate, reconnaître les lieux et s'y repérer, obéir aux règles d'hygiène, mais aussi entrer en contact avec les aides ne s'improvisent pas. Une véritable initiation a dû se faire en un temps très court.

⁴ Une présentation de cette recherche a été faite lors du Congrès Suisse de Sociologie (7-9 septembre 2009) organisé cette année à Genève. Le titre de la communication est le suivant : "Posséder une identité professionnelle : possibilités et limites, le cas des aides-soignants en anesthésie dans un hôpital universitaire". Elle s'est inscrite dans l'atelier "Comment les appartenances professionnelles sont-elles pourvoyeuses d'identité en période de crise ?".

Outre les moyens classiques du téléphone et des courriels pour communiquer entre nous, c'est-à-dire l'équipe des sociologues et l'équipe des infirmiers et aides-soignants, nous avons aussi utilisé d'autres moyens. Ainsi les 3 cadres infirmiers, référents de notre étude, ainsi que les aides-soignants disposaient d'une invitation permanente à nos séances formelles de *debriefing* (les lundis après-midis pour le semestre d'automne 2008 et de printemps 2009). Leurs emplois du temps respectifs leur ont laissé peu de temps pour participer systématiquement à nos séances mais en trois occasions, leur présence fût spécialement riche pour le groupe. Mathilde Bourrier a également présenté l'étude aux aides-soignants lors de leur colloque dédié le 9 octobre 2008, puis a assisté à la présentation de l'étude faite par l'équipe de soins devant tout le staff d'anesthésie le 18 février 2009. Sami Coll s'est également rendu à un colloque des aides-soignants le 2 décembre 2008 et a ainsi pu redonner des informations sur la manière dont les observations avaient été conçues et clarifier une nouvelle fois les buts que nous poursuivions par le biais de cette méthode d'observation par immersion.

Chapitre 3. Les aides-soignants : une profession peu étudiée

« (...) nous ne pouvons jamais être sûrs d'avoir atteint le sens et la fonction d'une institution, si nous ne sommes pas en mesure de revivre son incidence sur une conscience individuelle. Comme cette incidence est une partie intégrante de l'institution, toute interprétation doit faire coïncider l'objectivité de l'analyse historique ou comparative avec la subjectivité de l'expérience vécue »
(Claude Lévi-Strauss, Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, in M. Mauss, Sociologie et anthropologie, PUF, Paris : 1966, p. XXVI).

« Il faut, avant tout, dresser le catalogue le plus grand possible de catégories ; il faut partir de toutes celles dont on peut savoir que les hommes se sont servis. On verra alors qu'il y a encore bien des lunes mortes, ou pâles, ou obscures, au firmament de la raison »
(Marcel Mauss cité par Claude Lévi-Strauss in Sociologie et anthropologie, PUF, Paris : 1966, p. LI- LII).

Le travail sociologique commence presque toujours par une phase de sélection et de lecture des ouvrages portant sur le sujet étudié. Cette « revue de la littérature » est un moment important dans les recherches puisqu'elle permet de préparer et d'encadrer l'enquête de terrain à venir.

Ainsi, afin d'accomplir ce cheminement fondamental, nous avons dû tout d'abord nous documenter, c'est-à-dire nous informer sur ce qui avait déjà été publié dans le domaine hospitalier et plus précisément sur les aides-soignants. Un polycopié a donc été construit avec plusieurs textes issus de la sociologie médicale, de l'anthropologie hospitalière ou de la littérature professionnelle. Le but était que nous disposions tous d'un socle commun de référence. Par souci de gain de temps et d'utilité, nous nous sommes répartis les textes pour en faire des résumés, discutés ensuite entre nous.

Après quelques semaines de terrain durant lesquelles nous avons construit quelques représentations générales sur les aides-soignants dans le service d'anesthésiologie, nous avons réfléchi à une première esquisse de questionnement. Par la suite, nous avons cherché des lectures supplémentaires pour alimenter et enrichir notre travail. Ainsi, nous avons pris soin, au cours de nos observations de 4 mois, de procéder à un aller-retour entre nos notes de terrain et nos lectures théoriques. Cela nous a permis de confronter les deux et de mettre en perspective nos observations.

Dans ce chapitre, c'est ce processus de balisage théorique que nous allons exposer en regroupant, pour plus de lisibilité, les thèmes principaux que nous avons utilisés.

3.1 L'aide-soignant existe-t-il ?

Un premier constat est frappant : le métier d'aide-soignant n'est jamais, ou que très rarement, l'objet principal des ouvrages.

A l'exemple de M.-C. Pouchelle, l'aide-soignant apparaît uniquement dans le cortège du personnel hospitalier (« ... aides-soignantes, chirurgiens, patients, infirmières, employés de services techniques, médecins, directeurs d'hôpitaux, psychologues, personnel administratif »), et ne sera évoqué, le plus souvent, que dans son statut hiérarchiquement inférieur à celui de l'infirmier ou associé à lui dans les difficultés rencontrées au quotidien par la profession (Pouchelle, 2008 : 16). Même A. Vega qui a choisi de suivre trois aides-soignants au jour le jour dans son enquête ethnographique sur un service de neurologie ne s'est pas consacrée pleinement à ceux-ci mais plutôt aux infirmiers. (Vega, 2000 : 32). Seule A.-M. Arborio consacre une étude par entretiens à la carrière de 51 aides-soignants, en soulignant le paradoxe de ce « métier invisible » qui est pourtant l'un des plus présents en terme de nombre dans le contexte hospitalier (Arborio, 2001 : 2).

Enfin, en étudiant les revues spécialisées qui présentent quand à elles des dossiers plus professionnels (*Soins*, octobre 2004 ; *Revue de l'infirmière*, octobre 2002, septembre 2004), nous pouvons constater également la faible importance des aides-soignants, en particulier des aides-soignants en anesthésie. Dans le seul numéro que nous avons trouvé qui leur est consacré, ceux-ci ne sont qu'incidemment convoqués au moment pré-opératoire de l'accueil du patient et lors de sa sortie de la salle de soins post-opérationnels. Ils sont encore une fois présentés aux côtés du brancardier ou de l'infirmier, et en précisant qu'ils agissent uniquement sur délégation des soins, sans aller cependant très loin dans son analyse ou même sa description. (*L'aide-soignante*, mai 2000 : 14, 16, 17).

Si l'aide-soignant en anesthésie existe bien, on constate pourtant combien il est absent, invisible, dans les écrits. Nous nous sommes donc tournés vers une littérature différente, qui aborde plus généralement le monde hospitalier sous l'angle des professions médicales et du « corps ».

3.2 Littérature anthropologique et littérature professionnelle

Dans une conférence prononcée en 1934, Marcel Mauss donne pour tâche à la sociologie d'inventorier et de décrire tous les usages que les hommes ont fait et continuent de faire de leur corps. Ce texte emblématique s'intitule « Les techniques du corps » et figure dans le recueil *Sociologie et Anthropologie* publié par Marcel Mauss en 1950. « J'appelle technique un acte traditionnel efficace. Il n'y a pas de technique et pas de transmission, s'il n'y a pas de tradition. C'est en quoi l'homme se distingue avant tout des animaux : par la transmission de ses techniques et très probablement par leur transmission orale » (Mauss, 1950 : 371). L'étude des soins et de l'hygiène, des modes du manger, de l'acquisition de l'adresse ou habileté efficace, des relations de l'individu avec le groupe, donne une base anthropologique aux futures études de sociologie médicale.

C'est dans cette filière que s'inscrit l'observation d'un bloc opératoire de M.-C. Pouchelle qui décrit le « statut concret et symbolique de ces infirmières » occupant les rôles traditionnellement dévolus aux femmes et dont les actes professionnels tiennent de la logique de l'expédient, c'est-à-dire d'une logique qui fait faire des économies. N'y a-t-il pas une fidélité implicite au travail pionnier de M. Mauss dans la méthodologie de cette ethnologue contemporaine ? « C'est une sorte de catalogue où sont décrites pas à pas

situations et surtout réactions, en suivant quelques axes principaux : temps de travail, organisation des espaces, polyvalence, relations aux personnes et aux instruments, mensonge et confiance, loi du silence et circulation de la parole » (Pouchelle, 2008 : 117).

De manière encore plus accentuée, A.-M. Arborio privilégie l'observation en immersion dans trois établissements distincts et met à l'épreuve les préjugés du sociologue, endossant ici, « un rôle déjà existant et identique aux enquêtés » (Arborio, 2001 : 299). On retrouve l'esprit, sinon la méthode, de Mauss dans les remarquables portraits d'A. Vega. Son ouvrage est articulé « autour d'axes thématiques, assez traditionnels en anthropologie tels les catégories de l'autre et du semblable, du propre et du sale ; les conceptions du temps et de l'espace ; les rapports entretenus avec la culture écrite et orale ; les représentations de la maladie et de la mort » (Vega, 2000 : 28).

Certaines références anthropologiques figurent dans la littérature professionnelle, mais les revues spécialisées, plus pragmatiques, se soucient au premier chef des problèmes de formation et de l'exercice du métier dans son cadre juridique. Il nous a donc aussi été utile de s'attarder sur ces types d'écrits.

Le dossier de *Soins* (octobre 2004) présente un tour d'horizon européen de la situation des aides-soignants et des infirmiers. Si le cursus de l'infirmier semble bien réglé et peut ainsi s'adapter aux exigences de Maastricht et de Bologne, il n'en va pas de même pour la formation et la définition des compétences de l'aide-soignant. De la Finlande à l'Italie, où cette profession n'existe plus, jusqu'à la France où elle représente 33% des professions de santé (chiffre de 1999), quelle hétérogénéité ! Sans parler de la Suisse qui a pourtant signé les accords de Bologne et qui se trouve dans une période transitoire extrêmement complexe, avec la création des Hautes Ecoles Spécialisées du domaine de la santé pour les infirmiers et l'introduction d'une nouvelle formation (duale en Suisse alémanique, scolaire en Suisse romande) dans les Centres professionnels. L'assistant en soins et santé communautaire (ASSC) tend ainsi à se substituer à l'ancien infirmier-assistant, au moment même où la Croix-Rouge suisse abandonne ses pouvoirs à l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). Ce déplacement du domaine de la Santé publique vers le département de l'Economie est plus qu'un symbole.

Après avoir rapidement montré dans cette partie quelles ont été nos différentes références de base, nous allons entrer plus en détail dans cette littérature. En procédant par thèmes, nous souhaitons maintenant faire ressortir les points forts qui nous ont été utiles pour notre analyse.

3.3 Choix thématique des points forts rencontrés dans la littérature

3.3.1 Malaise infirmier et besoin de reconnaissance

Le premier thème central que nous pouvons dégager de nos lectures est le malaise infirmier et le besoin de reconnaissance. On remarquera que notre sous-titre ne porte pas directement sur les aides-soignants, mais bien sur les infirmiers. Comme nous l'avons exposé plus haut, les aides-soignants sont largement absents des recherches, nous avons donc plusieurs fois utilisés les écrits sur les infirmiers, en partie transposables pour les aides. Du moins, cela nous a donné un aperçu du monde hospitalier en général, des réalités auxquelles ont à faire face les professionnels de la santé et leurs difficultés propres.

Comme l'écrit d'abord M.-C. Pouchelle, « la quête de reconnaissance est un thème récurrent dans les propos et les écrits infirmiers » (Pouchelle, 2008 : 139). Les aides-soignants occupent les emplois les moins qualifiés et sont chargés des tâches les plus basses, ils s'inscrivent « au bas de la hiérarchie des métiers 'paramédicaux' » (Arborio, 2001 : 3, 4). Dès lors, on peut s'imaginer que ce besoin de reconnaissance doit être encore plus présent chez eux.

Leur statut, on l'a déjà vu sur le plan européen, reste flou, et une incertitude demeure sur le rôle exact que leur prescrivent les institutions (Picot, 1999 : 129 ; *Soins*, octobre 2004 : 45). Sont révélateurs à cet égard les documents mis à disposition par les Hôpitaux Universitaires de Genève. Sur l'organigramme du service d'anesthésie, les aides-soignants figurent en bas du tableau, mais les assistants en soins et santé communautaires en sont absents ; leur cahier des charges, modifiable en tout temps par la hiérarchie, reste incomplet (HUG : Organigramme du service d'anesthésie ; Cahier des charges des assistantes en soins et santé communautaire).

Dans les revues professionnelles, les aides-soignants sont présentés comme ayant la volonté de sortir de l'ombre, mais ils se heurtent à la difficulté de faire reconnaître leur spécificité. Ils tendent à se rapprocher des infirmiers qui, trop peu nombreux dans les services et toujours en manque de temps, leur délèguent par défaut des tâches peu valorisantes tout en conservant jalousement leur rôle propre. « Même si elles [les infirmières] délaissent volontiers une partie aux aides-soignantes, elles ne sont pas disposées à leur accorder une part réelle d'autonomie et de responsabilité dans l'accomplissement des soins de *nursing* ; même si, dans la réalité, les aides-soignantes semblent déjà posséder ces prérogatives » (*Soins*, octobre 2004 : 48). La littérature dans son ensemble insiste sur une nécessaire collaboration, mais lorsqu'il s'agit d'envisager concrètement le « binôme infirmière/aide-soignante », voici ce qu'affirme un cadre infirmier supérieur : « Comment vivre en couple si l'on ne s'accepte pas ? (...) Bien des fois, l'articulation infirmière/aide-soignante se fait sur une juxtaposition des tâches » (idem : 53). Une infirmière qui témoigne de son expérience dans un service de pneumologie à Paris caractérise la situation par cette formule lapidaire : « L'équipe était scindée et les aides-soignantes croisaient les infirmières dans le couloir mais rarement dans les chambres » (*Revue de l'infirmière*, septembre 2004 : 27).

L'étude la plus significative du besoin de reconnaissance se trouve dans les essais d'anthropologie hospitalière de M.-C. Pouchelle. L'ethnologue rappelle « le rôle traditionnellement assigné aux femmes », rôle particulièrement stéréotypé dans l'histoire de la culture hospitalière. M.-C. Pouchelle « traite essentiellement des infirmières de bloc opératoire (les panseuses), sous l'angle de leur ressenti » (Pouchelle, 2008 : 11). Le malaise des équipes est imputé, entre autres causes circonstancielles et administratives, aux « transformations du rapport à l'autorité, sentiments d'injustice et manque de reconnaissance... » (idem : 117). Cela va du manque d'égards de la part du chirurgien, involontairement humiliant, jusqu'aux « défaillances accidentelles des rituels de convivialité » (idem : 139-140). Les compétences relationnelles des infirmiers semblent aller de soi alors qu'ils souhaiteraient plutôt être valorisés pour leurs compétences techniques. La reconnaissance peut aussi passer par l'attrait sexuel féminin ou par les affinités personnelles (idem : 140-141). M.-C. Pouchelle n'ignore pas le contexte général de la transformation des entreprises, où les services du personnel se muent en direction des ressources humaines. « Les établissements se trouvent quant à eux dans des logiques comptables qui supposent les personnels commodément interchangeable, tels des outils techniques » (idem : 141). Mais les infirmières ne sont pas que les jouets de la hiérarchie. « Esclaves sans doute. Mais aussi toutes-puissantes » lorsqu'elles répondent aux attentes des chirurgiens : « faire l'impossible, trouver l'introuvable, prévoir

l'imprévisible et supporter l'insupportable » (idem : 12-13). Enfin, les soins de confort et les soins de base qu'elles prodiguent au bas de l'échelle, dans ces zones les moins valorisées du métier, peuvent « retentir de manière significative sur le pronostic vital » (Pouchelle, 1999 : 25). Une fois encore, il nous semblait possible que nous retrouvions de tels éléments pour les aides-soignants en anesthésie aux HUG. C'est au cours de ce travail que nous verrons si nous avons, ou pas, effectivement identifié certains constats similaires.

Le second thème important que nous avons dégagé de notre corpus écrit est la collaboration et la délégation qui sont quotidiens à l'hôpital, en particulier pour les aides-soignants qui travaillent sous la délégation des infirmiers.

3.3.2 Collaboration et/ou délégation

Dans le contexte hospitalier, la collaboration et la délégation semblent indispensables au bon fonctionnement de l'organisation. Afin d'obtenir une bonne prise en charge du patient, les soignants sont obligés de travailler ensemble afin de coordonner leurs actions. C'est ainsi qu'ils maintiennent l'efficacité nécessaire face au nombre élevé de patients dont ils ont la charge chaque jour. En effet, la collaboration et la délégation sont des moyens de se répartir les tâches, d'obtenir de l'aide en cas de problème et aussi de partager des informations essentielles au bon déroulement du travail (qui peut, à tout instant, être interrompu par une urgence ou un changement de programme). Bien plus qu'un moment participatif, la collaboration et la délégation permettent aux soignants de partager leur vécu et d'entretenir des relations entre collègues de travail.

Quelques auteurs se sont intéressés à ces deux thèmes dans le milieu hospitalier. Bien que collaboration ne veuille pas dire la même chose que délégation, la littérature nous montre qu'en ce qui concerne les aides-soignants, la collaboration et la délégation sont liées « comme les doigts de la main » à cause de la définition (ou plutôt de la non-définition) de leur activité. Ainsi, l'ambiguïté du statut de l'aide-soignant ressort du questionnement suivant : la tâche de l'aide-soignant est-elle d'aider les infirmiers dans leur travail ou est-elle de suivre leurs instructions ?

Prenons, pour commencer, le texte *Les secrets d'une collaboration réussie infirmières/aides-soignantes*, écrit par P. Macrez et publié dans la *Revue de l'infirmière* en 2004. Cet article nous propose une définition de la collaboration entre infirmiers et aides-soignants en lien avec l'évolution historique du statut de l'aide-soignant. Une première définition est donnée à la naissance du diplôme d'aides-soignants en 1956 ; elle évoque un besoin de partage des tâches et d'accompagnement du patient par un personnel spécialisé. Dès 1971, des précisions sont apportées concernant la subordination des tâches de l'aide-soignant au personnel infirmier. Dès lors, il ne s'agit plus d'une simple volonté d'aide ou de coopération entre deux corps de métier différents, mais bien de rapports de subordination qui influenceront le travail effectif et les représentations sur ce que doit être le travail commun des infirmiers et des aides-soignants. En 1994, une dernière clarification est proposée sur le rôle de l'aide-soignant. Il fait désormais partie d'une équipe et la prise en charge du patient se fait dans le cadre du rôle de l'infirmier. Ainsi, l'aide-soignant « collabore » avec l'infirmier sous sa responsabilité. (Macrez, 2004 : 25).

Les aides-soignants n'ont donc aucun domaine d'action propre : ils les partagent entièrement avec les infirmiers et ne peuvent alors pas en revendiquer la propriété. Cela explique pourquoi les premiers souffrent de cette situation. Subissant un déficit d'image dans le monde hospitalier, ils peuvent avoir l'impression qu'on leur « refille le sale boulot »

quand un infirmier délaisse ou refuse de réaliser certaines tâches. Dans cet article, la qualité de la prestation est considérée comme dépendante de la qualité de la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants. Une rupture entre ces deux partenaires « (...) serait contraire à une prise en charge globale de la personne soignée (...) » (idem : 26). Cependant, les aides-soignants ne sont pas forcément poussés de manière spontanée à la collaboration, quand on sait que la notion de collaboration est utilisée dans la formation des infirmiers seulement du point de vue de ces derniers.

La délégation consiste, selon l'American Nurses Association, « en un transfert de la responsabilité de l'exécution d'une activité d'un individu à l'autre, tout en maintenant la responsabilité chez le premier des conséquences pour le patient » (Standing et Anthony, 2007 : 8). Néanmoins, le consensus autour de cette définition n'est pas stable selon T. S. Standing et M. K. Anthony, auteurs de l'article *Delegation : What it means to acute care nurses* publié en 2007. En effet, l'interprétation que donnent les différents soignants de cette définition peut varier selon les personnes en présence et les pratiques associées à ce thème. La « délégation préférentielle » sera dès lors utilisée dans les situations où les personnes s'apprécient. Au contraire, dans le cadre de tensions inhérentes entre certains protagonistes, la délégation sera évitée. Quoi qu'il en soit, pour qu'il y ait délégation, il faut que la confiance règne entre le personnel soignant. De manière plus générale, la signification de la délégation est plurielle car elle permet le partage du savoir accumulé et l'entraide mais elle peut être perçue comme étant une entrave pour un bon résultat auprès du patient. Il nous faut signaler ici le cas de la France. L'exercice de la profession y est réglé par un décret de 1996 et une circulaire de 2002 relatifs aux rôles et missions des aides-soignants et auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers. En attendant un éventuel décret sur les aides-soignants, la conclusion des juristes est sans appel : « l'infirmier dispense des soins en collaboration avec l'aide-soignant et ne délègue pas les tâches qui lui sont propres » (*Soins*, octobre 2004 : 35).

Dans un autre contexte, A. Vega nous décrit la situation de collaboration entre infirmier et aide-soignant d'une manière dichotomique. Soit cette collaboration se passe très bien et se pratique régulièrement, de manière naturelle et dans une bonne entente (« Deux par deux, les femmes [une infirmière et une aide-soignante] refont méthodiquement les lits, tout en bavardant à propos de leur week-end (...) Avec l'aide-soignante, elle [l'infirmière] masse les escarres d'un malade » ; Vega, 2000 : 36). Soit elle se révèle plus difficile (« Les aides-soignantes ont redemandé aux infirmières les régimes, les entrées et les sorties des malades. Les infirmières semblent peu disponibles pour ce genre de requêtes », idem : 41. Ou encore : « Pour certaines infirmières, ce soin [la toilette] est le plus pénible à réaliser, mais aussi le plus riche en échanges humains ; d'autres pensent qu'elles n'ont pas fait trois ans d'études pour devenir dame pipi », idem : 10). A travers ces exemples très pragmatiques, on constate que les situations de collaboration varient selon les personnes prises dans l'interaction et leur considération sur le travail qu'elles ont à effectuer. Si un travail est perçu comme de la « basse besogne », il sera plus difficile d'obtenir de l'aide.

Le problème de la définition de l'activité des aides-soignants n'est pas résolu. Au final, que ressentent les aides-soignants ? Sont-ils dans un rapport, face aux infirmiers, où le manque de clarification de leurs activités les empêche d'avoir une position claire, ou sont-ils favorisés par cette situation où l'infirmier lui-même, ne sachant pas toujours comment demander de l'aide, évite dès lors les demandes auprès des aides-soignants ?

On peut alors s'intéresser à la communication à l'hôpital, ce qui nous apportera quelques pistes pour répondre à ces questions.

3.3.3 L'importance de la communication

La communication orale est l'un des moyens de mettre en œuvre la collaboration ou la délégation. Bien plus qu'un simple échange d'informations, la discussion orale est un véritable moyen de corriger les éventuelles erreurs grâce à la mise en contexte de toutes les instructions transmises d'une personne à l'autre. M. Grosjean et M. Lacoste développent, dans leur article sur les relèves orales entre équipes d'infirmières (*L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit »*, 1998), l'idée selon laquelle la place de l'écrit est grandissante dans la communication bien que l'oral reste ancré dans les pratiques à cause de sa double fonction d'éclaircissement et de contextualisation des informations écrites. Malgré l'augmentation de l'utilisation de l'écrit, le personnel médical n'écrit que le minimum et reste prudent en ce qui concerne le contenu. Les outils utilisés comme supports écrits sont variables selon les services. Il arrive que l'usage de ces outils change aussi très fortement selon la modalité d'utilisation, c'est-à-dire que si un des supports écrits est visible à chacun, l'échange d'information peut se faire de manière ouverte et le groupe peut participer à la mise en contexte des informations transmises. De ce fait, chaque outil structure la manière de travailler dans un service car les actes vont être dépendants du type d'échanges pratiqué selon l'endroit. Cependant, comme nous le montre A. Vega, « la plupart des erreurs ou des déformations des informations médicales concernant le malade sont ainsi rétablies régulièrement, au gré de conversations informelles » (Vega, 2000 : 54). En effet, les deux auteurs précédemment évoqués appuient ce propos : selon leur étude, certaines difficultés au travail viennent de l'interprétation après réception. Sans mise en contexte de l'information qui donne sens à l'action, l'exécution des prescriptions ne s'effectue pas toujours correctement. Ainsi, les chercheurs qui ont étudié le phénomène de la communication à l'hôpital sont vraisemblablement du même avis : la « bonne » communication orale sert d'une part à se coordonner et d'autre part, elle est l'un des remparts principaux contre toutes les erreurs qui pourraient surgir d'une mauvaise compréhension entre les soignants.

La relève à l'hôpital est un des meilleurs exemples pour illustrer la situation de transmission/communication qui peut s'observer entre les infirmiers et les aides-soignants. Selon le texte *Ethnographie d'une pratique de parole*, écrit par M. Grosjean et M. Lacoste et publié en 1999, les infirmiers et les aides-soignants assistent fréquemment aux relèves, alors que nos auteures précisent par ailleurs que « la place des aides-soignantes dans la relève oscille (...) entre une absence radicale (...) et une participation reconnue mais secondaire (...) » (Grosjean et Lacoste, 1999 : 83). Ainsi, le comportement des aides-soignants se situe entre l'effacement, le retrait et la revendication pour certains d'entre eux, plus téméraires. Nos deux auteurs insistent sur le fait que « dans les communications collectives, elles [les aides-soignantes] ont encore souvent un statut dominé » (idem : 84).

L'enjeu principal des relèves est la continuité des soins. En effet, les soignants se réunissent pour discuter de l'état des patients, des soins à préconiser et de tout ce qui s'est passé pendant leurs heures de travail. Ces moments de transmission d'informations sont aussi des occasions de légitimer son travail et de se légitimer soi-même en tant que personne utile pour le patient et pour ses pairs. Au demeurant se pose la question suivante : quelle place occupent ceux qui sont peu en contact direct avec les patients dans ce système d'échange d'informations (par exemple, les aides-soignants en anesthésie) ? Les relèves révèlent aussi certains aspects positifs : ce sont des circonstances où l'on peut plaisanter avec ses collègues et partager ses expériences - ce qui aide à supporter le quotidien grâce aux moments de « rapprochement collectif » (idem : 112).

Dans ce sens, nous avons creusé un quatrième thème appelé « teamwork » : que peut-on trouver dans les ouvrages sur la nature du travail d'équipe à l'hôpital en général ?

3.3.4 Le « teamwork »

Dans un hôpital, le travail d'équipe est essentiel dans la structuration des pratiques des différents corps de métier engagés de manière collective dans cette organisation. Que ce soit dans les blocs opératoires, dans les services ou aux Urgences, le personnel soignant forme une équipe plus ou moins solidement constituée dans chacun de ces secteurs. De ce fait, les soignants sont en constante interaction, soit dans un cadre interpersonnel, soit dans un cadre intergroupe (entre les différentes équipes de travail). E. Goffman signale dans son texte *The presentation of Self in everyday life*, que les acteurs impliqués dans une relation doivent être conscients de la pluralité des rôles qu'ils ont à jouer face à d'autres acteurs qui se trouvent dans la même situation (Goffman, 1959 : 77). Dans un groupe, l'aspect personnel est à intégrer dans un système plus général où les rôles sont en partie définis (idem : 78). Pour cerner cet aspect collectif, le sociologue propose de parler en termes de *performance team* ou de *team* (idem : 79). Un individu, tout comme un groupe ou une équipe, peut vivre des interactions avec d'autres personnes en ayant plus ou moins de difficultés selon les rôles qu'il interprète, car ceux-ci peuvent entrer en dissonance avec ses principes, ses valeurs et sa manière d'être habituelle. Dans une équipe, il y a un risque supplémentaire : un des membres du groupe peut faire basculer le consensus sur lequel est construit la relation entre deux équipes. Cependant, l'équipe maintient, en général, une ligne de présentation commune afin de ne pas perdre une certaine efficacité de l'interaction face aux autres équipes (idem : 83).

Dans une version plus critique, R. Finn nous présente l'ambiguïté de la notion de teamwork. Celle-ci est décrite dans le texte *Reproducing professional divisions in the operating theatre* (Finn, 2008). Les défenseurs du travail en équipe visent l'intégration de tous les acteurs participant à un processus au sein d'une même entité ; ils reconnaissent la nécessité des compétences de chacun sans pour autant s'attarder sur les contextes sociaux et les luttes de pouvoir à l'intérieur d'une équipe. Le double discours sur le teamwork accentue les clivages professionnels et sociaux. Cela pourrait légitimer les positions déjà existantes et donner une justification aux personnes en bas de la hiérarchie pour entretenir de bonnes relations avec les supérieurs et ne pas remettre en question l'ordre des choses. Dans ce sens, plus les acteurs sont placés en bas de la hiérarchie, plus ils interprètent l'idée d'un travail d'équipe non en tant qu'égaux en compétences mais comme une possibilité d'acquiescer l'estime des autres et notamment des supérieurs. Ainsi, l'utilisation de ce terme à double sens semble empêcher les possibilités de mise en place d'un réel dialogue sur le travail en équipe. Les concepteurs du teamwork prônent tout de même l'intégration au risque de maintenir le statut quo.

Au cours de l'avancée de nos observations, nous avons remarqué que le partage de nourriture était pratique courante à l'hôpital et qu'il pouvait servir, dans une large mesure, à renforcer la sensation de faire partie d'une équipe. Nous avons cherché alors des ouvrages traitant du sujet.

Notre cinquième thème est donc consacré aux pratiques « extraprofessionnelles » à l'intérieur du temps de travail, c'est-à-dire une certaine occupation des moments de pauses. Nous nous sommes en particulier attardés sur le thème des pratiques ritualisées de l'échange de nourriture et des fêtes.

3.3.5 Le rituel du partage de nourriture

D. Thomson et A.-M. Hassenkamp sont d'avis que le partage de nourriture dans les organisations, en particulier les organisations hospitalières, est de l'ordre du rituel. Selon les deux auteurs du texte *The social meaning and function of food rituals in healthcare practice: An ethnography*, ce rituel se fait souvent dans les mêmes circonstances, voire dans les mêmes moments et les mêmes lieux. Il existe souvent depuis des années. C'est généralement un moment important de partage de nourriture, cette dernière étant souvent de très bonne qualité (Thomson et Hassenkamp, 2001 : 1784). La première fonction de ce rituel est de pérenniser et de rendre visible l'autonomie professionnelle acquise. Cela est particulièrement nécessaire dans le milieu hospitalier, où de nombreux professionnels issus de formations différentes doivent collaborer autour du patient. Une seconde fonction de ce rituel est de transmettre aux jeunes ou aux nouveaux venus les valeurs et les normes du groupe et/ou de l'organisation (idem : 1786). Il a donc une charge socialisatrice et intégrative. Une troisième fonction du rituel du partage de nourriture est d'offrir des moments de décompression. Les pauses-déjeuners représentent souvent le seul moment où les soignants ne sont pas appelés par les patients et ne sont donc plus à leur contact. Les auteurs signalent la difficulté de côtoyer la souffrance des gens dans le travail hospitalier. Les pauses permettent alors de réduire l'anxiété et même les risques liés par exemple à des erreurs médicales grâce à leurs fonctions de détente et de relaxation qui produisent un effet bénéfique sur le personnel soignant.

Une des hypothèses du texte *La fête, une pratique extra-professionnelle sur les lieux de travail* d'A. Monjaret, est que le temps de travail n'est pas uniquement composé d'occupations professionnelles. Il forme ainsi un système où s'intercalent des moments de pause et des moments d'occupation, qui ne concernent pas exclusivement le travail. Plusieurs intervalles se succèdent passant du temps de travail à proprement parler à la pause de midi ou à des pratiques festives plus officielles. Les pratiques festives sont « intrinsèques au fonctionnement de l'entreprise, (...) elles en définissent même les principes organisationnels » (Monjaret, 2001 : 88).

Les pratiques extra-professionnelles qui jalonnent le temps de travail peuvent servir au salarié à interrompre le travail, se détendre ou célébrer des événements (privés, intimes, familiaux, etc.), c'est pourquoi la distinction entre sphère privée et sphère professionnelle tend ici à être effacée. A travers la ritualisation du cycle de vie d'un individu, sa vie privée n'est pas mise de côté. A. Monjaret appelle ce phénomène la *sociabilité intermédiaire*, à mi-chemin entre la vie professionnelle (travail) et la vie privée (famille et loisir). Ainsi, le simple « pot » ou les festivités officielles s'inscrivent dans un contexte de ritualisation professionnelle, sociale, familiale et individuelle. Les pratiques festives peuvent être agendées selon les fêtes du calendrier. Néanmoins, la simple « distribution de confiserie peut suffire à signifier l'événement » (idem : 91).

Un des autres rôles de la fête est de mettre en avant les valeurs de l'entreprise afin de créer des liens avec ses employés. L'entreprise vise à encadrer et à intégrer l'individu en tant que travailleur salarié grâce à l'apprentissage des règles et des valeurs de l'institution. Le but de ce procédé est que l'individu se reconnaisse dans le système et qu'il produise une volonté de cohésion et de solidarité. Il arrive que des contre-fêtes signalent à l'autorité le fait que certains salariés ont choisi de ne pas jouer le jeu institutionnel. Cependant, « ce caractère d'opposition n'est pas toujours aussi marqué. Il existe des fêtes parallèles doublant les plus officielles qui n'ont d'autres motifs que le plaisir à se retrouver entre collègues afin de célébrer, ensemble, l'événement (...) » (idem : 96).

Le sens de ces pratiques ritualisées se trouve dans le partage interpersonnel. Celui-ci permet la démonstration des compétences extra-professionnelles de type culinaire par exemple. « Chaque salarié se mobilise à sa manière, dévoilant certains aspects de sa personnalité (...). La découverte mutuelle participe alors à l'interconnaissance, mais aussi à la reconnaissance ou à l'exclusion collective de l'individu, car c'est à ce moment-là que les normes du groupe s'expriment et se concrétisent » (idem : 97). Sous l'apparence légèreté de la fête « se cache une réelle efficacité sociale et symbolique, celle d'attacher l'individu à la vie de l'entreprise en lui permettant ponctuellement de se réaliser autrement que dans une stricte tâche professionnelle » (idem : 98). Au final, les pratiques ritualisées ne sont que le reflet de la recherche d'équilibre des forces sociales à travers des relations qui se construisent sur des rapports de clivage, de neutralité et d'adhésion.

Nous avons lu que les moments de pause peuvent servir à décompresser, s'éloigner des patients et de leur souffrance, parfois intolérable. Justement, que nous disent, de manière plus approfondie, les écrits sur les rapports aux patients à l'hôpital ?

3.3.6 Le rapport aux patients : un sociologue à l'hôpital

Dans son texte *L'hôpital et l'œil du patient*, le sociologue J. Coenen-Huther nous propose une analyse de son bref séjour en tant que patient dans l'Hôpital Universitaire de Genève. A travers cette situation d'observation participante involontaire, ce chercheur s'applique à comprendre comment se mettent en place les rôles sociaux des patients et des soignants dans une institution. Il tente de saisir les normes formelles et informelles qui structurent le comportement des deux catégories d'acteurs. Pour cela, il commence par établir deux hypothèses. Premièrement, « (...) le milieu hospitalier apparaît comme le cadre institutionnel des modes de sociabilité spécifiques », c'est-à-dire qu'il considère que les modes de relation entre les personnes sont cadrés et forgés de manière propre à l'institution hospitalière (Coenen-Huter, 1995 : 120). Deuxièmement, il indique que le contexte organisationnel provoque un renforcement du caractère institutionnalisé des comportements des deux groupes, patients et personnel de santé. Selon lui, le cadre institutionnel agit comme un facteur structurant les comportements ; ce serait même un facteur « autonome, extérieur et contraignant » (idem : 121). Ainsi, chaque membre du personnel joue au mieux son rôle de professionnel. En ce qui concerne le patient, celui-ci s'efforce de répondre aux attentes des soignants en rapport avec son statut de patient.

En général, le patient est soumis à une forme de sociabilité imposée par l'organisation. En effet, le patient doit s'adapter, dès son arrivée dans les locaux de l'hôpital, aux lieux et aux personnes qui s'y trouvent. De ce fait, son rôle est régi par l'interaction et la relation qu'il a avec les soignants et les autres patients. Notre sociologue constate une ritualisation des pratiques et des comportements dans les interactions des soignants et des patients. Il prend pour exemple le réflexe des soignants et des patients dans certaines situations données. Notamment celle où le patient part spontanément se coucher sur son lit à l'annonce de la visite du médecin. Il y aurait aussi une ritualisation des pratiques qui ne concerne pas directement le patient. Notre chercheur prend comme exemple la visite du médecin, qui est normalement suivie par d'autres médecins et par les infirmières. Les aides-soignants, selon lui, n'y participent pas.

Le patient présente toutes les caractéristiques d'une personne malade, coupé de son réseau de sociabilité habituel, cherchant à s'en reconstruire un nouveau grâce à ses compagnons de chambre et aux personnels soignants. Pourtant, cette situation peut devenir « dangereuse » pour le soignant car une trop grande charge affective provoquée par la relation peut entraîner une dépendance du malade et une difficulté supplémentaire pour le soignant. J. Coenen-Huther distingue le comportement des aides-soignants de

celui des infirmiers face au patient. Les aides-soignants n'ayant pas intériorisé certaines normes de comportement des infirmiers, ils réagissent différemment. Moins professionnalisées, leurs attitudes seraient plus ouvertement chargées d'affectivité, pluralistes et orientées plutôt vers l'individu que vers le patient. Celui-ci serait jugé avec plus ou moins de sympathie selon les cas.

Pour finir, on peut se demander quelles sont les normes qui régissent l'institution hospitalière. Notre auteur répond que, d'une part, la reproduction des facteurs extérieurs de hiérarchisation et de stratification de la société influence les comportements à l'intérieur de l'hôpital et que, d'autre part, le style des interactions dans ce type d'organisation est commandé par des critères internes à l'institution plutôt que par la position sociale extérieure du patient et du soignant.

Pour terminer sur cette présentation des différents thèmes que nous avons dégagé de la littérature, il nous semblait fondamental de s'arrêter un instant sur l'évolution du métier d'aide-soignant.

3.3.7 L'évolution du métier d'aide-soignant

Comme dans toutes les institutions à la pointe de la science, une évolution technique et organisationnelle se fait sentir dans les hôpitaux. La modernisation des locaux, le développement des appareils et des instruments chirurgicaux, l'augmentation du personnel et les nouvelles techniques managériales, par exemple, sont des facteurs qui améliorent les conditions de travail des soignants et la prise en charge globale des patients. Néanmoins, dans le contexte économique actuel qui pousse les institutions à faire des économies d'échelle, un malaise peut être ressenti quand le rendement de l'institution est trop fort et provoque trop de pressions sur le personnel soignant.

Parallèlement à l'évolution des institutions, le métier d'aide-soignant en anesthésie s'est aussi transformé. Ces aides-soignants au statut particulier semblent ressentir ces transformations de deux manières. Certains vivent mal une situation dans laquelle ils ont de plus en plus l'impression d'être cantonnés dans des fonctions logistiques, perdant ainsi le contact avec le patient. Pour d'autres, cette perte de contact « facilite » le travail, en ce sens que la charge émotionnelle liée à la relation au patient est dès lors moins forte ; c'est pourquoi certains aides-soignants voient de manière positive l'évolution de leur métier dans des tâches plus logistiques. D'une manière générale, leur rapport aux patients reste ambigu : d'un côté, les métiers du soin sont généralement définis par rapport à ces derniers, et de l'autre, dans les blocs opératoires, les aides-soignants font le « choix » de laisser le domaine du soin pour une prise en charge plus logistique du patient, en collaboration avec l'équipe opératoire.

A. Vega avance l'idée selon laquelle le développement de la médicalisation et des techniques provoquerait l'abandon de l'accompagnement du patient pendant sa période d'hospitalisation. Selon elle, les services « dits actifs (chirurgie, réanimation, bloc opératoire) allieraient des techniques médicales de pointe à une certaine déshumanisation des rapports sociaux. Par opposition, les services de neurologie ont des statuts proches de ceux des unités de gériatrie et de psychiatrie, où l'accent est mis sur la fonction relationnelle (...), ce qui rapproche l'infirmière des aides-soignantes et des agents hospitaliers » (Vega, 2000 : 15).

Le médical et sa technicité sont fortement valorisés à l'hôpital. Les tâches qui ne requièrent ni l'un ni l'autre sont déconsidérées : « la suprématie du paradigme médical induit aussi, à l'autre extrémité de la chaîne des soins, la relégation aux activités les moins

prestigieuses, voire aux « sales besognes » c'est-à-dire aux tâches salissantes, à demi-illégales, cruelles et diversement avilissantes » (idem). A. Vega fait ici le constat qu'il y a des actes perçus par les soignants comme étant valorisants et d'autres ressentis en tant que boulot de « deuxième zone » à cause de la représentation que l'institution ou les soignants se font finalement de ce qu'est la « bonne » médecine.

Dans ce contexte, il est difficile de savoir comment se positionner face au patient : faut-il avoir un contact rapproché avec celui-ci et, de ce fait, gérer une relation qui provoque des émotions fortes qu'il va falloir canaliser, ou la distance « technique » avec le patient est-elle une barrière positive à l'implication émotionnelle du soignant ?

Dans *L'hôpital et le théâtre des opérations*, M.-C. Pouchelle émet cette idée déjà évoquée plus haut : à l'image de la société, le secteur de la santé en France subit de lentes transformations qui peuvent provoquer des tensions et des dissonances par rapport aux pratiques et aux habitudes du personnel soignant. Ces changements organisationnels entraînent des résistances car ils ne se cantonnent pas au simple accroissement de la technologie. En effet, les institutions hospitalières sont soumises à de puissantes pressions économiques qui les poussent à se transformer en de véritables entreprises, soumises à des impératifs de rentabilité. De cette évolution peut naître une tension entre la qualité des soins préconisés aux patients et le rendement d'une entreprise soucieuse de faire des économies. Dès lors, M.-C. Pouchelle nous explique que l'organisation de l'hôpital fonctionne sous contrainte : « les établissements tendent à fonctionner pour les malades, comme pour le matériel, en 'flux tendu' » (Pouchelle, 2008 : 176). Il y aurait même, selon elle, un changement du rôle de l'hôpital : celui-ci deviendrait un véritable centre « technique » au détriment des centres plus traditionnellement généralistes (idem : 177). Dans un sens, l'organisation hospitalière tente de faire coïncider les décisions politiques et managériales et la réalité des soins. Cependant, soumis à ce type de pressions, les soignants ont peine à s'adapter aux évolutions en cours.

Pour conclure cette sous-partie qui nous a permis d'exposer les thèmes principaux que nous avons extraits de nos lectures, nous pouvons dire que les deux moments de construction de notre cadre théorique ont été essentiels. Rappelons qu'après avoir fait l'analyse des différents textes de base avant d'entrer sur le terrain, nous avons fait un second choix de textes afin de compléter certains éléments manquant dans notre littérature. Ces deux étapes nous ont permis de proposer des points de vue diversifiés sur le contexte, les pratiques, la culture et l'identité en milieu hospitalier. A travers ces différents thèmes que reflètent la littérature, plusieurs pistes s'offrent désormais à nous afin de mieux comprendre quels sont les enjeux qui entourent les aides-soignants à l'hôpital.

Le premier thème abordé nous montre que les aides-soignants peuvent vivre un malaise lié au manque de reconnaissance de leurs compétences étant donné leur position dans la hiérarchie. De plus, leur statut étant flou, ils ne bénéficient pas forcément d'un rôle significatif et distinct par rapport aux infirmiers. Un autre thème est celui de la collaboration et de la délégation. Il nous permet d'attester qu'il existe une ambiguïté entre ces deux termes. Dès la première définition du travail de l'aide-soignant, la délégation est apparue comme primordiale dans le travail hospitalier ; cependant, celle-ci s'est transformée rapidement en une collaboration entre les aides-soignants et les infirmiers sous la supervision de ces derniers. La communication, pilier de la bonne transmission des informations, nous montre que les situations peuvent être clarifiées et les conflits résolus par ce biais. La notion de *teamwork* sert à prendre conscience de la pluralité des rôles qui se révèlent en mouvement dans les interactions. Mais ce terme pourrait être utilisé pour légitimer l'ordre des choses. Ensuite, le rituel de partage de nourriture nous indique que la

pratique au travail est composée de plusieurs moments compris entre le travail effectif et les pauses qui sont des moyens de décompression. Puis, le rapport au patient nous démontre clairement que, dans une institution telle que l'hôpital, des facteurs extérieurs mais aussi internes et correspondant au milieu peuvent influencer la construction des rôles individuels. Enfin, l'évolution du métier de l'aide-soignant, en lien avec une forte technicisation du milieu hospitalier, nous signale la difficulté d'adaptation aux évolutions techniques et au contexte économique que rencontrent les différents corps de métier.

Afin de préciser les éléments spécifiques que nous allons étudier sur le terrain, la prochaine partie de ce chapitre sera consacrée aux questions que nous avons formulées durant cette première phase d'approche des aides-soignants à travers la littérature.

3.4 Notre questionnement à l'issue des lectures

Les questionnements que nous allons développer dans ce chapitre ont été discutés par tous les membres de l'équipe, au terme de l'analyse de la littérature. Nous avons réfléchi aux éléments qui nous semblaient *a priori* judicieux de retenir dans la phase d'observation exploratoire en compagnie des aides-soignants en anesthésie. Les thèmes retenus nous ont permis de délimiter notre champ d'observation dans les blocs opératoires, et de répondre ainsi au besoin de l'équipe de disposer d'un cadre théorique permettant de « baliser » son enquête.

Ces thèmes sont présentés à titre indicatif comme première ébauche de réflexion sur le sujet que nous traitons. La confrontation au terrain de ces quelques suppositions préalablement établies nous a permis d'affiner les constats et les analyses sociologiques situés dans les prochains chapitres.

3.4.1 Première approche : définir le contexte

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés au contexte dans lequel nous allions mener cette étude sociologique. Nous savions que notre observation se déroulerait dans tous les blocs opératoires des Hôpitaux Universitaires de Genève et que nous allions suivre des aides-soignants en anesthésie, mais personne n'y était encore jamais allé, si ce n'est en tant que patient. Alors, il nous semblait utile de définir quels seraient ces lieux d'observation, ce que nous allions y voir et surtout, en compagnie de qui nous allions faire notre travail.

Au préalable, nous avons donc établi une description précise des salles et des blocs opératoires (comme nous le verrons par la suite, ce sont les responsables infirmiers qui nous ont aidé à le faire). Dans cette première approche, nous avons ensuite délimité l'espace dans lequel travaillent les aides-soignants en anesthésie et cherché à comprendre comment ces derniers se répartissent les lieux de travail et pour quelles raisons. Ces choix sont-ils déterminés par la configuration des lieux ou en fonction des directives hiérarchiques ?

A ce stade, nous ne savions pas encore en quoi consiste concrètement le travail des aides-soignants en anesthésie. Pour préparer notre terrain, nous avons étudié leur cahier des charges et tenté d'identifier les moments forts d'une journée de travail d'aide-soignant dans ce domaine particulier qu'est l'anesthésie. Une autre étape de cette approche a consisté pour nous à réfléchir sur certaines pistes mises en évidence dans la littérature que nous avons préalablement analysées. Nous avons ainsi été particulièrement attentifs au malaise des aides-soignants vis-à-vis des autres corps de métiers, notamment en ce

qui concerne la reconnaissance de leurs compétences. Autre problématique qui a retenu notre attention : à mesure que la chirurgie se technicise, les aides-soignants sont de plus en plus cantonnés à des tâches logistiques. D'où notre interrogation : comment s'adaptent-ils à cette « déshumanisation » de leur rapport au patient ?

3.4.2 La « bonne » communication

Très vite, la communication nous a semblé être un élément important dans le travail des aides-soignants en anesthésie, que celle-ci concerne les interactions avec les patients ou avec les autres membres du personnel hospitalier. Précisons qu'avant d'entrer dans le vif du sujet, nous ne savions pas quel était le moyen de communication privilégié du personnel soignant : communication verbale ou par le biais de supports écrits. De même, nous ignorions avec qui les aides-soignants en anesthésie avaient les contacts les plus fréquents, tout comme la nature et le but de ces échanges.

Sur le plan communicationnel, notre interrogation portait sur le rôle de l'oral et de l'écrit dans les rapports de travail au sein des blocs opératoires. Parmi nos sources théoriques, l'étude de M. Grosjean et M. Lacoste nous a renseignée sur l'importance grandissante des supports écrits (planning mural, fiches de planification, dossiers de soins), consubstantielle à l'évolution technologique de l'appareillage médical. Néanmoins, d'une manière générale l'oral conserve une place prédominante, estiment ces sociologues.

Dans un premier temps, nous nous sommes penchés sur les situations où le rôle de l'oral semblait évident : transmission d'informations au moment des relèves, délégation informelle des tâches, résolution des conflits, échanges personnels durant les pauses. Nous voulions comprendre en détail les fonctions de la communication dans ces situations : est-elle principalement utile à la transmission de l'information ou, dans un contexte qui demande un minimum d'échange, à la coordination du travail ? Ou sert-elle aux aides-soignants plus souvent dans les moments de pause pour discuter de choses personnelles ? Et au final, la communication orale est-elle un exutoire pour partager les moments difficiles ? Nous imaginions bien que ces trois facteurs peuvent s'entremêler dans les conversations.

Il était enfin capital pour nous de bien mettre en évidence, à travers la communication, la différence entre les notions de collaboration et de coordination en raison de l'ambiguïté qui entoure ces deux notions. Ainsi, nous avons échafaudé les questions suivantes : une bonne communication est-elle essentielle au bon fonctionnement des blocs opératoires ? Aide-t-elle à éviter les confusions en recontextualisant les informations échangées ? Le but de notre travail consistait dès lors à examiner précisément dans quelle situation et pour quelles raisons, la pratique d'une « bonne » communication est indispensable.

3.4.3 Travail logistique et relation au patient

Au terme de la phase d'analyse de la littérature, nous savions qu'à mesure que les tâches des aides-soignants en anesthésie se tournent vers l'utilisation et l'entretien des machines de bloc opératoire, le contact avec le patient diminue. Comment cela se traduit-il dans les faits ? Que reste-t-il de la relation au patient ? Comment les aides-soignants vivent-ils cette évolution ?

Nous avons une petite idée de l'univers complexe des blocs opératoires, cependant, nous ne savions pas quels instruments, machines et objets composent ceux-ci. Dans un premier temps, notre objectif était donc de comprendre à quoi servent les machines ;

ensuite, nous voulions connaître les tâches spécifiques des aides-soignants en lien avec ces dernières. Enfin il nous importait de savoir dans quelle mesure ils apprécient ce travail. A ce titre, nous avons retenu un élément susceptible de nous faciliter la tâche : la désignation des machines et objets d'anesthésie relevant d'un langage spécifique, son degré d'utilisation nous permettrait de saisir la considération des aides-soignants pour ce matériel.

L'hygiène des blocs opératoires doit être maintenue de manière rigoureuse pour que le patient ne courre aucun risque. Dans ce cadre-là, nous savions que les aides-soignants d'anesthésie sont chargés de décontaminer une partie des blocs opératoires. Toutefois, nous n'étions pas forcément au courant de leurs tâches spécifiques en ce qui concerne la désinfection et le maintien de l'hygiène des machines et des instruments. Au final, nous imaginions que des préférences se feraient sentir pour l'une ou l'autre des tâches liées à la logistique, ou pour telle machine ou tel instrument. Ceci se remarquerait peut-être dans la façon qu'ont les aides-soignants en anesthésie de s'approprier ce matériel logistique.

3.4.4 Les pratiques au travail

Dans le prolongement des considérations que l'on trouve ci-dessus, et dans le souci d'être exhaustifs dans nos observations futures, nous nous sommes intéressés aux moyens de qualifier les pratiques au travail des aides-soignants afin d'en souligner la diversité. Nous voulions mesurer le temps de travail pour chaque activité, savoir dans quelle mesure chacune est planifiée et d'une manière générale, comment est mise en œuvre l'organisation planifiée du travail.

Comme toujours dans une première phase de questionnement sur les agissements des aides, il nous était difficile de savoir quelles étaient les priorités du travail. Les aides-soignants travaillent-ils encore en contact direct avec le patient ou sont-ils cantonnés uniquement à l'entretien des machines ? De même, nous ne pouvions pas anticiper les priorités de chacun : relèvent-elles de préférences personnelles ou sont-elles imposées par la planification des tâches ? De ce fait, nous prévoyions de nous pencher sur l'organisation subjective des priorités de chaque personne observée dans les blocs opératoires.

Les procédures de travail devaient être définies concrètement car il était primordial d'opérer une bonne description des tâches de l'aide-soignant en anesthésie et il fallait prévoir de confronter les classeurs de procédure et de protocole à la réalité du terrain. Comment les aides jonglent-ils entre ce qu'ils ont appris en formation, leur pratique quotidienne au travail et les nouveautés introduites fréquemment dans les blocs opératoires ? Comment les nouvelles procédures sont-elles mises en place ?

Grâce à la littérature analysée plus haut, nous savions que la collaboration et la délégation sont deux phénomènes à distinguer rigoureusement. Tout d'abord, nous devions voir si la délégation empiait sur la collaboration ou inversement. Mais surtout, comment cela allait-il se traduire ? Y a-t-il un glissement des tâches entre les aides-soignants et les infirmiers ?

Beaucoup d'autres éléments peuvent être observés afin de comprendre quelles sont les pratiques au travail des aides-soignants en anesthésie. Par exemple, nous aurions pu nous focaliser sur les plaintes des aides pendant leur travail. A propos de qui et de quoi, et surtout comment, les aides-soignants peuvent-ils émettre des reproches ? Il est bien entendu que nous devons garder une distance par rapport à toutes les critiques échangées dans les blocs opératoires, le but de notre travail n'étant pas de compatir mais

bien de distinguer de manière neutre ce qui pourrait poser problème à cette population. En effet, une partie de nos observations sera consacrée à la résolution des problèmes pour découvrir comment les soignants tentent de résoudre les difficultés. Vers qui se tournent-ils, pourquoi et comment ?

Le domaine des pratiques est colossal. Pour une première approche *a priori* du terrain, nous ne pouvions de toute façon pas prétendre avoir pensé à tous les éléments qui composent la pratique au travail des aides-soignants en anesthésie. Néanmoins, nous devons encore nous plonger dans la problématique des relations interpersonnelles. De quelle nature sont-elles ? Les relations sont-elles plus souvent conflictuelles ou harmonieuses entre les membres du personnel soignant ? Quelles sont les stratégies de médiation ou de résolution des conflits ? Il nous semblait évident que dans un premier temps d'observation, on nous présenterait ces relations sous leur meilleur jour, notre immersion dans le terrain devant à terme nous permettre de mesurer leur complexité.

3.4.5 Culture hospitalière et rapports interpersonnels

Avant de développer les premières approches concernant les éléments culturels que nous nous attendions à observer dans les blocs opératoires, et qui sont d'ailleurs liés à ce que nous avons développé précédemment sur les pratiques au travail, nous voulions établir une mise en garde face aux explications culturelles. En effet, celles-ci sont souvent utilisées de manière simpliste pour légitimer *a priori* tel ou tel comportement, sans nous renseigner sur la motivation des acteurs et le sens qu'ils donnent à leur action. Notre travail sociologique ambitionne de déconstruire les mécanismes qui produisent la culture et, par là même, les comportements des acteurs, sans pour autant se laisser prendre au piège du « c'est à cause de sa culture que... ».

Après cet avertissement sur les explications culturalistes, certains éléments devaient tout de même être observés pour tenter une explication globale du métier d'aides-soignants en anesthésie. Nous ne pouvions pas faire l'économie de l'observation des normes du bloc opératoire, du groupe/de l'équipe et des individus. Ces normes doivent nous aider à rendre compte des règles implicites et explicites qui gouvernent en sous-main les rapports interpersonnels. A partir de là, comment rendre compte de ces normes, encore extérieures à nous pour le moment ?

L'observation des rites pourrait sans doute nous apporter des précisions quant à l'application de certaines valeurs propres au contexte hospitalier, et plus précisément propres au contexte des blocs opératoires. Les rites servent-ils à mettre en lumière certaines habitudes ? Révèlent-ils des valeurs implicites qui échappent à l'observateur néophyte ? A ce stade, nous ne pouvions esquisser qu'une supposition : l'échange en tant que tel, positif ou négatif, qu'il soit langagier, matériel ou symbolique, peut être un indice pour démêler l'écheveau des cultures façonnant les aides-soignants et leur institution.

3.4.6 Les aides-soignants manquent-ils de reconnaissance ?

Un dernier point qui nous semblait important à aborder, au vu de ce que nous avons appris de la littérature, est la question de la reconnaissance : que disent les aides-soignants en anesthésie aux HUG sur cette question ? Disent-ils en avoir ? (De qui, comment ?) ou disent-ils plutôt en manquer ?

Nous avons vu qu'un des problèmes du manque de reconnaissance des aides-soignants vient de l'insuffisance des précisions quant à la définition de leur statut. Celui-ci reste flou

et une incertitude demeure sur leur rôle exact prescrit par les institutions. A partir de là, comment juger une position en bas de la hiérarchie, entourée de différents corps de métier ?

Un des premiers éléments qui peut nous permettre de répondre à cette question est le suivant : tout comme le montre la littérature, les aides-soignants ont des difficultés à faire reconnaître leurs compétences spécifiques. Dans le contexte de l'anesthésie, cette problématique est encore plus marquée car les aides-soignants n'y figurent tout simplement pas, sauf en Suisse. Ainsi, la représentation européenne de leur statut et de leurs compétences propres n'étant pas présente dans les esprits, cela ne les aide pas à obtenir une position plus équilibrée dans un milieu aussi riche en métiers diversifiés. Les infirmiers en contact fréquent avec eux sont dans une position ambiguë à leur égard. Ils n'acceptent que difficilement un chevauchement des tâches, c'est pourquoi il arrive qu'ils leur délèguent des actes peu valorisants. Toutefois, il serait faux de penser que toutes les situations se présentent ainsi ; les deux corps de métier peuvent aussi se compléter de manière harmonieuse. Sommes-nous alors dans un rapport dépréciatif de la part d'un métier envers l'autre ou sommes-nous dans un rapport de complémentarité perçu positivement par les aides-soignants et les infirmiers ?

D'un côté, les aides-soignants sont catégorisés en tant que membres de l'institution hospitalière en bas de la hiérarchie. D'un autre côté, les aides-soignants en anesthésie sont les spécialistes du matériel dans ce domaine. Des lors, cette population se situe encore dans la confusion : sont-ils considérés comme amoindris par le peu de proximité qu'ils ont avec les patients ou sont-ils perçus de manière positive grâce à leur maîtrise au niveau du matériel ?

Au cours de notre enquête, nous nous sommes intéressés aux signaux qui mettent en évidence la dévalorisation, même si ce phénomène n'est pas imputable à toutes les situations. Le personnel soignant cultiverait-il un manque flagrant de politesse à l'égard des aides-soignants ? Leur délèguerait-il toujours des « bases besognes » ? Ne voudrait-il pas partager l'information avec eux ? Les observations recueillies sur le terrain nous permettront de comprendre comment les aides-soignants construisent leur identité collective par rapport à la perception qu'en ont les différents corps de métier.

3.5 Conclusion

Pour conclure cette revue de la littérature et le questionnement qui en découle, nous aimerions expliciter les limites rencontrées dans ce chapitre 3. Comme nous l'avons déjà exprimé en amont, le travail s'est déroulé en trois moments clés. Le premier a été de découvrir et de récolter une littérature capable de nous ouvrir un vaste horizon sur différents thèmes (le milieu médical, les pratiques hospitalières, la communication, etc.). Nous avons ensuite établi une série de questions qu'il s'agissait de confronter à la réalité du terrain. En effet, ces interrogations étaient formulées *a priori* afin que nous puissions faire cet aller-retour nécessaire entre nos premières idées théoriques et une vérité tangible que nous avons côtoyée dans le service d'anesthésiologie. Le troisième moment a été le besoin d'enrichir cette littérature par les éléments récoltés sur le terrain. Cette phase était indispensable car elle nous a permis de découvrir de nouveaux thèmes susceptibles d'être des points forts à développer dans l'analyse.

Il est évident que nous aurions pu utiliser d'autres textes de références ; notre éventail de sources n'est pas exhaustif. Nous avons dû faire des choix et ceux-ci nous ont plus ou moins aidés à formuler un questionnement et à prendre nos repères sur le terrain. La

littérature anthropologique parle effectivement des soignants, de leur vécu et de la manière dont ils se positionnent dans l'étendue des différentes sphères professionnelles du milieu hospitalier. Mais ces études nous donnent que peu d'indications sur la situation effective des aides-soignants en anesthésie. La littérature de nature plus thématique (*teamwork*, type de communication, relèves, etc.) nous a servis à découvrir des dimensions propres au travail hospitalier et nous a permis de mieux comprendre certaines particularités de ce dernier. D'autres thèmes plus précisément en lien avec les aides-soignants en anesthésie auraient pu être abordés. La littérature spécialisée nous a donné quelques aperçus concernant la perception des aides-soignants qu'ont les différents corps de métier. Comme pour la littérature anthropologique, les revues professionnelles ne parlent pas spécifiquement de l'aide-soignant en anesthésie ; néanmoins, elles livrent de précieux témoignages sur l'insertion des aides dans leur milieu et cela est une dimension supplémentaire que nous avons dû prendre en compte dans notre travail sociologique.

Il nous faut reconnaître d'autres limites dans notre usage de la littérature. En premier lieu, face à un monde aussi technique que l'hôpital et ses blocs opératoires, pourquoi ne pas avoir eu recours à la sociologie de la technique ou à l'ergonomie ? Ces contributions auraient pu nous aider à mieux saisir les rapports entre l'homme et la technique. Comment cette dernière participe au lien social ? Est-ce que la technique renforce, autonomise les liens entre les personnes, ou s'y substitue ?

Ce travail préalable nous a permis de forger nos premières représentations théoriques sur le milieu hospitalier, lesquelles représentations se sont parfois heurtées à nos idées reçues. Mais le travail du sociologue ne sert-il pas *aussi* à découvrir et à mettre en lumière ses propres préjugés ? Ce travail sur soi nécessaire au chercheur repose sur l'acceptation du fait que chacun est « façonné » par des cadres de référence ou des structures spécifiques (famille, éducation, cultures, etc.). Ainsi, au cours de cette enquête, il nous est arrivé plus d'une fois de douter : notre questionnaire était-il pertinent ? Allions-nous dans la bonne direction ?

C'est notamment ces questions que nous allons aborder maintenant dans le chapitre 4 : méthode et dispositif de recherche. Nous souhaitons ainsi montrer quelle a été notre manière concrète de procéder, quels sont les choix méthodologiques que nous avons fait et quelles sont les difficultés, les craintes et les doutes que nous avons aussi rencontrés parfois.

Chapitre 4. Méthode et dispositif de recherche

« Les phénomènes sociaux peuvent être saisis par la voie d'une véritable observation, faite par l'auteur de la recherche, observation immédiate quelquefois, plus souvent d'observations médiates (c'est à dire des effets ou traces du phénomène), mais non plus, en tout cas, par la voie indirecte, c'est à dire par l'intermédiaire de l'auteur... »
(François Simiand, 1983 : 159).

L'objet du présent chapitre consiste à aborder la méthodologie employée dans notre recherche. Nous y expliquons comment nous avons planifié les différentes étapes et comment nous nous sommes organisés en termes de partage du travail entre les différents membres de l'équipe. L'approche choisie permet d'introduire et d'exposer des méthodes de recherche qualitative adaptées aux besoins de notre enquête, au premier rang desquels figurent l'observation non-participante (ou faiblement participante) et les entretiens.

4.1 Techniques de collecte de données

Pour aborder notre objet de recherche, nous avons choisi deux techniques de collecte de données: premièrement, l'observation non-participante qui s'est déroulée entre novembre 2008 et février 2009 et deuxièmement, les entretiens approfondis (semi-directifs), qui se sont déroulés entre mars et avril 2009. On présente ci-dessous un tableau illustratif des techniques de collecte de données, leurs buts, leurs caractéristiques, en donnant des exemples issus de notre recherche.

Techniques de collecte de données	Buts	Caractéristiques	Exemples
Observations non-participantes	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit de l'observation en temps réel et de son compte rendu concernant les activités routinières des aides. C'est-à-dire «aller voir sur place», être physiquement présent dans la situation, la regarder se dérouler en temps réel pour en rendre compte. 	<ul style="list-style-type: none"> Le phénomène étudié est observé dans l'instant où il se produit. L'observateur doit rester le plus neutre possible. Les observations sont faites en fonction d'une grille d'observation. Elles sont retranscrites le plus fidèlement possible. 	<ul style="list-style-type: none"> Une personne fait un résumé de l'observation (ex : elle met ses gants, prend son chariot et va nettoyer le Primus cassé. Ensuite, nous allons le porter dans la salle de transfert pour qu'il soit pris en charge) (Notes, OPERA, 23.12.08).

Entretiens approfondis (semi-directifs)	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit de récolter un maximum d'informations pertinentes concernant la conception et la mise en œuvre du travail au quotidien. 	<ul style="list-style-type: none"> Une interview. Durée: entre 1 et 2 heures (maximum). Retranscription mot à mot. 	<ul style="list-style-type: none"> A quoi ressemblerait une journée parfaite ? Je ne sais pas... une journée où je fais le matin à OPERA et qu'il n'y ait pas de pannes de matériel aussi. Et puis sans bip, où tu as le temps de faire ce que tu veux. Et être avec les collègues que tu préfères. Ça serait une journée parfaite (Entretien, Aide-soignant Anesthésiste, BOCHA, 31.03.09).
---	---	---	---

4.1.1 Construction de la grille d'observation

Premièrement, l'objectif de la construction de la grille d'observation est de faciliter l'observation (Que faut-il observer ? Que doit-on noter?) et de disposer de variables reportées dans un tableau afin de fournir des exemples et de ce fait encadrer les observations. Cette préparation à l'observation permet également de se poser des questions pratiques, qui ont leur importance : Quel carnet de notes choisir? Peut-on toujours physiquement prendre des notes? Est-ce que parfois le caractère de la scène n'oblige pas à suspendre la prise de notes?

Pour construire cette grille nous sommes passés par des catégories générales comme :

- Contexte
- Communications
- Objets, Machines, Instruments
- Pratiques au travail
- Éléments culturels

Et puis nous avons approfondi ces thèmes par des éléments plus spécifiques (voir le tableau ci-dessous), qui nous ont guidés dans notre collecte de matériau. Pour la plupart ces éléments étaient issus de recherches sociologiques ou professionnelles sur les soignants, étudiées en cours durant les deux premiers mois (septembre et octobre 2008), qui avaient donné lieu à des notes de lecture précises (pour une présentation synthétique de ces lectures et des éléments retirés, on renvoie le lecteur au chapitre précédent).

<p>Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heure(s) • Qui écrit l'observation? • Le lieu de l'observation (précis) • Quel bloc ? • Quelle position dans le bloc ? • Description des lieux (sas, bloc...) • Personnes : avec qui je suis ? • Description du lieu • Usage de l'espace, lieux • Qui va où ? • Mouvement des corps • Salles de pause • Ambiance de travail, atmosphère • Vêtements <p>Communications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moyens de transmission (écrit/oral, informel) • Entre-eux • Garçons de salle • Infirmières • Patients • Médecins • Autres • Les supports écrits • Genre : femmes/hommes • Relations de travail, collaboration • Qui aide qui ? • Relèves • Délégations informelles • Ordre • Entre eux, reçoivent • Conflits • De travail • Interpersonnel • Relations de pouvoir <p>Objets, Machines, Instruments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruments • Zeus, Fabius ? • Les machines servent à quoi, qui s'en occupe, qui est habilité à s'en occuper... ? • Langage, désignation, objets/matériels • Check-list matériel • Hygiène, décontamination • Appropriation des machines 	<p>Pratiques au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps • Durée des activités observées • Planning • Quelle organisation planifiée du travail ? • Priorités • Organisation subjective des priorités • Procédure du travail • Manuels, classeurs, procédure, protocoles... • Délégation des tâches • <i>Dirty/legitimate work</i> • Description des tâches • Glissement des tâches • Empiètement • Genre : femmes/hommes • Division sexuée du travail ? • Hygiène, décontamination • Interruptions • Par qui, comment (plutôt que pourquoi) • Plaintes • <i>Problem solving</i> • P. ex : Si j'ai un problème, je vais vers qui ? • Procédure de décontamination complète • Le jargon employé <p>Eléments culturels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normes de groupe • Rites • Organisationnel • Langage, désignation, objets/matériels • Groupe/individuel • Culture des individus • Culture de bloc
---	--

4.1.2 Phase exploratoire

Une phase d'observation dite « flottante » est intervenue au début de la phase exploratoire. Elle a permis aux étudiants de prendre leurs marques (apprendre à se localiser, s'habiller, présenter l'étude et gérer le rythme hospitalier avec son propre rythme d'étudiant) et de se faire connaître du personnel aide-soignant. Chaque semaine, l'étudiant affecté la semaine précédente à un bloc (BOU, OPERA, POM, ONO, SSPI et BOCHA) changeait de bloc opératoire et faisait connaissance avec un autre environnement de travail. La possibilité ainsi offerte de tourner rapidement entre les blocs, a permis à chacun de se faire une idée globale de la réalité de travail des aides-soignants. Bien sûr au début, cela ne permettait pas de réaliser une immersion longue dans chacun des blocs, mais dans la seconde phase d'observation, plus systématique, les étudiants ont été amenés à se focaliser davantage sur tel ou tel bloc et tisser des liens privilégiés avec certains aides.

4.1.3 Observations systématiques

Les observations systématiques ont été accomplies de décembre 2008 à février 2009 avec une répartition par bloc, réalisée par Sylvie Gouanec. Elle faisait attention à certains critères : sachant les difficultés en français de l'étudiant Aristoteles Aguilar, elle cherchait à le placer auprès d'aides hispanophones; elle évitait aussi de placer les étudiants en gynécologie, préférant les étudiantes pour ce type d'observations.

Les observations de la phase exploratoire et celle de la phase plus systématique représentent 117 jours et 345 heures d'observation sur une période de 4 mois. Ces observations « non-participantes » n'impliquaient en aucune manière que les sociologues devaient rester « de marbre », notant sans interaction les activités réalisées par les aides⁵. Il leur est bien évidemment arrivé de prêter main forte aux aides, et ainsi d'être initiés au travail quotidien (transport de matériels lourds d'un bloc à un autre, le respirateur Primus notamment, aide au remplissage des sas...).

Durant ces phases, des discussions « à chaud » se sont nouées, menées de façon informelle au moment où se déroulaient les activités ou lors des temps de pause. Ainsi, il a été possible de poser quelques questions rapides aux aides-soignants. Cela dépendait énormément de leur charge de travail et de leur disponibilité. Pour réaliser ces observations, les étudiants étaient libres d'organiser leur temps comme ils le souhaitaient : Certains ont préféré une présence régulière presque quotidienne, même de courte durée entre deux cours, tandis que d'autres préféreraient y passer toute une journée, bloquant 8 heures d'affilée.

4.1.4 Entretiens approfondis

Les entretiens approfondis et semi-directifs des aides-soignants, infirmiers, médecins, des IRUS et de l'infirmière référente des aides-soignants en anesthésie se sont révélés indispensables et également complémentaires aux observations. Ils ont permis de

⁵ En sociologie, on fait la distinction entre "observation non-participante" et "observation participante" mais on peut constater que beaucoup de flou s'est installé dans la profession sur les deux termes. Précisons donc que l'observation "non-participante" renvoie au fait que le sociologue n'endosse pas un rôle professionnel dans la structure. A la différence d'Anne-Marie Arborio, qui pour son étude sur les aides-soignantes en France, s'est embauchée comme stagiaire "aide-soignante", aucun des étudiants n'étaient "aides-soignants". Ce qui ne veut bien sûr pas dire, que les sociologues ne peuvent aider à pousser un lit, ranger une armoire ou engager une conversation professionnelle comme plus privée. Ainsi, progressivement, pour certains sociologues, le fait d'engager la conversation ou d'aider à réaliser de menues tâches a été assimilé à de l'observation participante. Ce n'est évidemment pas le cas.

nuancer et d'enrichir les analyses résultantes des seules observations en y injectant le vécu subjectif des acteurs et en obtenant leur point de vue « à froid ». Le temps de chaque entretien a duré en moyenne une à deux heures et l'ensemble des acteurs a été invité à répondre aux questions suivantes (voir le tableau ci-dessous). Deux méthodes ont été retenues : la prise de note seule ou l'enregistrement audio exhaustif, avec l'accord de la personne interviewée. Dans les deux cas les entretiens ont été retranscrits entièrement pour être analysés ensuite par l'ensemble des membres du groupe.

Au final, nous avons réalisé un total de 42 entretiens approfondis qui se répartissent comme suit :

- 24 aides-soignants
- 1 aide-soignante en salle
- 8 infirmiers
- 1 infirmière référente des aides-soignants en anesthésie
- 4 IRUS
- 3 médecins-anesthésistes
- 1 médecin-chef

Ils ont été conduits à l'hôpital, soit dans de petites salles de repos, parfois à la cafétéria, soit au-dehors de l'hôpital dans des cafés calmes ou encore à Unimail. La campagne d'entretiens a duré 3 semaines.

Guide d'entretien aides-soignants

1. Nous vous avons suivi pendant de nombreuses semaines, dans différentes activités : Au final, quelles sont les tâches qui vous plaisent le plus et celles qui vous déplaisent ?
2. A quoi ressemblerait une journée parfaite ?
3. Y a-t-il des lieux de travail que vous préférez à d'autres (des blocs, des salles, etc.) ? Pourquoi ?
4. Comment vivez-vous les changements de poste entre blocs ?
 - a. Comment cela vous affecte ?
 - b. Avez-vous eu une expérience relativement récente de changement de bloc ?
5. Comment envisagez-vous votre rôle par rapport à la gestion du matériel ?
 - a. Rencontrez-vous des difficultés ?
 - b. De quel ordre ?
 - c. Vers qui vous tournez-vous ?
6. Nous avons remarqué qu'il y avait beaucoup d'échange d'horaires, alors qu'il existe un planning.
 - a. Comment êtes-vous consulté pour la confection du planning ?
 - b. Est-ce que le planning manque de flexibilité ?
 - c. Etes-vous satisfait de cette flexibilité entre vous ?
 - d. Est-ce qu'elle vous gêne parfois ?
7. Comment vivez-vous votre rôle par rapport aux maladies contagieuses ?
8. Nous vous avons observé dans des situations de collaboration, avec d'autres corps de métier, comment jugez-vous ces moments ? Rares, trop rares, agréables, valorisants, embêtants, menaçants... ?
9. Quelle influence a l'IRUS dans votre travail ?
 - a. A propos de quelles activités intervient-il le plus ?
 - b. Vous arrive-t-il de le contacter ?
10. Quelles sont les personnes qui ont le plus d'influence dans votre travail ?
 - a. A contrario, quelles sont celles qui n'en ont aucune ou que vous ne voyez

- jamais ?
11. Y a-t-il des situations où vous vous sentez peu soutenu ou peu aidé ?
 12. Y a-t-il un événement récent qui vous a marqué au travail ?
 13. Est-ce que vous avez ressenti une évolution de votre métier d'aide-soignant depuis que vous travaillez aux HUG ?
 - a. Qu'est-ce qui a le plus changé ?
 - b. Qu'est-ce qui a le moins changé ?
 - c. Le plan Victoria a-t-il eu des conséquences sur votre pratique ? Est-ce que cela a changé quelque chose dans vos pratiques professionnelles ?
 14. Si vous deviez changer quelque chose dans l'organisation du travail à l'hôpital, ça serait quoi ?
 15. Parcours de vie : études, parcours professionnel, origine, ancienneté, situation civile (enfants, marié, ...)
 16. Voudriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important et que nous n'avons pas abordé ensemble ?

Guide d'entretien infirmiers/médecins

1. Comment vous représentez-vous le travail des aides-soignants ?
2. Dans quels cas faites-vous directement appel à eux ? Par quel biais (téléphone, bip) et pour quelles activités ?
3. Diriez-vous que c'est une bonne collaboration ? D'après vous, est-ce que la coordination entre aide-soignant et infirmier est satisfaisante ?
4. Quels rôles pensez-vous avoir auprès d'eux ?
5. Quelles sont les situations problématiques avec les aides-soignants ?
6. Comment ces conflits/frottements se résolvent-ils ?
7. Si vous deviez changer quelque chose dans l'organisation du travail à l'hôpital, ça serait quoi ?
8. Parcours de vie : études, parcours professionnel, origine, ancienneté, situation civile (enfants, marié, ...)
9. Voudriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important et que nous n'avons pas abordé ensemble ?

Guide d'entretien IRUS

1. De quoi se compose une journée type pour un IRUS ?
2. Quel rôle avez-vous auprès des aides-soignants ? Comment le décrivez-vous ?
3. Quels sont vos moyens organisationnels (outils communicationnels, réunions régulières...) pour faire fonctionner et animer votre unité de soins ? En particulier, en ce qui concerne les aides-soignants ?
4. Sur qui vous appuyez-vous le plus pour animer votre unité de soin ?
5. D'après-vous, de quoi sont responsables en premier lieu les aides-soignants ?
 - a. (Relance avec exemples de glissement de tâche pour savoir si les IRUS sont au clair avec ce qu'on peut exiger des aides-soignants)
6. Comment s'organise le planning des aides-soignants ?
 - a. On a remarqué que les aides-soignants changeaient beaucoup le planning, comment expliquez-vous ce phénomène ?
7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ce groupe professionnel en particulier ?
8. Comment jugez-vous la coopération entre aides-soignants ?
 - a. Et celle entre aides-soignants et infirmiers ?
9. Si vous deviez changer quelque chose dans l'organisation du travail à l'hôpital, ça serait quoi ?

10. Parcours de vie : études, parcours professionnel, origine, ancienneté, situation civile (enfants, marié, ...)
11. Voudriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important et que nous n'avons pas abordé ensemble ?

4.1.5 Analyse et traitement de données avec le programme Atlas Ti

Notre corpus composé de nos notes d'observations respectives étant relativement important, ajouté au fait que nous devons travailler à plusieurs sur celui-ci, l'utilisation d'un logiciel nous est apparu indispensable. Pour des raisons pratiques principalement, notre choix s'est arrêté sur Atlas Ti (version 6.0). Seules les observations ont été intégralement traitées à l'aide d'Atlas Ti. Certains étudiants ont également codé leurs données issues des entretiens, mais ils furent une minorité.

Nous avons commencé par lire soigneusement l'intégralité du corpus, tout en notant au fur et à mesure les thèmes qui nous semblaient centraux. Plusieurs rencontres en groupe ont ensuite été nécessaires pour mettre en commun ces thèmes et commencer à établir une liste de codes (c'est-à-dire des catégories qui nous permettraient de découper notre corpus de manière utile pour l'analyse).

Une fois un premier nombre de codes stabilisé, nous avons recommencé à travailler quelques jours chacun de notre côté, testant ceux-ci sur nos données.

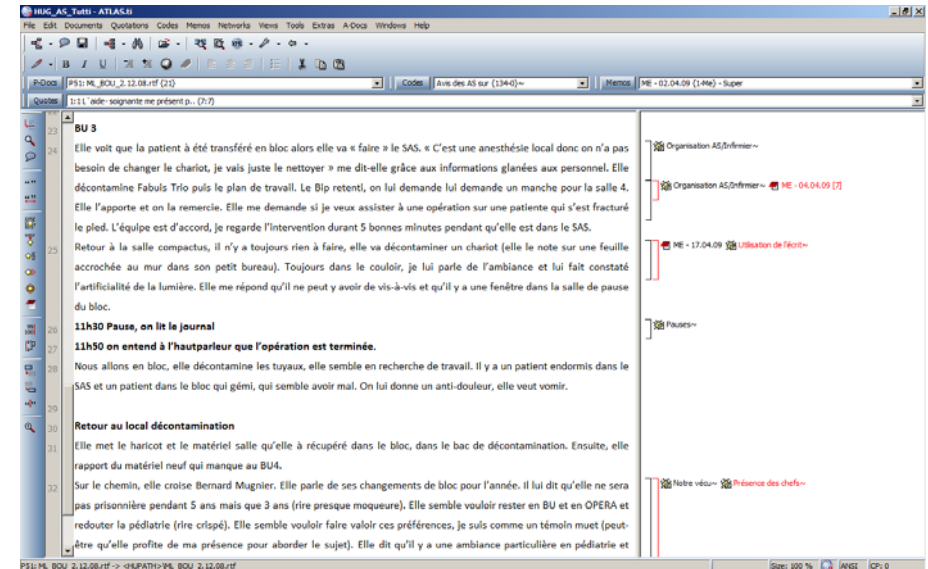
Nous nous sommes revus deux fois au cours de ce processus. A l'issue de ces rencontres, certains nouveaux codes ont été créés, d'autres ont été supprimés, d'autres encore ont été fusionnés. Nous avons pris soin de définir précisément chaque code, c'est-à-dire expliquer précisément à quoi il se rapportait en donnant des exemples afin de fonctionner le plus possible de la même manière et ainsi éviter les disparités. Nous avons désormais notre liste de codes stabilisée qu'il n'était plus question de modifier.

Dans la dernière phase, nous avons codé l'intégralité du corpus qui nous semblait pertinent en le découpant en portions de texte selon les catégories (« codes ») établies. Le principe de base est le suivant : après avoir sélectionné une phrase ou un paragraphe, l'utilisateur lui attribue un ou plusieurs codes. Une fois l'ensemble du corpus codé, il est possible de voir combien de fois tel ou tel code apparaît, permettant de se rendre compte de son poids dans les échanges ou interactions verbales comme non-verbales. Il est également possible d'accéder directement aux extraits concernés. Ensuite, chaque utilisateur a le loisir d'interroger son corpus en opérant des tris (par âge, par sexe, par jour, par bloc opératoire, par individu observé, etc.). Enfin le logiciel permet l'utilisation d'un outil d'interrogation de recherche des occurrences selon les paramètres demandés. Il peut s'agir de correspondances croisées à l'aide d'opérateurs logiques : par exemple, on peut demander au logiciel de produire la liste des citations où apparaissent tel code ET tel code. Chacun avait en charge de traiter ses propres notes de terrain afin de gagner en rapidité et en facilité de compréhension.

Ce travail nous a été d'une aide précieuse pour l'analyse et pour l'écriture du manuscrit final. Nous avons pu plus aisément confirmer certaines de nos hypothèses et avoir de nouvelles idées. Surtout, cela nous a permis de gagner du temps dans l'écriture puisque nous avons facilement à disposition les citations nécessaires pour illustrer notre propos. Au final, le bénéfice de l'utilisation d'Atlas Ti a été supérieur à l'investissement en temps nécessaire pour découvrir et installer ce logiciel⁶.

⁶ Pour aller plus loin cf. la documentation fournie par le constructeur : <http://www.atlasti.com> ou encore Melo, X., E. Roulin, and F. Bülman, Brochure d'utilisation pour le logiciel Atlas Ti 5.2.

Exemple de codage de notre corpus avec Atlas Ti (copie d'écran)



Totalité des codes utilisés

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Avis des aides-soignants sur • Conflits • Contact patient • Craintes • Description des lieux • Description des techniques • Economie • Evitement de tâche • Glissement de tâches • Infraction • Interruptions • Jargon • Jeu • Lieux et tâches périphériques • Localisation matériel • Magasin • Notre vécu • Organisation aide-soignant / aide-soignant • Organisation aide-soignant / infirmier | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation formelle • Parler des chefs • Partage de nourriture • Partage du vécu émotionnel • Pauses • Plaintes • Présence des chefs • Problem solving • Ragots • Rapport aide-soignant / aide-soignant • Rapport aides-soignants / autres métiers • Rapport aides-soignants / infirmiers • Rapport aux machines/objets • Relève entre les aides-soignants • Revendication de compétences • Sale / propre • Style personnel • Utilisation de l'écrit • Violence |
|---|---|

Dans notre contexte, cette codification nous a permis de calibrer de façon plus objective et plus complète le contenu, le sens de la communication et de vérifier certaines intuitions.

4.2 Comment nous nous sommes organisés

4.2.1 Notre présence sur le terrain

Les observations ont été réalisées entièrement par les étudiants de sociologie, réparties de façon équitable entre eux. Comme nous l'avons brièvement expliqué, notre présence sur le terrain fut concrètement organisée avec l'aide précieuse de Madame Sylvie Goanec. Cette dernière a confectionné à notre intention des plannings, en croisant les données relatives aux étudiants (Homme/Femme; langue parlée), des données relatives aux aides-soignants (en fonction des tournus, des horaires), des données relatives aux blocs (quant à la charge de ces derniers en particulier au moment de la période de fermeture partielle des blocs en fin d'année). Sur les plannings, figuraient aussi des données logistiques (N° des Bips des aides, N° de Bips des cadres infirmiers) indispensables pour organiser les rendez-vous après le passage aux vestiaires avec les aides-soignants. Une fois ces données croisées le plus judicieusement possible, il s'agissait aussi d'exposer les étudiants au plus grand nombre de situations, dans des blocs et des secteurs différents. Ce fut vrai surtout dans la première partie, ensuite, par affinité et par goût, les étudiants ont souhaité être affectés de façon plus régulière à certains secteurs. Mais tous auront pu observer quasiment l'ensemble des blocs, même de façon superficielle. Hormis la toute première semaine, où ils ont été accueillis et orientés par Sylvie Goanec, Christine Biron, et accompagnés par Mathilde Bourrier et Sami Coll, ils ont pris en charge la totalité de la réalisation du terrain.

4.2.2 Notre vécu

A ce moment là, j'assiste à une des scènes les plus émouvantes de mon terrain aux HUG. Le patient présent dans le service depuis deux jours est en train de partir, il fait des signes de la main pour dire au revoir à tout le monde. Malheureusement, personne ne le remarque et personne ne lui dit au revoir à part Harry, qui lui avait déjà fait ses 'adieux' un peu plus tôt. Il n'y a que moi qui a vu que cet homme nous disait à tous au revoir... (Notes, *SSPI*, 11.12.08)

Notre vécu de l'hôpital a commencé bien avant que nous parcourions ses couloirs en blouses blanches ou ses salles d'opérations avec des masques. Tous, nous avons, et nous avons toujours, des images de ce qu'est la médecine et des lieux où elle est pratiquée. Nous pourrions peut-être trouver parmi ces représentations les motifs qui nous ont poussés à tenter l'expérience. De même, nous avons tous une certaine familiarité avec la méthode proposée, l'observation non-participante. Nous la pratiquons tous, étudiants, aides-soignants ou patients. Il suffit de regarder. Mais, dans notre cas, regarder avec une méthode que nous devons apprendre.

Mon arrivée déclenche comme d'habitude une série de commentaires routiniers (sexologue, inspecteur). (Notes, *ONO*, 18.12.08)

Et puis, un beau jour, après nos lectures et nos briefings en présence des responsables de l'enquête, nous sommes arrivés sur les lieux qui allaient nous accueillir pendant plusieurs mois, pas très sûrs de nous dans des habits portés normalement par des personnes pratiquant cette énigmatique science qu'est soigner le corps humain. Comment essayer de rendre compte du travail quotidien du personnel soignant? Et bien sûr, comment le décrire de la manière la plus fidèle possible? La grande chance, que nous continuons encore maintenant d'apprécier, fut l'accueil des aides-soignants en anesthésie. Ils étaient réactifs, interrogateurs et compréhensifs vis-à-vis de nos malades. Deux questions nous ont été posées rapidement sous différentes formes: Faisons-nous remonter les informations qu'ils nous donnaient à la direction? Et, étions-nous capables de supporter certaines scènes d'opérations? Avoir pu répondre négativement à la

première et positivement à la deuxième nous a permis de franchir un palier. Notre âge, situé entre la vingtaine et la trentaine, devait nous placer dans un rapport d'apprenant vis-à-vis des aides-soignants. Mais, c'est parfois avec un peu de timidité qu'ils nous expliquaient leur travail. Quelle envie de briser certaines barrières!

« C'est très important votre étude, c'est très bien. Et puis ça vous aide d'être dans une bonne équipe. On peut vous apporter beaucoup et vous vous pouvez nous apporter beaucoup » (Notes, *BOU*, 26.11.08)⁷.

Certaines questions ébranlent intellectuellement. Nous sommes tous des patients potentiels depuis toujours et pour toute notre vie. Mais, sommes-nous devenus des « aides » aides-soignants en anesthésie? C'est un basculement inévitable dans notre façon de nous représenter notre travail. A chacun de nous fut posée par un aide-soignant la question: « Est-ce que votre enquête va améliorer les choses? »? Que répondre? Pour les patients ou pour les aides-soignants?

Nous nous tutoyons et communiquons très bien. Elle me traite un peu comme son fiston: « Tu ne t'ennuies pas? Tu as faim? Tu n'es pas trop fatigué? Ca ne te fait pas peur d'être au bloc? ». Le contact me semble vraiment très bon. En fait, après la première période de méfiance constatée en *SSPI*, tous les autres contacts ont été agréables et peu tendus. (Notes, *PEDIATRIE*, 05.12.08)

Une partie de nos souvenirs seront liés aux moments de pauses gastronomiques et parfois intimes avec les aides-soignants. A côté des beaux moments, nous avons été confrontés à des situations difficiles où nous étions tiraillés entre l'envie de rompre notre rapport d'étudiant et d'agir sous l'emprise de l'empathie et du partage. Ces instants sont précieux. Ils ouvrent une fenêtre sur l'Autre. Parfois nous nous racontions et, parfois, les aides-soignants nous livraient une partie d'eux-mêmes. Il nous est étrange à présent de devoir nous éloigner d'eux. Mais, le départ du terrain est aussi un élément de notre apprentissage.

4.2.3 Les limites du dispositif

Comme dans tout choix *a priori*, et même si une partie a pu être redirigée, on se dit qu'après coup on aurait pu ou dû faire différemment. Il nous semble avec un peu de recul, que compte tenu des limites temporelles et du fait qu'aucun d'entre nous n'étaient à plein temps sur cette étude, l'effort porté sur les observations des pratiques quotidiennes au travail fut justifié. C'est bien par ce biais que la collecte de données fut la plus riche. A *contrario*, il nous a semblé que parfois, nous n'avons pas assez creusé certains entretiens: ils sont parfois trop venus comme une validation des analyses déjà en partie élaborées dans les documents intermédiaires.

On aurait aussi pu choisir une autre stratégie qui aurait par exemple consisté à suivre simultanément l'ensemble des acteurs qui sont en interaction avec les aides-soignants et ainsi avoir une perspective plurielle sur les mêmes événements récurrents de la vie des aides: la chasse au module, la rencontre fortuite avec un malade contagieux, l'attente du magasin, la commande des fournitures, la réallocation du planning et des horaires, « l'appel au Bip », le « bon » Bip et le « mauvais » Bip. De même, suivre durant la même période un infirmier aurait pu permettre de remettre dans leur contexte, ce que les aides considéraient comme des manquements injustifiés ou de véritables transgressions par rapport à l'idée qu'ils se font de leurs responsabilités et de leurs tâches principales.

⁷ Cette remarque vient d'une aide-soignante. Elle se réfère principalement à nous, à l'importance que nous donnions à notre travail et aux échanges d'idées auxquels nous nous livrions avec les aides-soignants. L'équipe dont il est question est celle des aides-soignants en anesthésie.

Enfin, suivant en cela les conseils du sociologue Jean Peneff (2009), nous aurions pu chercher à concevoir une enquête beaucoup plus participante, en endossant un rôle auprès des aides-soignants. Jean Peneff (1992 et 2000), devenu brancardier aux urgences d'un grand hôpital français, considère que cette voie est la seule satisfaisante lorsqu'il s'agit de faire l'analyse approfondie d'un univers de travail. La sociologue Anne-Marie Arborio a choisi un compromis : se faisant embaucher comme stagiaire, au « statut vague » comme elle le dit elle-même, elle a pu partager le quotidien des aides-soignants et ainsi justifier son rôle auprès d'elles : « C'est donc avec le statut vague de stagiaire que j'ai eu l'autorisation de travailler avec les aides-soignantes, dans le but avoué d'en faire une étude, en demandant pour cela à être traitée comme une élève aide-soignante qui doit s'initier au travail sans pour autant être tenue d'emblée pour compétente » (Arborio, 2001 : 300).

Cependant, nous étions nombreux et compte tenu de nos engagements respectifs, il n'a pas semblé judicieux de nous engager sur cette voie. Néanmoins, il nous paraît indéniable que l'observation participante offre des perspectives d'approfondissement importantes pour un sujet tel que le nôtre.

Chapitre 5. Le quotidien d'un aide-soignant en anesthésie

« Nous on soigne rien du tout sauf des machines »
(Notes, Claire, aide-soignant, ONO, 27.11.08).

Dans ce chapitre, nous parlerons du travail des aides-soignants en anesthésie tel que nous l'avons décrit dans nos notes et approfondi lors des entretiens et des discussions. Nous prendrons comme point de départ le cahier des charges des aides-soignants qui tient lieu de cadre pour ce corps de métier. Comme nous le verrons, il ne correspond pas à l'activité réelle des aides-soignants en anesthésie. Concernant celle-ci, nous relèverons toute l'importance que revêtent les tâches de décontamination, de logistique et d'entretien des machines.

5.1 Le cahier des charges

Il n'existe pas de cahier des charges spécifique aux aides-soignants en anesthésie. Leur statut et leur travail rentrent dans un cadre plus large, celui d'aide-soignant et aide-hospitalier. Son travail s'effectue sous délégation de ce même infirmier. A la grande différence de l'aide-soignant généraliste, l'aide-soignant en anesthésie ne centre pas son activité sur la proximité avec le patient mais à la périphérie de celui-ci avec des tâches de décontamination et de logistique. Il est subordonné à l'IRUS. Les exigences du poste situent l'aide-soignant : c'est un professionnel de la santé qui travaille sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec l'équipe de soin; il est au service du patient et offre des prestations individualisées répondant aux besoins des patients, quel que soit leur âge ou leur état de santé.

Le problème, c'est que le cahier des charges est peu élaboré, surtout en SSPI où les deux (infirmières et aides-soignants) sont près du patient. Il faudrait une meilleure définition des rôles. (Entretien, Jean-Philippe, médecin chef, 30.03.09)

Le cahier des charges stipule aussi que les tâches déléguées doivent tenir compte du niveau de compétence de l'aide-soignant. Il doit en outre : ranger, nettoyer, décontaminer le matériel de soins ainsi que les appareils et les dispositifs médicaux ; commander, contrôler et ranger les produits d'entretien et les fournitures ; améliorer et participer aux groupes de travail et aux colloques ; respecter l'étendue de ses connaissances ; et référer à l'infirmier tout problème avec du matériel défectueux. L'aide est inscrit formellement dans un rapport de collaboration avec l'ensemble de l'équipe de soins. Il doit aussi respecter le principe d'économie dans l'acquittement de son travail. Enfin théoriquement, l'infirmier doit être à même d'effectuer le même travail que l'aide-soignant.

La description des activités des aides est presque uniquement placée dans le cadre de l'accompagnement du patient et de son entourage. L'aide-soignant en anesthésie est loin de celui-ci. Exception faite de la toilette en Salle de Réveil (SSPI) et de l'accompagnement du patient dans ce même lieu mais aussi en Pédiatrie et au Bloc de chirurgie ambulatoire, peu de tâches effectuées par ce groupe de travail n'est indiqué dans le cahier des charges. Nous avons donc vite abandonné la description du cahier des charges pour nous

concentrer sur leur travail concret. Nous avons dressé dans ce chapitre une description générale présentant les grandes lignes de leur travail. En voici un aperçu tiré de nos notes de terrain sur la localisation des pratiques de travail:

-
- **Salles de désinfection et de stockage du matériel d'anesthésie :**
 - rangement des stocks de matériel
 - vérification des stocks si commande
 - si transfert de matériel de la salle à un sas, Patricia met le matériel sur un chariot
 - décontamination de matériel (immersion dans le bac de décontamination, puis mise en machine à laver (laveur/désinfecteur); séchage soit avec un linge, soit sur l'armoire chauffante (souffleuse)
 - téléphone si bip ou problème avec le magasin
-
- **Sas d'anesthésie :**
 - transfert de matériel
 - rangement du matériel
 - décontamination du plan de travail (préparation des médicaments en anesthésie)
 - décontamination des respirateurs (la décontamination se fait avec le chiffon et le produit désinfectant; changement du respirateur si bactérie multi-résistante (MRSA)
 - décontamination d'autres instruments dans la salle, par exemple le dispositif qui sert à maintenir la tête du patient dans la bonne position, (cela se fait par la mise au bac de décontamination puis le lavage à la main, le séchage avec un chiffon propre et enfin le rangement du matériel)
 - mise du matériel contaminé dans le chariot de décontamination, (d'autres instruments doivent être décontaminés dans la salle de la machine à laver)
 - transfert du matériel contaminé dans la salle de rangement
-
- **Blocs opératoires :**
 - décontamination des machines (appareils d'anesthésie, statifs et générateurs d'air chaud, pousses-seringues et pompes volumétriques). La décontamination se fait en passant le chiffon et le produit et en changeant les tubes de l'appareil d'anesthésie (si MRSA) et en retirant le matériel contaminé (mise sur le chariot de décontamination) puis transfert de ce matériel dans la salle de décontamination (la même procédure est appliquée dans les sas)
-
- **Couloirs :**
 - transfert de matériel de la salle d'opération (ou du sas) vers la salle de rangement
 - relais avec le chariot de décontamination pour le chiffon
 - aller et retour d'une salle à l'autre.
-
- *Précisons que les descriptions ci-dessus restent générales et qu'il y a différentes manières de procéder selon les différents blocs opératoires
-

5.2 Techniques de décontamination

5.2.1 Procédures et durées

Louise décrit ce qu'elle fait en chantant gaiement: « on nettoie les câbles de l'aspirateur...on défait les nœuds ». (Notes, BOCHA, 21.11.08)

La désinfection de surface concerne une grande partie des tâches de décontamination. Elle se fait en utilisant un chiffon imbibé d'une solution désinfectante. Les aides-soignants en anesthésie le passent inlassablement sur toutes les surfaces indiquées comme potentiellement contaminées. Ce type de désinfection ne s'applique qu'aux objets n'ayant pas été en contact direct avec les sécrétions du patient. Après chaque surface, le chiffon doit être jeté. Certains aides le réutilisent en changeant la partie en contact avec la surface. La décontamination de surface se fait très souvent avec l'aide d'un chariot sur lequel sont entreposés les chiffons propres et sales, le produit désinfectant et des gants. Pour toutes les activités de décontamination, ces derniers sont portés par les aides. Ils sont changés entre les phases du travail : ramasser les objets sales, effectuer la désinfection de surface, remplacer le matériel, etc. La décontamination de surface se renouvelle entre chaque patient et s'effectue dans tous les blocs à longueur de journée.

J'observe avec attention la procédure de décontamination : Gants, produits dans bassine, tremper légèrement le chiffon. Prendre les câbles, les mettre dans la poubelle. Prendre le haricot et vider ce qui a été utilisé. Cône emporté dans salle de décontamination. Rincé, rempli avec eau et produit désinfectant. Nouveau câbles, reprendre le ballon et le poser dans chariot. « A la fin de la journée, t'en à marre de ces spaghettis ». Rangement câbles dans tiroir Adu. Contrôle mat tiroir Adu. Tremper chiffon dans bassine. (Notes, BOCHA, 16.01.09)

L'immersion dans un liquide décontaminant est destinée à toutes les fournitures réutilisables (certains tubes, sondes, embouts et cupules). Ceux-ci sont retirés dès la fin de l'opération par les aides et placés dans des bacs prévus à cet effet. Ces derniers sont entreposés sur la planche de travail du sas et rempli d'une solution composée d'eau et de produit désinfectant. Les objets, après avoir trempé, sont rincés et déposés dans les machines à laver désinfectantes du local de décontamination. Celles-ci ne sont pas présentes dans tous les locaux de décontamination.



Machine à laver décontaminante

Les machines à laver et sécher forment un binôme présent dans les locaux de décontamination. Le matériel préalablement décontaminé est ensuite placé dans une machine à laver désinfectante. Une fois le programme terminé, les objets sont disposés à la fois sur un plan de travail muni d'un linge et sur un séchoir à air chaud. Sur le deuxième sont placés les tubes et conduits divers alors que sur le premier sont entreposés les autres objets. Une partie du matériel est destinée à la stérilisation centrale⁸. Il fait souvent l'objet d'une décontamination en bac avant cela. Puis, il est placé dans des boîtes spécifiques qui sont ensuite acheminées aux instrumentistes qui se chargent de les remettre à la stérilisation centrale. Cela concerne par exemple les plateaux pour pose de voies veineuses centrales, les plateaux pour sondages vésicaux et les plateaux pour blocs axillaires. En général, il s'agit du matériel en acier inoxydable. Tous les matins, les aides procèdent à une décontamination des machines à laver. Il faut compter 45 min pour laver et ensuite 30 min au moins pour sécher le matériel.

Après avoir sorti les instruments de la machine, Angela les fait sécher sur une machine qui se nomme « le siccator ». Cet appareil sert à produire de l'air chaud et, de ce fait, à faire sécher les instruments. Il faut savoir que les machines à laver de l'hôpital sont programmées par des mécaniciens et que ce n'est pas le personnel régulier qui le fait. (Notes, MAT/GYNECO, 20.11.08)



Bac à décontamination - Les aides-soignants en anesthésie le remplissent avec une solution désinfectante et laissent tremper le matériel 15 min ou 30 min selon les besoins

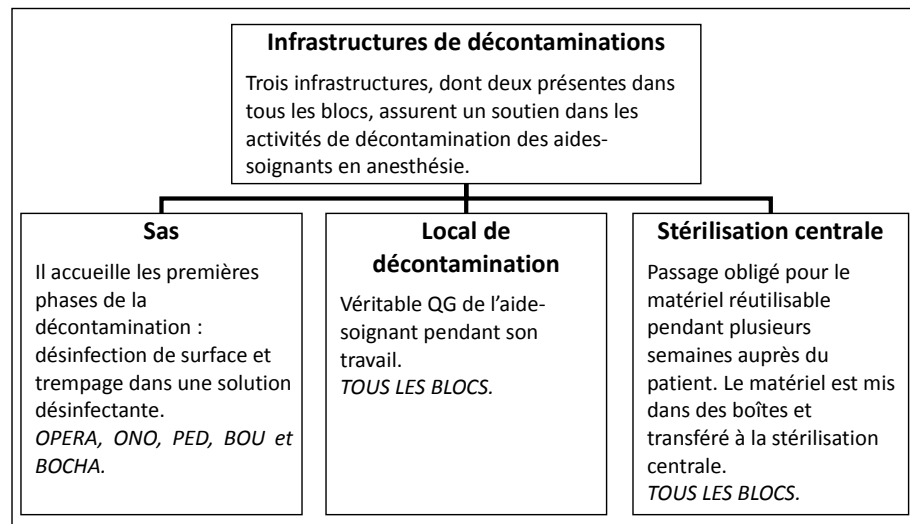
Le démontage concerne les respirateurs. Toutes les pièces sont séparées et placées dans des bacs à décontamination. Avant cela, les tuyaux sont enlevés et toutes les pièces

⁸ La stérilisation centrale, communément appelée la « STER », se trouve dans les sous-sols des HUG. Cette unité est responsable de la décontamination, de la stérilisation et du reconditionnement du matériel réutilisable.

démontées. Une fois le tout décontaminé et lubrifié, les pièces sont remontées et l'aide-soignant procède à un test d'étanchéité du respirateur. Les pièces du fibroscope (dispositif fortement exposé aux risques infectieux) sont placées successivement dans trois solutions désinfectantes.

Phase1 : Vérification des circuits de l'appareil. « L'autre matin, on a perdu 2h de temps, on était 4 personnes dessus, on a changé les pièces défectueuses et ça n'a pas passé. Nous on fait le premier contrôle puis les infirmières contrôlent à nouveau lorsqu'elles arrivent tous les matins ». Phase2 : Test de fuite des tuyaux. Il faut que le ballon se gonfle correctement. Le contrôle est fait, tout fonctionne. « Il est en ordre mon appareil! » s'exclame Louise sur un ton joyeux. Enfin elle fait le remplissage des tiroirs du respirateur « Voilà, c'est tout ». Puis, elle retourne à la salle (le « local » de décontamination (« le bureau ») comme elle le surnomme. » (Notes, *BOCHA*, 21.11.08)

L'élimination et la réutilisation du matériel suivent une ligne relativement simple : plus le matériel est composé d'un plastique de base, plus il sera jeté ; plus le plastique est élaboré et l'acier inoxydable est présent, plus le matériel sera réutilisé. Les emballages sont systématiquement jetés. L'aide-soignant s'accompagne très souvent d'une poubelle accrochée au chariot. Concernant certains tubes et accessoires, l'élimination se fait après quelques utilisations ou directement après le passage d'un cas « sale » (porteur d'une infection très virulente ou difficilement éliminée). Une très grande partie du matériel est aujourd'hui à usage unique.



5.2.2 Appropriations variables

En la regardant défaire des emballages, je me dis que les aides-soignants doivent aussi emmagasiner une série de petits gestes pratiques, « un tour de main » qui, en son absence, ralentirait quiconque ferait le même travail. (Notes, *BOU*, 30.01.09)

Chaque aide-soignant en anesthésie possède une technique personnelle dans l'accomplissement des procédures de décontamination. Si la ligne générale change peu, l'exécution suit des variantes marquées. Il est difficile de décrire les différentes appropriations et adaptations des techniques. Un exemple significatif réside dans l'utilisation du chiffon. Certains aides réutilisent le chiffon en le pliant en quatre et en le

dépliant dès qu'une face est jugée sale. Un autre réside dans la proposition de certains aides d'utiliser des bacs à décontamination plus grand pour permettre à tout le matériel nécessaire de tremper. Sur un autre plan, certains d'entre eux porte une grande attention à la propreté du chariot et n'hésitent pas à le décontaminer à fond après qu'un patient infecté par une maladie contagieuse soit passé dans un sas.

Dans le couloir, Claude me dit qu'elle se pose des questions. Elle trouve paradoxale qu'on lave les garrots et pas les bracelets de tension. (Notes, *BOCHA*, 13.01.09)

D'une manière bien plus générale, chaque aide-soignant en anesthésie possède sa propre vision des priorités de décontamination et de la division propre/sale. Lors de nos présences dans les blocs, nous avons écouté de très nombreux avis et interprétations des pratiques générales d'hygiène dans les blocs. Ce point fera l'objet d'un développement au chapitre 8. Nous dirons pour l'instant que l'aide-soignant décide aussi des tâches à effectuer en fonction de sa conviction personnelle que tel ou tel objet peut attendre.

Parmi les nombreuses appropriations possibles, une catégorie à part croise la compréhension de la tâche et la gestion de son propre corps. Lors des décontaminations de surface, certains meubles doivent être nettoyés de bas en haut. Pour se faire, l'aide-soignant doit se pencher ou se baisser. Avec le temps, chacun possède un ordre particulier de passage du chiffon et de positionnement du corps. Il n'y a donc pas deux façons identiques de s'acquitter de la même tâche. Certains aides ont aussi développé des spécialités. Certains sont très à l'aise avec tout ce qui concerne les machines, d'autres avec toutes les activités de désinfection des surfaces. Voici un très long extrait de nos notes concernant les priorités de décontamination et l'utilisation du corps :

Eliane s'occupe de préparer un chariot. Elle vérifie visuellement le contenu des bacs mais aussi l'état de propreté de ceux-ci. Sur le bac du bas, elle a détecté des gouttelettes de sang séché. Elle me dit qu'il faut donc nettoyer le chariot. Elle vide chaque bac du bas et dispose le matériel en tas bien séparés, à plat sur le plateau du chariot. Elle passe le chiffon désinfectant avec une gestuelle de « ménagère ». Le chiffon est imbibé de produit désinfectant. Elle est penchée en avant, s'appuie de la main gauche sur le plateau du chariot, puis sur le bac en plastique en porte-à-faux qui plie légèrement sous la pression. Elle s'accroupie ensuite et maintient son équilibre en tenant le bac du bas. Elle retire des séparations qui compartimentent le bac (elles sont en plastique). Elle les tire de la main gauche. Elle essaie de tirer assez vite les séparations pour ne pas perdre son équilibre dépendant de son appui sur le bac. Le chariot bouge d'avant en arrière avec une légère frénésie. Elle essaie de le déplacer le moins possible en évitant les mouvements soutenus. De la sorte, est bougé presque autant que le chariot. Elle doit sans cesse compenser son équilibre. Le bac n'est pas sorti entièrement de son logement. Il est tiré au maximum des rails. Il fait levier et le plastique se tord de plus en plus. La scène est longue. Je n'interviens pas. Eliane fini par enlever et replacer chacune des séparations. Elle les remet plus ou moins toutes dans leur logement. Elle se relève ensuite puis se penche à nouveau sans plier les jambes pour remettre le matériel en place. Cette fois, c'est le dos qui est le plus sollicité. Les bacs des chariots sont striés de fentes à intervalles de 1cm-1,5cm. Il y a une multiplication des surfaces à nettoyer. Les séparations s'intercalent entre les fentes et se « clip » avec peine. Elles s'enlèvent encore plus mal. La simple désinfection d'un bac de chariot lui a pris presque 10 min. La conception de ceux-ci et leur disposition en sont pour moi la principale cause. Nous retournons dans le reste du BOU. Je continue à la regarder travailler. Eliane est toujours en mouvement. Elle en est maintenant à son 7ème chariot à désinfecter. Une fois elle utilise le chiffon de sa main gauche et une fois de sa main droite. Elle alterne ainsi aussi la façon dont elle est accroupie. Une fois la jambe gauche en avant et une fois la jambe droite. Elle évite que la circulation sanguine soit trop longtemps ralentie. Elle ne change pas souvent de chiffon entre chaque chariot. Elle reste accroupie et passe d'un chariot à l'autre. Je lui pose la question sur quand et comment on change de chiffon. Elle me répond tout d'abord en prenant l'exemple des deux derniers chariots. Le chariot « A » était destiné aux artères et le « B » au sondage vésical. Elle a commencé par le A pour passer ensuite au B. Elle n'a pas changé de chiffon mais a retourné le chiffon de l'autre côté. La main en contact avec le chiffon est ainsi en contact avec la face « sale » précédente. Les artères sont pour Eliane moins sales que le vésical. Nous parlons ensuite de la consommation de chiffon. Elle me dit que ce n'est pas très économique de changer tout le temps de chiffon mais qu'elle veut le faire le plus possible. Les moyens de rendre propre le matériel sont

fournis par l'hôpital. Le patient mérite qu'on les utilise. Elle utilise une technique pour plier le chiffon en 4 parties qu'elle déroule au fur et à mesure qu'elle passe d'un type d'objet à un autre. Les types d'objets sont définis par leurs domaines d'interventions (intubation, sondage, vvc, etc.). (Notes, BOU, 06.02.09)

L'appropriation du métier d'aide-soignant en anesthésie ne touche pas que la décontamination. La dimension logistique en est l'autre grand domaine. Elle aussi sera abordée dans le chapitre 8.



L'aide-soignant porte des gants lors des tâches de décontamination

5.2.3 Différences entre les blocs

La taille du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) et l'éloignement du local de décontamination amène les aides à toujours s'accompagner d'un chariot pour transporter les outils de désinfection ainsi que le matériel sale et propre. Les blocs plus exigus tels que le Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO) rendent l'utilisation du chariot plus compliquée. Cet accessoire à la décontamination devient alors inutile et entrave plus qu'il n'aide les aides-soignants. Les autres blocs, y compris la Salle de Réveil (SSPI), laissent suffisamment de place au chariot. Mais c'est avant tout à dans le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) qu'il ne quitte pas les aides.



Un chariot de décontamination avec produit désinfectant, bac, boîtes de gants propres, gants sales en dessous et filtre à air sur le plateau

Le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) comporte une autre particularité. Son local de décontamination est de loin le plus grand de tout le service. Il est de 5 à 6 fois plus grand

que ceux que nous pouvons rencontrer ailleurs. Ceux-ci ne dépassent que rarement les 3 mètres sur 2. Les chariots restent pour la plupart du temps en dehors des locaux. Un autre bloc possède un local plus grand. Le local du Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO) cumule compactus, machines à laver, séchoir et bureau. Il est possible d'y attendre la fin des décontaminations.

Les sas varient eux aussi dans leur disposition. S'ils sont presque tous munis d'un plan de travail intégré à une armoire murale, l'évier est parfois disposé contre un mur adjacent. Certains sas sont aussi plus spacieux que d'autres et permettent d'effectuer les tâches de décontamination avec plus d'aisance dans les mouvements.



A gauche : appareil pour sécher les tubes et tubulaires. A droite, local de décontamination en PEDIATRIE



Local de décontamination à OPERA

La différence entre les blocs est aussi influencée par la composition de l'équipe d'aides-soignants. Leur nombre varie de 1 à 4 suivant les lieux et les moments. Tout comme la décontamination, l'utilisation de l'espace est appropriée par les acteurs. Celle-ci reste néanmoins relativement uniforme d'un aide à l'autre. Par contre, une constante relativement uniforme réside dans l'état général du sas lors de l'entrée de l'aide. Celui-ci est généralement autant à ranger qu'à décontaminer.

« C'est le bordel ici ! » s'exclame Patricia. Il y a par terre dans un sas : 1 linge, 3 mouchoirs, 1 rouleau de scotch, 2 emballages plastiques, 1 bonnet et 1 flacon de désinfectant pour les mains (solution alcoolisée). Sur la table qui longe le mur des armoires, la situation est encore bien pire. Patricia : « On dirait qu'il n'y a pas de poubelle. On le dit au chef, il me dit qu'il transmet, mais ça ne change rien. Il y a de plus en plus de laisser aller. C'est chronique maintenant. » (Notes, ONO, 18.12.08)

Les blocs sont aussi différents dans leur répartition géographique et dans leur architecture interne. Dans ce que les collaborateurs des HUG appellent le « Bâtiment des lits », le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), le Bloc d'Urgence (BOU), le Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA) et la Salle de Réveil (SSPI) se trouvent tous à proximité à part le Bloc de Neurochirurgie/ORL situé au troisième étage. La circulation du matériel et des aides y sont facilités. Séparés par 5-10 minutes de couloirs (sans compter les changements d'habits de bloc) la Pédiatrie et la Maternité se retrouvent isolés. C'est un problème parfois pour eux, étant donné que du matériel venant à manquer ou pas encore décontaminé ne peut être rapidement commandé et disponible.

Les sas aussi diffèrent. En chirurgie générale (OPERA), en neurochirurgie (ONO) et aux urgences (BOU) nous en retrouvons un par salle. En Pédiatrie, un sas est utilisé pour deux salles. Il est alors divisé en deux parties dédiées chacune à une salle. Nous pouvons constater simplement que plus le nombre de sas disponible est élevé, plus l'aide-soignant dispose de place pour décontaminer le matériel et le stocker. Mais, c'est aussi plus de travail.

L'architecture de chaque bloc possède une particularité qui influence le déroulement des tâches de décontamination et de logistique. Par exemple, la taille du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) oblige les aides-soignants à tourner régulièrement dans le bloc pour ramener le matériel sale au local de décontamination. Entre chaque déplacement, ils vérifient l'état d'avancement des opérations. Les aides-soignants entreposent une partie du matériel dans des bacs qu'ils viendront vider lors de leur prochain déplacement.

En neurochirurgie (ONO), le couloir d'une quarantaine de mètres qui transperce le bloc est constamment saturé de meubles, appareils, lits et chariots. Les aides-soignants limitent au maximum le transport du matériel à décontaminer, ne pouvant pas utiliser le chariot à leur aise. A la Maternité, l'absence de sas produit un effet de va-et-vient entre les salles et le local de décontamination.

Pour revenir au nombre d'aides-soignants en anesthésie par bloc, on peut dresser un ordre de grandeur concernant leur présence réelle simultanée : 3 au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), 2 en Neurochirurgie/ORL (ONO), 2 au Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA), 2 à la Salle de Réveil (SSPI), 2 à la Pédiatrie, 1 à la Maternité, 1 au Bloc d'urgence (BOU).

5.3 Les aides et leur machines

Elle me montre les appareils. Une infirmière entre et dit à Clothilde qu'un des appareils ne marchait pas. Clothilde dit en plaisantant : « Il n'est pas méchant, il est gentil, il faut lui parler gentiment » et elle caresse l'appareil. (Notes, OPERA, 02.12.08)

5.3.1 Description des machines

Les appareils les plus représentatifs du domaine de décontamination des aides-soignants en anesthésie sont les ventilateurs, ou les respirateurs suivant l'appellation. Cette catégorie renferme différentes machines. Elles sont de générations et de modèles différents et consistent à assurer la respiration du patient pendant la phase d'endormissement. A côté de ces machines existent d'autres dispositifs médicaux à haut risque infectieux (fibroscope, pousses-seringues, moniteurs de perfusions ou encore moniteurs portatifs de signes vitaux).



« Pousse-seringues » et détail du « circuit patient » d'un respirateur

Les ventilateurs sont des meubles⁹ sur roulettes hauts, larges et profonds. Leur poids est conséquent. Ils disposent d'un écran tactile affichant des informations concernant l'utilisation actuelle, les tests d'étanchéité et les problèmes rencontrés. Ils possèdent une pompe motorisée qui assure la respiration du patient pendant l'opération à l'aide de tubes et de différents mélanges gazeux. Plus le modèle est récent, plus les éléments qui composent la pompe sont réduits en nombre.

⁹ Les ventilateurs peuvent être à la fois considérés comme des meubles disposant de tablettes et de tiroirs, et comme des appareils électroniques.



Respirateur avec détail des tubes, du filtre à air et du « circuit patient »

Une autre catégorie d'appareils renferme les diverses machines à laver/décontaminer. On les retrouve (ainsi que des séchoirs à air chaud) dans tous les locaux de décontamination des blocs.

5.3.2 Entretien et suivi des réparations

Le contrôle est fait, tout fonctionne. « Il est en ordre mon appareil » s'exclame Louise sur un ton joyeux. (Notes, BOCHA, 21.11.08)

La catégorie des respirateurs est la plus complexe dans ses variantes et la plus conséquente concernant le nombre de tâches à effectuer après chaque utilisation. Schématiquement, elles suivent cet ordre : débrancher les câbles d'alimentation ; retirer les emballages ou le matériel restant ; enlever les tubes servant à relier le ventilateur au patient ; faire tremper les câbles dans une solution désinfectante ; procéder à une désinfection de surface ; si besoin (infection fortement contagieuse¹⁰) séparer le bloc-patient, le décontaminer entièrement après l'avoir démonté ; remonter le tout sur le respirateur avec des fournitures neuves si besoin (tubes, embouts, vaporisateurs, etc.) ; effectuer le test d'étanchéité de la machine à l'aide de l'écran tactile intégré.

Les appareils doivent être vérifiés le matin avant les opérations. S'ils ne fonctionnent pas, ils doivent être réparés (directement par l'aide-soignant) ou réparés/changés par le service technique de l'hôpital. Dans ce cas l'aide-soignant apporte l'appareil dans la salle de transit (près des vestiaires BOCHA) pour que les techniciens viennent le chercher afin de l'envoyer en réparation. (Notes, BOCHA, 20.11.08)

L'entretien des ventilateurs peut être particulièrement long si un problème survient, les aides-soignants, en principe avec le support de leurs collègues (aides, infirmiers ou médecins), doivent trouver la source du problème et évaluer dans quelle mesure elle peut être résolue sur place. Dans le cas où la machine nécessiterait une réparation, les aides-soignants en anesthésie se voient obligés d'observer l'interdiction de démonter et réparer l'objet eux-mêmes. Ils font alors appel à un infirmier spécialisé dans l'entretien et la réparation du matériel. Il intervient de deux manières possibles. Etant d'un autre service, il ne peut entrer dans le bloc sans revêtir les habits en vigueur dans celui-ci. L'aide-soignant

place alors le respirateur à l'entrée du bloc. L'infirmier récupère la machine, effectue la réparation et, si elle réussit, la replace à l'entrée du bloc pour que l'aide-soignant la récupère.

Elle m'explique qu'il « regarde » les appareils avant de les emmener en réparation. (Notes, OPERA, 23.12.08)

Ceci est possible dans la mesure où l'appareil dysfonctionnant peut être remplacé par un autre du même type. Si cela n'est pas possible, l'infirmier se voit obligé de se vêtir en habits de bloc et doit effectuer la réparation sur place. En dehors des procédures de décontamination, les connaissances des aides-soignants sur les machines restent limitées. Ils arrivent fréquemment qu'un deux, ou plusieurs, bloquent sur un message de l'écran tactile du respirateur. D'une manière générale, les aides-soignants trouvent presque toujours une solution à ces petits problèmes. Pour cela, ils se réfèrent à l'IRUS responsable de leur bloc ou aux autres corps de métier présents dans ce même bloc :

Jessica regarde ce qui ne va pas avec la machine. Elle presse un ou deux boutons mais rien ne se passe sur l'écran. Elle ressaye encore une fois, la machine ne répond toujours pas. Comme elle ne sait pas quoi faire de plus, elle décide d'appeler le responsable des machines (je n'ai pas saisi son nom). Elle l'appelle mais il ne répond pas. Elle décide d'appeler Jules. Il répond et lui dit qu'il va descendre dans quelques minutes. Jessica se remet à regarder la machine pour voir si quelque chose a mal été branché. Elle commence par la prise d'alimentation et regarde ensuite toutes les autres prises de l'appareil. Elle remarque que la prise de l'écran est débranchée. Elle la remet et tout fonctionne de nouveau normalement. L'infirmière dit à Jessica de rappeler Jules pour lui dire de ne pas descendre. Jessica lui répond qu'elle a besoin de lui demander quelque chose d'autre au sujet d'une autre machine. (Notes, OPERA, 16.01.09)

5.4 Gestion du matériel dans les blocs

5.4.1 Remplir des sas

Chaque salle d'opération comportant un sas doit disposer, dans ce dernier, de matériel médical d'anesthésie. La responsabilité en incombe aux aides-soignants, que cela soit formellement ou dans les faits. La dimension logistique de ce travail est extrêmement marquée. L'aide-soignant s'assure que le matériel soit présent en qualité et en quantité. La première concerne les différents types de fournitures et leurs variations respectives. La deuxième se réfère à un nombre préétabli de ces mêmes fournitures. Ce nombre peut varier en fonction de requêtes spécifiques ou de réévaluations précédant ou simultanément au remplissage du sas. Il en va de même pour les types de matériel requis, spécialement au Bloc d'Urgence (BOU) et à la Pédiatrie. Ceux-ci sont tous les deux sujets à des réajustements quotidiens.

¹⁰ Bactéries Multi-Résistantes (BMR).



Sas de la Pédiatrie - Des lits sont préparés en vue d'une utilisation future avec des patients. Sur la gauche, on peut remarquer la présence d'un téléphone. Ceux-ci sont omniprésents dans les blocs opératoires...

Le Bloc d'Urgence (BOU) étant dédié aux situations d'urgence, il ne possède pas de programme spécifique. Le matériel standard présent dans chaque sas est donc susceptible de ne pas suffire pour l'intervention. Quoi qu'il en soit, les fournitures standards doivent être présentes et concernant celles-ci, le remplissage fait l'objet du même travail que les autres blocs. Pour palier aux variations, un supplément de matériel est disponible dans le bloc et dans les sas. Témoignant de ce besoin accru en quantité et surtout en qualité, le Bloc d'Urgence (BOU) possède un compactus, un charriot dédié aux enfants et une salle d'entreposage (appelée « garage »). Pour illustrer l'éventail de matériel disponible, nous pouvons citer la présence de tous les modèles d'embouts pour intubation et, encore plus important, l'unique présence de matériel d'anesthésie pour enfant de tout le « Bâtiment des lits ». Le remplissage est donc particulier dans ce bloc et nécessite une connaissance complète du matériel chez les aides-soignants en anesthésie.



Sas à la Pédiatrie avec armoires à fournitures d'anesthésie sur la gauche, évier et bac à décontaminations au centre, chariots de matériels sur la droite

La Pédiatrie suit en partie ce schéma. La différence étant qu'elle est uniquement dédiée à la chirurgie de l'enfant. Même si la morphologie de l'enfant, ou du jeune adulte, suit une courbe générale, les différences pour un même âge peuvent être extrêmement marquées. Le programme de ce bloc affiche, entre autres, l'âge de l'enfant. Cette information est utile jusqu'à un certain point et il est très fréquent que le remplissage préalable doive être réévalué. Deux enfants d'âges différents nécessiteront peut-être l'utilisation du même matériel. L'inverse est vrai également. Deux enfants du même âge amèneront l'aide-soignant à remplir de nouveau deux types de matériel différents. Une partie du remplissage concerne le programme journalier, mais la répétition de certains cas modifie le remplissage pour la semaine :

Il y a un 'problème' avec le matériel : les aides-soignants doivent mettre plus de matériel que demandé car il arrive que les médecins et les infirmiers en utilisent plus s'ils ont plusieurs patients (par ex. les garrots). (Notes, OPERA, 29.01.09)

Nous reviendrons sur l'anticipation logistique des aides. Pour l'instant, il nous reste à préciser encore une variante importante en Salle de Réveil (SSPI). Celle-ci, par sa vocation, ne dispose pas du même matériel que les blocs. De plus, elle ne dispose pas de sas. Par contre, plusieurs chariots sont destinés à l'entreposage de fournitures médicales et sont placés près de la salle de surveillance. La quantité et le type de celles-ci restent bien plus limités que dans les blocs. Par contre, il est très fréquent que l'aide-soignant de cette salle soit amené à remplir des lieux annexes et soit appelé par l'aide-soignant d'un

autre bloc pour des recharges de matériel (cas des couvertures chauffantes¹¹). D'un point de vue général et selon les dires de plusieurs aides, la gestion du matériel et le remplissage sont moins complexes en Salle de Réveil que dans les autres blocs. La maternité, elle aussi ne possède pas de sas.

Les blocs restants, à savoir la chirurgie générale (OPERA), la neurochirurgie (ONO) et la chirurgie ambulatoire (BOCHA), suivent à peu près tous une ligne générale commune concernant le remplissage des sas¹². Néanmoins, dans chacun peuvent survenir quotidiennement des variations, sans pour autant les rendre comparables à celle du Bloc d'Urgence (BOU) ou de la Pédiatrie.

Pour effectuer le remplissage, les aides-soignants en anesthésie procèdent à des allers-retours entre les lieux de stockage (compactus) et les sas. La phase précédant le remplissage de certains dispositifs médicaux réutilisables est la décontamination. Pour ce faire, les aides utilisent les bacs à décontamination, les machines à laver-décontaminer et le local de décontamination dont ils disposent. Par le passé, une plus grande partie du matériel était réutilisable. Aujourd'hui, bien que plus restreint, le matériel réutilisable est presque constamment en phase de décontamination.

A la fin de la journée, lors de la fermeture d'une salle, une feuille de fermeture est parfois remplie. Nous avons constaté que seules les aides du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) l'utilisaient à chaque fois. Sur ces feuilles sont notées toutes les modifications apportées au matériel lors de la décontamination. Deux cases permettent de noter si le matériel est utilisable ou non. Dans le sas se trouvent aussi des chariots dédiés à l'anesthésie. Une liste stipule ce qu'ils doivent contenir.

5.4.2 Magasin (commande, arrivage, rangement)

Le « magasin¹³ » est un autre aspect essentiel du travail de logisticien de l'aide-soignant en anesthésie. C'est même un des plus importants. Chaque semaine, un ou plusieurs aides-soignants se chargent des commandes de fournitures médicales d'anesthésie pour le bloc où ils travaillent. Cette activité est composée de trois phases : établir une liste (écrite ou non) du matériel à repourvoir ; effectuer la commande via l'intranet des HUG auprès du magasin central (mais aussi par téléphone et par formulaire écrit inséré dans une fusée pneumatique) ; réceptionner les fournitures et les répartir dans les compactus, les armoires et dans les sas. Les commandes se font auprès de la stérilisation centrale, du magasin central et auprès de Justine :

Pour recevoir le magasin de Justine, les aides-soignants doivent se rendre à l'entrée du bloc OPERA. Le matériel est placé dans de grands chariots métalliques, distribué séparément pour chaque bloc. Les aides-soignants prennent les chariots et vont remplir leurs armoires ou leurs autres chariots de rangement dans les blocs. Elles retournent ensuite remettre le chariot métallique à sa place. Pour prendre quelque chose dans le Compactus (qui se nomme Comane), Justine s'identifie sur le « barman » (appareil qui sert à entrer les codes barres), prend la liste d'un des blocs opératoires, scanne sur le barman quel est le bloc qui l'a demandé, puis scanne la demande avec

¹¹ Les couvertures chauffantes sont à usage unique. Elles se branchent sur le générateur d'air chaud, une pompe à air chaud. La Salle de Réveil (SSPI) dispose d'un stock pour veiller au confort du patient qui, lors de son réveil, a souvent une forte sensation de froid. Chaque bloc en possède.

¹² La liste de matériel peut être très longue si toutes les variantes des fournitures sont énumérées. En les regroupant en utilisant les catégories auxquelles ont recours les aides, nous obtenons : les VVC (Voie Veineuse Centrale), les tubes pour la ventilation, les couvertures chauffantes, le matériel pour les anesthésies locorégionales, les sondages vésicaux et les SNG.

¹³ Nous appellerons ici « magasin » un ensemble de tâches qui consiste à évaluer le matériel à repourvoir, effectuer sa commande et la réceptionner.

l'étiquette du tiroir où se situe le matériel. Elle inscrit la quantité puis sort le matériel du Compactus pour le mettre dans le « paquet » du bloc. (Notes, OPERA, 27.01.09)

Justine s'occupe aussi de faire la saisie informatique des magasins de tous les blocs (déjà fait dans un classeur par les aides-soignants) qui concernent le magasin central, c'est-à-dire le magasin pour tout l'hôpital. Pour faire cette commande, elle est chargée de vérifier les commandes qu'ont faites les aides-soignants dans leurs classeurs, de vérifier les seuils et les nombres et de les confirmer. Quand elle a fini ce premier travail, elle envoie la commande au magasin central. Dans le même classeur, il y a la commande pour Justine (inscrit en gris sur les nouveaux classeurs) et la commande pour le magasin central. En faisant la saisie de la commande au magasin central, elle regarde ce qui la concerne (spécifiquement le matériel d'anesthésie) et l'inscrit sur une feuille de papier. Elle pourrait prendre le classeur directement dans le Compactus pour trouver les objets de la commande mais elle préfère inscrire tout ce qui concerne un bloc sur une seule feuille et la prendre avec elle. » (Notes, OPERA, 27.01.09)



Armoires de rangement : à gauche près du local de décontamination et à droite dans un sas

Le magasin est un travail minutieux et parfois très long. Son déroulement n'a ni début ni fin dans le sens que la vérification du matériel est un travail constant chez l'aide-soignant. Comme décrit précédemment concernant les sas, il doit toujours être vigilant à toute évolution du stock, à la fois dans les stocks intermédiaires et dans les compactus. A l'exception du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), tous les autres blocs voient des aides-soignants différents s'en occuper à tour de rôle. Depuis peu, une des aides de l'OPERA se charge en personne des commandes (le mardi) et de la réception de celles-ci (jeudi). C'est le seul endroit où cette personne le fait toute l'année, sauf empêchement. Cette situation est le fruit d'une convention entre aides-soignants et IRUS de ce bloc. Elle permet, à leurs dires, un meilleur suivi de la tâche.

Le magasin est peu apprécié par la majorité des aides-soignants. Les raisons invoquées sont principalement la durée et l'aspect rébarbatif, pour certains, de la tâche. Mais plus que tout, c'est l'heure d'arrivée qui soulève le plus de remarques. Le magasin est censé

arriver le jeudi matin. Il est pourtant fréquent qu'il arrive bien plus tard, jusqu'à 15h00 parfois. Cela cause un problème d'organisation du travail¹⁴.

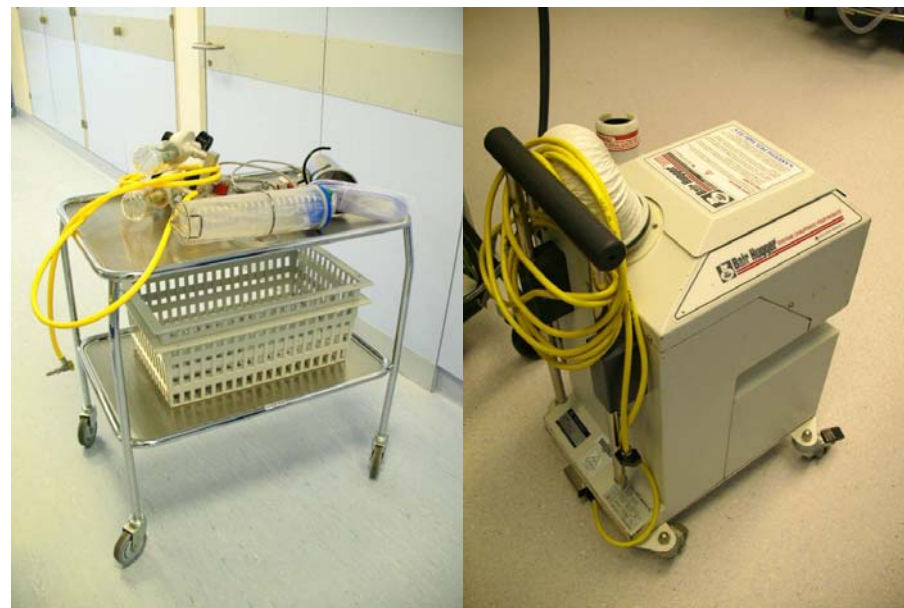
Il existe une forme de « magasin¹⁵ » spéciale et parfois quotidienne. Très régulièrement, et pour des motifs variés, une fourniture spécifique vient à manquer alors qu'il est encore trop tôt pour la commande générale ou que celle-ci est déjà arrivée. Dans ce cas, l'aide cherche de lui-même et avec l'aide de ses contacts dans les autres blocs et services à palier cette absence. Parfois, il propose avec l'accord des infirmiers un matériel disponible et proche pouvant convenir malgré certaines différences. C'est en général son dernier recours. En principe, l'aide commence à appeler les autres aides, puis le magasin central, la stérilisation centrale et très souvent Justine. Cette dernière possédant son bureau dans le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), il est parfois plus facile de s'adresser directement à elle. L'aide se déplace alors jusqu'à son bureau. Ou, il s'arrange avec un autre collègue pour qu'il lui ramène au passage le matériel désiré.

Dans la salle de pause, Caroline contacte la gouvernante de la pédiatrie. Cette personne s'occupe selon elle du ravitaillement externe de la pédiatrie (un peu comme Justine). Des lingettes hygiéniques sont utilisées pour les enfants de la salle de réveil. Tous ne sont pas encore propres. C'est Caroline qui communique à la gouvernante le manque de lingettes. Elle parle aussi avec deux infirmières de la possibilité d'augmenter le stock. Elles sont les trois d'accord pour dire que le nombre actuel est insuffisant et qu'il doit être de 3 paquets au lieu de 2. Lors de cet échange, Caroline joue un rôle de coordinatrice. Elle répète aussi ce que la gouvernante lui dit aux deux autres infirmières. Caroline téléphone ensuite à Justine pour une augmentation des paquets. Elle demande que leur arrivée soit programmée pour le lundi suivant. Elle a dans un premier temps demandé à la gouvernante qui n'a, pour une raison inconnue (manque de stock, de temps ou fonction), pas pu satisfaire le besoin de lingettes. Caroline entame ensuite une discussion, toujours avec les deux infirmières, sur des bols de différentes contenances (125ml et 225ml) utilisés pour récupérer une partie du sang. Elle téléphone au magasin central. Ce matériel est utilisé par les instrumentistes (les deux infirmières présentes). Comme pour la gouvernante, elle communique les réponses au fur et à mesure qu'elles lui sont transmises. Le problème ici ne concerne pas un passage d'un matériel inadapté à un autre (du 125ml au 225). Dans les jours qui viennent (le weekend), le stock de 125ml sera très probablement épuiser dans le bloc. Le magasin ne livre plus le vendredi. Il faut donc improviser. Je ne sais pas de qui vient l'idée d'utilisée du 225ml à la place du 125ml, mais les trois personnes sont d'accord sur cette stratégie. Une infirmière dit au passage qu'il faudra ensuite informer les médecins de ce changement temporaire. L'ajustement commence ici du bas de la hiérarchie hospitalière et remonte peu à peu. Il est possible que la longue expérience de Caroline en PED la place comme intermédiaire privilégié pour la résolution de ce genre de cas, peut-être même à la place des aides-soignants instrumentistes. Caroline enchaine ensuite avec un autre appel (qui ?) tout en continuant à communiquer avec les infirmières. Les cas des lingettes et de bols ont duré au total 15min entre téléphone et discussion. Caroline mentionne que le transport de matériel ne fait pas partie du cahier des charges des aides. Les infirmières en sont presque surprises. Elles ont visiblement des lacunes sur le cahier des charges des aides. (Notes, PEDIATRIE, 23.01.09)

5.4.3 Recherche de matériel

La quantité conséquente de matériel implique une attention élevée concernant leur disponibilité et leur localisation. Comme décrit précédemment, chaque salle d'opération et son sas doivent être pourvus en fournitures médicales d'anesthésie. Indissociable de cet impératif, elles doivent être présentes en nombre suffisant dans le compactus et le local de désinfection. Ces fournitures sont très régulièrement contrôlées par les aides-soignants. Nous avons constaté que certaines de celles-ci sont parfois utilisées en dehors de leur affectation locale. La vocation du matériel ne change presque jamais, mais il peut

être emprunté à partir d'un stock pour être employé dans une autre salle, voire dans un autre bloc ou un autre service.



A gauche : chariot et matériel d'aspiration. A droite : le générateur d'air chaud permet d'utiliser des couvertures chauffantes

Plusieurs catégories de matériel rentrent dans cette situation. On peut citer : les fournitures destinées au confort du patient (couvertures chauffantes), les appareils électroniques (moniteurs portatifs de signes vitaux et ventilateurs) et accessoires liés à la pratique de l'anesthésie (tubes et embouts). Cette liste n'est en aucun cas exhaustive, mais elle permet de décrire la variété d'emprunts ayant lieu. Concernant les modalités de ceux-ci, la plupart se font avec l'accord des aides-soignants. Ils sont avertis que tel ou tel matériel sera retiré du stock pendant une période donnée. Concrètement, la majorité des emprunts débutent par une demande d'un infirmier à un aide-soignant. La réponse donnée n'est pas ici notre préoccupation. Dans le cas, fréquent, où elle est positive, l'infirmier repart avec l'objet requis. Cette transaction est orale. On peut noter l'absence de trace écrite d'un côté comme de l'autre. Cet échange prend fin lors du retour de matériel.

Le test est complet, « c'est bon, on éteint, bonne nuit » (elle s'adresse au PRIMUS. Ensuite, nous allons porter le PRIMUS en urgence (salle de ravitaillement). Louise : « on va quand même le rebrancher ». Puis se pose le problème des bouteilles de gaz qui sont sur le PRIMUS. Ce ne sont pas celles d'origine. Alors, il faut les remettre dans l'appareil initial. Elles ne sont pas sûres, Louise demande à Marie-Cécile d'appeler les deux aides-soignants. Elles arrivent. L'une d'entre elles questionne Louise à propos des bouteilles de gaz : « c'est ou à nous, ou à vous ! ». Elles veulent savoir s'il faut les récupérer ou pas. Pendant ce temps, le test de PRIMUS est arrivé à la fin. (Notes, BOCHA, 21.11.08)

Le point important observé et qu'il faut à présent décrire est la façon dont le matériel fait son retour. Dans un nombre de cas important, celle-ci est définie explicitement pendant l'échange ou implicitement selon des critères généraux que chacun des deux acteurs reconnaît chez l'autre. Le matériel de retour est, dans le cas d'une réutilisation possible,

¹⁴ Cet aspect sera développé dans la partie dédiée à l'anticipation.

¹⁵ A nouveau dans le sens de commander, trouver et rapporter.

toujours à décontaminer. L'aide-soignant le récupère donc sale. Dans la majeure partie des cas, l'état du matériel ne semble pas poser de problème. Par contre, le lieu de retour indiqué pendant l'échange est parfois différent de ce qui avait été dit. Dans ce cas, c'est à l'aide-soignant de rechercher le lieu effectif où le matériel est déposé. Dans le cas d'un accord implicite, le retour de matériel rencontre exactement le même problème que nous venons de décrire.

Cas à part, mais fréquent : le non-retour. Ici, peuvent entrer une multitude d'observations que nous synthétiserons ainsi : qu'il s'agisse d'appareil électronique ou de fournitures diverses, c'est l'aide-soignant qui se charge de le récupérer. Une partie de son emploi du temps est dédié chaque jour à cette tâche de chasse au matériel.

Derniers points évoqués plus haut, l'emprunt de matériel dépasse souvent les frontières du bloc. Il a été ainsi régulièrement observé que le prêt se fait entre les blocs de chirurgie, mais aussi avec les services de soins intensifs. Il faut rappeler ici l'interdiction formelle de l'aide-soignant de quitter en habit de bloc son lieu de travail pour aller chercher le matériel en question. Dans le cas d'un respect strict de cette règle, celui-ci se verra contraint de téléphoner à l'emprunteur, ou de le rechercher si son nom est inconnu, et lui demandera de faire le nécessaire pour que l'objet réintègre le bloc.

Cas délicat à aborder, nous avons assisté régulièrement à des discussions faisant mention de vol de matériel. Il faut comprendre ce terme dans la sensation qu'il procure aux aides-soignants en anesthésie plus que dans le sens d'un vol effectif, même s'il existe bel et bien.

Sophie arrive. Elle dit à Charlotte qu'elle a surpris des instrumentistes se servir dans leur charriot propre, dans leur labo ! « Ils prennent les instruments et ne les ramènent pas ! » Charlotte lui dit qu'il faut en parler à Jules. (Notes, OPERA, 19.11.08)

5.5 Les aides et les patients

Nos émotions on les met dans la poche et on met un mouchoir dessus. On n'a pas le temps de s'émouvoir. (Notes, aide-soignant, PEDIATRIE, 10.12.08)

Le rapport avec le patient diffère fortement entre les blocs. Cela concerne particulièrement la proximité physique qu'impliquent les tâches allouées aux aides-soignants. D'un point de vue général, il n'y a pas de distance de base qui puisse servir d'étalon de mesure vis-à-vis des variations entre les blocs et entre les aides-soignants. Nous pouvons toutefois décrire une série de rapports au patient qui peuvent nous aider à en définir une. L'aide-soignant n'est généralement pas en contact direct avec le patient, sauf dans certains cas qui seront décrits successivement. Son activité se déroule à la périphérie du soin en lui-même. Ce soin est dispensé par les médecins et les infirmiers. Mais, il est important de souligner que ce même soin est rendu possible par une série de tâches accomplies par l'aide en amont et en aval de celui-ci. La décontamination et le travail logistique ne se déroulent pas en présence du patient. C'est seulement lorsque ce dernier quitte le sas puis la salle d'opération que l'aide-soignant fait son entrée. Il arrive toutefois que le patient et l'aide échangent quelques paroles ou que l'aide doive intervenir (panne du respirateur, rupture de fournitures) en sa présence. Un autre aspect important : la distance ne signifie pas pour autant que les aides-soignants en anesthésie sont détachés du patient. Ils sont très souvent en contact visuel avec l'évolution de la situation en salle¹⁶. Certaines scènes entrevues ou vécues en grande proximité avec le patient ont durablement marqué les

¹⁶ Ce point sera développé par la suite concernant l'anticipation. Il est presque indispensable au travail d'aide-soignant en anesthésie.

aides. Nous reviendrons sur ce point. Pour l'instant, nous décrivons la position de l'aide-soignant en anesthésie comme périphérique au patient en insistant sur le fait que celui-ci n'est pas absent du travail des aides.

Jessica m'exprime le besoin de parler avec ces collègues des expériences difficiles qu'elle a vécu. Par exemple, il y a eu l'épisode du car percuté par un train en Haute-Savoie en 2008¹⁷. Jessica a eu une des fillettes comme patiente en urgence. La date de naissance de la fillette accidentée a fait dire à un infirmier qu'elle avait le même âge que son fils. En plus, personne n'a pu donner le nom de cet enfant. Par la suite, Jessica a assisté à la marche funèbre en l'honneur des enfants disparus. Grâce à des photos dans le cortège, elle a pu identifier la fille qu'elle a reçue en urgence. Jessica me dit que ce vécu est lourd et restera toujours gravé dans son esprit. Elle ajoute qu'elle en parlera encore des années. Marie-Cécile est peu bavarde à ce sujet mais elle acquiesce et ajoute que son mari ne veut pas entendre parler de son travail, alors elle appelle sa sœur pour vider son sac. (Notes, OPERA, 06.02.08)

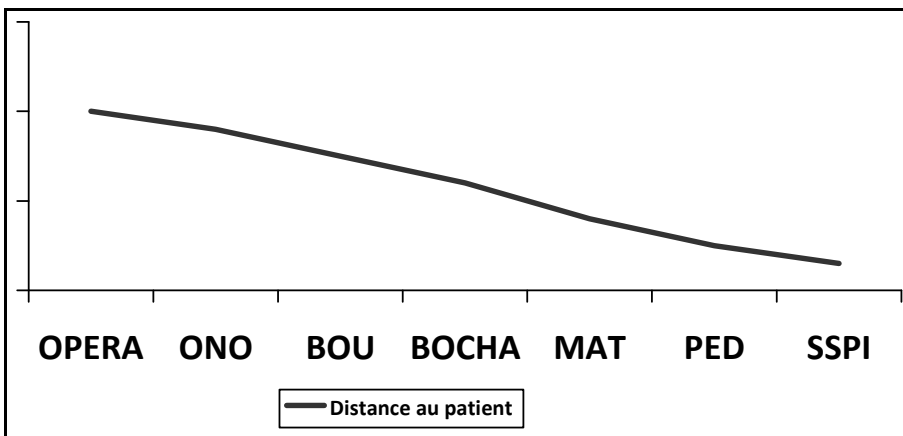
Une variation importante concerne les blocs. Dans deux lieux, une partie importante du travail s'effectue en présence du patient et comporte de nombreuses interactions physiques et verbales. Le premier est la Salle de Réveil (SSPI). Dans ce lieu, quatre activités, demandant au total plusieurs heures, sont en lien direct avec le patient. L'aide-soignant participe à la toilette de celui-ci en début de matinée, à son installation dans la salle, à sa désinstallation et très souvent à son accompagnement physique et psychologique, parfois appelé « confort du patient » par tout le personnel. La proximité avec ce dernier est donc importante. Nous avons observé de très nombreux échanges entre les aides-soignants et les malades. Certains de ces échanges étaient très chargés émotionnellement.

Les larmes lui montent aux yeux puis coulent. Elle me dit qu'ils ont tout essayé pour la sauver, qu'elle courait avec plein de poches de sang et d'autres choses mais que ça n'a pas suffi et qu'elle est morte. Elle me dit qu'elle ne peut plus s'enlever cette image de la tête, qu'elle revoit le gros ventre de cette jeune fille, et ces longs cheveux qui encadraient son visage et qu'à chaque fois qu'elle raconte cela, elle pleure. (Notes, aide-soignant, OPERA, 20.11.08)

Le travail d'installation et de désinstallation se fait au moment où le patient arrive et part du bloc. Pendant ces moments, l'aide-soignant est situé à l'intérieur d'un rayon d'un à deux mètres depuis la tête de celui-ci. Il faut ajuster les câbles, l'aider à trouver une bonne position sur son lit, parfois le transporter à plusieurs, lui parler parfois. La désinstallation est moins complexe mais nécessite toujours d'être à côté du patient. La toilette est une activité particulière chez les aides-soignants en anesthésie. Elle n'est présente qu'en Salle de Réveil et représente une activité satellite de leur métier. Elle commence vers 7h00 et se termine en général avant 9h00. L'aide-soignant et l'infirmier collaborent sur cette tâche. Quelque soit celle-ci, l'aide, s'il est présent dans la salle, évolue toujours à proximité physique et sensorielle du patient. La proximité avec le patient est aussi importante à la maternité.

¹⁷ Beaucoup de soignants aux HUG sont des « frontaliers » français.

Graphique des distances aux patients que nous avons observées dans les différents blocs.



Le bloc de chirurgie de la Pédiatrie est une autre variation importante du schéma principal. L'aide est très souvent amené dans sa journée à côtoyer les enfants. Il intervient lors de l'endormissement, parfois pendant l'opération et au moment du réveil du patient. De plus, nous avons observé des aides participer à l'accueil de celui-ci et dans certains cas de sa famille lors de l'entrée dans le bloc. Nous reviendrons plus loin sur le rapport au patient en Pédiatrie.

En ce qui concerne les autres blocs, un dernier lieu s'écarte de la relation type. Le Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA) comporte une Salle de Réveil où l'aide est parfois amené à effectuer une surveillance, voire à s'entretenir avec les malades et à les nourrir. Pour tous les autres blocs, nous pouvons dire que l'aide maintient une position en retrait dans l'interaction avec les patients.

5.6 Polyvalence

5.6.1 Glissement de tâches

Au fur et à mesure que nous développons nos connaissances sur les activités des aides-soignants en anesthésie, certaines d'entre-elles sont apparues comme nettement en dehors de leur responsabilité. Elles l'étaient d'un point de vue formel et d'un point de vue subjectif, les aides-soignants se rendant compte de « l'étrangeté » d'une tâche. Concrètement, elles empiètent sur les domaines des garçons de salle, des infirmiers et des nettoyeurs.

Premièrement, les aides-soignants sont parfois amenés à effectuer un geste médical. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ces tâches se situent sous délégation formelle et communiquée. Dans certains cas, la demande est explicite alors que dans d'autres, il peut s'agir autant d'initiative personnelle que de délégation tacite.

Une personne (un proche) est là pour chercher la patiente. Eliane lui enlève le tissu autour de la voie veineuse (sur la main). Ensuite, elle lui enlève la voie sans porter de gants. (Notes, OPERA, 23.12.08)

Une infirmière sort du bloc et lui tend une seringue de sang en lui demandant de faire une

gazométrie. Elle va dans le labo pathologie placer la seringue dans une machine prévue à cet effet. J'apprends qu'elle fait parfois ce genre d'examen sur la demande de quelqu'un. Soudain, un infirmier anesthésiste arrive, il s'adresse à Mélissa : « On n'a pas de réchauffeur de plasma ? ». Mélissa : « Si, ici ». Infirmier : « Ok, tu peux me l'apporter à la 2 quand c'est fini. ». Mélissa se tourne vers moi et me dit : « Tu vois, nous on sait tout faire. ». Une fois le plasma réchauffé, Mélissa va le porter à la 2. Je lui demande : « C'est quoi du plasma ? » Elle n'est pas capable de me répondre et pose la question pour moi à l'infirmier anesthésiste qui prend le temps de m'expliquer. Ensuite, elle va porter le résultat de la gazométrie demandée plus tôt par l'infirmière. Elle lui tend le papier et dit : « Elle est bonne ». « Oui, oui » répond l'infirmière. (Mélissa m'avoue après qu'elle ne sait pas vraiment à quoi sert ce test). (Notes, OPERA, 23.12.08)

Deuxièmement, un flou existe concernant les tâches de désinfection. Tout dépend comment le métier d'aide-soignant en anesthésie est interprété par les différents corps de métier. Du point de vue des médecins, des infirmiers et des aides de salle, le rôle des aides-soignants en anesthésie concernant le nettoyage (et non la décontamination) reste mal défini. La différence n'est pas toujours faite entre les tâches de décontamination et celles de nettoyage. Ceux-ci, situés en aval du travail du bloc ne sont pas tenus de connaître toute la répartition des tâches en vigueur en amont. Le flou sur le cahier des charges des aides-soignants en anesthésie est aussi entretenu par des activités régulières. Nous avons souvent observé les aides-soignants se livrer, sur demande ou non, au nettoyage et au rangement de sas entiers, d'armoires, de locaux, etc. Le personnel est, en principe tenu de maintenir son espace de travail propre et en ordre. C'est le cas pour les locaux de décontamination. Par contre, les sas sont l'objet d'arrangements entre les corps de métier les utilisant. Il ne nous a pas été donné de voir ceux-ci posés par écrit.

Elle me montre le vestiaire (du côté de la salle de Garance, c'est le vestiaire des patients). Elle me dit que c'est à elles de « faire le vestiaire » le soir. Dans la salle de Garance, elles doivent vider les poubelles. Je demande pourquoi. Marguerite me dit : « Va savoir ! C'est comme ça ! C'est les aides qui doivent s'occuper de tout. » (Notes, BOCHA, 9.12.08)

Charlotte s'adressant à Mélissa : « Tu as vu que maintenant ils laissent les poubelles jusqu'à la fin ? » Mélissa : « Ils comptent peut-être sur les nettoyeurs ? » Charlotte : « Mais ils (les nettoyeurs) ne doivent pas s'en occuper ! » Mélissa : « Aucune idée... » (Notes, OPERA, 27.11.08)

Plusieurs éléments semblent montrer qu'il y a ici une certaine concurrence entre elles et les nettoyeurs, qui sont aussi liés à la définition propre du métier d'aide-soignant et de nettoyeur. Les aides-soignantes cherchent à maintenir cette frontière qui tend à s'effacer selon elles. « Les nettoyeurs, ils ne changent pas les poubelles et ils nettoient pas les surfaces ! On se demande ce qu'ils font ! Alors c'est nous qui devons nous occuper de cela, mais on a déjà assez de travail avec les machines et tout le reste ! » (Notes, ONO, 23.01.09)

Claude dit qu'il y a ce glissement vers les salles d'opération mais aussi vers un travail de nettoyage : « Tu verras, je te parie que bientôt, on s'occupera de décontaminer les crocs, puis d'installer le patient, etc, etc ! » (Colloque, 03.02.09)

D'un point de vue différent, les glissements de tâches nous ont permis d'en apprendre plus sur les activités appréciées ou non par les aides-soignants en anesthésie. L'idée principale qui ressort de cela reflète le flou du cahier des charges. Les aides-soignants se divisent quand à leurs préférences, mais un certain consensus existe concernant les tâches ajoutées sans qu'il en soit fait explicitement mention dans l'organisation formelle de leur travail. De manière générale, les tâches de « simple » nettoyage sont acceptées. Mais, c'est moins le cas quand celles-ci pourraient être évitées par une attention accrue de la part du personnel soignant situé en amont. Sur un autre plan, il est actuellement demandé aux aides d'entretenir de plus en plus les blocs opératoires. Pourtant, de nombreux aides se plaignent du manque de temps pour effectuer ces activités. Il est en effet difficile de conjuguer un travail constant de décontamination avec des rangements et

nettoyages de sas et de locaux pouvant durer plusieurs heures. Une revendication est d'allouer plus de temps à la première tâche si celle-ci doit être inscrite à l'avenir dans le travail des aides.

Plus ambivalent, les déplacements hors-blocs sont appréciés car ils offrent parfois une sorte de récréation aux aides-soignants. Par contre, leurs répétitions peuvent engendrer une fatigue physique et mentale, surtout lorsque les blocs sont séparés par plusieurs couloirs et escaliers. Toujours dans le domaine de l'ambivalence, le rapport aux machines est emprunt, pour certains aides-soignants en anesthésie, d'appréhension. Il peut être très gratifiant lorsque le démontage, la décontamination et la recherche de solution se soldent par un succès et fortement frustrant lorsque ces activités échouent ou s'étalent dans le temps.

5.6.2 Tournus

« J'aimerais bien rester tant que je peux. A moins que les chefs me mettent ailleurs. Maintenant, ils veulent qu'on tourne au moins tous les deux ans. Ils veulent qu'on soit polyvalent ! » (Notes, MAT/GYNECO, 11.12.08)

A chaque début d'année, des changements d'affectations prennent place parmi les aides-soignants en anesthésie. La volonté affichée par les HUG est d'encourager la polyvalence du personnel. Pour les aides-soignants en anesthésie, cela signifie quitter son ancien bloc et travailler dans un autre, toujours au sein du même service. Le tournus n'est pas forcément automatique. Certains aides arrivent, après une demande formulée auprès des responsables (IRUS¹⁸), à rester pour une période plus longue sur leur lieu d'affectation actuel. Le tournus peut aussi être influencé par cette même demande si elle expose certaines préférences vis-à-vis de blocs en particulier. Les aides ont tous certaines affinités avec un lieu ou un autre. Mais, le tournus reste du ressort des IRUS. Il faut aussi préciser que le tournus se fait très souvent à l'intérieur d'un même secteur, c'est-à-dire entre les deux blocs qui le compose. Ce type de tournus peut être à la fois annuel ou intervenir régulièrement pendant l'année.

5.6.3 Planning et remplacements

« On donne, on donne, mais en face il n'y a pas toujours de reconnaissance (Elle fait référence en partie aux négociations des horaires avec l'IRUS). Des fois tu fais au mieux. Tu prends dans l'urgence quelque chose, tu finis et il n'y a rien qui vient. Si je suis disponible pour remplacer, j'attends en retour qu'on soit disponible. Ce n'est pas parce que tu fais tourner le bloc pendant une semaine que tu peux le faire pendant un mois. Il faut distinguer entre les personnes. Il y en a à qui il faut dire non et d'autres à qui il ne faut pas mettre de barrière. » (Notes, ONO, 19.12.08)

Autre aspect caractéristique de la polyvalence, les remplacements entre aides-soignants font partie de la dynamique du service d'anesthésie. Ceux-ci procèdent régulièrement à des arrangements entre eux concernant les horaires de travail. Plusieurs feuilles, présentes dans un des bureaux de l'étage 0, ainsi qu'un « cahier-désirs » selon leur appellation servent de support écrit aux requêtes de journées et de plages de travail. Sur la feuille se trouvent les noms des blocs et les trois plages horaires de ceux-ci. Le tout est répété sur l'étendue du mois. Chaque aide-soignant, en fonction de son affectation principale, écrit son nom dans la case-horaire de son choix. Le dernier arrivé est, parfois aussi, le dernier servi. Dans le cas de problème ou de désir particulier, de nombreux aides contactent le détenteur de l'horaire souhaité. Il peut s'en suivre une série d'arrangements conduisant au remplacement de l'un par l'autre, puis, en principe, par l'inverse concernant

un autre jour. L'échange n'est pas toujours réciproque. Les aides ne sont pas les seuls à intervenir. Les IRUS ont eux aussi certaines requêtes. Dans le cas des aides ou de ces derniers, les discussions utilisent deux principales voies de communication : la rencontre face-à-face des deux personnes ou, plus fréquemment, la conversation téléphonique. Dans les deux cas, une réaction en chaîne peut survenir. Les acteurs impliqués en contactent d'autres jusqu'à obtenir ou non une solution. Le système de remplacement et de planning peut être décrit comme fortement flexible, adaptable et en grande partie autogéré par les aides-soignants en anesthésie.

Madeleine me dit : « Les chefs, ils m'arrangent bien. Quand je demande quelque chose, ils acceptent presque tout le temps alors moi j'accepte aussi de changer d'horaire presque tout le temps, sauf si j'ai vraiment un rendez-vous important que je ne peux pas déplacer, c'est donnant-donnant. » (Notes, MAT/GYNECO, 15.12.08)

5.7 Qui sont leurs responsables ?

5.7.1 Les IRUS

L'infirmier responsable d'unité de secteur (IRUS) est chargé de la coordination générale entre les corps professionnels de chaque bloc et de la Salle de Réveil (SSPI) en fonction d'un programme de soins et d'une méthode de travail définie dans ses grandes lignes par les HUG. Au-delà de cette définition, l'activité de l'IRUS peut se décrire selon plusieurs points. L'idée de coordination respecte bien l'activité principale de son travail. Pour ce faire, il dispose de ressources écrites et relationnelles. Du côté des premières, le planning des horaires, les documents informatiques et un bureau personnel servent de support. Du point de vue relationnel, l'IRUS détient la possibilité de s'adresser à n'importe quel membre de l'équipe et occupe une position de pivot dans de nombreuses résolutions de conflits. La coordination dont il est question est parfois nettement plus liée à la deuxième facette. Nombreux sont les membres du personnel à leur faire part de certains problèmes relationnels qu'ils entretiennent avec des collègues.

Les IRUS sont au nombre de quatre. Les blocs sont donc répartis ainsi : au Bloc d'Urgence (BOU) et au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), au Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO) et au Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA), en Pédiatrie et en Gynécologie (POM) et pour finir en Salle de Réveil (SSPI). Ce poste d'IRUS existe depuis plusieurs années. Deux IRUS sont présents depuis plus de 10 ans, dont un depuis 1991, et les deux autres depuis plus de deux ans au début de l'étude. Dernièrement, les IRUS ont entrepris un programme de dialogue entre les corps de métier pour amener à une meilleure compréhension entre le personnel soignant. Parallèlement, ils servent de support et d'intermédiaire auprès des aides-soignants en anesthésie envers les HUG.

Jessica enclenche directement une nouvelle conversation avec Jules. Elle lui demande comment se passe la nouvelle organisation des aides-soignants. Ils en discutent quelques minutes tous les deux. Ensuite, Jules appelle toutes les aides-soignantes pour savoir comment elles voient les choses et quelles remarques elles ont à formuler. C'est un véritable jeu de négociation qui démarre. Chacune parle à son tour. Elles ont toutes quelque chose à dire. Les problèmes principaux de cette organisation sont, selon les aides-soignants, les problèmes de machine le matin, les pauses à midi qu'elles ne devraient pas faire à deux et le nettoyage de l'aide-soignante du matin qui devrait faire ce travail dès qu'une autre aide-soignante est arrivée à 10h30. Après avoir discuté longuement, tout le monde arrive à un accord : les aides-soignantes vont essayer de faire ce qu'elles peuvent pour fonctionner selon l'organisation. » (Notes, OPERA, 16.01.09)

Les IRUS effectuent principalement leur travail depuis leur bureau. Ils participent parfois à des révisions au sujet de l'allocation du matériel dans de nouveaux espaces. Ou encore,

¹⁸ Nous reviendrons par la suite sur le rôle des IRUS.

ils organisent un colloque une fois par mois dont le sujet est le plus souvent la décontamination. Leur présence dans les blocs est relativement rare dans le sens qu'ils n'y passent pas tous les jours, et se limitent parfois à une ou deux présences par semaine. En revanche, les contacts par email et par téléphone sont beaucoup plus fréquents. Le cas de la SSPI est différent du fait que le bureau de l'IRUS est intégré à la salle.

Les IRUS fixent les tournus et les horaires. Cette dernière activité leur prend un certain temps. Toute la semaine, ils essaient d'évaluer et d'établir le planning de la semaine prochaine. Il est important de préciser qu'ils ne sont pas uniquement dédiés aux aides-soignants mais à tout le personnel d'anesthésie.

Sur le chemin, Sophie croise Jules. Elle parle de ses changements de bloc pour l'année. Il lui dit qu'elle ne sera pas prisonnière pendant 5 ans mais que 3 ans (rire presque moqueur). Elle semble vouloir rester en BOU et en OPERA et redouter la pédiatrie (rire crispé). Elle semble vouloir faire valoir ces préférences, je suis comme un témoin muet (peut-être qu'elle profite de ma présence pour aborder le sujet). Elle dit qu'il y a une ambiance particulière en pédiatrie et qu'elle a de la peine avec ses enfants, il acquiesce mais ajoute que c'est l'occasion de prendre un peu de recul avec les enfants. (Notes, BOU, 2.12.08)

5.7.2 Qu'est-ce qu'une infirmière référente des aides-soignantes en anesthésie ?

Je constate que sur la paroi latérale du chariot, il y a une feuille remplissage journalier sur ce que doit contenir le chariot » et il y a une note signée Gisèle : « Il est indispensable de passer le chariot tous les jours pour remplir les sas. Le matériel embarqué sur ce chariot est la réserve pour la semaine, il n'y a pas d'autre lieu de stockage. Pour le reste du matériel, référez-vous aux armoires en place. Toutes observations sont les bienvenues. » (Notes, ONO, 27.11.08)

Mandat récent, créé après celui d'IRUS, l'infirmier référent en anesthésie (infirmière référente des aides-soignantes en anesthésie) est actuellement chargé de toute la dimension procédurale de pratiques d'hygiène du service d'anesthésie. La personne occupant ce poste est Sandra. Elle n'est pas la seule détentriche d'informations concernant la décontamination, mais elle reste, en principe, la première source d'informations sur celle-ci auprès des aides-soignants en anesthésie. Depuis environ deux ans, l'infirmière référente des aides-soignantes fait office d'experte dans les pratiques d'hygiène et opère en tant qu'intermédiaire entre les requêtes des HUG et le corps infirmier et aide-soignant.

Concrètement, ce travail se divise en deux sous-parties. La première concerne l'introduction et l'application des procédures de décontamination. Pour ce faire, l'infirmière référente des aides-soignantes en anesthésie a accès via Intranet, l'hôpital, les fabricants et Internet aux informations sur chaque appareil, produit et fourniture. Elle dresse à partir de cela des procédures écrites disponibles pour les aides et se charge des explications nécessaires. La deuxième partie de son travail est informelle. En tant que référent, il lui arrive régulièrement d'être considéré en tant que médiateur de conflits entre membres du personnel.

Gisèle bipe l'aide-soignante. L'infirmière anesthésiste entend la conversation Gisèle/Madeleine. Une fois qu'elle a raccroché, elle lui demande ce que voulait la personne qui a appelé. Elle lui explique que Gisèle lui a dit qu'il faut faire attention de bien mettre les lames dans les sachets et ne pas les poser tel quel. Elle dit aussi qu'il faut bien fermer les produits (nom particulier mais je ne l'ai pas retenu) avec leurs bouchons. Gisèle a demandé à Madeleine de faire passer le mot à ses collègues (infirmières apparemment). L'infirmière souffle et lève les yeux au ciel. Elle a l'air un peu énervée par ce qu'a dit Gisèle. (Notes, MAT/GYNECO, 09.12.08)

La personne référente des aides-soignants en anesthésie est avant tout une infirmière en anesthésie. Elle est mandatée en tant que référente auprès des aides et, selon les disponibilités, les IRUS lui octroient des jours pour répondre aux exigences du mandat.

5.8 Pourquoi les aides-soignants ont-ils choisi l'anesthésie ?

5.8.1 Un contact moins « impegnativo ¹⁹ » avec le patient

Une raison invoquée par de nombreux aides-soignants en anesthésie dans le choix de leur affectation à ce service réside dans la plus faible présence des relations avec le patient que dans d'autres sections (les étages notamment). Certains aides-soignants en anesthésie sont issus de ces services. L'implication émotionnelle avec le patient y était parfois très forte. Comme on l'a vu, le patient est distant des aides dans tous les blocs de chirurgie, exception faite de la Pédiatrie et de la Salle de Réveil (SSPI). L'aide-soignant ne rentre que très rarement dans une salle en cours d'opération. Il côtoie parfois le patient dans les sas ou le couloir, mais pour un bref moment. Quand cela arrive, le patient est presque toujours accompagné d'un transporteur, d'un garçon de salle, d'un infirmier ou d'un médecin. L'interlocuteur de base n'est donc pas l'aide-soignant. Il peut, en principe, continuer à effectuer son travail sans se préoccuper plus que cela de la prise en main du patient ²⁰.

Caroline a commencé à travailler comme aide-soignant dans une maison pour personnes âgées. Elle a fait sa formation d'aide-soignant là-bas. Elle est venue à l'hôpital en Soins intensifs où elle est restée pendant 4 ans. Le travail était très lourd physiquement et mentalement. Sur le plan physique, il fallait bouger les patients. Et sur le plan mental, entre les cas difficiles et les familles, les contacts avec les aides-soignants étaient très fréquents. (Notes, PEDIATRIE, 05.12.08)

Un point ne doit pourtant pas être négligé : l'aide-soignant en anesthésie reste, quoiqu'il en soit en présence de la pratique de la chirurgie, du corps qui souffre, des familles dans certains cas et de la mort dans d'autres. Si le contact est moins proche que dans d'autres services ou que celui entre les infirmiers et les patients, il a parfois un fort impact émotionnel sur l'aide-soignant. Dans nos entretiens et durant notre présence sur le terrain, nous avons pu constater à quel point le patient reste bien présent à l'esprit de ces derniers. Cela sera traité plus avant dans le rapport. Nous nous contenterons pour l'instant d'affirmer que dans tous les blocs, l'aide est sollicité aussi bien physiquement que psychologiquement par les situations des patients.

Comme dit précédemment, la Pédiatrie et la Salle de Réveil (SSPI) sont des cas à part. En Pédiatrie, les aides-soignants doivent être présents en salle d'opération lors de l'anesthésie et lors du réveil. Cette ligne générale est due au fait que l'enfant, pendant ces deux phases, peut avoir des réactions imprévues nécessitant l'aide d'un nombre élevé de personnes ²¹. Mais aussi, la réactivité de celui-ci implique, même dans les cas simples, que l'équipe de soin soit elle aussi en mesure de réagir rapidement. Tout aussi important que la partie purement médicale, le confort et l'attention de l'enfant sont souvent du domaine de l'aide-soignant en Pédiatrie. Nous avons très fréquemment vu ces derniers parler à l'enfant jusqu'à ce que celui-ci s'endorme. De plus, l'aide-soignant, souvent placé à la tête du patient, fait office d'intermédiaire entre l'enfant et le reste du personnel concentré sur

¹⁹ Terme italien signifiant en même temps : prenant, nécessitant de l'engagement, de la force et absorbant sur le plan physique et émotionnel.

²⁰ Ce point fait l'objet de critique de la part de certains membres d'autres corps de métier. Il est parfois souhaité que les aides-soignants en anesthésie participent d'avantage à l'accompagnement en salle du patient et de lui d'un point de vue global.

²¹ Nous faisons ici référence à la série d'état se produisant régulièrement chez les enfants : spasmes, mouvements brusques et imprévisibles et réveils brutaux. Certains enfants possèdent déjà une stature suffisamment développée pour être impossible à maîtriser sans blessures. L'aide-soignant et d'autres membres du personnel médical sont donc tout spécialement attentifs à entraver les bras et les jambes de l'enfant lors du réveil.

un geste médical. La Salle de Réveil (SSPI) comporte plusieurs tâches déjà décrites qui révèlent la grande proximité avec le patient.

Tout s'est bien passé même si l'enfant a refait la même blague 5 minutes plus tard ! Le réveil peut être très brutal. Caroline, la 1^{ère} fois qu'elle a vu un enfant se réveiller d'un coup a été très très surprise. Elle a du, en même temps que l'infirmière, se jeter sur l'enfant pour l'immobiliser ! Quand Caroline a commencé en pédiatrie, elle se demandait pourquoi ils étaient tous stressés. Quand elle a vu les enfants faire des blagues, elle a compris. « Il faut être très vigilant. » (Notes, *PEDIATRIE*, 05.12.08)

5.8.2 Les machines de plus en plus présentes

Un autre motif du choix du service d'anesthésie chez nos aides-soignants est celui de la technique requise dans l'accomplissement de la décontamination des machines. Casse-têtes pour les uns, énigmes pour les autres, les aides-soignants de ce service sont confrontés à des appareillages complexes. La difficulté de leur décontamination a diminué par rapport au passé. Mais parallèlement, le discours sur l'hygiène s'est fortement développé et implique aussi bien l'hôpital que les préoccupations médiatiques, politiques et sociales. La décontamination, plus qu'auparavant est devenue une mission à part entière. Certains aides se sont appropriés ce discours et soulignent l'importance de leur travail dans cette optique.

Chapitre 6. Se coordonner au travail : le règne de l'oral

[Sophie (aide-soignant):] « Marie-Cécile je t'explique, écoute, salle 4 ortho, je t'ai laissé les tuyaux. La 2 c'est jusqu'à 5h, le sas tout est OK. La 1 c'est un cœur, une jeune fille, dans le sas j'ai fait le chariot mais le reste, je n'ai pas pu faire car il y a du monde. Ecoute, il y a juste le chariot dans la 4 puis elle lui explique pour l'histoire du porte aiguille. (Notes, BOU, 05.12.08)

[Madeleine (aide-soignant) :] « Ils ont du travail à la maternité. Il faut que j'aille ranger. Je vais prévenir ma collègue qu'on y va »
(Notes, POM, 24.12.08).

Dans une structure hospitalière aussi complexe que les HUG, la coordination entre le personnel soignant représente une des clés de voûte de sa réussite. Dans ce contexte, il est intéressant de s'attarder sur les méthodes utilisées par les aides-soignants pour se coordonner.

Comment les aides-soignants s'accordent-ils sur les agencements organisationnels permettant le bon fonctionnement du service d'anesthésiologie ? Comment font-ils pour éviter que s'installent le désordre et la confusion sur leurs lieux de travail ? Par quels moyens les différents acteurs (aides-soignants, infirmiers, médecins), avec des priorités différentes, trouvent-ils des arrangements pour arriver à leurs fins ?

Dans un premier temps, nous allons chercher à comprendre ce qui justifie et ce qu'apportent les pratiques de coordination. Deuxièmement, l'accent sera porté sur les spécificités de coordination pour chaque bloc. Troisièmement, nous allons aborder la question de la coordination entre les aides-soignants et les autres métiers, et ce pour en révéler les enjeux. Ensuite, nous allons nous intéresser aux moyens formels et informels utilisés par les aides-soignants pour se coordonner entre eux et avec les autres. Enfin, ces constats nous amèneront à analyser les particularités de cette coordination entre aides-soignants afin d'y voir le sens qu'elle donne à ce groupe.

6.1 Pourquoi se coordonner ?

Au travail, la coordination entre pairs et avec les autres semble aller de soi. Justement, quels en sont les bénéfices retirés par les aides-soignants ? Pour quelles raisons se coordonnent-ils entre eux et avec les autres ? Les aides-soignants obéissent à des prescriptions de travail dans leurs blocs respectifs. Des procédures générales et particulières ont été mises en place par les IRUS. Donc, on peut s'attendre à observer une coordination basée sur ces règles, régissant le travail des aides-soignants. Regardons en détail les différentes tâches et moments faisant entrer la coordination dans le quotidien des aides-soignants.

6.1.1 La relève, un moment clé

La relève est un acte de coordination primordiale pour le bon déroulement d'une journée de travail d'un aide-soignant. Le collègue déjà sur place transmet les informations faisant état de la situation du bloc (état des salles et du matériel, nature et temps des interventions). Dans un deuxième temps, il explique un fait ou un événement de travail marquant dans la journée (pannes de machine, manque/recherche de matériel, etc.).

A plusieurs, les aides-soignants discutent du travail à effectuer. A cet instant la négociation débute, ils se concertent entre eux pour déterminer qui va accomplir tel ou tel travail. D'abord, on constate que ces moments de coopération sont rapidement décidés. Les aides-soignants se répartissent les tâches équitablement et en s'adaptant au mieux aux désirs de chacun. En règle générale, dans les blocs où les équipes tournent peu, chacun sait ce qu'il a à faire. Le partage du travail s'effectue le plus souvent dans ces deux grands domaines : gestion du matériel (réapprovisionner les armoires, commander au magasin) et décontamination (matériel, machines).

Bien que chacun vaque à ses occupations, la coordination entre aides-soignants est continue. Ils se concertent et parlent entre eux de ce qu'ils font et de ce qu'ils vont faire. Ainsi, ils évitent les pas inutiles en ne passant pas les uns après les autres dans toutes les salles. Si ces habitudes de travail ne sont pas respectées, la sanction tombera à la fin de journée car les kilomètres parcourus se feront sentir. Tous sont dans cette logique d'économie physique, ils l'expriment de manière inverse avec cette phrase souvent répétée : « Si je n'ai pas de tête, j'ai des jambes ».

Elle me dit que dans ce bloc elles étaient amenées à marcher tout le temps, qu'elle, elle a des problèmes de santé à cause de ça (elle a des varices), et qu'elle n'était pas la seule. (Notes, OPERA, 02.12.08)

Elle se plaint plusieurs fois au cours de la matinée de ses jambes qui la font souffrir. (Notes, PEDIATRIE, 23.12.08)

6.1.2 Se coordonner pour réduire l'incertitude

La journée d'un aide-soignant est obligatoirement liée à l'activité du bloc et donc au travail des autres soignants (infirmiers, médecins, aides-instrumentistes). La coordination entre les aides-soignants et les autres leur permet de réadapter leur planning de travail afin d'éviter d'être pris de court par l'enchaînement des événements. Par exemple, il est fréquent qu'un aide-soignant s'informe, auprès d'un infirmier, de l'évolution du programme opératoire du bloc ou d'une salle en particulier.

En arrivant dans la salle d'opération, Marguerite demande à l'infirmier : « Tu as encore un patient ici ? », « encore deux » répond l'infirmier. (Notes, BOCHA, 13.01.09)

Cette communication est à double sens puisqu'il est fréquent que les infirmiers contactent les aides-soignants pour les informer. Cette coopération permet non seulement un fonctionnement harmonieux du bloc, mais elle permet également aux aides-soignants de réduire leurs incertitudes face à un planning opératoire instable.

Madeleine reçoit un bip d'une infirmière anesthésiste de pédiatrie qui la prévient que toutes les opérations programmées sont finies et que le bloc est vide. Elle peut donc venir fermer les salles. (Notes, POM, 24.12.08)

Etre présent dans les salles, les sas et les couloirs rend les aides-soignants visibles et donc facilement disponibles pour aider les infirmiers ou les médecins. On constate que lorsqu'un aide-soignant s'éloigne des lieux fréquentés, et surtout s'il est seul dans le bloc, il avertit les infirmiers de son absence. Ces informations permettent aux infirmiers de s'organiser en attendant son retour.

[Madeleine (aide-soignant) :] « Ils ont du travail à la maternité, il faut que j'aille ranger. Je vais prévenir ma collègue qu'on y va » la collègue en question est une infirmière en anesthésie. (Notes, POM, 24.12.08)

6.1.3 Se coordonner pour décontaminer

La décontamination d'une salle ou d'un sas, lorsqu'elle se fait à deux, requiert une distribution des tâches. Le plus souvent, l'un s'occupe de la décontamination (machine, changement des câbles et tuyaux) tandis que l'autre s'occupe du matériel (armoires ou chariot d'anesthésie). D'après nos interviews, on constate que cette organisation du travail informelle est en décalage avec ce que souhaitent les IRUS.

Elles [les aides-soignantes] aiment mieux faire un sas à deux, mais moi je lutte contre ça car elles le font moins bien dans ces cas là. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

Pendant le processus de décontamination les interruptions sont fréquentes. Les aides-soignants ont l'habitude de ce rythme de travail morcelé. Ils savent s'organiser pour parer à une demande plus urgente. Par exemple, une tâche en cours peut-être abandonnée et les aides-soignants se coordonnent pour terminer le travail commencé par l'autre.

Lors d'une décontamination, il arrive que l'aide-soignant manque d'informations concernant le matériel qui a été utilisé par les infirmiers ou les médecins. En cas de flou, les aides-soignants risquent de jeter du matériel, chose qu'ils évitent de faire par souci d'économie. L'une des stratégies pour parer à cette incertitude consiste à demander à l'infirmier encore sur place des précisions à ce sujet.

Une infirmière rentre dans la salle, Louise la questionne sur les seringues qui ont été utilisées ou pas, elle obtient sa réponse et s'exclame « Alléluia ! Et ben maintenant je sais ». (Notes, BOCHA, 21.11.08)

Dans ce même questionnement, l'aide-soignant cherche souvent à connaître la nature de l'anesthésie. En effet, une anesthésie générale ou locale va influencer la procédure de décontamination. Pour récolter ces informations, l'aide-soignant peut regarder dans le planning opératoire ou demander à l'infirmier anesthésiste responsable de l'intervention.

« C'est une anesthésie locale » dit Sophie grâce aux informations glanées aux infirmières, « donc on n'a pas besoin de changer le chariot, je vais juste le nettoyer ». (Notes, BOU, 02.12.08)

6.1.4 La gestion du matériel

La gestion du matériel implique une coordination étroite entre les aides-soignants. D'abord, il y a la commande du magasin coordonnée par une aide-soignante qui fait le relais auprès de la stérilisation et du magasin central. A cet égard, elle joue un rôle extrêmement important pour le bon fonctionnement de l'équipe d'aides-soignants. Plusieurs fois par jour, elle est amenée à téléphoner à ses collègues lorsqu'elle s'aperçoit que la commande comporte des erreurs ou des oublis. Enfin, les aides-soignants font appel à elle en cas de doute sur une commande ou pour une demande de surplus de matériel.

Pour faire la commande du magasin, il existe une « check list » en forme de tableau sur laquelle est noté le nom de l'armoire (exemple « armoire 2 sas 4 »), l'unité, le libellé (nom du matériel), le conditionnement, le seuil (quantité du matériel) et la date sous laquelle on met la quantité du matériel à commander. On constate que cette « check list » n'est pas toujours utilisée et que les aides-soignants préfèrent utiliser des bouts de papiers sur lesquels ils notent leurs commandes.

Clothilde utilise une liste en papier pour mémoriser le matériel qu'elle va ensuite commander sur l'intranet. (Notes, BOU, 06.02.09)

Elle écrit ce qu'elle va devoir commander de nouveau sur un essuie-mains, afin de ne pas oublier. (Notes, PEDIATRIE, 15.01.09)

Ensuite, le remplacement du matériel dans les sas ou les salles se fait au fur et à mesure de la journée.

Je continue la tournée avec Mélissa. Je constate qu'elle note la quantité et le matériel qui lui manque sur une serviette en papier. (Notes, OPERA, 27.01.08)

En outre, le jour du magasin nécessite une organisation particulière. Les aides-soignants collaborent en distribuant les tâches et pour anticiper l'arrivée du matériel.

Lors de l'arrivée du magasin, les aides-soignants se consultent pour savoir qui va aider Charlotte. C'est Jessica qui se propose. Mélissa ira plus tard les aider à déballer les cartons. (Notes, OPERA, 14.01.09)



Livraison du magasin à OPERA

Enfin, il faut souligner les compétences d'anticipation des aides-soignants acquises par l'expérience. En effet, on constate qu'ils font en sorte de devancer les demandes de matériel. Particulièrement utile dans des blocs prenant en charge les urgences, cette stratégie d'anticipation nécessite de collaborer avec le personnel soignant afin de garder une attention soutenue sur l'enchaînement du programme opératoire. Cette manœuvre d'anticipation évite à l'aide-soignant de tomber sous le coup d'une demande plus urgente.

Sophie apporte une sonde « j'apporte car je sais qu'ils vont en avoir besoin, alors ça m'évite qu'on me bip ». (Notes, BOU, 05.12.08)

Réciproquement, l'infirmier informe l'aide-soignant qu'une intervention spécifique va avoir lieu. Cela lui donnera plus de temps afin de fournir le matériel adéquat. En effet, dans certain cas, du matériel ou des appareils spéciaux doivent être à disposition pendant l'opération.

Une infirmière prévient Angela qu'un curetage vient d'être annoncé pour 11h30 (Notes, POM, 24.12.08).

6.1.5 Les pauses

Les pauses représentent des moments de coordination quotidiens. D'abord, il y a les « pauses café » qui se font régulièrement et à toute heure. Elles s'effectuent avec tous les aides-soignants d'un bloc voire plusieurs blocs. Ces pauses dépendent de la demande du travail. On constate qu'avant de partir en pause, les aides-soignants se coordonnent pour vérifier l'état des sas afin que la personne restant sur place n'ait pas tout à faire.

Sophie propose à Charlotte d'aller boire un café. Charlotte veut d'abord nettoyer la salle 2. Elles vont le faire ensemble. (Notes, *BOU*, 25.11.08)

Ensuite, la pause de midi est toujours négociée pour décider du moment où elle sera prise et surtout, qui va la faire avec qui. D'habitude, les aides-soignants se concertent pour respecter la consigne obligatoire indiquant que quelqu'un doit rester de garde en permanence. Par conséquent, avant de partir en pause, ils se coordonnent avec les infirmiers. Ceci permettra d'assurer le bon fonctionnement du bloc et de profiter pleinement de ce moment de répit.

Eliane fait encore deux postes, vide le linge et demande à un infirmier anesthésiste s'il va manger. (Notes, *SSPI*, 15.11.08)

Dans les deux cas, la fin d'une pause est suivie d'une « mini relève », permettant au(x) collègue(s) de retour, de savoir ce qui s'est passé durant son (leur) absence.

6.1.6 La coordination autour du planning

L'organisation des horaires prend une place importante dans la vie des aides-soignants. Le système de planning conçu par les IRUS donne la possibilité aux aides-soignants de mettre leurs préférences horaire (tranches horaires, weekend) ou de faire des changements au début du mois. Au quotidien, nos observations relèvent qu'une grande partie du temps des aides-soignants est consacré aux changements d'horaire. En général, les pauses sont des moments-clé où se jouent ces échanges. Dans un premier temps, la demande de changement s'adresse aux collègues du même secteur. Par exemple, si quelqu'un du Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA) a besoin d'être remplacé, il demandera à ses collègues directs puis à ceux du Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO). Dans le cas où il ne trouverait pas de remplaçant, la personne s'adressera au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), bloc proche et avec un grand nombre d'aides-soignants. Cette flexibilité est pleinement exploitée par les aides-soignants qui n'hésitent pas à se consulter à tout moment pour trouver des arrangements. Enfin, cette organisation informelle suit une logique de réciprocité. Plus un aide-soignant se rend disponible pour faire des remplacements, plus ses collègues se sentiront redevables envers lui.

Tu fais une faveur à une collègue, elle le fait pour toi. On s'entraide beaucoup de ce côté-là. C'est rare que les collègues te refusent. Si une, me refuse, je ne vais pas lui demander à elle la prochaine fois, mais à quelqu'un d'autre. (Entretien, Louise, aide-soignant, *BOCHA*, 06.04.09)

Donc, en plus du système mis en place par les IRUS, les aides-soignants interviennent largement dans l'organisation du planning. Les avantages de cette auto-organisation se font sentir. Globalement, les aides-soignants déclarent être satisfaits de cette flexibilité leur permettant d'obtenir des horaires de travail à leur convenance et par là même de concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée. Le revers de la médaille de ce système réside dans une augmentation de l'incertitude. L'horaire n'étant pas fixe et susceptible d'être changé à tout moment, les aides-soignants sont régulièrement sollicités pour des

changements de dernière minute. D'autre part, cette autonomie de fonctionnement risque de favoriser ceux qui possèdent une meilleure capacité à échanger leurs horaires.

Oui c'est flexible mais ça dépend avec qui vous travaillez. Il y a ceux qui changent facilement et ceux qui ne le font pas. (Entretien, Milena, aide-soignant, *OPERA*, 08.04.09)

6.1.7 Se coordonner pour bien terminer/commencer la journée

La fermeture des blocs est un des derniers temps forts d'une journée de collaboration entre aides-soignants. Certaines choses sont à faire impérativement pour que le collègue du lendemain matin commence le travail dans de bonnes conditions. Lancer une machine, faire tremper du matériel ou changer le produit désinfectant des bacs sont des gestes importants qui contribuent au bon démarrage de la journée suivante.

Eliane explique que si elle ne veut pas que sa collègue du matin soit débordée, elle remplit le soir tout le matériel qui manque. Cela permet à sa collègue du matin de ne pas avoir trop à faire et de maintenir des réserves suffisantes. (Notes, *SSPI*, 28.11.08)

Enfin, de manière fréquente, des interventions chirurgicales tardives provoquent du travail supplémentaire nécessitant une réorganisation particulière. L'aide-soignant du bloc d'urgence est alors sollicité pour aider à terminer le travail.

L'aide-soignant qui travaille à la maternité est parti à 15h30 bien que le bloc tourne encore. Comme le personnel de ce bloc avait besoin d'un aide-soignant, ils ont fait appel à Ariane. Cependant, il s'agissait de décontaminer le fibroscope. Comme Ariane devait aussi partir à 19h30, elle a appelé l'aide-soignante du BOU pour qu'elle le fasse. (Notes, *PEDIATRIE*, 28.01.09)

6.1.8 Se coordonner pour prévenir le danger

Une bonne coordination entre les aides-soignants et les infirmiers permet de prévenir des dangers relatifs aux maladies à risque. Les infirmiers, souvent détenteurs de plus d'informations sur les patients, font spontanément le relais de l'information aux aides-soignants. Ces données, leur permettent de prendre les précautions nécessaires face aux cas à risques.

Camille rejoint l'infirmière, ils vont tirer le rideau et mettre mieux le patient dans son lit. L'infirmière dit à Camille dans l'oreille d'aller mettre des gants pour manipuler le patient. Après coup, Camille m'explique que l'infirmière a dû voir quelque chose sur le dossier du patient. (Notes, *SSPI*, 02.12.08).

En somme, on constate que la coordination possède de multiples avantages sur le terrain. Les acteurs engagés dans ces processus de travail sont face à des contraintes de temps, de rythme et d'usure qu'une stratégie de coordination efficace permet d'assouplir. Que ce soit pour réduire l'incertitude face à un planning parfois capricieux, pour se préserver une marge de manœuvre en anticipant une demande. Ou encore obtenir des informations afin de choisir les procédures de décontamination adaptées. Ou tout simplement travailler dans la bonne humeur et éviter l'incompréhension avec les autres. Les aides-soignants ont compris le pouvoir bénéfique de la coordination au travail. La concertation, la complémentarité et la réciprocité sont des principes implicites qui régissent la coordination des aides-soignants au quotidien. Voyons maintenant de manière plus précise, comment cette coordination s'agence d'un bloc à l'autre.

6.2 Une coordination spécifique d'un bloc à l'autre

Au Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA) l'organisation du travail entre les aides-soignants comporte des variantes par rapport aux autres blocs. La relation entre aides-soignants et infirmiers en est grandement transformée à cause de la gestion d'une salle en particulier. La salle de repos, normalement gérée par un infirmier, ajoute du travail supplémentaire et contraint les aides-soignants à adapter leur organisation du travail.

Par exemple, les aides-soignants répondent au téléphone de la salle de repos lorsque l'infirmier est absent. Ensuite, c'est eux qui s'occupent de cette tâche lorsque l'infirmier s'absente pour manger. Enfin, ils sont régulièrement sollicités pour s'occuper des clés des casiers des patients dans les vestiaires du Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA).

« Viens, je vais te montrer, comme ça tu connais ». Elle me montre les vestiaires des patients à l'entrée du BOCHA. Elle me dit que c'est à elles de « faire le vestiaire » le soir. Dans la salle de repos, elles doivent vider les poubelles. Je demande pourquoi. Louise me dit d'un ton sarcastique: « Va savoir ! C'est comme ça ! C'est les aides qui doivent s'occuper de tout ». (Notes, BOCHA, 9.12.2008)

Elle me dit que Garance n'a pas fait son boulot car les clés des vestiaires devraient être du côté arrivée pour les patients. (Notes, BOCHA, 16.01.09)

Plus encore, en cas d'absence prolongée de l'infirmier, nous avons constaté que les aides-soignants le remplacent. D'une part, ces remplacements demandent une charge de travail supplémentaire au détriment des tâches normalement attribuées aux aides-soignants. D'autre part, ils impliquent l'accès et la prise de connaissance des dossiers des patients ainsi que des soins médicaux pour lesquels les aides-soignants ne sont pas toujours formés.

Louise dit que le bloc BOCHA est particulier. Il faut gérer le bloc, le réveil et le repos des patients. Au repos, il lui arrive de s'occuper des patients à la place de l'infirmier. La situation est inversée car c'est d'après elle l'infirmier qui devrait de temps en temps donner un coup de main. Il n'y a pas de remplacement prévu pour l'aide-soignant devant couvrir le travail des autres. Cela a été référé à l'IRUS en charge. Garance est parti manger avant Noël et Louise a dû le remplacer. Une patiente a eu un malaise et Louise s'est retrouvée bloquée du fait qu'elle n'était pas formée pour ce genre de cas. Elle a dû laisser son travail habituel en attente jusqu'à ce que la patiente soit prise en charge par un infirmier. (Notes, ONO, 16.01.09)

Etant donné qu'il n'existe pas de consigne spécifique à ce sujet, les aides-soignants répondent toujours aux nombreuses sollicitations de l'infirmier. Ce travail, sans contrôle, peut être qualifié de glissement de tâche. Face à cette situation, les aides-soignants expriment leur désarroi. Ils affirment ne pas pouvoir gérer à la fois la salle d'attente, la Salle de Réveil ainsi que la décontamination des salles d'opération et des blocs, ce qui leur pose d'importants dilemmes de coordination.

L'infirmier référent de la salle de réveil dit à Claude qu'il ne peut aller manger si Garance est en pause. D'après lui, il faut quelqu'un pour s'occuper à la fois des salles et de la salle de repos. Par la suite, Marguerite m'explique qu'elle n'est pas d'accord en ajoutant : « Nous, ont doit être partout ». (Notes, BOCHA, 13.01.09).

Contrairement au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), l'architecture du Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA) invite à la proximité entre les aides-soignants et le reste de l'équipe. On peut faire l'hypothèse que cette architecture particulière influence les relations entre le personnel soignant. Une plus grande proximité accroît la coordination interpersonnelle, en contrepartie, elle provoque une baisse d'autonomie des aides-soignants. En effet, les propos des aides-soignants du bloc expriment le fait qu'ils se sentent davantage englobés dans un système de travail en commun. Par exemple, la communication entre infirmiers et

aides-soignants est plus directe puisqu'ils sont moins fréquemment bipés que dans d'autres blocs.

[Louise (aide-soignant) :] « Et peu importe si on est seul ou à deux. A Opéra, il y a le bip, mais ils font des efforts avant de biper. Ici, ils nous appellent, et nous on est obligé d'aller. Comme ils savent qu'on est forcément à côté, on nous appelle pour des bêtises ! » (Notes, BOCHA, 04.12.08)

La particularité du travail au Bloc d'Urgence (BOU) provient de sa vocation. Etant donné qu'une urgence est par définition un besoin impératif, la dynamique de travail s'adapte dans cette mesure. Le bloc ne peut avoir recours à la planification journalière, ainsi, le travail fait l'objet d'une évaluation heure après heure. Pour les aides-soignants, les informations permettant d'anticiper le travail (besoin de matériel, arrivée des patients) sont précieuses. En solo, l'aide-soignant n'a pas d'autre choix que de se tourner vers le personnel soignant du bloc. Donc, la collaboration intergroupe est primordiale pour le bon fonctionnement de ce bloc.

Tania essaie d'être au courant de son programme de travail en vérifiant l'état des salles d'opérations et en discutant avec les infirmiers anesthésistes et les aides instrumentistes. Elle essaie aussi d'être le plus présent possible dans les salles et couloirs. Si elle sort, elle avertit les autres pour leur permettre d'aller eux-mêmes chercher le matériel au compactus. (Notes, BOU, 30.01.09)

9h30 Charlotte nettoie le sas de la salle 3. Elle discute avec un infirmier qu'elle dit être très sympa. Il la prévient qu'un infirmier de la salle d'à côté est venu prendre des choses dans cette salle. Charlotte lui dit qu'elle va s'en occuper. (Notes, BOU, 25.11.08)

Un infirmier prévient Charlotte qu'il a pris un embout dans la salle 4 car il n'y en avait pas à la salle 1. (Notes, BOU, 25.11.08)

12h00, une infirmière prévient Charlotte qu'un HIV + est entré dans la salle 4 (Notes, BOU, 26.11.08).

Concernant les pauses, l'aide-soignant se coordonne avec les infirmiers du bloc mais aussi avec ses collègues. En règle générale, afin qu'il puisse manger sans être constamment dérangé, d'habitude, il donne son bip à ses collègues du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA).

Elodie désire être remplacée durant la pause repas. Elle me dit être très souvent interrompue lors de ses repas. (Notes, BOU, 30.01.09)

Pour finir, un autre aspect spécifique à ce bloc réside dans la mission particulière de l'aide-soignant. En fin de journée, il doit se rendre disponible pour travailler dans les autres blocs. Si un collègue pris par le temps demande de l'aide, l'aide-soignant d'urgence peut être appelé pour l'aider ou même terminer le travail. En effet, on constate que quand le rythme des urgences est calme, l'aide-soignant propose spontanément de l'aide à ses collègues des autres blocs.

Marguerite dit à Charlotte qu'elle va au bloc. Elle ajoute que Sophie avait appelé pour leur proposer son aide pour le magasin. (Notes, OPERA, 04.12.08)

En Gynécologie, les aides-soignants se retrouvent souvent seuls pour gérer les trois blocs (Gynéco, Maternité et Ophtalmologie). Par conséquent, ils collaborent beaucoup avec les infirmiers pour connaître les programmes de ces blocs.

11h15, Madeleine regarde avec une infirmière anesthésiste le programme d'ophtalmo de la journée pour savoir ce qui reste comme opération. (Notes, POM, 12.12.08)

Ainsi, les aides-soignants réorganisent souvent leur programme initial. Bien sûr, ici comme ailleurs, ils doivent interrompre leurs tâches si un infirmier ou un médecin leur demande de l'aide. Ils sont soumis aux aléas d'un programme qui peut subir des modifications (opérations urgentes, annulations). Enfin, ils reprennent dès que possible le planning qu'ils avaient prévu initialement ou l'adaptent à leur manière.

Pour terminer, tout comme la Pédiatrie et le Salle de Réveil, il faut souligner que la gynécologie est un bloc dans lequel l'aide-soignant et les infirmiers collaborent régulièrement ensemble autour du patient.

On entre dans la salle où une patiente vient d'avoir une interruption volontaire de grossesse. Madeleine nettoie le respirateur et demande à l'infirmier anesthésiste s'il a besoin d'aide pour la patiente (Notes, POM, 12.12.08).

Au Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO), les aides-soignants mentionnent régulièrement la désorganisation qui y règne. D'une part, l'aide-soignant est souvent seul et d'autre part, il bénéficie d'une faible collaboration avec les autres personnels soignants. Il est fréquent d'entendre des plaintes de la part des aides-soignants et des infirmiers au sujet du « bordel » qui règne dans les sas. Fréquemment réduite à une seule personne, l'équipe d'aides-soignants doit rappeler la grande quantité de travail qui lui incombe pour permettre au bloc de fonctionner.

[Patricia (aide-soignant) :] « On devrait être deux dans le bloc, les gens ne comprennent pas, on ne peut pas être tout le temps disponible ! Moi, vous voyez, je travaille déjà depuis un mois toute seule presque tout le temps ». (Notes, ONO, 18.11.08)

L'organisation générale du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) implique une forte division du travail chez les aides-soignants. Pour distribuer les tâches, ils collaborent afin de faire valoir les aptitudes et les préférences de chacun. En effet, certains aides-soignants préfèrent exécuter des tâches techniques. Par exemple un aide-soignant s'occupe régulièrement du magasin, un autre est à l'aise avec la réparation des machines, tandis qu'un troisième préfère les tâches de décontamination. Il faut souligner le fait que cette collaboration est implicite. En effet, l'IRUS responsable de ce bloc propose une organisation de travail différente de celle envisagée par les aides-soignants du bloc.

« J'essaie de les répartir dans le bloc, un bip par personne avec 4 salles chacune mais il y a de l'entraide entre elles et des compromis. Elles s'organisent aussi selon leurs envies, leurs préférences. Par exemple, Mélissa n'aime pas le magasin et possède plus d'intérêt pour la désinfection, alors elles s'arrangent comme ça. Et quand la fille du BOU va manger, elle laisse son bip aux autres, il y a de l'entraide. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

Le nombre important de salles et de matériel ainsi que la communication avec les autres blocs (Salle de Réveil et urgences) favorise la dispersion du matériel. Comme l'emprunt ou le passage du matériel d'un bloc à l'autre et d'un sas à l'autre se fait fréquemment, les aides-soignants dépensent beaucoup d'énergie dans la recherche de matériel. Par exemple, lorsqu'un patient est transféré du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) à la Salle de Réveil, modules et bouteilles d'oxygène doivent être ramenés par les infirmiers, ce qui n'est pas toujours le cas.

Charlotte explique que quand les infirmiers partent pour emmener le patient en salle de réveil, ils prennent le module de monitoring et oublient souvent d'en ramener un propre à la place. Elle me dit en soupirant « ils oublient toujours! » (Notes, OPERA, 19.11.08)

Il arrive aussi que les aides-soignants courent après les infirmiers pour pouvoir ranger le matériel. C'est notamment le cas lors de l'utilisation du fibroscope qui exige une consigne spéciale.

[Mélissa (aide-soignant) :] La plupart du temps, personne ne remplit la fiche lors de l'utilisation de la sonde. Je dois retrouver les infirmiers pour les faire signer. (Notes, OPERA, 27.01.08)

En Pédiatrie les différences d'âge des patients influencent considérablement le travail des aides-soignants. En effet, une large gamme de tailles pour chaque matériel requiert de la part de l'aide-soignant de se renseigner sur l'âge de l'enfant. Pour trouver ces informations, il consulte le planning opératoire mais aussi le personnel du bloc.

Milena s'occupe des fils du Primus. Elle ajuste le bracelet de la tension et s'adresse à l'infirmière : « ça c'est pour un bébé de 2 ans ? » « Oui, je crois » répond l'infirmière. (Notes, PEDIATRIE, 10.12.08)

La coordination entre infirmiers, médecins et aides-soignants est plus étroite dans ce bloc. Par exemple, lors de la pose d'une voie veineuse, l'aide-soignant assiste l'infirmier en lui préparant la piqûre, la compresse et le pansement autocollant. Il se tient près de l'infirmier pour lui passer le matériel et pratiquer certains gestes si besoin. Lors du réveil d'une anesthésie, il arrive que le corps de l'enfant réagisse en convulsant. L'infirmier et l'aide-soignant travaillent ensemble pour maintenir l'enfant afin qu'il ne se blesse pas.

La particularité de la Salle de Réveil réside dans sa structure architecturale du type panoptique²². Comme pour le Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA), on peut faire l'hypothèse que cette structure influence la collaboration avec le personnel soignant. Comme dans un « aquarium », appellation consacrée du lieu, les aides-soignants se sentent observés et l'unique moment où ils se retrouvent entre eux est lors du rangement du matériel. A cet endroit, les aides-soignants connaissent l'emplacement de tous les objets et il est rare que quelqu'un s'y rende sans leur demander préalablement.

Dans ce bloc en particulier, les aides-soignants sont amenés à travailler avec le patient, ils obtiennent des informations primordiales grâce au dossier patient, souvent consulté en début de journée.

Le dossier des patients leur sert à savoir si les patients sont là depuis la veille au soir ou depuis le matin. Le dossier des patients est posé sur chaque chariot de chaque poste. (Notes, SSPI, 27.11.08)

De plus, la nature des soins prodigués aux patients (toilette, transbordement), pousse à la coordination avec les infirmiers.

Les aides-soignantes parlent avec tout le personnel pour savoir ce qu'elles doivent faire et pour savoir si les infirmiers ont besoin d'aide. (Notes, SSPI, 27.11.08)

Les aides-soignants parlent beaucoup avec les patients le matin. Quand il s'agit de faire leur toilette, Eliane leur parle et leur décrit ce qu'elle va faire. (Notes, SSPI, 27.11.08)

La toilette d'un patient ne peut être faite seul. Toute manipulation demande force, technique et délicatesse. Pour éviter l'erreur, aides-soignants et infirmiers travaillent main dans la main. Lorsqu'il s'agit de transférer le patient d'un lit hospitalisé à une table d'opération, les garçons de salles sont normalement présents pour aider l'infirmier mais en cas d'absence l'aide-soignant est sollicité.

Les aides-soignants discutent beaucoup avec les infirmiers. C'est principalement avec eux qu'ils travaillent. Ils parlent ensemble quand ils font la toilette des patients et pour savoir quand un patient doit arriver dans le service. Il arrive que les infirmiers demandent de l'aide aux aides-soignants. C'est

²² L'objectif de la structure panoptique est de permettre à un individu, logé dans une tour centrale, d'observer tous les prisonniers, enfermés dans des cellules individuelles autour de la tour, sans que ceux-ci ne puissent savoir s'ils sont observés. Ce dispositif devait ainsi créer un « sentiment d'omniscience invisible » chez les détenus. (Wikipedia, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Panoptique>, 20, mai, 2009).

pourquoi ils communiquent beaucoup ensemble (Notes, *SSPI*, 27.11.08).

Notons une ressemblance avec le Bloc d'Urgence (BOU) puisque les aides-soignants vont souvent prêter main forte à leurs collègues des autres blocs.

Le matin, le bip est très peu utilisé car les aides-soignants n'ont pas encore besoin d'être appelés dans les autres services. Par contre, celui-ci est bien plus utilisé l'après-midi. (Notes, *SSPI*, 27.11.08)

En définitive, ces constatations permettent d'affirmer que d'un bloc à l'autre l'organisation du travail est globalement peu variable. Les blocs dans lesquels les aides-soignants ont plus de proximité avec le patient nécessitent une plus forte collaboration avec les infirmiers et vice-versa. A cela s'ajoutent des différences au niveau de la zone d'autonomie des aides-soignants. On observe que dans certains blocs comme le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), il est plus aisé de se préserver des marges de manœuvres. Pour ce faire, les aides-soignants mettent en place des stratégies de collaboration entre eux. Enfin, les exemples de glissement de tâche démontrent l'incertitude par rapport au travail à accomplir. Ces inconnues sont encore une fois comblées par des stratégies adoptées par les aides-soignants les obligeant parfois à contourner les consignes officielles.

6.3 La coordination avec les autres ?

D'après les exemples précédents, on constate combien la coordination entre aides-soignants et les autres corps de métier est importante. Au quotidien, la collaboration avec le corps infirmier est incontournable. Cependant, elle varie d'intensité d'un bloc à l'autre. A travers quelques exemples de coordination fructueuse ou/et problématique caractérisant les relations entre les aides-soignants et les autres professions, nous détaillons les enjeux de cette coordination.

6.3.1 Avec les infirmiers

La manière de se coordonner entre aides-soignants et infirmiers peut provoquer quelques tensions. Par le biais du bip, les infirmiers font appel aux aides-soignants plusieurs fois par jour. Mais il arrive aussi que l'infirmier interpelle l'aide-soignant en criant dans les couloirs.

[Mélanie (infirmier) :] En gynéco, le téléphone est dans le couloir, il n'y en a pas dans les salles, alors je les appelle directement, je crie dans le couloir (Entretien, *POM*, 30.03.09).

[Suzanna (infirmier) :] En général, j'utilise le bip pour contacter les aides-soignants. Moi j'ai horreur de crier après elles mais je sais que comme on est dans un petit bloc, certains le font. (Entretien, *BOCHA*, 30.03.09).

Dans le couloir, une infirmière demande à Louise de lui ramener une sonde. Elle le lui demande depuis une vingtaine de mètres et hausse ainsi la voix pour se faire entendre. Toutes les personnes dans le couloir entendent ainsi que ceux dans les salles ouvertes. (Notes, *ONO*, 16.01.09)

Les problèmes d'organisation et de coordination entre aides-soignants et infirmiers proviennent souvent d'une différence de point de vue sur la priorité des tâches à accomplir. Par exemple, les infirmiers se préoccupent des drogues (médicaments) et sont plus poches des patients. Ils prodiguent des soins et sont responsables de la gestion et de l'utilisation des médicaments, par conséquent ils en font une priorité. En revanche, les aides-soignants se préoccupent du maintien de l'hygiène et de la gestion du matériel.

Il y a « toujours quelques accros » qui font partie de notre collaboration. Ces problèmes sont essentiellement dus à des visions différentes des priorités. En effet, les aides-soignantes n'ont « pas

le même sens des priorités » que nous. Elles privilégient les tâches de décontamination des postes de travail plutôt que de venir nous aider par exemple, lorsqu'un patient est agité. (Entretien, Suzanna, infirmier, *BOCHA*, 30.03.09)

Louise a eu un problème il y a quelques jours avec un manque de matériel dont du curare. Un infirmier dit qu'il fallait résoudre ce problème en priorité. Louise lui répond que la priorité d'une aide est différente. L'infirmier demande alors ce que faisait Patricia [une autre aide-soignante]. Louise ne sait pas mais ajoute qu'elle devait sûrement être occupée. (Notes, *ONO*, 16.01.09)

La coopération entre aides-soignants et infirmiers dépend aussi de la volonté de chacun. Dans certains cas, on observe des gestes spontanés soutenant l'idée selon laquelle l'un à besoin de l'autre pour le bon fonctionnement du bloc. Le métier d'aide-soignant implique de la complémentarité avec le métier des infirmières. On observe souvent ces situations dans les salles de réveil.

[Marguerite (aide-soignant) :] On reste un peu là (salle de réveil) pour veiller sur les patients si les infirmières s'en vont. (Notes, *BOCHA*, 20.11.08).

Tout à coup, un lit avec un patient arrive, Jessica aide spontanément les infirmières. (Notes, *BOCHA*, 20.11.08)

Se coordonner ou servir ?

Les infirmiers ou les médecins formulent des demandes pas toujours liées au matériel d'anesthésie. Du scotch, des ciseaux ou une rallonge sont parfois demandés aux aides-soignants sans que la personne ne prenne le temps de chercher. L'aide-soignant se sentant réduit à un simple assistant, ces demandes peuvent être génératrices de tensions.

On la bipe car un médecin a besoin d'une paire de ciseau. Sophie qui est arrivée se moque du médecin qui a appelé pour une paire de ciseau « Oh, les pauvres ! Ils ne peuvent pas ouvrir leurs sachets ! (rire) ». (Notes, *BOU*, 25.11.08)

Quand elle revient, elle m'explique que c'était une infirmière, et qu'elle avait besoin de quelque chose. D'après Marguerite, elle savait très bien où se trouvait le matériel, et que normalement elle devrait venir le chercher elle-même au local. « C'est tout le temps comme ça ! » s'exclame-t-elle « L'aide est là, je vais appeler l'aide ! » (Notes, *BOCHA*, 10.12.08)

Coordination ou délégation ?

Fréquemment, l'infirmier ou le médecin demande une participation active de l'aide-soignant. Il lui demande de remplir une tâche qui l'oblige à sortir de son rôle habituel. Bien que le responsable reste celui qui délègue, l'aide-soignant peut se trouver dans des situations délicates qui augmentent encore un peu plus le flou sur la frontière entre son travail et celui des autres.

Une infirmière sort du bloc et tend à l'aide-soignant une seringue de sang en lui demandant de faire une gazométrie. Elle va dans le labo pathologie placer la seringue dans une machine prévue à cet effet. Elle me dit qu'elle fait parfois ce genre d'examen sur la demande de quelqu'un. (Notes, *OPERA*, 23.12.08)

Une anesthésiste lui demande un médicament au passage « Tacyum ». Charlotte va en chercher au Bou. Normalement ce sont les infirmières qui s'en occupent mais le médecin en avait besoin urgentement donc Charlotte accepte de s'en charger, après lui avoir dit que normalement c'est le boulot des infirmières. Quand on revient, l'anesthésiste la remercie bien « Merci beaucoup, c'est très sympa » (Notes, *OPERA*, 20.11.08).

Précisons que ces glissements de tâche se font aussi du côté des infirmiers. En effet, il arrive qu'ils fassent le travail des aides-soignants. D'après eux, l'entraide entre ces corps

de métier devrait être généralisée. Malheureusement, les discussions à ce sujet dans les colloques avec les infirmiers n'ont pas permis de réamorcer ce mouvement.

Patricia me dit qu'il s'agissait bien d'une tâche de la responsabilité des infirmières, mais que « ça se fait de moins en moins ». [Patricia (aide-soignant):] « On fait des colloques mais chacun reste de son côté. Il y a des cas bien plus graves, mais ça ne se dit pas face à face. ». (Notes, ONO, 18.11.08).

6.3.2 Avec les médecins

La coordination avec les médecins est peu fréquente. Il s'agit généralement de leur procurer du matériel ou des drogues. Notons que le mode de communication est exclusivement oral, ici encore, crier pour appeler un aide-soignant est coutumier.

Je crie (rire) ! Enfin ça peut être aussi le bip. Mais bon. Comme elles sont dans le bloc, je peux les appeler directement et elles sont vite là. (Entretien, Virginie, Médecin, *PEDIATRIE*, 01.04.09)

A nouveau, on constate que certaines demandes n'entrent pas dans les habitudes de travail des aides-soignants. Néanmoins, la plupart du temps, et s'ils jugent la demande recevable, les aides-soignants mobilisent leurs ressources pour satisfaire les besoins des médecins. Par exemple, une demande de drogue peut impliquer une coordination relativement importante du côté des aides-soignants.

Un médecin demande à Marguerite un médicament car il n'y en a plus dans le service. Elle regarde si elle peut en trouver dans un autre bloc, ce qui lui demande du temps et de multiples coups de téléphone. Finalement, elle trouve le médicament au BOCHA. Trois minutes plus tard, elle le reçoit par le système pneumatique. (Notes, ONO, 28.11.08)

Les médecins n'ont pas toujours conscience du travail en amont qu'implique la gestion du matériel. Par exemple, il arrive qu'ils viennent prendre du matériel dans une salle alors que l'aide-soignant a déjà fermé la salle. Ce comportement génère de l'incompréhension du côté des aides ; tandis que du côté des médecins, il est complètement légitimé par l'urgence du besoin.

6.3.3 Avec les IRUS

Les problématiques autour de la collaboration interprofessionnelle sont abordées lors des colloques de secteur. Selon un IRUS, ces temps de réflexion permettent de résoudre certains conflits.

J'attache beaucoup d'importance au colloque de secteur. Je le fais dans le bloc comme ça les gens viennent plus. Ça permet de faire avancer les problématiques des personnes et de faire avancer les dossiers, résoudre les problèmes. Il y a parfois beaucoup de choses qui ressortent de ces colloques de secteur par rapport à ceux d'unité (...) J'essaie aussi de faire des colloques où je fais venir un ou deux docteurs, mais c'est difficile, je n'ai réussi cela que deux ou trois fois en 2 ans et demi. Ça permet aux gens de se dire directement les choses et aux médecins d'être confrontés aux problématiques des aides-soignants. (Entretien, Jules, IRUS, 03.03.09).

Une fois par mois, les aides-soignants participent à un colloque d'unité. Ils ne peuvent tous être présents mais ceux qui y vont doivent se coordonner avec les infirmiers afin de ne pas trop perturber le travail. Aides-soignants et IRUS se retrouvent pour discuter de l'organisation du travail. Par exemple, l'introduction d'une nouvelle machine ou d'un nouveau matériel jetable entraîne de nouvelles consignes qu'il convient de discuter. La coordination au niveau du planning (disponibilités, vacances) est également un sujet abordé lors de ces réunions.

Les directives des IRUS pour coordonner le travail des aides-soignants peuvent être données par téléphone. On constate que cette manière de procéder n'est pas toujours bien accueillie par les aides-soignants :

[Louise (aide-soignant):] « Parfois les IRUS profitent de nous avoir au téléphone pour nous donner des consignes qu'ils avaient oubliées de dire, sur comment faire telle ou telle chose. Mais cela ne marche pas comme ça. (Notes, ONO, 06.02.09)

Conscients de ceci, les IRUS privilégient le contact direct avec les aides-soignants.

L'IRUS, tu peux le biper ou attendre qu'il passe. Quand tu le vois, il est déjà au courant par téléphone arabe. (Entretien, Patricia, aide-soignant, ONO, 02.04.09)

Donc le moyen principal que nous utilisons pour animer cette équipe est la communication par l'oral. Il faut privilégier la relation physique avec elles. Les toucher et leur parler. Je sais qu'elles n'utilisent pas les emails, elles sont très mauvaises à l'écrit alors j'utilise cette voie que pour des choses simples à lire comme le planning qui ne nécessite pas de réponse. Si je n'ai pas le temps d'aller les voir, je leur téléphone. (Entretien, Dominique, IRUS, 30.03.09)

6.4 Les outils de la coordination

Les moyens dont disposent les aides-soignants pour se coordonner sont nombreux. Précédemment, nous avons remarqué une tendance des aides-soignants à s'organiser de manière informelle. Voyons maintenant en détail quels sont les moyens de coordination dont ils disposent et si l'usage qu'ils en font abonde dans ce sens.

Pour atteindre un aide-soignant dans son bloc, le Bip est un moyen régulièrement utilisé. Les infirmiers et les médecins l'utilisent souvent, surtout dans un grand bloc comme dans le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA). D'ailleurs, dans ce bloc, on constate que le numéro de bip des aides-soignants est positionné en bonne place, au dessus du téléphone dans le sas (voir photo ci-dessous).



Cependant, le bip n'est pas seulement un moyen de coordination avec les infirmiers. En effet, les aides-soignants l'utilisent pour se consulter au sujet de l'organisation du planning. On rappelle qu'il existe un cahier des désirs et un planning horaire affiché permettant aux aides-soignants d'inscrire leurs préférences au début du mois. Même si ces outils sont connus et utilisés, les arrangements oraux sont privilégiés. Particulièrement bien informés sur les horaires de leurs collègues, les aides-soignants s'appellent régulièrement pour se renseigner des éventuels changements horaires ou pour faire des demandes de remplacement. Finalement, la demande officielle est effectuée auprès de l'IRUS, responsable du service, qui donnera son autorisation.

L'IRUS regarde en priorité quelqu'un de la même tranche horaire. Si on peut, on lui dit oui, si on ne peut pas, on regarde ensemble, avec tous les autres aides-soignants. Souvent, c'est nous qui regardons ensemble pour les changements. (Entretien, Jessica, aide-soignant, OPERA, 25.03.09)

Une boîte email personnelle est attribuée à chacun, elle semble être exclusivement utilisée pour la communication entre aides-soignants et IRUS. Les confirmations pour les changements de planning se font notamment par ce biais. On constate donc que l'utilisation de l'email est loin d'être populaire chez les aides-soignants. Dans le cas d'une commande ou d'une recherche de matériel particulière, le bip reste le moyen de communication principal.

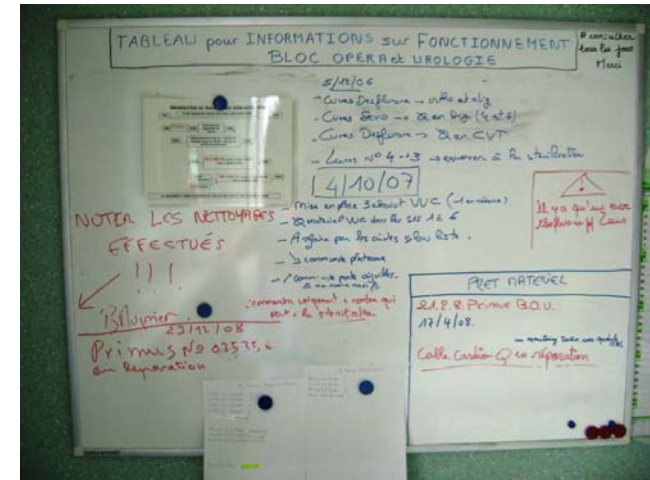
Justine demande à Eliane si elle a vu son mail au sujet du magasin. Eliane lui répond qu'elle ne lit jamais ses mails. Justine lui répond qu'elle en était sûre. (Notes, SSPI, 15.12.08)

Globalement, la majeure partie des aides-soignants sont réticents à l'utilisation de l'informatique. Par exemple, certains d'entre eux évitent de faire la commande du matériel ou préfèrent la laisser aux collègues plus à l'aise. D'autres préfèrent utiliser les formulaires de commande qu'ils envoient par le moyen de la fusée pneumatique.

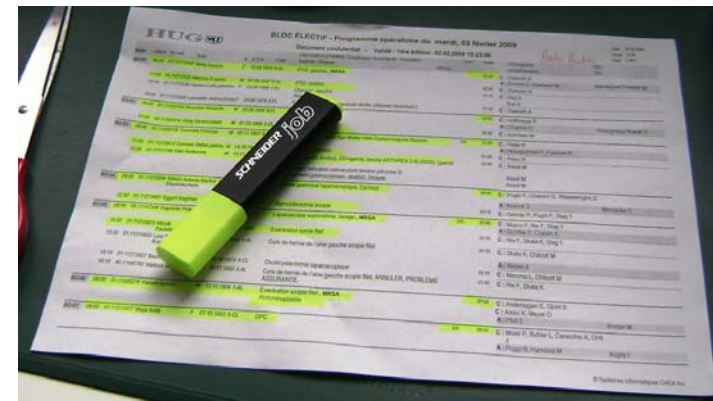
Enfin, au moins une fois par jour, l'aide-soignant utilise le bip pour contacter ses collègues pour organiser la pause. Ces arrangements se décident aussi lors des rencontres dans les couloirs mais pour les personnes plus isolées, le bip reste le meilleur moyen de se tenir au courant des activités du reste du groupe.

Jessica arrive dans l'aquarium et téléphone à quelqu'un pour coordonner un repas de midi avec ses collègues. (Notes, SSPI, 10.12.09)

Nous avons vu que la communication avec les IRUS se fait régulièrement avec le reste du groupe. Même si l'oral est le meilleur moyen de se faire entendre auprès des aides-soignants, les IRUS ont aussi choisi de communiquer des messages et des consignes à l'aide de panneaux accrochés sur les murs. D'une part, on constate que les informations laissées sur ces panneaux sont rarement mises à jour. D'autre part, nos observations montrent que les aides-soignants ne consultent pas ce tableau et n'écrivent jamais dessus.



A présent, regardons plus en détail le planning opératoire, outil de coordination par excellence, utilisé par les aides-soignants tout au long de la journée. Généralement, ils trouvent le planning dans le bureau des infirmiers. Ces informations vitales vont déterminer l'organisation du travail et la demande de matériel. Tous les aides-soignants n'en possèdent pas un exemplaire, surtout lorsqu'ils travaillent à plusieurs, ils comptent sur les collègues ou les infirmiers pour les renseigner sur le planning. En général, les aides-soignants le rangent dans leur poche. Pour se repérer, ils n'hésitent pas à surligner ou à entourer des informations à propos du temps, du matériel et des risques (MRSA, Tuberculose etc.)



Signalons encore qu'il n'existe pas de planning dans la Salle de Réveil. Le moyen principal permettant d'animer la coordination entre aides-soignants est le dossier patient. D'habitude, les aides-soignants le consultent lorsqu'ils prennent leur service.

Comme mentionné précédemment, le moment de la relève est représentatif de la coordination entre aides-soignants. A cet égard, nos observations ont relevé qu'il existait un cahier de transmission disponible dans les blocs et prévu à cet effet.



Ce support écrit, officiellement mis à disposition par les IRUS, est sensé permettre aux aides-soignants de se transmettre des informations essentielles. Entre autres, ils sont tenus de noter dans cet agenda les changements effectués sur les machines. Dans ce cas, on constate que ce moyen de coordination est sous-utilisé voire abandonné par la majorité du groupe.

Je lui demande comment elles savent ce qu'il reste à faire ou pas. Elle me répond qu'elles ont un cahier de transmission pour le week-end mais qu'en général la transmission se fait plutôt de manière orale. (Notes, *POM*, 21.11.08)

Je lui demande de m'expliquer à quoi ça sert le cahier intitulé « Cahier rose des aides-soignants ». Il est rangé sur une des surfaces au local, il est bien visible. Claire me dit que cela sert à la transmission des informations pendant les relèves. Elle me montre les pages. Elle me dit que cela ne sert à rien parce que c'est toujours les mêmes personnes qui écrivent dedans. Elle me montre les pages. En effet, c'est Claire qui a écrit la plupart des commentaires. (Notes, *SSPI*, 22.01.09)

Lors de nos observations, nous avons remarqué l'utilisation récurrente des bouts de papiers. Ce moyen de coordination est très populaire au sein des aides-soignants.

Si elle a peur d'oublier quelque chose, elle le note sur un bloc-notes qu'elle prend avec elle dans sa poche. (Notes, *POM*, 21.11.08)

Marie-Cécile prend un papier dans sa poche, elle le regarde et s'exclame : « Ah ! le module à la 2 ». Je reconnais l'écriture de Mélissa sur ce papier. (Notes, *OPERA*, 06.02.09)

Mélissa s'apprête à finir sa journée. Elle tend un bout de papier à Manon et lui dit : « Ca c'est pour toi ». Il s'agit de la liste du matériel qui manque dans certains sas. (Notes, *OPERA*, 06.02.09)

En définitive, on constate que la manière dont les aides-soignants utilisent les outils leur permettant de coordonner leur travail a tendance à les écarter de la voie officielle. Au contraire des techniques de travail claires et précises, gage de transparence, la négociation verbale et l'évitement de l'écrit profitent à un système autonome propre aux aides-soignants. Ainsi, le poids de la coordination formelle s'amointrit au profit d'une négociation informelle entre pairs.

Les aides-soignants ont un mode de transmission très oral et peu écrit. On a mis à disposition un cahier de transmission écrite mais elles ne l'utilisent que très rarement. Elles ne sont peut être pas

prêtes à l'utiliser. Elles vont scotcher un mot sur quelque chose alors que le cahier est à côté. Je ne sais pas ce qu'il représente pour elles. C'est comme si on transmet sans laisser de trace. (Entretien, Gisèle, 03.04.09)

L'abandon du cahier de transmission et les autres indices laissés par les outils de coordination confirme le désintérêt des aides-soignants pour la communication écrite. En outre, l'utilisation fréquente des bouts de papiers, essuie-mains ou post-it le démontre clairement. Ces supports éphémères laissent peu de trace et désengagent les aides-soignants dans la voie des méthodes de travail reconnus par les autres.

6.5 Une culture de l'oral qui prédomine

Les nombreux exemples de coordination entre aides-soignants et avec les autres démontrent à quel point le mode de communication oral est nettement privilégié. A tous les niveaux (relève, gestion du matériel, planification), la plupart des aides-soignants cultivent le mode de communication orale. De plus, les intentions de communication des autres corps de métier travaillant avec les aides-soignants vont dans le même sens. IRUS et infirmiers connaissent ce fonctionnement et s'adaptent en conséquence. De vive voix ou par le bouche à oreille, le personnel soignant est conscient que dans ce milieu « tout fini par se savoir ».

6.6 Limites de ce système

La spécificité de la coordination relative au groupe des aides-soignants comprend quelques limites qu'il convient de discuter. Leur manière de se coordonner comporte de nombreux points positifs satisfaisant les aides-soignants. Nous avons vu leurs capacités auto-organisatrices dans plusieurs domaines. Mais la contre partie réside dans la difficulté à afficher une méthode de travail claire face aux autres corps de métier, on pense notamment aux infirmiers. Il va de soi que des pratiques de travail acquises sont difficiles à changer, d'autant plus qu'elles définissent l'identité propre du groupe. Néanmoins, le règne persistant de la communication orale pose des questions essentielles : comment construire un groupe organisé, collectivement fort sans une organisation interne solide ? Les dilemmes des aides-soignants tiraillés entre autonomie et institutionnalisation commencent ainsi à être visibles. Ils feront l'objet des deux chapitres qui suivent.

Chapitre 7. Solidarité, conflits et représentations d'autrui

« Je reçois de l'aide de la part de ceux à qui j'en donne. Ça marche avec la réciprocité. Je fais de mon mieux pour qu'il ne reste pas de travail pour mes collègues qui me relèvent »
(Entretien, Milena, aide-soignant, POM, 08.04.09).

Les relations au travail entre les membres d'un groupe professionnel se construisent essentiellement autour des activités du quotidien. La nature des relations professionnelles entre les aides-soignants est en grande partie déterminée par les caractéristiques de leur travail. En outre, la solidité et la fragilité des liens entre les membres de ce groupe se forment aussi en rapport avec les types d'activités concernées. Ainsi, changer de lieu de travail, collaborer avec des personnes différentes et travailler à des horaires différents sont tous des facteurs qui conditionnent la forme et l'intensité du rapport entre collègues.

Dans le présent chapitre, nous allons discuter de la nature des relations entre les membres du groupe des aides-soignants. D'abord, nous allons esquisser les traits principaux des rapports professionnels et humains caractérisant ce groupe. Ensuite, nous allons nous plonger dans les dynamiques des rapports d'une part, entre aides-soignants et infirmiers anesthésistes et d'autre part, entre aides-soignants et IRUS. Enfin, notre analyse permettra de donner des pistes de réflexion permettant de saisir les logiques complexes qui régissent le monde relationnel des aides-soignants.

7.1 Relations au travail entre pairs

Avant de commencer l'analyse, précisons que les relations de travail entre aides-soignants s'établissent sur deux plans. Premièrement au niveau du groupe dans son ensemble. Et deuxièmement, au niveau des équipes d'aides-soignants dans les différents blocs opératoires.

Les personnes constituant le groupe travaillent dans des endroits différents (les sept blocs opératoires de l'hôpital et la Salle de Réveil). Pour des raisons différentes, elles sont amenées à changer avec une certaine régularité leurs horaires et leurs lieux de travail, collaborant ainsi avec différents collègues. Toutefois, malgré les disparités géographiques et les discontinuités dans les contacts entre collègues, les membres du groupe des aides-soignants restent très connectés entre eux par rapport au travail, et ceci de manière constante. Ainsi, les aides-soignants entrent souvent en contact pour résoudre des problèmes qui surgissent dans leur travail.

Par exemple, les collègues entre blocs s'appellent quand il s'agit de régler un problème de rupture de stock temporaire. Il arrive qu'un matériel manque dans un des sas du bloc, en particulier en début de semaine. Le magasin arrivant les jeudis, les aides-soignants doivent aller chercher le matériel manquant dans un autre bloc. Avant de se déplacer, ils se coordonnent avec leurs collègues du bloc le plus proche.

Mélissa demande à Sophie si elle veut bien aller lui chercher des raccords et des manchettes en poly-chirurgie (BOCHA). (Notes, OPERA, 23.01.09)

Louise appelle Claire pour qu'elle lui monte un patch. (Notes, ONO, 16.01.09)

Parfois, c'est difficile parce qu'on n'a plus un tel ou tel matériel en stock et on va le chercher ailleurs. On s'appelle entre nous d'abord pour voir si les collègues ont plus de ce matériel dans les autres blocs et on s'arrange pour aller le chercher. Sinon, on appelle Justine. On est obligé de trouver. (Entretien, Ariane, aide-soignant, POM, 02.04.09).

Ensuite, les aides-soignants travaillant dans des blocs différents entrent en contact entre eux pour demander de l'aide physique, plus spécialement les jours du magasin. Cette pratique a été notamment observée au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA): le jour du magasin, la règle implicite est que l'aide-soignant travaillant au Bloc d'Urgence (BOU) vienne aider à réceptionner le matériel au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA).

On ramène le chariot dans le couloir à l'entrée du bloc (à côté des vestiaires). Ensuite, Charlotte se joint à nous. Marguerite lui dit qu'elle va au bloc. Elle dit aussi à Charlotte que Sophie avait appelé pour leur proposer son aide pour le magasin. (Notes, OPERA, 04.11.2008)

Sophie vient. Elle commence à ouvrir les cartons sans attendre Charlotte. (Notes, OPERA, 04.11.2008)

En cas de remplacement dans un bloc peu familier, il arrive qu'un aide-soignant appelle un de ses collègues pour lui demander des informations sur l'emplacement du matériel ou pour avoir d'autres informations spécifiques au bloc.

Elle téléphone ensuite à Eliane et lui communique que les emplacements pour chaque type de fournitures a changé dans le « garage ». Elle lui dit aussi qu'elle doit lui expliquer les changements. (Notes, BOU, 06.02.09)

Toutes ces occasions de contact entre les aides-soignants des différents blocs se font en rapport avec le travail. Dans la majorité des cas observés, ils se montrent très coopératifs et réagissent très vite en cas de demande de collaboration de la part de leurs collègues. D'après ce que nous avons observé, ceci vaut aussi dans les cas où deux aides ne s'entendent pas bien entre eux.

Une première caractéristique du groupe des aides-soignants est, donc, la solidarité professionnelle interne au groupe.

Une deuxième réside dans la capacité de ses membres à s'auto-organiser. Les pratiques d'échanges d'horaires sont illustratives à ce titre. Malgré le fait que ce sont les IRUS qui décident formellement de l'attribution des horaires en cas d'absence, ce sont les aides-soignants qui s'organisent entre eux pour trouver un remplaçant. Ce n'est qu'après une négociation entre eux qu'ils annoncent à l'IRUS le nom de la personne apte à remplacer le collègue. Ensuite, l'IRUS décide de donner ou pas son autorisation formelle.

Ce jour-là, les conversations tournent autour des horaires. Apparemment, il y a quelqu'un qui est absent. Il faut qu'elles s'arrangent. Sophie parle au téléphone pour faire l'horaire de la personne absente. Elle cherche une autre collègue pour lui dire, que c'est bon, que la collègue ne doit pas venir elle. (Notes, SSP1, 16.01.09)

Ainsi, les aides-soignants se contactent et s'entraident mutuellement dans la plupart des cas où il s'agit d'un problème qui peut arriver à chacun d'entre eux. Dans ce cas, le groupe réagit rapidement. Le réseau est mobilisé et le problème est résolu relativement vite.

Plusieurs explications peuvent éclairer cette solidarité réactive. La première est que les aides-soignants ont déjà vécu des situations de ce type. Ils agissent par empathie avec le collègue qui se trouve dans une difficulté connue. Une deuxième motivation est liée à la

crainte de se retrouver, un jour, dans une situation semblable. Dans le cas de celle-ci, se « débrouiller seul » ne serait pas possible.

A ces explications, s'ajoute l'influence d'un autre facteur lié aux normes implicites du groupe des aides-soignants en anesthésie. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le type de travail réalisé par les aides-soignants demande une coordination continue entre collègues. La règle implicite est de faire en sorte que son travail soit complémentaire avec celui de l'autre. Il faut préparer le « terrain » pour le collègue qui viendra travailler successivement. Ne pas adhérer à cette norme de collaboration, refuser de l'aide, ne pas participer au « marché des échanges d'horaires » au même titre que les autres ou ne pas se montrer sensible par rapport à la demande d'un collègue peut provoquer des sanctions de la part du groupe. Les personnes qui ne suivent pas la règle de la collaboration sont marginalisées par le reste de leurs collègues.

Pour terminer, les relations de travail au niveau du groupe se structurent par un méta-principe organisateur : la réciprocité. L'entraide se résume dans le « donnant-donnant » : le service rendu aujourd'hui sera un service à demander à un autre moment, spécialement en ce qui concerne les échanges d'horaires de travail. Nous y reviendrons plus en détail dans le chapitre 8. Notons toutefois ici que le système de réciprocité des services rendus permet aux membres du groupe des aides-soignants de rester connectés entre eux. Le principe du « donnant-donnant » encourage une relation de forte interdépendance.

7.2 Une solidarité contingente

Malgré l'instauration d'une solidarité se développant en relation avec les problèmes qui surgissent au cours des activités professionnelles, on constate que celle-ci ne dépasse que rarement les situations concrètes de travail.

Dans les conversations que nous avons eues avec certains aides-soignants, ceux-ci nous ont parlé de moments où il fallait formuler et revendiquer des demandes collectives du groupe. Se réunir et se mettre d'accord sur l'existence d'un problème commun est une affaire délicate, générant parfois amertume et frustration. Il semble que le même scénario se reproduise souvent. D'abord, les membres du groupe mettent du temps pour se réunir et se mettre formellement d'accord sur les problèmes à exposer lors des réunions avec les supérieurs. Ensuite, une personne est choisie pour représenter le groupe et communiquer ses revendications. Enfin lors des colloques, au moment où le groupe pourrait confirmer ouvertement et communément les propos tenus, certains membres du groupe ne se prononcent pas.

Louise me dit que pendant les réunions tout le monde se taisait. Il y a des années, ses collègues lui avaient demandé de les représenter pendant quelque réunion (elle parlait bien français d'après les autres et pouvait bien s'exprimer...). Louise était d'accord. Elle a dit pendant la réunion ce dont ils avaient discuté. Les autres sont restés « muets ». Les chefs avaient demandé si c'était le cas des autres, et la plupart avaient dit non. Depuis, elle a laissé tomber. (Notes, *ONO*, 30.01.09)

Le groupe arrive donc tout juste à formuler et exprimer ouvertement les problèmes qui les concernent en tant que collectif. Puis, au moment où certains membres se sentent exposés, ils hésitent et fragilisent le fondement commun de leurs revendications. A ce moment, les liens de solidarité se détruisent soudainement et le collectif se disperse. La dimension sociale ne disparaît pas mais l'aspect individuel des membres du groupe prend le dessus.

[Patricia (aide-soignant):] « On n'a pas un bon esprit d'équipe. C'est peut-être notre tort, on ne s'organise pas pour dire les choses. Il y a des colloques, ils veulent qu'on ait de l'initiative, mais

finalement on ne prend pas en compte ce qu'on dit. Ça ne change pas. Il n'y a rien qui bouge. » (Notes, *ONO*, 20.11.08)

Patricia me dit que pendant les réunions, ils discutent des problèmes liés au ménage mais pas des « vrais » problèmes des aides. « On ne se soutient pas. Il y a des problèmes de jalousie. Qui est la chouchou des chefs... Je veux bien prendre l'initiative mais je vais rester seule » (Notes, *ONO*, 27.01.09)

Par ailleurs, les problèmes revendiqués par des collègues sont perçus par certains aides-soignants comme les problèmes des « autres ». Camille et Charlotte, par exemple, nous ont confié que, d'après eux, les colloques n'étaient pas très utiles et que c'était toujours les mêmes personnes qui se plaignent. (Notes, *SSPI*, 15.01.09 ; Notes, *Opéra*, 4.12.08).

Il n'y aurait donc pas, chez les membres du groupe des aides-soignants en anesthésie, une conscience de groupe forte. La fragilité des liens de solidarité peut être renvoyée à plusieurs causes dont deux semblent être les plus probables (nous y reviendrons plus en détails dans le chapitre 9).

En premier lieu, il existe une discontinuité dans la fréquence et la durée des rapports entre les individus du groupe. La mobilité au travail entre les blocs ou les absences font que les aides-soignants changent souvent de partenaire de travail. Il est difficile dans ces conditions de créer des rapports stables et continus dans le temps.

Ensuite, le groupe des aides-soignants en anesthésie est formé par des personnes qui ont l'habitude de se comporter ou de se percevoir mutuellement en tant qu'égaux. Comme mentionné précédemment, il arrive qu'un aide-soignant prenne la parole au nom des autres. Dans ces situations, les membres du groupe rencontrent des difficultés à percevoir un collègue en tant que leader informel temporaire pendant sa prise de parole. Ils continuent à voir celui-ci en tant qu'égal hiérarchique. Les membres du groupe ne se placent donc pas dans un rapport momentané de soutien et de délégation de parole.

7.3 Construction des liens

Dans les précédentes parties du chapitre nous avons exposé quelques-unes des caractéristiques principales des relations formelles au travail des aides-soignants. Mais à côté des relations de travail entre collègues, il y a les relations humaines entre individus. Dans les paragraphes qui suivent, nous allons nous intéresser aux liens informels entre les membres du groupe des aides-soignants à travers l'analyse des pratiques « hors travail » du groupe dans les blocs.

D'une manière globale, nous avons constaté de très bonnes relations informelles entre les aides-soignants. Les moments de détente dans les salles de pause ou dans les locaux de décontamination, les jeux et les blagues ou encore le partage de nourriture, sont des pratiques qui accompagnent le travail. Elles participent à la construction de liens entre les aides-soignants et au développement d'une culture de groupe.

7.3.1 Les jeux

Ce que nous avons appelé des jeux sont les blagues et les plaisanteries entre aides-soignants ou entre aides-soignants et autres corps de métier. Parfois orales, parfois liées à une action physique, elles sont un élément fréquent des rapports au travail. Ces « jeux » qui accompagnent les activités quotidiennes du personnel soignant remplissent des fonctions sociales importantes.

Plaisanter entre collègues, c'est détendre l'atmosphère, parfois lourde, au travail. Dans les blocs opératoires, il y a des moments tendus liés à l'enchaînement rapide des opérations ou à des frictions verbales entre corps de métier. Dans une certaine mesure, les blocs opératoires sont des espaces où ce qui se passe peut être observé et ce qui se dit peut être entendu par l'équipe de soin. Cela est dû à la concentration de personnel dans un périmètre restreint et à la « perméabilité » des différents lieux au sein du bloc. Le couloir central met en contact le personnel avec des portes entrouvertes, le passage de collègues et des conversations à distance. De même, ces trois situations sont toujours susceptibles d'être observées. Le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) fait un peu exception par son étendue et par le cloisonnement plus fort de ses sous-parties.

Dès qu'un groupe professionnel est surchargé au travail et que les personnes se sentent fatiguées ou stressées, la tension peut être vite ressentie par tous. Les blagues et les jeux entre collègues servent de soupape dans des moments difficiles en créant un espace de communication autre que celui des conversations liées au travail. C'est un espace relationnel dans lequel les rapports hiérarchiques s'atténuent.

Laure (médecin) n'arrête pas de frapper Eliane avec ses gants. (Notes, *SSPI*, 19.12.08)

Nous sommes dans l'aquarium. L'infirmière pique les pinces qui sont dans les cheveux de Cindy. Elle les met dans ses cheveux et lui demande où elle les a achetées. (Notes, *SSPI*, 19.12.08)

Nous allons ensuite dans la salle de pause et, surprise, nous arrivons en pleine séance de maquillage. Comme le personnel va danser en boîte ce soir, des infirmières sont en train de maquiller une de leurs collègues. Cette scène est fabuleuse car il y a au moins 5 à 6 femmes qui sont attoupées dans l'entrée de la petite salle de pause. L'une d'entre elles tient le fard à paupières pendant qu'une autre lui conseille la couleur à mettre sur les lèvres. Toutes les femmes commentent la scène et on rigole beaucoup. L'ambiance est, à ce moment, très détendue. D'un coup, un infirmier arrive et demande à Claire de venir l'aider avec un patient. Il a l'air plus stressé que les femmes dans la salle de pause, qui sont prises par une activité qui semble les intéresser plus que le reste. Claire met du temps à venir le rejoindre. Les autres femmes finissent de maquiller la première et de la conseiller pour sa coiffure de ce soir avant que tout le monde ne retourne au travail. (Notes, *SSPI*, 28.11.08)

Pour les aides-soignants, plaisanter entre collègues permet de varier le côté monotone et répétitif de certaines tâches. Décontaminer, remplir les sas, assister les infirmiers, c'est le cycle de travail quotidien des aides-soignants. Les blagues et les rigolades, dans les couloirs ou dans les sas des blocs, permettent au travail de passer plus vite. Les jeux participent ainsi au processus de création du sens des rapports au travail.

A chaque fois, Claude joue la surprise quand au nombre de produit commandé. Ça fait beaucoup rire Marguerite. (Notes, *BOCHA*, 12.01.09)

Entre Claude et Marguerite, le jeu des questions-réponses continue. Bien que Claude soit très demandeur, Marguerite prend le temps de répondre. (Notes, *BOCHA*, 12.01.09)

Et puis, il y a les jeux et les blagues dont la fonction est de créer une espace protégé face à la douleur et à la souffrance que les aides-soignants et les autres corps de métier vivent, directement ou indirectement, dans leur travail.

Angela m'explique que face à la souffrance des autres, le travail des aides-soignants est banal. Elle me dit que pour enlever l'émotionnel, il faut se protéger, faire des gags car le travail est émotionnellement très fort. (Notes, *POM*, 21.11.08)

C'est dans les moments où la tension liée à la souffrance vécue est la plus palpable que nous avons le plus observé de jeux et de blagues entre collègues de bloc. Cela ne se produit pas forcément sur le moment, mais un peu plus tard.

Camille va chercher un patient qui vient du bloc dans une salle intermédiaire. Il y a deux transporteurs et une infirmière anesthésiste du bloc. Il transfère le patient sur un lit de la salle de réveil. Ce monsieur s'appelle « Hussein ». Aide-soignant et transporteurs plaisantent dans la salle autour du patient. « Ah, c'est Saddam lui ! ». Ils rigolent autour de cette plaisanterie. (Notes, *SSPI*, 02.12.08)

Une femme médecin anesthésiste du bloc est entrée pour accompagner un patient. Elle va ensuite vers un infirmier anesthésiste et le taquine. Elle commence à se diriger vers la sortie. L'infirmier lui court après avec un verre d'eau et le lui jette dessus. Le sol est trempé, elle aussi. Ils rigolent. (Notes, *SSPI*, 26.01.09)

Ces jeux et blagues agissent en créant une espèce de « bulle d'isolement émotionnel » face à l'omniprésence de la douleur. Les professionnels des blocs ne peuvent pas se permettre d'être sensibles au point de perdre leurs repères émotionnels dans les moments où « il faut être là et agir pour le patient ». C'est aussi une question de rôle qui impose des modèles de comportement dont celui de ne pas se laisser déstabiliser dans des moments de « crise ». Il faut s'oublier et gérer la situation en mobilisant toutes ses capacités.

Le corps des malades est alors davantage perçu comme un objet. Il s'agit, là encore, d'un mécanisme cognitif qui permet aux professionnels de se distancier de la douleur, parfois même au point de ne plus entendre ou voir les signes évidents de celle-ci.

A un moment, des infirmiers commencent à plaisanter très bruyamment juste à côté de ce patient qui continue à gémir et à appeler sans effet. (Notes, *SSPI*, 2.12.08)

Alors que certains patients souffrent, sont un peu perdus parfois et très fatigués sans doute, les professionnels ne font pas attention au volume de leurs voix. Ils parlent fort, courent dans le sas (un médecin et un infirmier font une bataille avec des marqueurs pour s'amuser : ils rient très fort en essayant de faire un trait de marqueur sur la joue de l'autre). (Notes, *SSPI*, 2.12.08)

Nous avons noté que les aides-soignants sont moins pris dans ce type de jeu. Ils peuvent faire des blagues, mais dans leurs actions ils n'entrent pas dans l'intimité des patients. C'est comme si cette zone de « jeux entre collègues » n'était réservée qu'aux infirmiers. Et paradoxalement, les aides-soignants qui n'ont que peu de contact avec les patients, se montrent souvent plus sensibles et plus réceptifs à la douleur. A l'exemple du cas décrit dans les lignes qui suivent, les aides-soignants sont souvent dans l'empathie et la compréhension envers les patients.

Nous repartons pour le sas n°4. Une patiente est endormie. Les transporteurs essayent de la mettre sur le côté mais la patiente est obèse, c'est pourquoi ils ont un peu de mal à le faire. Une des personnes dans la salle rigole à cause de la graisse de la patiente qui déborde sur le côté. Cette même personne bouge le ventre de la patiente et rigole encore plus. Claire ne reste pas de marbre face à cela et lui dit que si elle était à la place de la patiente et qu'elle savait qu'on lui fait ça, elle porterait plainte. L'échange en reste là et la patiente rentre en salle d'opération. (Notes, *BOU*, 30.12.08)

7.3.2 La détente

Les moments de détente sont tous ces moments pendant lesquels le travail est interrompu et pendant lesquels les aides-soignants d'un bloc se retrouvent entre elles pour reprendre, le temps d'un café ou d'une courte conversation, leur souffle durant les longues journées de travail. Ces moments de détente peuvent être, selon le bloc ou la quantité du travail, organisés ou improvisés.

Dans le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), faire la pause avec ses collègues est une véritable coutume. Dans ce bloc, les opérations s'enchaînent les unes après les autres et les aides-soignants doivent faire face un effort physique considérable. Vu la taille du bloc

et l'organisation spatiale de celui-ci, les longs déplacements sont fréquents. Pour faire une pause, les aides-soignants s'organisent entre eux. Le planning est vite consulté pour connaître l'état des opérations en cours. Un des collègues reste au bloc pour s'occuper des « salles terminées » et les deux autres vont à la salle de pause. C'est une règle implicite de biper le collègue affecté au bloc d'urgence pour lui demander s'il peut passer. Cela fait partie de ce petit rituel : les moments de détente du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) sont des moments où les collègues se réunissent.

Les pauses au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) sont des moments de partage et de gestes attentionnés à l'égard des collègues. Faire la pause ensemble, c'est l'occasion d'offrir à son collègue un petit café et de partager des histoires de sa vie « hors travail ». On évacue les émotions négatives accumulées au travail suite à de petits accrochages avec des infirmiers ou à des soucis liés à la localisation d'un matériel qu'on leur a demandé. Les collègues écoutent et donnent des conseils. Ces moments de pause jouent un rôle essentiel pour le maintien de l'esprit de groupe dans ce bloc en particulier. Pour accomplir l'ensemble des tâches, il faut travailler en équipe. Il faut savoir ajuster son travail à celui des autres. Il faut être dans la complémentarité.

Puis à 14h55, elles commencent à parler d'une pause. Sophie m'explique qu'à 15h, quand elles ont le temps, elles vont boire un verre avec « les filles ». Elle me dit : « C'est le seul moment qu'on a pour être toutes ensemble. Sophie : « L'ambiance au travail, c'est important ». (Notes, OPERA, 18.11.08)

Dans les autres blocs, les pauses sont des moments de construction de liens avec les collègues d'autres corps de métier. Au Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO) ou à la Maternité, les aides-soignants se retrouvent dans les salles de pause avec les médecins et les infirmiers. C'est une occasion de se connaître dans un autre contexte, de discuter du travail, souvent en rigolant, et d'extérioriser le vécu des uns et des autres par rapport à des situations difficiles au travail. Dans les salles de pause de ces blocs, les barrières relationnelles hiérarchiques tombent, ne serait-ce que pour un petit moment. Les infirmiers, les médecins et les aides-soignants ont l'occasion de se voir en tant que personnes, avec leurs doutes et avec leurs craintes.

Dans la Salle de Réveil, le moment de détente est moins organisé et plus improvisé en fonction du rythme de travail. Les aides-soignants se retrouvent souvent dans l'aquarium en attendant qu'un poste se libère pour aller le décontaminer.

Nous refaisons une pause dans l'aquarium. Parfois, quand tout le monde fait la pause dans l'aquarium, nous sommes tous assis sur le bord des tables. Les gens discutent et se mettent par « groupe ». Il ne me semble pas que les gens se mettent toujours avec les mêmes personnes. C'est comme s'ils faisaient des tournus de discussions (Notes, SSPI, 11.12.08).

Dans cette salle, où l'ouverture de l'espace du travail et la visibilité extrême imposent un contrôle des gestes et des mouvements, se détendre rime aussi avec une libération des corps. Dans l'aquarium, les aides-soignants s'assoient parfois sur les tables et dans la salle de pause, il arrive souvent qu'ils s'allongent pour lire le journal sur le canapé. Dans cette salle plus qu'ailleurs, se détendre c'est aussi relâcher son corps, discipliné à l'extrême dans un lieu où chaque petit geste peut être contrôlé par le regard des autres.



Salle de pause secteur ONO

Salle de pause secteur OPERA

7.3.3 Partage de nourriture festif

Le partage de nourriture à l'occasion d'une fête mérite une attention particulière pour deux raisons principales. Premièrement, les fêtes sont des moments pendant lesquels le groupe des aides-soignants se réunit ; la pratique de partage de nourriture, est dans cette optique là, un moyen de resserrer les liens entre les membres au niveau du groupe entier. Deuxièmement, cette pratique contribue à ce que le groupe se construise une identité propre, notamment en se démarquant des autres par des échanges de nourritures exclusifs aux membres du groupe.

Nous avons observé des pratiques festives de partage de nourriture à l'occasion des fêtes de Noël et du Nouvel An. Les fêtes de fin d'année ont une symbolique particulière : elles marquent la fin d'une année de travail, elles portent le symbole d'un nouveau début tant au niveau du travail qu'au niveau des relations interpersonnelles. C'est peut-être aussi pour cette raison que, pendant les fêtes de fin d'année, on oublie facilement les différends qui peuvent exister entre individus et chacun met de la bonne volonté pour que la fête soit réussie.

Concrètement, nous avons observé deux types de rituels de partage de nourriture : le premier, formel ; le second, officieux. Le premier, représentait une célébration qui a réuni les différents corps de métier (il a été constaté dans la salle de pause du Bloc de Chirurgie Ambulatoire). Selon Monjaret (2001) une telle forme de célébration renvoie aux rites institutionnels et apparaît souvent comme un véritable acquis social. A ce titre, la fête d'entreprise ou la célébration du Nouvel An réunit le personnel pour faire une rétrospective de l'année de travail écoulée. Son organisation est le plus souvent convenue à l'avance avec la hiérarchie. A la fête au Bloc de Chirurgie Ambulatoire (BOCHA), avaient pris part au côté des aides-soignants, le médecin chef de service, la cheffe d'équipe ainsi que des représentants des autres corps de métier du bloc. De plus, ceux qui passaient dans le bloc étaient invités à participer. A la fin de la fête, ceux qui avaient participé ont rangé ensemble la salle.

Le second type de rituel, est une forme officieuse de célébration des fêtes de fin d'année. Il a été observé au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) et impliquait exclusivement les membres du groupe, tant au niveau de l'organisation des activités qu'au niveau de la célébration. Une partie des aides-soignants avait pris à sa charge l'organisation de l'espace dans la salle de décontamination du bloc (au total sept aides-soignants qui se sont procurés eux-mêmes une nappe, des saladiers et des services de table). Concernant

les mets, chacun avait apporté un plat fait maison (gâteaux, tortilla, flan). Nous avons constaté que les plats étaient très élaborés. Ces pratiques permettent de démontrer les talents culinaires de chacun et son goût des choses bien faites. « Il ne faut pas croire qu'on sait faire que le ménage. On sait aussi cuisiner » nous avait dit une aide-soignante pendant le repas (Notes, OPERA, 23.12.09). Apporter un plat élaboré est une sorte de preuve de l'implication individuelle dans cette activité collective informelle.



Voici un petit extrait de nos notes qui rend compte de l'ambiance de fête ce jour-ci :

Claire arrive peu après nous. Elle ne travaillait pas aujourd'hui mais elle est venue car ça lui faisait plaisir. Elle a pris avec elle des tas de bonnes choses à manger (saumon pour les toasts, pâté à tartiner, gâteau salé sorti du four et machine à café Nespresso). Une aide-soignante arrive avec Marius [un étudiant en sociologie] et prépare aussi ce qu'elle a amené (tortillas et un gigantesque et délicieux flan au caramel). Une autre arrive aussi et prépare le pain. Deux tables « improvisées » sont mises en place avec des nappes qu'elles avaient apportées. Avant de commencer à manger, une aide-soignante repart faire un dernier tour des salles du service OPERA. Une des aides-soignantes sort les bouteilles mises au frais et nous commençons à manger autour de la table sur des chaises improvisées. La nourriture est abondante et une des aides-soignantes. (...) nous rejoint et un peu après, une autre arrive en pestant. Elle tient dans ses mains le grille-pain qu'elle a caché sous un drap. Elle dit que ce n'est pas son jour et que des gens dans son service l'ont bien énervée. Elle prépare rapidement ce qu'elle a apporté comme provisions : un gâteau à la crème et au saumon et certainement d'autres choses. On lui fait une place autour de la table et Marius lui sert un verre. Tout le monde discute ou écoute les conversations, ça rigole et « ça part dans tous les sens ». Un moment plus tard, quelqu'un se demande où sont deux de leurs collègues. (...) Nous continuons à manger et à boire tout en rigolant. Les discussions tournent autour de thèmes qui peuvent sauter du coq à l'âne (travail, famille, vêtements, sexe, alcool, chefs, fêtes de fin d'année, gags ou critique d'autres personnes, etc.) L'ambiance est festive et devient de plus en plus « chaude ». Une aide-soignante arrive et se sert de nourriture ; peu après une autre fera de même. (Notes, OPERA,

23.12.08)

Dans les pratiques individuelles de certains aides-soignants, nous avons observé ce que Monjaret (2001) appelle, la *sociabilité intermédiaire*. C'est une forme de sociabilité qui « intègre une dimension à la croisée du travail et du loisir, de la vie professionnelle et de la vie privée » (Monjaret, 2001: 92). On peut citer l'exemple de cette aide-soignante, qui était normalement en congé ce jour-ci, et qui était venue spécialement pour participer à ce repas. Elle avait apporté sa machine à café et un sac rempli de nourriture et de boisson. L'engagement matériel de cette aide-soignante, ajouté au fait qu'elle se rend sur son lieu de travail malgré son congé, démontre un lien existant entre la vie privée des aides-soignants et leur travail.

L'organisation de cette fête était significative aussi de la capacité du groupe des aides-soignants à s'auto-organiser par rapport à une activité extraprofessionnelle. La liste des plats avait été confectionnée par les aides-soignants quelques jours à l'avance. Chacun tenait un rôle implicite plus ou moins fixe soit au niveau de la mise en place du dispositif festif dans le local à Opéra, soit dans la préparation des plats. Certains devaient préparer des plats sucrés ou salés. D'autres se chargeaient d'apporter des fruits. A côté de l'organisation du repas, un système avait été mis en place pour que le travail des aides-soignants dans les blocs ne soit pas perturbé. Ainsi avant de débiter le repas, l'un des aides-soignants du bloc était parti faire une tournée des salles.

D'un côté, il est possible d'affirmer que ce rassemblement exclusif entre aides-soignants lors des fêtes de fin d'année a pour effet de solidifier le groupe et d'y affirmer ou réaffirmer son appartenance en tant que membre. D'un autre côté, si l'on s'appuie sur les propos de Thompson et Hassenkamp (2001), qui soulignent que les repas en communautés réduisent la distance sociale et participent à promouvoir les interactions sociales, le groupe des aides-soignants perdrait là une occasion de tisser des relations avec les autres corps de métier. Cette manière exclusive de faire la fête ne leur permet pas de se rapprocher de la hiérarchie ou des autres groupes professionnels pour, éventuellement, réduire la distance institutionnelle qui les sépare.

Pour conclure, les pratiques de partage de nourriture remplissent des fonctions sociales importantes. Ces pratiques contribuent à renforcer les liens entre les individus. Le travail des aides-soignants étant un travail d'équipe, il est essentiel qu'il y ait une bonne entente entre collègues et l'échange de nourriture est un moyen de la renforcer. Le partage de nourriture entre les corps de métier participe aussi à créer un esprit d'équipe dans les blocs. L'échange de nourriture peut être aussi un moyen de s'intégrer au groupe. Nous avons constaté que certaines personnes mises à l'écart par le groupe participent plus activement dans le partage de nourriture. D'autre part, la non-participation de certains aides-soignants aux rituels de nourritures serait révélatrice d'un moindre degré d'intégration de ceux-ci au groupe. Ces personnes sont mises à l'écart car elles n'ont pas un comportement conforme aux normes implicites du groupe au travail. Leur non-implication dans les rituels d'échange de nourriture est aussi une preuve pour les autres qu'ils ne respectent pas les codes informels qui régissent les relations extraprofessionnelles entre collègues.

Dans les pratiques de l'échange de nourriture, on décèle les mêmes principes qui organisent les relations formelles de travail des aides-soignants, ici, à un niveau informel : la réciprocité des échanges et l'auto-organisation. Au niveau du groupe le partage de nourriture est un outil de maintien de la cohésion et d'affirmation d'appartenance de ses membres.

7.4 Des conflits récurrents et absorbés

Les conflits qui surgissent entre les membres d'un groupe, ou entre un groupe et un autre, sont des phénomènes qui accompagnent la réalité de chaque organisation. La plupart du temps ces conflits n'empêchent pas les activités au travail de poursuivre normalement leur cours. Dans cette partie, il s'agira de définir les types de conflits qui impliquent le groupe des aides-soignants, ainsi que d'exposer quelques-unes des principales causes qui les font éclater.

7.4.1 Types de conflits et protagonistes

En ce qui concerne les conflits que nous avons observés impliquant les membres du groupe des aides-soignants en anesthésie, il est possible de les diviser en deux catégories : des conflits qui naissent et se résorbent au sein du groupe, d'une part, et de l'autre, des conflits qui opposent le groupe des aides-soignants à d'autres groupes exerçant leurs activités professionnelles dans les blocs opératoires.

Discutons d'abord de la première catégorie de conflit, celle qui concerne les membres du groupe des aides-soignants.

Comme il a été noté précédemment dans le chapitre, les aides-soignants forment un groupe soudé en ce qui concerne l'appui entre collègues en rapport avec les tâches et les problèmes qui surgissent dans leur travail au quotidien. Les conflits qui naissent à l'intérieur de ce groupe sont la plupart du temps des conflits interpersonnels n'impliquant pas plus que deux personnes. Ils se résument souvent à l'échange de reproches ou de remarques entre collègues et concernent typiquement la perception d'infraction des règles par certains membres de groupe (des règles d'hygiène, accusation de fumer dans les locaux de l'hôpital par exemple), ou bien, d'évitement du travail (ballades inutiles à l'extérieur des blocs, absences répétées et à leurs yeux injustifiées, utilisation, jugée comme « douteuse » par certains aides, de certificats médicaux, etc.). Ce type de conflits accompagne le travail des aides-soignants : ils agacent les aides, ils « font parler » et provoquent des prises de positions. D'après ce que l'on a observé, ils ne déstabilisent cependant que marginalement et temporairement le groupe. En effet, la mobilité des aides-soignants dans l'espace et dans le temps (avec les échanges d'horaire) font que ces conflits sont rapidement absorbés. Cela ne veut pas dire que ces conflits se résolvent, ils restent latents, mais ils ne représentent pas une grande menace pour l'intégrité du groupe.

En ce qui concerne les conflits plus importants qui peuvent surgir entre deux collègues aides-soignants, concernant des mésententes sur des questions liées à la conception de la manière de travailler, ou des querelles liées à l'incompatibilité des caractères de deux personnes, le groupe des aides-soignants se garde d'intervenir, et laisse, généralement, les deux personnes se « débrouiller » entre elles. Les collègues n'interviennent presque jamais de manière directe. Ils prennent une position aux côtés de l'un ou de l'autre, mais n'agissent pas en médiateurs. Ces conflits semblent perturber et gêner les autres membres du groupe. La stratégie qu'ils adoptent alors est bien celle du laisser-faire : la norme implicite est de ne pas se mêler directement de ces affaires. Le conflit est ainsi circonscrit aux personnes, et le problème relationnel se voit marginalisé. Ainsi, le groupe ne laisse pas le problème se généraliser et toucher l'ensemble. Il peut s'agir de mécanismes de protection de l'intégrité du groupe, face à des éléments susceptibles de la déstabiliser.

Si les conflits qui surgissent à l'intérieur du groupe des aides-soignants restent larvés ou minimisés, les conflits qui naissent entre les aides-soignants et d'autres corps de métier

présents dans les blocs sont souvent manifestes et perçus comme graves par les aides-soignants.

Ces conflits naissent autour de deux axes principaux : premièrement, celui du territoire et de l'espace de travail partagé entre deux groupes professionnels (par exemple, la salle d'opération, sas etc.) ; deuxièmement, le conflit lié à un sentiment d'injustice.

Les conflits liés à la dispute de territoire existent, par exemple, entre les nettoyeurs et les aides-soignants. Ce type de conflit a été observé surtout au Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO) et à la Maternité. Il arrive que les nettoyeurs interviennent dans ce bloc alors que les aides-soignants n'ont pas terminé leur décontamination : les nettoyeurs les gênent avec leurs machines. De plus, certains aides-soignants pensent qu'ils leur laissent trop de travail, qui devrait être fait par eux comme par exemple, vider les poubelles. Ces aides-soignants parlent ouvertement de cela et se sentent offensés : comme si leur présence et leur travail n'étaient pas pris en compte, et qu'ils devaient, là-encore, faire de la place aux autres. A ceci s'ajouterait aussi une problématique à laquelle les aides-soignants sont tout particulièrement sensibles : celle de la reconnaissance. Se disputer un territoire ou faire une partie du travail des nettoyeurs semble donner à ces derniers, un sentiment de faire le « bouche-trou » universel dans les blocs.

[Claire]: « On doit se battre chaque jour avec les nettoyeurs. Il ne faut pas le faire avant que nous on ait fini notre travail ». Claire remplit le tiroir de l'appareil avec du matériel, ramasse ce qui est à jeter et prépare les poubelles à jeter. (Notes, ONO, 20.11.08)

Un conflit « de territoire » est aussi observé dans les relations entre les aides-soignants et les aides-instrumentistes, plus spécialement dans les Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) et en Pédiatrie. Au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), selon les propos de certains aides anesthésistes, les aides instrumentistes, se sont complètement appropriés le territoire du bloc que les aides anesthésistes ne peuvent pas pénétrer.

[Sophie, aide-soignant]: « Les instrumentistes, surtout, ils veulent tout contrôler ! Ils te demandent qui tu es, ce que tu fais là et qui t'as permis d'être là ! (Notes, OPERA, 05.04.09)

(...) les instrumentistes qui nous disent souvent ce qu'on doit faire, et ce qu'on ne doit pas faire. Ils le font en rigolant mais ils le disent. C'est comme ça depuis toujours, il paraît ». (Entretien, Ariane, aide-soignant, POM, 02.04.09)

Un deuxième type de conflit, est celui qui naît d'un sentiment d'injustice chez les aides-soignants provoqué par les actions d'autres corps de métier. Des conflits de ce type opposent le plus souvent les aides-soignants en anesthésie aux infirmiers anesthésistes. Les aides-soignants expliquent souvent la cause des conflits ou des accrochages avec les infirmiers, en lien avec le fait qu'on leur demande de faire du travail qui n'est pas, ou qu'ils n'estiment n'être pas, dans leur cahier des charges. Un exemple représentatif de ce type de conflit est celui des modules au Bloc de Neurochirurgie/ORL (ONO) ou au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA).

On est va dans le local avec Patricia et Louise. A côté du lavabo sont posés trois modules à décontaminer. Louise dit que c'est une des infirmières anesthésistes .qui les avait déposés là-bas. Louise m'explique qu'en ONO ces modules suivent le patient, et qu'ils sont sous la responsabilité des infirmiers tout le temps, sauf quand il faut les nettoyer. En effet à l'infirmière, cela lui aurait pris probablement moins de temps de les décontaminer elle-même que de les apporter au local. (Notes, ONO, 30.01.09)

Certaines tensions ont aussi leur source dans les représentations qu'ont quelques infirmiers anesthésistes. Plusieurs considèrent avant tout le travail des aides-soignants comme un appui au leur, négligeant ainsi le reste des fonctions exercées par les aides-

soignants (commande de matériel, décontamination). A la question « *Comment vous représentez-vous le travail des aides-soignants ?* » que nous avons posée aux infirmiers anesthésistes lors des entretiens, les infirmiers mentionnent « travail de collaboration », « travail d'aide », « partenariat entre infirmiers et aides-soignants ». Cela peut être source de reconnaissance et de plaisir pour certains aides. Cependant quelques infirmiers sont maladroits dans leurs paroles, les aides se sentent alors quelquefois dévalorisés par le fait d'être considéré comme, uniquement, « des aides ».

Parallèlement à cela, on trouve chez de nombreux infirmiers un discours qui dessine une image des aides comme un corps de métier qui n'a pas de contact avec le patient. Cette image des aides-soignants apparaît dans le discours de certains infirmiers comme particulièrement rigide, voire stigmatisante. Elle démontre, en outre, une claire opposition entre « mon groupe » (celui des infirmiers) et « leur groupe » (celui des aides-soignants). La distinction est faite autour de la notion du *contact-patient*.

« Les aides-soignants en anesthésie ont beaucoup de recul par rapport aux patients, et je pense qu'il ont un complexe lié à ça. Elles ont peur d'aller vers le patient, elles évitent de le faire, tout simplement. Moi, je me mets toujours à la place du patient quand je fais mon travail, et j'aimerais que les aides-soignants soient plus proches de celui-ci. J'ai l'impression qu'elles mettent une barrière dès qu'elles voient un patient. C'est vrai, qu'elles n'ont pas l'habitude de s'occuper des patients, et c'est peut-être pour ça qu'elles se sentent un peu perdues parfois ». (Entretien, Malika, infirmier anesthésiste, ONO, 03.4.09)

« (...) elles n'ont aucun contact avec les patients. En tout cas ici, elles n'en ont pas. A la Ped, on leur demande de s'occuper des patients, de prendre soin d'eux en quelque sorte, mais ce n'est pas beaucoup. C'est nous, les infirmiers ou les médecins, qui avons à notre charge de s'occuper des patients. Donc, elles ont beaucoup de tâches, et tout le temps, mais elles ne sont presque jamais en contact avec les patients, et je pense que c'est ça qui les frustre le plus. » (Entretien, Pascal, infirmier anesthésiste, ONO, 03.4.09)

Puisque les aides-soignants en anesthésie n'auraient pas de contact avec les patients, l'importance de leur rôle se trouverait minimisée aux yeux de certains infirmiers. On les plaint, on les renvoie à un statut de victime puisqu'ils n'auraient pas de sens au travail à cause de ce manque de contact avec les patients. Ils seraient ainsi en marge de la norme implicite de l'hôpital : on existe que dans la mesure où l'on est auprès du patient.

Il faut tout de même nuancer ces propos. En effet, nous avons également recueilli le témoignage de nombreux infirmiers qui pensaient que le travail propre des aides-soignants était fondamental, indispensable. La majorité a conscience de l'importance du travail logistique et de décontamination mené par les aides-soignants.

Les infirmiers peuvent travailler sans aides-soignants pendant un ou deux jours, mais pas pendant trois jours, car à ce moment là, il n'y aurait plus rien, plus de matériel. (Entretien, Harry, infirmier, SSPI, 05.04.09)

Je te donne des termes qui me viennent à l'esprit, indispensables (...), importants. (Entretien, Mélanie, infirmier, POM, 30.03.09)

Cependant, si de bonnes relations au travail existent entre certains infirmiers anesthésistes et les aides-soignants, elles se fondent dans la plupart des cas sur la base de la bonne entente entre individus. En revanche, en tant que groupes, les aides-soignants et les infirmiers anesthésistes font preuve d'un certain ethnocentrisme non seulement sur les lieux de travail, mais aussi dans les moments de repos. Dans les salles de pauses, les aides-soignants restent dans la majorité des cas, entre elles. Les infirmiers font de même. Le Bloc Gynécologie et la Salle de Réveil (SSPI) font exceptions, mais la petite taille de la salle de pause prédispose au rapprochement. Nous avons noté peu de

cas où les aides-soignants et les infirmiers s'organisent entre eux pour déjeuner à l'intérieur ou à l'extérieur des blocs.

7.4.2 Les modalités de résolution des conflits

La voie formelle de résolution d'un conflit qui surgit entre deux aides-soignants, implique les IRUS. Quand deux personnes qui sont amenées à travailler ensemble ne s'entendent pas (soit à cause de différences dans les caractères, soit à cause de différences dans la manière de concevoir leurs obligations au travail), elles peuvent solliciter l'intervention de l'IRUS. Celui-ci dispose principalement des moyens de l'écoute et de la parole pour atténuer le sentiment d'injustice chez les personnes en conflit. L'IRUS peut écouter les plaintes et les revendications de chaque partie, il peut consoler, il peut réprimander.

Par exemple, il y a eu cette situation avec mon collègue de bloc. Lorsqu'il est arrivé, il pensait que j'avais peur qu'il me pique ma place. Je suis allé trois fois voir le chef. Il m'a dit de ne pas m'inquiéter, que le problème était réglé. Depuis, il n'y a pas eu de problème. (Entretien, Claude, aide-soignant, BOCHA, 01.04.09)

En revanche, nous n'avons jamais observé de cas où l'IRUS a utilisé des moyens formels et radicaux pour sanctionner la personne qu'il juge (éventuellement) être la responsable du conflit. Il arrive qu'après la médiation de l'IRUS, le problème relationnel ne soit pas réglé entièrement. Dans ces cas, le sentiment d'injustice chez la personne qui s'estime la plus vexée demeure.

Une aide-soignante qui ne s'entendait pas avec l'un de ses collègues nous a confié que le travail dans le bloc où elle était affectée était « dur » (Entretien, Louise, aide-soignant, BOCHA, 06.04.09). Après être entrée en conflit directe avec son collègue, et n'ayant pas rencontré le soutien qu'elle attendait de la part de ses supérieurs, l'aide-soignante dit, s'être sentie « seule, mais vraiment, seule ! » (*Idem.*).

Les petits conflits qui surgissent entre les membres du groupe des aides-soignants se résolvent la plupart du temps, d'après nos observations et d'après les propos des aides-soignants, à l'intérieur du groupe. Une stratégie de groupe de « résolution » d'un problème, est d'adopter une attitude de minimisation de l'attention portée à celui-ci. Le conflit et les causes de celui-ci font l'objet de discussions entre collègues pendant quelques temps. C'est une occasion de débattre et d'afficher sa position par rapport au problème lors des conversations pendant les pauses, par exemple. Néanmoins, l'intervention directe dans un conflit personnel entre deux collègues du côté de l'un ou de l'autre est un fait plutôt rare. On console le collègue que l'on estime avoir raison, mais, en général, on ne le défend pas ouvertement devant l'autre personne impliquée dans le conflit.

Les conflits qui surgissent entre aides-soignants et infirmiers, sont des conflits qui éclatent par rapport à un problème concret (manque de matériel, demande d'aide considérée comme non fondée par les aides-soignants). Il y a souvent un échange verbal, et finalement l'aide doit céder. L'aide-soignant a une position hiérarchique plus basse, et de ce fait, il doit obéir. Ce qui est particulièrement frustrant pour les aides-soignants, est bien le sentiment d'impuissance dans des situations de conflit. Celui qui sort toujours vainqueur, c'est l'infirmier. Les aides peuvent avoir tous les bons arguments pour agir autrement, ils seront finalement obligés de céder devant l'argument tout-puissant : « il faut le faire pour le patient ».

[Patricia] : « Les non, on peut pas les dire. Ils trouvent toujours leurs arguments : c'est pour le patient, c'est urgent... » (Notes, ONO, 20.11.08)

Si un conflit entre infirmier et aide-soignant devient particulièrement grave, alors la solution est d'aller parler à un médiateur. Cependant, si l'infirmier ne le souhaite pas, il n'y a pas de confrontation entre lui et l'aide anesthésiste. Chacun parle au médiateur de son côté.

Une des aides nous raconte :

[Louise] : « Le pire c'est qu'on peut pas discuter ». Elle m'explique que s'il y a un conflit, et que l'infirmière (ou quelqu'un d'autre plus haut dans la hiérarchie) veut discuter avec les aides-soignants, elles doivent accepter. Par contre si les aides-soignants veulent discuter à propos d'un conflit avec une infirmière, celle-ci pourrait refuser. Ceci, même si l'IRUS intervient. [Louise] : « Si l'infirmière ne veut pas de face-à-face, il n'y aura pas de face-à-face ». (Notes, ONO, 30.01.09).

Certains conflits entre infirmiers et aides-soignants, restent donc latents. Ceci blesse les aides-soignants, et laisse chez eux le sentiment d'avoir peu le droit de parole pour exprimer des sentiments suite à des situations difficiles.

Nous avons été témoins d'un conflit qui avait éclaté entre une aide-soignante et une infirmière anesthésiste, qui nous a particulièrement marqué. Voici un petit extrait de nos notes décrivant la situation :

L'infirmière cherche du matériel. Patricia lui dit qu'il n'y a plus de ce matériel dans le bloc, il y en aura demain. L'infirmière lui demande pour un autre matériel, Patricia lui répond que ce matériel, se trouve dans le local et que l'infirmière n'a qu'à aller le chercher là-bas, et pas de venir dans le SAS seulement parce que c'est plus près et pratique pour elle. Elles commencent à se disputer, Patricia est sur la défensive, l'infirmière est très autoritaire. Patricia sort première de la salle. On va dans le local. Patricia fond en larmes... Elle me dit qu'elle ne supporte plus l'attitude arrogante de « certaines », qu'elle se sent impuissante car, en fin de compte, même si elle dit au responsable, ce sera la parole d'une infirmière contre la sienne. Une dizaine de minutes plus tard, la même infirmière entre de nouveau dans le local pour y chercher un autre matériel. (Notes, ONO, 27.01.09).

L'infirmière se comportait comme si de rien n'était, faisant même des blagues avec l'étudiante en sociologie. De part son attitude « cool », elle a coupé court à toute tentative d'explication de la part de l'aide-soignante.

La situation a été d'une violence symbolique très forte. Dans un contexte culturel, social et organisationnel qui prône la communication comme l'outil principal de la résolution de tout problème relationnel, les aides-soignants se trouvent parfois, de par leur statut hiérarchique, sans « voix ». Ne pas avoir la parole dans un monde institutionnel où la communication est la reine, c'est en quelque sorte nier leur droit d'existence dans l'espace relationnel. Les aides-soignants savent qu'entre en conflit avec un infirmier est une histoire sans fin et, que la prochaine fois, ils n'auront pas plus de moyens pour faire entendre leurs raisons à eux.

Nous voudrions rapporter une autre situation qui, à notre avis, illustre le sentiment de certains aides-soignants d'un manque de moyens institutionnels pour agir en cas de conflit avec les infirmiers. Cependant, la violence qui se dégage de cette scène est exceptionnelle, nous ne l'avons rencontrée qu'une fois.

La situation a été observée au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), le 11 décembre 2008. Une aide-soignante venait d'entrer dans le sas d'une salle d'opération du bloc quand une infirmière la rejoint. L'infirmière a aperçu du sang sur une des tables et a crié apparemment très fâchée : « Pourquoi n'as-tu pas nettoyé le sang ? ». L'aide-soignante explique que ce n'est pas elle qui a cette salle à sa charge. L'infirmière commence à pousser dans le dos l'aide-soignante, ainsi, par trois fois en la contraignant à fixer la souillure. L'aide-soignante ne dit rien. L'infirmière sort, puis, l'aide-soignante sort à son tour. Elle ne commente pas cet incident de toute la journée et reprend son travail comme

si de rien n'était. C'est le jour d'après, qu'elle raconte la scène à ses collègues, qui s'étaient réunis dans la salle de décontamination du bloc à l'occasion d'une fête. Comme cette scène semble l'attester, il existe un sentiment d'impuissance des aides face aux infirmiers. Au final, le seul moyen d'agir c'est de chercher l'empathie des autres. On n'est pas plus vainqueur, on est sans doute moins seul.

7.5 Face aux IRUS

Bien que les IRUS soient les responsables hiérarchiques des aides-soignants, les rapports entre ces deux groupes ne se résument pas à une simple relation de chef direct à subordonnés. C'est un rapport plus complexe, plus subtil, qui suit des dynamiques différentes selon les conceptions de la gestion de chaque IRUS d'un côté et les attentes des aides-soignants de l'autre. C'est aussi un rapport qui se construit au point de rencontre entre deux représentations de groupe, entre deux mondes qui se côtoient et qui se réajustent continuellement l'un à l'autre.

Chaque IRUS envisage de manière différente son rôle et adopte des comportements distincts par rapport à celui-ci.

(...) je crois que (mon rôle) est de faire un planning qui corresponde aussi à leurs désirs. C'est très important de faire bien le planning. Il faut faire avec les désirs individuels mais aussi avec la vie privée des gens dans les cas des absences. Sinon, si tu ne prends pas en compte la vie privée, après ça ne marche pas. Il y a plus d'absence. On s'en est rendu compte. On essaie d'être souple au maximum. (Entretien, Georges, IRUS, 07.04.09)

Mon rôle auprès des aides-soignants est de m'occuper des demandes de pool et de faire des bons de réparations. Ensuite, je discute avec elles pour savoir si elles ont bien compris les procédures. (...) Je m'occupe des relations humaines dans les blocs et ceci est une importante part du travail (...). (Entretien, Dominique, IRUS, 30.03.09)

On peut mettre un cadre assez strict au départ et après on peut être flexible (...). (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

(...) c'est une population qu'il faut beaucoup écouter et qui a besoin d'être écoutée. (...) elles m'interpellent beaucoup, toujours en fait. Mais j'aime bien ça. Elles disent les choses, en général, quand elles ne sont pas contentes. Elles le disent et je préfère ça ». (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

Etre présent quotidiennement dans les blocs, y aller quand il y a un problème à résoudre, rencontrer les aides-soignants quand il s'agit d'entendre leurs plaintes et leurs incertitudes liées à des situations de travail ou à des conflits interpersonnels, faire des ajustements dans le planning des aides sa priorité sont toutes des stratégies de gestion que chaque IRUS applique à sa manière.

Laissons de côté maintenant les différences entre les styles de gestion des IRUS et essayons de voir comment la relation IRUS / aides-soignants est perçue de chaque côté. Quel sont les regards que les deux groupes portent l'un sur l'autre ? Du côté des aides-soignants, le rapport avec les IRUS n'est pas perçu comme spécialement problématique. C'est une relation qui est, en général, qualifiée de satisfaisante, ceci particulièrement dans les cas où l'IRUS est à l'écoute et répond aux demandes spécifiques des aides-soignants (par rapport au matériel, ou bien, quand il s'agit d'arranger un changement d'horaire). Le rapport avec les IRUS commence à être perçu comme problématique par les aides-soignants, dès que l'IRUS ne répond pas présent lors de conflits surgissant à l'intérieur du groupe des aides-soignants ou entre aides-soignants et autres corps de métier. Il est très important de comprendre cette dernière attitude des aides-soignants. Elle est étroitement

liée au contexte organisationnel dans les blocs, d'un côté, et des caractéristiques du travail des aides-soignants, de l'autre.

Dans les blocs, les aides-soignants ont à leur charge plusieurs activités : la décontamination, la gestion du magasin, le remplissage des sas et l'aide aux infirmiers. Comme il n'y a pas de chef direct qui supervise leur travail, les aides-soignants en anesthésie s'organisent entre eux pour mener leurs tâches. C'est un groupe qui s'auto-organise au quotidien, rappelons-le, d'une manière particulièrement efficace. Il est capable de gérer le rythme de travail irrégulier, marqué par des interruptions de tout type : fin des opérations, demandes de la part des infirmiers, recherche du matériel pour remplir les sas, etc. Dans ces situations, les aides-soignants ne disposent pas d'un support officiel et d'une position hiérarchique offrant du poids à leurs priorités. Ils peuvent se sentir abandonnés à eux-mêmes et considérer que leur parole ne pèse que très peu lors des conflits, surtout lors de ceux les opposant aux infirmiers. Ce sont des situations qui sont souvent vécues par les aides-soignants comme décourageantes.

Patricia entre ensuite dans le vif du sujet en me disant que, depuis le jour où on s'était vu, rien n'avait changé en ce qui concerne les conditions du travail. Elle me dit aussi que plus personne ne parle de la note envoyée par Dominique. Patricia : « Il faut voir ce que va dire la cheffe à son retour » (Dominique est en vacances). Patricia ajoute que, selon elle, rien ne va bouger dans le bloc. Elle en est convaincue. (Notes, *ONO*, 30.01.09)

Louise me raconte qu'elle avait déjà eu des problèmes comme ça avec des infirmières. Quand elle s'en était plainte aux chefs, ils lui disaient en général : « Tu dois t'adapter. » (Notes, *ONO*, 03.02.09)

Ce n'est pas la présence quotidienne des chefs qui est cherchée par les aides-soignants. Elle pourrait être perçue comme une menace pour leur auto-organisation et leur autonomie. Dans le même temps, plus que d'être présents physiquement au quotidien, les aides-soignants attendent des IRUS qu'ils prennent des positions claires à leur côté dans des moments problématiques. Il est très important de souligner que ce groupe ne fait appel aux IRUS, dans la majorité des cas, que quand il a épuisé toutes ses ressources internes. L'IRUS est perçu souvent comme le dernier recours. Et, si l'IRUS échoue dans sa mission, s'il ne donne pas l'impression de s'aligner au côté des aides-soignants, les aides-soignants peuvent se sentir livrés à eux-mêmes.

Tournons-nous désormais vers les IRUS. Quelle serait leur vision de ce rapport avec les aides ? Commençons par préciser qu'encadrer les aides-soignants n'est qu'une activité parmi d'autres. Pourtant, selon les IRUS, une partie importante de leur temps est consacrée aux aides-soignants. A la question : « *De quoi se compose une journée type pour un IRUS ?* », ceux-ci font presque tous référence à leur travail concernant la confection des plannings, les changements d'horaires et les plaintes.

Le planning, ou plutôt : les problèmes et les plaintes liés au planning. (Entretien, Georges, IRUS, 07.04.09)

Nous gérons les problèmes personnels ainsi que les problèmes d'effectifs et de planning. (Entretien, Dominique, IRUS, 30.03.09)

Un gros morceau, c'est de s'occuper du planning. C'est dur car on a des délais. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

Comme nous venons de le dire, les aides-soignants font directement appel aux IRUS qu'en cas de problèmes relativement graves. Pourtant l'image du groupe des aides-soignants, telle qu'elle est renvoyée aux IRUS apparaît comme celle d'un groupe préoccupé par les questions d'horaire et l'expression de certaines plaintes.

Nous avons constaté un décalage chez les IRUS dans la représentation qu'ils se font de leur rôle auprès des aides-soignants, et la représentation que le groupe des aides-soignants leur renvoie en retour. Dans les propos des IRUS, on décèle la volonté de répondre aux désirs des aides-soignants concernant les horaires et une disposition généralisée à l'écoute des problèmes de ceux-ci. Dans le même temps, les IRUS remarquent que ce groupe exprime des plaintes et que les absences sont relativement fréquentes. Il y a chez les IRUS un sentiment de tourner en rond : quoi qu'ils fassent, la situation objective ne change pas beaucoup à leurs yeux.

Quand je ne peux pas répondre à leurs attentes, elles boudent. C'est rare qu'elles n'acceptent pas mais elles boudent. (Entretien, Georges, IRUS, 07.04.09)

Face à cela, certains IRUS adoptent parfois une attitude à tendance paternaliste. Cette attitude place la relation entre IRUS et les aides-soignants dans un modèle de comportement allant de la plainte à la consolation, attribuant aux aides-soignants le rôle de ceux qui se plaignent, et aux IRUS celui de ceux qui interviennent pour « arranger les choses ». Deux des IRUS déclarent qu'ils aimeraient qu'il y ait davantage d'initiatives venant de la part des aides-soignants ou qu'ils soient plus réceptifs aux propositions qu'on leur fait.

Ils ont souvent de bonnes idées. Ils sont souvent très pragmatiques. Je n'hésite pas à les solliciter mais ce n'est pas trop dans leur culture de proposer. (Entretien, Alain, IRUS, 30.03.09)

Elles critiquent mais en même temps, il ne faut pas qu'on leur propose trop. Elles ne l'acceptent pas. (Entretien, Georges, IRUS, 07.04.09)

Cette attitude est, sans doute compréhensible. Les IRUS ont mis en place un dispositif organisationnel comprenant des colloques réguliers qui offrent un espace de discussions entre eux et les aides-soignants, un espace de dialogue où chacun peut exprimer ses idées. Néanmoins, comme nous l'avons dit précédemment dans le chapitre, le groupe des aides-soignants rencontre parfois certaines difficultés à communiquer collectivement les problèmes concernant le groupe. La collectivité se dissout au moment de faire entendre la voix du groupe. Le message collectif se perd et les membres adoptent des stratégies individuelles pour défendre leurs causes. Finalement, les IRUS font objectivement face, non pas à un groupe, mais à des personnes à plaintes et à demandes individuelles.

La stratégie que certains IRUS appliquent parfois, pour expliquer certains problèmes concernant les aides-soignants, est celle de lier certaines causes à des individus. Ainsi, il arrive que, certains conflits ou problèmes au travail soient perçus par les IRUS comme émanant de personnalités forts particulières ou caractère trempé ou à des origines communautaires qui détermineraient des modèles de comportement.

Il est probablement vrai que la personnalité ou les caractéristiques culturelles jouent un rôle dans le comportement des acteurs lors de certaines situations au travail. Toutefois, nous voudrions attirer l'attention sur le fait que prendre ceux-ci comme des facteurs explicatifs pourraient avoir des conséquences sur la compréhension de la gravité de certains problèmes par les IRUS. Cela peut les empêcher de bien comprendre comment les aides-soignants appréhendent leur travail. Le risque serait de ne voir, dans une situation conflictuelle, que les caractéristiques liées à la personne impliquée et donc de ne pas pouvoir saisir la complexité du problème. Le conflit se verrait marginalisé car renvoyé au simple problème du caractère de l'individu.

[Louise (aide-soignant)]: C'est comme ça. Et puis, les chefs disent après : « Louise, t'es une grande gueule ! » C'est vrai, je suis comme ça... (Notes, *ONO*, 30.01.09)

Enfin, en général, nous pouvons noter que le rapport entre IRUS et aides-soignants reste ouvert et qu'il existe une volonté de coopération des deux côtés. Quand, par exemple, les aides-soignants veulent introduire des changements au niveau de l'organisation du travail (le cas à OPERA) ou dans l'organisation du local de décontamination (c'était le cas en ONO), ils vont discuter avec les chefs directement. Les chefs sont généralement disposés à accepter et intégrer les nouveautés dans l'organisation du travail. Les aides-soignants sont eux aussi prêts à accepter des propositions venant de la part des IRUS.

7.6 Conclusion

Les relations au travail entre les membres du groupe des aides-soignants sont, avant tout, des relations entre pairs et égaux. Celles-ci se manifestent par une coordination horizontale des tâches au travail entre les aides-soignants. Malgré la mobilité, les variations et la flexibilité entre les blocs, les aides-soignants ont développé des relations de collaboration étroite et d'entraide. Celles-ci se manifestent surtout à l'arrivée d'un problème au travail (soit matériel, soit un problème lié à un changement d'horaires). Dans des cas comme celui-ci, le réseau de collègues se mobilise dans un espace de temps court. L'aide au collègue est donnée sous forme de conseil, d'aide physique ou de service rendu. C'est un groupe qui s'auto-organise d'une manière très efficace.

Cette capacité d'agir vite et ensemble dans des moments problématiques, est aussi liée aux bonnes relations humaines qui existent au sein du groupe. Celles-ci se créent et se maintiennent à travers les pratiques sociales informelles au travail, telle que les jeux et les blagues, la détente entre collègues ou encore les rituels de nourriture. Ces pratiques sont d'une importance centrale pour la cohésion du groupe. Les échanges de nourriture servent à resserrer les liens personnels entre les aides-soignants. Ils sont aussi des moyens de construction d'une identité de groupe.

L'intégrité du groupe est liée aussi à la capacité de celui-ci à circonscrire et isoler les problèmes relationnels qui peuvent surgir entre les membres. Le groupe ne laisse pas les problèmes interindividuels se répandre au niveau du groupe et le déstabiliser. Le peu d'attention portée à certains conflits entre collègues contribue à ce que le problème relationnel ne s'aggrave pas davantage et ne s'étende pas à l'ensemble du groupe.

Toutefois, malgré la cohésion forte de groupe, celle-ci n'arrive pas à se transformer en une solidarité de groupe dans des situations qui dépassent les problèmes quotidiens de travail. Le groupe rencontre certaines difficultés à se réunir autour d'une cause commune, et la défendre de manière collective. Cette solidarité contingente peut être expliquée en partie avec la discontinuité des relations interindividuelles et par les caractéristiques du groupe (égalitaire, qui n'a pas de leader formel autour duquel le groupe peut s'organiser).

Les relations entre aides-soignants et les infirmiers anesthésistes sont des relations de subordination, accompagnées parfois par des conflits. Ces conflits naissent de facteurs structurels. D'un côté, les infirmiers sont, dans leur travail, dépendant du savoir-faire des aides-soignants en anesthésie. De l'autre, les positions hiérarchiques font que les aides-soignants doivent obéir quoiqu'il arrive. Cela peut générer une frustration chez certains. Malgré le fait que des deux côtés soit décelée une volonté de comprendre les raisons d'agir de l'autre, en cas de conflit, le vainqueur est presque toujours l'infirmier.

Les rapports entre IRUS et aides-soignants sont basés sur l'écoute réciproque. Il n'y pas de conflits majeurs, manifestes ou latents. Les efforts des IRUS à gérer le groupe des aides-soignants sont, d'une manière générale, perçus positivement. Une attitude qui est

particulièrement bien accueillie par les aides-soignants est celle du soutien de leurs responsables en cas de conflits interindividuels ou intergroupe. Pourtant, des décalages entre les attentes de chaque groupe sont manifestes.

Chapitre 8. Contraintes et libertés dans la pratique quotidienne

« [La conduite humaine] est toujours l'expression et la mise en œuvre d'une liberté, si minime soit-elle. Elle traduit un choix à travers lequel l'acteur se saisit des opportunités qui s'offrent à lui dans le cadre des contraintes qui sont les siennes (...) Une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Celui-ci garde toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (...) chaque acteur dispose ainsi de pouvoir sur les autres acteurs »
(Crozier et Friedberg, 1977 : 45-46, 91).

Les aides-soignants en anesthésie aux HUG sont pris dans de multiples contraintes dues à la nature de leur métier : imprévus et paradoxes jalonnent leur quotidien. De nombreuses variables, en perpétuel mouvement et redéfinition, font que leurs journées de travail se rejouent en permanence dans leur organisation: rythme de la journée, utilisation du matériel par les infirmiers et médecins, interruptions, arrivée de patients contagieux.

De plus, ils ont une place singulière : ni là strictement pour le patient comme c'est le cas de tous ceux qui les entourent, ni disposant de compétences propres, mais travaillant auprès du matériel et des machines dans un contexte de volonté d'économie, leur rôle n'est pas simple. Désirant être les relais de certaines valeurs et principes particuliers, comme la lutte contre le gaspillage et la décontamination parfaite, ils se retrouvent dans des positions de tiraillements cognitifs et relationnels régulièrement.

Pourtant, ceux-ci sont parvenus à développer toute une série de stratégies pour réussir à produire un travail de qualité, donner du sens et prendre aussi du plaisir dans leur métier.

Sur certains aspects, ils ont acquis des zones de pouvoirs propres, apparaissant tour à tour comme des tampons, des gardiens, en somme comme un maillon indispensable dans la chaîne des soins.

8.1 Les incertitudes au travail : entre logique du métier, poids et satisfaction

Les incertitudes sont inhérentes aux métiers qui ont affaire à l'humain. On ne peut prévoir à coup sûr comment un corps réagira lors d'une opération. Dès lors, le matériel nécessaire, la durée de l'opération et de l'anesthésie sont autant d'éléments qui influent directement sur le travail des aides-soignants.

Ces incertitudes peuvent être vécues à la fois comme des poids, des contraintes qui réclament sans cesse des ajustements, mais aussi comme des éléments de satisfaction et de valorisation : trouver des solutions imaginatives rapidement, être dans le cœur de l'action, ne pas tomber dans la routine sont aussi des aspects positifs que l'on peut trouver dans le discours des aides-soignants sur leurs pratiques. Nous verrons dans les points qui suivent combien ces perceptions sont entremêlées.

8.1.1 Variation du rythme

[Charlotte, aide-soignant :] C'est long quand il n'y a pas de boulot... (Notes, BOU, 25.11.08)

Une première incertitude, particulièrement présente dans le milieu hospitalier est celui de la variation du rythme : des urgences arrivent, il faut alors mettre de côté son travail et s'occuper des demandes prioritaires ; plusieurs opérations se finissent en même temps, il faut alors être réactif pour décontaminer les salles rapidement ; au contraire, des moments plus calmes ponctuent la journée, il faut alors les occuper.

Programme ou urgence ?

Travailler dans un bloc prenant en charge les urgences (Bloc d'Urgence, Gynécologie/Maternité, Pédiatrie, Salle de Réveil) ou ne s'occupant exclusivement que d'opérations, programmées (OPERA, BOCHA, ONO) influence directement le travail de l'aide-soignant.

Travailler dans l'urgence c'est vivre dans un rythme sans cesse fluctuant où l'incertitude est à son paroxysme : l'aide-soignant, comme le reste du personnel, ne peut prévoir quel cas arrivera dans le bloc, dès lors, il ne peut anticiper sur le type de matériel qui sera utilisé pour l'anesthésie, le temps de l'opération, le nombre de cas pris en charge en même temps et donc le nombre de salles d'opérations qu'il devra décontaminer. Au contraire, quand il y a un programme, il est beaucoup plus aisé de prévoir, d'anticiper, d'organiser son travail sans que son ordre ne soit sans cesse bouleversé.

L'urgent et le programmé représentent tour à tour, et selon les personnes, des avantages et des inconvénients, des zones de contraintes et de liberté, du stress et de la gratification.

Commençons par examiner les difficultés liées à l'urgence, qui n'existent pas, ou de manière très réduite, dans les blocs où la prise en charge des patients est programmée.

D'abord, il peut être difficile pour l'aide-soignant d'avoir un suivi dans ses tâches multiples de décontamination et de gestion du stock. Sans cesses interrompus, certains ont le sentiment de ne pas pouvoir finir le travail qu'ils avaient commencé à entreprendre. Or, nous le verrons par la suite, le respect de la propreté et de la stérilité est une des clefs de voûtes de leur métier, d'où un sentiment de frustration quand ils ne peuvent le mener à bien.

Ce qui m'embête c'est qu'il y a beaucoup de nettoyage et quand tu es à la bouffe et qu'il n'y a pas beaucoup de monde, qu'il y a beaucoup de patients et qu'ils arrivent tous en même temps, c'est difficile de faire tout nickel (...) Une bonne journée pour moi, c'est travailler sans le stress. Pouvoir bien faire ton travail avec conscience. (Entretien, Cindy, aide-soignant, SSPI, 14.04.09)

On voit dans cet extrait d'entretien que la notion de conscience apparaît. En plus de la frustration, une certaine forme de culpabilité personnelle est exprimée par plusieurs aides-soignants quand ils ne peuvent pas « faire le ménage à fond », pour reprendre une expression couramment utilisée par eux-mêmes.

De plus, du fait que les salles du Bloc d'Urgence (BOU), ainsi que certaines en Pédiatrie et Gynécologie/Maternité (POM) sont ouvertes en continu, cela peut procurer la sensation d'un travail qui ne finit jamais, plus précisément dont on n'arrive jamais à aller au bout, comme un éternel recommencement, ce qui est également une source de frustration et de sensation de perte d'emprise.

[Tania, aide-soignant :] J'aime beaucoup l'ORL, le programme finit réellement en fin de journée. Quand une salle ferme, elle ferme jusqu'au lendemain, tu travailles en vue d'une fin. Au BOU, tu ne vois pas le bout de ton travail. Tu luttas toujours un peu en vain. (Notes, BOU, 30.01.09)

Ensuite, les situations d'urgence sont souvent des moments de stress pour l'équipe soignante. La tension monte, la patience est réduite, les demandes des infirmiers et des médecins peuvent alors être très rapprochées et formulées sèchement. De plus, ces demandes sont souvent plus nombreuses que dans les autres blocs : en situation d'urgence, on ne sait pas à l'avance quel matériel d'anesthésie sera nécessaire : les aides-soignants doivent alors apporter un soutien logistique aux équipes de soin, par exemple pour trouver et apporter le bon chariot d'intubation. Ils assument aussi parfois des tâches supplémentaires comme aller chercher du sang ou apporter un médicament, ce qui ajoute une charge supplémentaire de travail, et réduit dès lors leur temps pour s'occuper des tâches quotidiennes qui leur incombent.

Tous ces éléments, renforcés par le fait qu'au Bloc d'Urgence (BOU) en particulier, mais aussi souvent en Gynécologie, il n'y a qu'un aide-soignant par horaire, peuvent provoquer un sentiment de débordement. Cela a un impact variable sur les personnes. Certaines ressentent de la culpabilité.

Si tu es aux Urgences, il y a des moments calmes mais c'est rare. Tu dois speeder, moi je ne peux pas et je culpabilise car je ne faisais pas les choses à temps. (Entretien, Melissa, aide-soignant, OPERA, 01.04.09)

D'autres éprouvent un certain ressentiment envers les infirmiers et médecins.

Dans le bloc d'urgence, certaines fois, quand il y a 4 salles qui travaillent et qu'il y a beaucoup de stress, les 4 infirmières demandent des choses toutes en même temps et moi toute seule je ne peux pas répondre à tout le monde, je ne peux répondre qu'à une seule personne à la fois et certaines fois je dis que je ne peux pas, et les gens ils ne sont pas contents (Entretien, Tania, aide-soignant, BOU, 27.03.09)

D'autres encore, il s'agit de la majorité, parviennent à puiser dans leurs ressources, et restent calmes, en essayant de gérer les priorités et de répondre aux demandes des plus urgentes aux moins urgentes.

Ou parfois, il faut avertir que tu ne peux pas faire certaines choses parce que tu es occupée. Il faut aussi savoir distinguer les urgences. (Entretien, Loana, aide-soignant, SSPI, 14.04.09)

Ils se mettent aussi à la place des soignants, relativisant ainsi la manière parfois brusque dont ceux-ci leur parlent en situation d'urgence.

Quand on est aux urgences, qu'on doit se dépêcher, il n'y a pas de politesse. C'est normal, on est là pour ça. (Entretien, Jessica, aide-soignant, OPERA, 25.03.09)

Malgré ces difficultés, l'urgence crée aussi une atmosphère propice à de nombreux sentiments positifs, que l'on retrouve moins dans les cas où les opérations sont programmées.

Il s'agit d'abord de l'excitation produite par l'urgence, du sentiment d'être en action, et donc d'être utile. Un des inconvénients du métier d'aide-soignant tel qu'il a été exprimé par ces professionnels est un certain manque de visibilité et de reconnaissance lié à leurs tâches de décontamination et de gestion du stock effectuées de manière isolée par rapport à l'équipe soignante. Or, leur aide est dans ces cas plus visible. De plus, leur participation

à l'action, c'est-à-dire à ce qui se passe dans le bloc est d'habitude extrêmement réduite. Avec l'urgence, c'est différent, les aides-soignants aident directement les médecins et les infirmiers auprès du patient, ils sont plus au cœur de l'action, et inclus dans l'équipe de soin, d'où un agréable sentiment de gratification.

Tu vois, j'aime bien quand il y a l'urgence, agir (...) (Entretien, Eliane, aide-soignant, OPERA/BOU, 02.04.09)

J'adore aussi le moment de l'urgence au BOU. Tout le monde se mobilise pour la même cause. Même épuisée, tu sors avec le sourire. (Entretien, Loana, aide-soignant, OPERA, 14.04.09)

Au BOU, il y a plus un esprit d'équipe. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

Enfin, les aides-soignants ont conscience des aptitudes qui sont demandées dans les moments d'urgence : grande capacité d'adaptation, flexibilité, organisation des priorités et maîtrise de soi. Les responsables le savent et choisissent des aides-soignants en particulier pour travailler régulièrement dans le bloc d'urgence. Ces éléments participent à valoriser le travail de l'aide-soignant dans les situations d'urgence.

On met certaines personnes au BOU et d'autres pas, à leur grand désespoir. On ne peut pas mettre certaines : en urgence il faut y aller. Au BOU, on met celles qui sont concernées par l'urgence. On compte plus sur les aides là-bas. (...) Dans l'urgence ça doit lui faire tilt et elle doit savoir quoi prendre, par exemple si on lui dit (*mot technique sur le fait qu'un patient saigne*), l'aide doit savoir qu'elle doit amener ça, ça et ça comme matériel. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

Le programmé ou l'urgent pourrait être associé à la métaphore de la balance, à gauche se trouveraient les poids de l'urgence, à droite les gratifications. Pour chacun, cette balance est différente, le poids perçu des avantages et des inconvénients varie selon les individus, certains y trouvant plus leur compte que d'autres, cela explique la variation des préférences pour l'urgence ou le programmé.

Le rapport au temps : deux figures de l'aide-soignant.

Le fait que les opérations soient prévues ou pas entraîne un rythme différent comme nous l'avons vu. Cependant, même quand il y a un programme, les incertitudes restent nombreuses, surtout celles concernant la durée de l'opération. En effet, en salle d'opération, les imprévus sont courants et la prévisibilité jamais totale.

Nous avons constaté dans nos observations et par les entretiens menés avec les aides-soignants que tous n'ont pas le même rapport à ce temps qui s'écoule, au rythme de la journée, aux moments creux ou agités qui se succèdent.

Ainsi, deux figures idéales-typiques majeures de l'aide-soignant se distinguent.

La première est celle du calme consciencieux, qui aime pouvoir faire son travail d'un bout à l'autre, en prenant son temps, qui redoute le stress et les grandes variations du rythme, et qui apprécie de prendre des pauses pour se ressourcer.

Parfois c'est désespérant... Il y a tellement de boulot et tu ne peux rien faire ! Moi parfois, ça me donne envie de pleurer de rage (...) et quand il y a plusieurs salles qui finissent en même temps, c'est le pire ! (Entretien, Ariane, aide-soignant, POM, 02.04.09)

Quand tu peux travailler dans le calme, tu oublies moins (Entretien, Cindy, aide-soignant, SSPI, 14.04.09)

Une autre figure de l'aide-soignant est l'hyperactif, qui aime l'action, la variation du rythme, qui ne supporte pas l'inactivité, il trouve toujours des occupations. Cette figure est la plus représentée.

Les blocs que je préfère sont Opéra et Orli. Ce sont des endroits où il y a beaucoup de boulot et où on court beaucoup. (Entretien, Jessica, aide-soignant, OPERA, 25.03.09)

J'aime bien le réveil et le bloc d'urgence parce qu'il y a des situations inconnues, des urgences. (Entretien, Elodie, aide-soignant, BOU, 13.04.09)

Rappelons que ces deux figures ne sont que des idéaux-types, c'est-à-dire des généralisations qui servent à l'analyse sociologique. Ces figures idéales-typiques n'ont donc pas prétention, ni même vocation, à capter les finesses et le caractère unique de chaque individu. Grâce à celles-ci, nous pouvons constater que la variation de rythme est un facteur supporté différemment selon les aides soignants. Il est pour certains un poids lourd à porter dans le travail, alors que pour d'autres une certaine intensité, voire une variation est recherchée et appréciée. Le rythme est une contrainte pour tous : c'est l'intensité et la forte variation de celui-ci qui est difficile à assumer pour certains alors que c'est sa lenteur qui est cherchée à être évitée par d'autres.

Le rythme que doit suivre l'aide-soignant peut aussi être influencé par le nombre d'aides prévus et présents dans le bloc : il arrive qu'il soit en nombre insuffisant, la charge de travail augmente alors sensiblement, et le rythme doit s'accélérer pour répondre aux exigences. Cela fait aussi partie des imprévus à assumer pour l'aide.

8.1.2 Entre horaires flexibles, constamment renégociés et absences imprévues

Les horaires journaliers des aides-soignants sont établis mois par mois par les IRUS qui essaient de respecter les désirs communiqués par les intéressés grâce à un cahier prévu à cet effet. Cependant, ces horaires changent souvent, même une fois que le planning définitif a été fixé. Deux raisons principales à ces changements : la première est l'absentéisme, la seconde vient de la volonté d'un ou plusieurs aides-soignants d'échanger leurs horaires entre eux au fur et à mesure de l'avancement des jours, pour des raisons personnelles et de convenance principalement.

Le discours des aides-soignants est particulièrement ambivalent sur le changement d'horaire. Il oscille entre satisfaction et critique, sentiment agréable d'autonomie et sentiment d'abandon, impression de pouvoir et de non-respect.

Ainsi, permettre aux aides-soignants des changements, autorise les responsables à justifier leurs demandes de remplacement ou de bouleversement des horaires, parfois à la dernière minute.

Le prix qu'on paie en permettant ces changements, on le retrouve car je trouve quelqu'un très facilement si j'ai besoin qu'on remplace quelqu'un de malade par exemple. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)

La possibilité d'échanger constamment ses horaires semble être perçue, sous un certain angle, comme un pouvoir, un avantage du métier par les aides-soignants. Cela leur donne un sentiment de puissance et de contrôle. La plupart apprécie l'existence de ce marché parallèle des horaires qui donne la sensation de ne pas être totalement contrôlé et surveillé par la hiérarchie.

Moi, honnêtement, au niveau du planning je suis contente. (Entretien, Clothilde, aide-soignant, OPERA, 03.04.09)

Je trouve la politique des chefs très bien concernant les plannings. Ils nous laissent nous débrouiller entre nous. (Entretien, Loana, aide-soignant, SSPJ, 14.04.09)

Pourtant, la médaille a deux faces, et plusieurs se plaignent de ce planning trop flexible. D'une part, certains horaires sont plus difficiles à échanger et tous ne sont pas d'accord de procéder à des trocs.

Oui, c'est flexible, mais ça dépend surtout des collègues avec qui vous travaillez. Il y a ceux qui changent facilement et ceux qui ne le font pas. (Entretien, Milena, aide-soignant, POM, 08.04.09)

Il y a des horaires qui sont plus faciles que d'autres. Si tu as l'horaire 15h00-23h00, tu ne trouves pas. (Entretien, Claire, aide-soignant, SSPJ, 03.04.09)

Le système est basé sur la réciprocité. Comme leur chef leur offre la possibilité de faire des changements quand ils le souhaitent, les aides-soignants sont aussi appelés à accepter les demandes des IRUS pour transformer leurs horaires. Or, une minorité trouve ces pratiques exagérées et se sent peu reconnue en tant que personne :

On est sûr de rien, même pas sûr d'être vraiment en congé. Tout à coup quelqu'un peut nous appeler alors que c'est les vacances. Tout ça à cause d'un manque de personnel. (Entretien, Milena, aide-soignant, POM, 08.04.09)

(...) ça m'énerve que les choses changent du jour au lendemain. Le chef t'appelle le soir pour que le lendemain tu changes d'horaires ou de bloc. Ça m'énerve car il y a peu de respect de la vie privée. T'as une vie à côté quoi ! Je ne suis pas mariée avec l'hôpital (Entretien, Caroline, aide-soignant, POM, 31.03.09)

[Patricia, aide-soignant:]Tu es un numéro. Ils te programment. Ils s'en foutent de ton bien-être. Une fois je fais 7h30, une fois 9h30, une fois 10h30. Et si je me goure d'horaire ? (Notes, ONO, 18.12.09)

Parfois, il manque un aide-soignant dans un secteur. L'IRUS n'a pas pu le remplacer, souvent par manque de personnel. Cela peut arriver en cas d'absence imprévue d'un aide-soignant, voire de congé pris à la suite d'un week-end de travail ou de nuit. Cela complique alors beaucoup le travail du ou des aides-soignants qui restent dans le secteur, la charge de travail devenant difficile à être assumée pleinement. C'est une incertitude qui est souvent mal vécue.

8.1.3 Gérer le matériel malgré l'imprévisible.

Une journée parfaite, c'est quand tu fais le tour et que toutes les choses sont à leur place. (Entretien, Milena, aide-soignant, POM, 08.04.09)

La gestion du matériel est une autre source d'incertitude pesant sur l'aide-soignant. Or, cela représente un grand poids : la gestion du matériel est au cœur d'un de leur mandat, si un matériel ou une machine n'est pas à sa place, l'équipe leur reprochera. C'est une préoccupation sérieuse pour ce groupe professionnel.

S'il n'y a pas le matériel, c'est sur toi que ça retombe. C'est sur toi qu'ils (infirmiers et autres) se déchargent. (Entretien, Patricia, aide-soignant, ONO, 02.04.09)

D'abord, il n'est pas toujours simple de prévoir le matériel qui sera effectivement utilisé par les infirmiers et les médecins anesthésistes. Il peut arriver qu'il y ait plus de cas que prévu à prendre en charge, ou des cas de même nature : les aides-soignants n'ont parfois plus assez de matériel à distribuer et doivent trouver des arrangements que nous expliciterons plus loin.

Ensuite, les égarements de machine sont courants, tous comme les mélanges de matériel, les emprunts voir « les vols ». Plusieurs raisons à cela : certains types de matériel doivent se déplacer avec le patient, du bloc à la Salle de Réveil (c'est le cas des modules et des bonbonnes d'oxygène), or, les infirmiers n'ont pas toujours le temps de les ramener, ou oublient (c'est particulièrement le cas au Bloc de Chirurgie Générale ou au Bloc d'Urgence). De plus, comme il manque parfois du matériel dans certains secteurs, il arrive régulièrement que le personnel se serve dans le bloc voisin, souvent sans prévenir les aides-soignants. Ceux-ci qualifient alors ces pratiques de « vols », bien que cela reste dans le cadre de la pratique professionnelle.

Ca arrive tous les jours qu'on prenne du matériel sans me dire. On court tout le temps derrière le matériel. Tout le temps. (Entretien, Cindy, aide-soignant, *SSPI*, 14.04.09)

A OPERA, ça roule bien. Mais des fois, il y a des vols sans rien dire. Au BOU, c'est encore plus difficile car le matériel part avec le patient n'importe où dans l'hôpital, alors il y a souvent des vols ou des oublis. Après, c'est nous qui devons courir pour aller le chercher (Entretien, Charlotte, aide-soignant, *OPERA*, 31.03.09)

La collègue dit à Eliane qu'il faut reprendre des piles mais qu'il faut les mettre sous clé sinon elles se les font voler. (Notes, *SSPI*, 15.12.08)

Puis, les pannes de respirateurs arrivent régulièrement. Cette incertitude a particulièrement de poids dans le quotidien d'un aide-soignant : son organisation s'en trouve bouleversée : il faut s'arrêter dans ses tâches et régler le problème. Sans respirateur, un patient ne peut être anesthésié, et l'opération ne peut commencer. On voit ici que la responsabilité qui incombe aux aides-soignants est grande.

Les appareils sont parfois en panne. C'est à nous de trouver une solution. Il n'y a pas d'excuse possible au manque de matériel. (Entretien, Cindy, aide-soignant, *SSPI*, 14.04.09)

De plus, l'arrivée du magasin ne se fait jamais à la même heure, d'où une difficulté supplémentaire pour s'organiser. Les aides-soignants meublent le temps en l'attendant, et une fois qu'ils le reçoivent, ils doivent travailler de manière très soutenue pour avoir le temps de ranger tout le matériel reçu à la bonne place.

Enfin, dans certains blocs, en particulier ceux qui accueillent des enfants (ONO et Pédiatrie), le matériel d'anesthésie varie beaucoup dans sa taille. Il existe parfois une incertitude sur le matériel dont auront besoin les infirmiers et médecins pour endormir l'enfant, en particulier dans les urgences où on ne connaît ni l'âge, ni la taille de l'enfant.

8.1.4 Interruptions et réorganisation du temps

Dans ma tête, je sais ce que je dois faire mais les interventions, ça bouleverse ma journée parfaite. (Entretien, Claire, aide-soignant, *SSPI*, 03.04.09)

Nous avons mis en évidence le fait que les aides-soignants doivent composer avec les incertitudes liées à la gestion du matériel. Quand il y a un problème lié à celui-ci, les infirmières et les médecins choisissent souvent de biper l'aide-soignant pour qu'il le règle.

Il faut préciser qu'il existe de bonnes et de mauvaises interruptions. L'image du « bon » ou du « mauvais » bip est présente dans l'esprit des aides-soignants. Quand celui-ci sonne, cela peut être une demande express d'un infirmier, ou plutôt une collègue, voir un membre de sa famille qui veut avoir des nouvelles, discuter un instant, organiser des moments de pause ou de déjeuner. C'est sur le « mauvais bip », celui qu'on appréhende et que l'on cherche à éviter que nous centrerons ici notre propos.

Il est fréquent que l'aide-soignant soit appelé quand il est déjà en train de réaliser une tâche, pour venir en faire une autre (le plus souvent apporter de l'aide à un infirmier, à un autre aide-soignant ou à un médecin). Ces interruptions se font à diverses occasions et ont plusieurs types de conséquences sur le travail de l'aide.

Comme ce système de bip existe, les aides-soignants sont atteignables en tout temps et en tout lieu. Dès lors, les moments de pause peuvent être écourtés, personne n'est jamais sûr de faire l'arrêt prévu. Bien que ce soit quelque chose de courant et d'intégré dans le monde hospitalier, cela reste une charge pesante: on ne peut jamais tout à fait relâcher la pression, d'autant plus que toutes les pauses (à part éventuellement celle du repas), se passent au sein même du bloc, en tenue, prêt à agir quand le bruit du bip retentira, ou que son nom sera crié dans le couloir. Cela peut participer à un certain épuisement.

Ca c'est le pire : même quand on est en pause, on te bipe ou t'appelle, et il n'y a rien à faire t'es obligé d'y aller. (Entretien, Ariane, aide-soignant, *POM*, 02.04.09)

De plus, les aides-soignants se font appeler (par bip ou cris dans le couloir), en général, quand il y a un problème, un respirateur en panne, un matériel manquant dans une salle, etc. Dès lors, les aides-soignants associent parfois l'appel à un manquement dans leur travail, ils anticipent alors qu'on va peut-être leur faire des reproches. Souvent, on les bip aussi pour des tâches qui sont mal aimées. Ce sont celles pour lesquelles ils ne sont pas sûrs de pouvoir répondre facilement et qui leur demanderont un temps long.

Une journée parfaite est une journée sans bip. Pour moi le bip signifie une demande express de ceci ou cela. Quelque chose qui n'a pas été honoré, comme un manque de matériel ou un oubli. (Entretien, Clothilde, aide-soignant, *OPERA*, 03.04.09)

Faites-vous parfois directement appel à eux ? Oui, s'il me manque du matériel. Si tout est bien préparé, il n'y a pas besoin. Mais ce n'est que 5% des cas où c'est mal fait. Le contact n'est alors pas si simple, car ils réalisent qu'ils ont mal fait. (Entretien, Jean-Philippe, médecin anesthésiste, *SSPI*, 30.03.09)

Vu que l'infirmière est souvent seule, on nous appelle quand elle a besoin de quelque chose. (...) Ce ne sont en général pas les tâches les plus agréables. (Entretien, Patricia, aide-soignant, *ONO*, 02.04.09)

Il arrive aussi que le bip soit utilisé pour des choses agréables : un appel de sa famille, ou celui d'un autre aide-soignant, par exemple pour aller manger. Cependant, dans les moments de la journée où le bip sonne très souvent, celui-ci est presque personnifié, c'est l'objet lui-même qui est accusé de sonner sans cesse, l'exaspération de l'aide-soignant s'exprime directement contre cet objet qui émet de petites sonneries aiguës, répétitives, fortes et désagréables.

Marguerite passe par là et se fait biper : « je vais le casser ! », dit-elle. (Notes, *BOU*, 23.12.08)

Une dernière interruption spécifique à la Salle de Réveil du Bloc de Chirurgie Générale (*OPERA*) peut être citée. Il s'agit des radios : régulièrement, en amenant avec lui un appareil sur roulettes, un professionnel vient faire une radiographie à un patient sans le déplacer, directement en Salle de Réveil. Dès lors, la personne crie « radio », et tous les soignants doivent immédiatement stopper leurs tâches pour s'éloigner afin de ne pas prendre trop de rayons x, puis revenir quelques secondes plus tard. Ces radios ont souvent lieu plusieurs fois par jour et même si cela n'interrompt le travail que quelques instants, cela participe à créer cette atmosphère de constante imprévisibilité voire de stress où il faut être capable de répondre à une demande de manière extrêmement réactive.

Ces interruptions ont une influence évidente sur le travail et surtout pèsent d'un poids qu'il est d'une part impossible à anticiper, et d'autre part pas simple à gérer. Les aides-soignants doivent mettre de côté la tâche en cours, avec le risque de ne plus se souvenir de l'endroit où ils en étaient dans l'accomplissement de celle-ci et de ne pas avoir le temps de réaliser la décontamination de manière satisfaisante. C'est source de fatigue mentale, voire de sensation de ne plus avoir de prise sur son activité, de n'être là que pour répondre à une demande express, et de ne plus avoir une continuité satisfaisante dans son travail.

Comme ça, tu peux commencer une tâche et aller jusqu'au bout. Quand tu dois t'arrêter, c'est là qu'il peut parfois y avoir des problèmes. On te demande tellement de choses à la fois que tu oublies la première tâche. Il faut aller de A à Z. Quand tu peux travailler dans le calme, tu oublies moins. (Entretien, Claire, aide-soignant, SSP1, 14.04.09)

8.1.5 Les maladies contagieuses



Etiquette qui prévient qu'un patient contagieux est entrain d'être opéré.

[Caroline, aide-soignant :] Au niveau des maladies contagieuses, on ne sait pas toujours ce qu'ils ont. On a parfois des surprises. (Notes, PEDIATRIE, 05.12.08)

Un dernier imprévu que doivent gérer les aides soignants sont les maladies nosocomiales. Quand un cas contagieux est pris en charge, cela leur demande une part de travail supplémentaire (il faut changer les tuyaux du respirateur, voire le démonter complètement dans certains cas). Or, l'arrivée de ces cas n'est pas toujours prévisible. Il arrive que certaines maladies contagieuses auxquelles sont confrontés les aides-soignants sont rares ; ils ne maîtrisent donc pas forcément, ou ne se souviennent pas, du type de décontamination qui doit être fait. Autant d'éléments qui viennent une fois de plus bouleverser leur organisation et leur planning.

Le manque d'information

Lors de nos observations, nous avons constaté plusieurs fois qu'il arrivait aux infirmiers d'oublier de signaler la présence d'un patient contagieux grâce aux étiquettes rouges éclatantes prévues à cet effet. La plupart du temps, les aides-soignants jouent la carte de la sécurité et préfèrent en cas de doute prendre les précautions maximales. Ces défauts d'informations provoquent du travail supplémentaire, doublé d'un sentiment d'incertitude. Rappelons que l'une des responsabilités principales du métier d'aide est le maintien de l'hygiène particulièrement dans des conditions de risque d'infection élevée. Le

dysfonctionnement du système d'information relatif à ces risques pourrait entraîner des conséquences graves pour le personnel de l'hôpital ou les patients. Dans ce cas, la responsabilité des aides-soignants peut être fortement engagée.

[Jessica, aide-soignant :] L'infirmière doit coller une étiquette d'information sur la vitre (elle me montre les différentes étiquettes pour signaler les maladies contagieuses). Ce matin, elle ne l'a pas fait ! (Notes, BOCHA, 20.11.08)

Ah les maladies contagieuses ! Ça on le sait trois mois après ! (Entretien, Louise, aide-soignant, BOCHA, 06.04.09)

Les cas de décontaminations rares et spéciales

Les maladies contagieuses de type MRSA sont courantes à l'hôpital, les aides-soignants n'hésitent pas à appliquer la procédure de décontamination qu'ils ont apprise. Cependant, dans certains autres types de maladies contagieuses, celles auxquelles ils sont confrontés rarement, ils leur arrivent de douter. L'information n'est pas toujours facile à obtenir puisque les infirmiers ne savent pas eux-mêmes ce qu'il faut faire exactement. L'incertitude et le stress sont alors à leur paroxysme pour l'aide-soignant pour qui le respect d'une décontamination dans les règles de l'art est fondamental, presque de l'ordre de l'honneur comme nous le développerons plus tard.

L'infirmière anesthésiste sort du bloc et dit à Charlotte qui est dans le sas que le patient est positif à l'hépatite C. L'aide-soignante lui demande si elle doit donc changer les tuyaux. L'infirmière souffle et dit « oh... je sais pas... » (A l'air de suggérer que cela n'est pas vraiment nécessaire). Finalement, l'aide-soignante lui dit « si, je préfère, je vais changer les tuyaux ». L'infirmière lui dit de faire attention avec le sang et les instruments, de bien tout décontaminer soigneusement. (Notes, OPERA, 19.11.08)

Un patient vient d'arriver. Les infirmiers « découvrent » soudain qu'il est contagieux : il a un BSLE (ils ont déjà commencé à s'occuper de lui à mains nues). Ils se sont aperçus en effet qu'un autocollant « contact et air » était collé sur le lit. Le problème est qu'il n'était pas très visible et qu'il n'y en avait aucune mention sur le dossier (il y a pourtant un espace prévu pour cela : sur tous les dossiers, il y a les deux autocollants Vigigerm contact et air et les médecins doivent cocher si le patient est contagieux). Eliane va voir Claire (qui est en salle de pause) et lui demande comment elle doit s'y prendre pour la décontamination car elle ne connaît pas le type de procédure avec ce type d'infection très résistante. Claire ne sait pas trop. (...) Elle lui dit d'appeler Jules (l'IRUS). Eliane va demander à un infirmier ce qu'elle doit faire. Il ne sait pas trop non plus, elle appelle donc Jules et lui demande de venir. (Notes, SSP1, 04.12.08).

Les incertitudes liées à la décontamination du matériel en cas de maladies nosocomiales ne sont pas rares pour les aides-soignants. Or, cela leur coûte particulièrement puisqu'ils défendent une image de gardien de l'hygiène comme nous le développerons par la suite.

8.1.6 Les stratégies de minimisation des incertitudes

Ca peut être vraiment mouvementé. Alors, il faut savoir se couvrir et envisager, faire, anticiper pour éviter de se retrouver sans solution. (Entretien, Loana, aide-soignant, BOU, 14.04.09)

Face à toutes les incertitudes qui se posent à l'aide-soignant dans sa journée, nous avons observé que celui-ci développe toute une série de stratégies pour minimiser celles-ci. C'est ainsi que les aides-soignants peuvent continuer à avancer leurs tâches, réduire le poids sur l'humeur que peuvent avoir ces incertitudes, et même y trouver à l'occasion, une certaine gratification.

Anticipation

Les aides-soignants cherchent en permanence à anticiper. Ainsi, leur journée se retrouvera moins bouleversée par les différents imprévus qui vont forcément se poser à eux. Il s'agit ici d'une stratégie consciente pour tous. L'aide-soignant essaie de récolter le maximum d'informations possible, et le plus à jour possible. Pour cela, l'aide-soignant essaie d'être le plus possible présent autour des sas, dans le couloir voire dans les blocs²³, il regarde aussi par les hublots, ainsi il peut savoir où en sont les opérations et sentir l'ambiance (stress, tranquillité). En restant attentif, il n'est pas rare qu'il recueille des informations dans les discussions entre soignants.

J'ai la responsabilité du matériel. Je fais bien attention au déroulement de la semaine. Je regarde le fonctionnement des interventions, cela me permet de gérer le matériel qu'il faut. (Entretien, Jacqueline, aide-soignant, *Pool*, 30.03.09)

L'aide-soignant s'appuie aussi beaucoup sur les infirmiers pour récolter des informations, parfois aussi sur les médecins. Il pose des questions sur le déroulement des opérations, celles qui sont prévues, s'il y a des urgences annoncées, etc. L'aide-soignant est assuré ainsi d'avoir des informations fraîches et sûres. Dans certains blocs, cette ressource est peu utilisée car les liens avec les infirmiers sont distendus, il s'agit en particulier du Bloc de Chirurgie Générale (OPERA).

Les médecins et les infirmiers ont de l'influence dans la mesure où ils me donnent des ordres et des informations importantes pour faire mon travail. (Entretien, Marguerite, aide-soignant, *BOCHA*, 30.03.09)

Ensuite, le programme est aussi beaucoup regardé. Plusieurs aides-soignants surlignent au fur et à mesure les opérations terminées. Sur le programme, des informations importantes sont indiquées comme les maladies contagieuses (peut ainsi prévoir le temps de décontamination), l'âge du patient (utile en Pédiatrie pour savoir quel matériel préparer), etc. Certains gardent aussi le programme dans leur poche afin de le consulter à loisir en cas de doute et pour assurer un suivi plus efficace.

Dans les blocs de Pédiatrie et de Gynécologie (POM), qui accueillent des urgences, un tableau blanc est fixé au mur afin que les infirmiers puissent noter les urgences annoncées ainsi que les informations disponibles sur le cas en question. Les aides-soignants le consultent régulièrement.

Tu sais, il y a les étiquettes rouges qui signalent les MRSA et les infirmiers oublient parfois de les mettre. Alors, je regarde le programme opératoire ce qui me permet de savoir où se trouve les MRSA. (Entretien, Marguerite, aide-soignant, *BOCHA*, 30.03.09)

Elles consultent le programme pour voir l'âge du patient et juger de sa taille. (...) Elles décident de ne pas changer les tuyaux, vu que le prochain patient a le même âge que le précédent. (Notes, *PEDIATRIE*, 04.02.09).

Enfin, acquérir un certain savoir sur les besoins en matériel suivant le type d'opération est une ressource stratégique mise en place par quelques aides-soignants. C'est peut être la stratégie qui a le coût le plus important car elle demande un certain investissement personnel en terme de réflexion et de mémoire. Cependant, les bénéfices sont nombreux : en anticipant les besoins des infirmiers et médecins, cela permet à l'aide d'aller plus vite, d'éviter les demandes futures qui viendront interrompre une tâche en cours, et de se faire bien voir par l'équipe soignante !

Sophie apporte une sonde et me dit : « Je l'apporte car je sais que là, ils vont en avoir besoin, alors ça m'évite qu'on me bip ». (Notes, *BOU*, 05.12.08).

Tous ces éléments sont utilisés par les aides-soignants avec plus ou moins de force selon les personnes. Anticiper est fondamental : cela permet de préparer le matériel d'opération adéquat avant que les infirmiers et les médecins ne le demandent, tout comme décontaminer une salle à temps ou avoir disposé suffisamment de matériel. Anticiper permet alors de réduire le nombre d'interruptions, continuer à s'organiser soi-même en intégrant au fur et à mesure les variations de la journée, s'avancer dans son travail pour se libérer du temps afin de profiter d'une pause.

Jouer avec sa visibilité

Une autre stratégie utilisée par tous, souvent de manière parfaitement consciente est d'être visible aussi bien physiquement que dans les esprits.

Je commence le magasin avec Charlotte. Nous manœuvrons ensemble les deux grands chariots pour les amener dans le sas. En passant dans le PC1 quelqu'un nous voit arriver et s'exclame : « attention, convoi exceptionnel ! ». (Notes, *OPERA*, 29.01.09).

L'aide-soignant peut saluer les infirmiers et médecins en arrivant, passer dans les couloirs, entrer dans les sas. C'est un moyen de signifier aux infirmiers et médecins qu'il est présent, et disponible. Souvent, comme ceux-ci savent que l'aide-soignant est dans le bloc, facilement atteignable, ils vont plutôt se déplacer vers lui au lieu de le biper, ce qui est plus agréable pour l'aide.

Claire prévient les infirmières de son départ et leur dit de la biper si elles ont besoin d'elle. Claire m'expliquera plusieurs fois dans la journée qu'elle préfère avertir de son départ plutôt que les collègues ne sachent pas où elle est et qu'ils la cherchent partout. Selon elle, il faut faire ainsi car cela permet de ne pas donner l'impression d'absence. Les collègues savent et, de ce fait, ne la bipent pas pour rien. (Notes, *BOU*, 30.12.08).

Angela m'explique qu'elle, elle s'organise puisqu'elle est seule pour POM. Elle est passée dans chaque service en arrivant pour dire bonjour et pour que les infirmières voient qu'elle est là. (Notes, *POM*, 24.12.08)

[Claire, aide-soignant] Je préfère que les infirmières me voient, sinon, elles ne savent pas où je suis. (Notes, *SSPI*, 23.01.09)

Nous pouvons même parler d'ubiquité parfois : filant à petits pas rapides dans le bloc, l'aide-soignant est partout à la fois, comme s'il imprégnait l'espace entier du bloc de sa présence.

Garance (infirmier) arrive dans la salle de réveil : « Tu es où mimi ? ». Marguerite (aide-soignant) « Je suis partout, tu le sais bien ». (Notes, *BOCHA*, 16.01.09).

En passant, l'infirmier anesthésiste me dit « Elles (les aides-soignantes) ont les yeux partout ». (Notes, *MAT/GYNECO*, 18.11.08).

En étant partout à la fois, on finit aussi par ne plus être nulle part, dissout dans l'espace et le temps du lieu, insaisissable. Ainsi, l'invisibilité peut être aussi une stratégie : se cacher consciemment est aussi un moyen de limiter le poids des incertitudes et des contraintes. Cela peut se faire de manière parfaitement admise et autorisée : laisser son bip à un collègue pour aller déjeuner tranquillement, préférer certains horaires.

J'interroge Claude sur la raison qui le pousse à faire autant de nuits. (...) il me dit que cela lui « permet d'échapper à certaines choses ». (Notes, *PEDIATRIE*, 17.12.08)

²³ Cette présence à l'intérieur du bloc n'est permise que dans certains secteurs : POM, ONO, parfois BOU.

Rarement, il arrive aussi que les aides-soignants évitent les demandes et les événements contraignants en se cachant de manière plus « interdite » : allers-retours répétés dans des secteurs éloignés, pauses furtives, etc. Il faut insister sur le fait que ces types d'évitement du travail sont mal acceptés par le groupe d'aides puisque ces comportements risquent de peser sur tous et font craindre des sanctions de la hiérarchie (les chefs pourraient par exemple introduire plus de contrôles s'ils ont des échos de ces pratiques). Ainsi, des sanctions sociales entre aides-soignants peuvent être prises en cas de pratique régulière de l'évitement : mise à l'écart de la personne, ragots, réflexions, etc.

Après une dizaine de minutes, Camille va décontaminer un poste. Me dit que le travail à l'hôpital, c'est un travail d'équipe, mais qu'il y a toujours des gens qui ne travaillent pas, qui savent comment se passe les choses et qu'ils savent comment faire pour qu'on les laisse tranquilles. « Tu sais où te cacher pendant que les autres travaillent ». (Notes, *SSPI*, 21.01.09)

Milena, énervée dit « Je sais pas ce qu'elle a fait comme histoire Angela ! L'infirmière l'a vue ce matin, et puis après elle l'a cherché mais elle était partie ! Apparemment, elle a dit qu'elle avait une gastro. (...) Elle raconte n'importe quoi ! ». (Notes, *PEDIATRIE*, 11.12.08)

Je suis dans la salle Est, Loana cherche Cindy. Elle demande si quelqu'un l'a vu. Loana va décontaminer un poste. Cindy apparaît. Loana lui dit « T'étais où toi ? Il faut avertir c'est important. Je te cherchais partout ! ». (Notes, *SSPI*, 22.01.09)

Travailler seule ou en équipe : entre poids et allègement.

Comme nous l'avons fait sur la question du temps, nous pourrions construire deux grandes figures de l'aide-soignant sur la question du degré de travail en équipe comme stratégie de réduction des incertitudes. La première figure, dite de « l'électron libre », préfère s'organiser seule. La seconde, dite de « travailleuse en groupe », privilégie les contacts et l'entraide. Il n'est pas toujours possible de vraiment choisir entre travailler seul ou en équipe, cela va dépendre aussi de l'organisation et du type de bloc. Il s'agit donc plutôt ici d'aspirations.

Certains aides-soignants préfèrent être le plus autonome possible, il s'agit des « électrons libres ». En effet, lorsqu'on travaille à plusieurs, certaines conséquences sont à supporter : il faut négocier les différentes manières de concevoir le travail et de le réaliser, choisir ensemble une organisation et se coordonner (ce qui coûte en termes de temps) et accepter d'être redevable envers quelqu'un qui nous a aidé. Pour certains aides-soignants, en étant seul à s'organiser, le gain de temps est important et permet alors d'avancer plus rapidement le travail afin de se laisser des marges de manœuvre en cas d'événements imprévus. De plus, en étant seul à choisir son organisation, cela permet de garder une part d'autonomie dans des journées qui, nous l'avons vu, sont régulièrement bouleversées par des demandes, des problèmes de machines et de matériel, des urgences, en somme par des imprévus contraignants.

Mon lieu de travail préféré est le bloc d'urgence. Cela me permet d'organiser mes tâches comme je le souhaite. (Entretien, Clothilde, aide-soignant, *OPERA*, 03.04.09)

Pourtant, bien que l'organisation à plusieurs comporte des coûts, elle procure aussi bien des bénéfices. Sur la balance, ceux-ci pèsent plus lourds pour certains. Ils privilégient donc le travail au sein d'une équipe comme moyen de réduire ou d'absorber les incertitudes.

Les aides-soignants choisissent par exemple de se répartir les tâches selon leur pôle de compétences le plus développé et leurs préférences. Ainsi, un tel deviendra expert du

magasin, et un autre des pannes de machines. Les incertitudes sont alors redistribuées et chacun en assume une part délimitée.

Charlotte demande à Mélissa de l'aider : elle n'arrive pas à monter la fameuse pièce. Sophie s'approche elle aussi pour regarder. Elle me dit « Mélissa c'est l'experte ! ». Mélissa lui explique comment mettre la pièce « la partie métallique toujours dessus... ». (Notes, *OPERA*, 19.11.08)

Ensuite, l'entraide est aussi un moyen de réduire les conséquences des incertitudes : en demandant à un collègue de venir aider quand tout d'un coup, toutes les salles travaillent alors que l'aide-soignant est seul permet d'éviter le débordement. En mobilisant le réseau, soit par bip, soit directement, cela permet de recevoir un soutien qui est parfois fondamental.

Patricia sera toute seule lundi, Ariane avance donc le travail d'inventaire du magasin et d'autres choses pour lui donner un coup de main. (Notes, *ONO*, 12.12.08)

Enfin, mobiliser son réseau est un atout, voire une obligation dans le cas où il manque un type de matériel : en se rendant dans les blocs voisins pour en emprunter, cela permet de satisfaire les exigences de la présence de matériel à tout moment. Ceci est renforcé par le fait que ce sont les aides-soignants qui se sentent responsables de la disponibilité du matériel, et ce sont eux qui se feront reprendre dans le cas contraire.

S'il me manque du matériel et que c'est très pressant, je vais le chercher au BOU. Si ce n'est pas très urgent, je vais à l'Opéra et si ça ne presse pas du tout, je vais le chercher en ORL. (Entretien, Marguerite, aide-soignant, *BOCHA*, 30.03.09)

Organiser ses priorités

Une stratégie développée par certains est celle d'organiser les priorités. Comme les interruptions sont courantes et que le rythme peut s'accroître brutalement, gérer les urgences et les tâches à réaliser en premier est très important. Les IRUS aimeraient d'ailleurs que les aides-soignants développent cette aptitude : cela ferait gagner leur travail en efficacité et en réactivité. Ce qui est placé en priorité par les aides-soignants sont le patient, l'aide aux infirmiers dans les cas où ils sont seuls et les urgences. Les tâches de décontamination et de gestion du stock viennent après. On constate ici un fait surprenant : les tâches prioritaires sont celles qui sont à la marge du travail de l'aide-soignant.

Finalement, si on a trop à faire, on laisse le magasin de côté, « priorité aux patients ». (Entretien, Marguerite, aide-soignant, *BOCHA*, 30.03.09)

[Ariane, aide-soignant :] Nous, il faut qu'on ait l'œil partout. Avec les années j'ai appris à prioriser. Je sais ce qui est urgent, ce par quoi je dois commencer. (Notes, *ONO*, 21.11.08)

Tactiques personnelles

Des tactiques personnelles à la marge sont aussi utilisées par les aides-soignants. Ce sont des stratégies appropriées, des jeux de cache-cache, voire d'évitement du travail semi assumés. Nous avons déjà vu celles liées directement à la visibilité. Voyons les autres à présent.

Une première tactique classique qui a été observée est l'écriture, c'est-à-dire trouver un bout de papier, se saisir d'un mouchoir, ou avoir son carnet personnel (plus rare) et s'en servir de pense-bête. On y écrit les tâches qu'il reste à faire, le matériel manquant dans une salle, en particulier quand celle-ci est éloignée du stock.

[Angela, aide-soignant :] « Je vais chercher les électrodes, dit-elle en regardant le tiroir, il faut que je note sinon je vais oublier. » (Notes, *PEDIATRIE*, 10.12.09)

Une autre tactique est celle d'avoir un léger évitement du travail: certains essaient de ne pas travailler dans les blocs qui accueillent les urgences, de ne pas faire de nuits au Bloc d'Urgence (l'aide-soignant est seul, l'imprévu est total puisque ce ne sont que des urgences), voire de choisir les bips qui sont réputés sonner moins, ou même ne pas porter son bip. Ils savent que dans certains blocs, à certaines heures on sera dérangé et interrompu, qu'il y aura aussi plus d'incertitudes sur l'utilisation du matériel. Dès lors, éviter ces sphères d'incertitude à certains moments (on ne peut jamais les éviter tout le temps sous peine de se faire reprendre par la hiérarchie ou les collègues) permet d'avoir des conditions moins stressantes où l'on peut réaliser ses tâches courantes.

Claire pose deux bips sur la table (elle doit les transmettre à 2 autres aides-soignantes) : les 2 collègues se précipitent sur les bips pour choisir le leur : il semblerait selon leurs dires qu'un des deux sonne moins souvent que l'autre. (Notes, *OPERA*, 18.11.08)

Eliane est partie sans son bip car Camille, qui devait venir ce matin n'est pas venu : en son absence, elle craignait d'être bipée en permanence et de ce fait, de ne pas pouvoir faire son travail. (Notes, *SSPI*, 15.12.08)

Une autre stratégie est de « jouer avec la transgression tolérée ». En effet, certaines entorses au règlement sont acceptées par l'ensemble du groupe d'aides (donc pas de risque de se faire mal voir par ses collègues si on les pratique). Celles-ci permettent de gagner du temps, de réduire le temps passé hors du bloc, et donc de pouvoir absorber plus facilement les incertitudes.

On va ensuite à l'étage O pour aller chercher une « tour de transport ». Elle me dit que normalement, on devrait se mettre en blanc pour y aller. Mais me dit qu'elles ont l'habitude d'y aller en vert et que les gens savent. On met juste des protections en plastique vert sur nos chaussures ainsi qu'une blouse à manche longue blanche et bleu qui s'attache dans le dos avec 2 boutons pressions. Tania me dit « tu ne le marques pas ça sur ton cahier, hein ? ». (Notes, *BOU*, 26.11.08)

15h45 : Elle me dit qu'on va monter en ophtalmologie car une infirmière anesthésiste l'a prévenu qu'ils avaient fini avec un bloc et qu'une urgence devait arriver juste après. Loana me dit que normalement, on n'a pas le droit d'y aller en bleu (on passe dans des couloirs où les gens sont en tenue de ville). Elle me dit qu'on va juste mettre des blouses blanches par-dessus notre tenue de bloc. Elle me dit qu'il ne faut pas que la chef du bloc ophtalmo nous voit car on se ferait disputer. (Notes, *POM*, 09.12.08)

D'autres types de contournement ou « glissement de tâches » sont acceptés pour rendre service aux autres corps de métier, cela permet d'être davantage reconnu et crée ainsi l'opportunité de se faire aider en retour. (Nous avons déjà exposé ces mécanismes auparavant).

Une infirmière demande à Jacqueline d'aller chercher un médicament qui se trouve à l'extérieur du bloc ; Elle va le chercher, fait un commentaire « on triche, on n'a pas le droit de le faire... » (Notes, *ONO*, 18.11.08)

Une infirmière sort du bloc et lui tend une seringue de sang en lui demandant de faire une gazométrie. Elle va dans le labo pathologie placer la seringue dans une machine prévue à cet effet. J'apprends qu'elle fait parfois ce genre d'examen sur la demande de quelqu'un. (Notes, *OPERA*, 23.12.08)

Une dernière tactique qui a été observée est de mettre de côté du matériel en prévision de son utilisation par les infirmiers, mais de le faire de manière non visible, c'est une tactique dite de « stocks tampon ». Le but est que les infirmiers pensent qu'il n'y a presque plus de matériel, fassent ainsi plus attention à ne pas le gaspiller, et sortir le matériel quand celui-

ci est finalement épuisé, ce qui permet de ne pas avoir à se rendre dans les autres blocs pour en trouver.

Il n'y a plus assez de masques, Eliane en récupère dans un sac qu'elle avait elle-même caché il y a quelques jours en prévision du jour où il n'y aurait plus assez de matériel dans l'armoire. (Notes, *SSPI*, 15.12.08)

Initiatives de changement

Nous avons observé que des initiatives de changement, dans la logistique en particulier, sont parfois proposées aux IRUS par les aides-soignants. Se rendant compte que certaines organisations du matériel et de l'espace ne sont pas ergonomiques, ils proposent des changements pour aider à répondre plus rapidement aux demandes et aux imprévus.

Il est arrivé que l'on change nous même quelque chose qui n'est pas pratique dans le travail. Par exemple, concernant les modules, Jules les avait mis en gazo (dans la salle de rangement là où il y a l'appareil de gazométrie) et ce n'était pas pratique pour nous car il fallait toujours se déplacer dans cet endroit. On les a mis sur les chariots de stérilisation et on l'a dit à Jules. Cela ne l'a pas dérangé car c'est nous qui voyons à la pratique ce qui est la plus arrangeant. (Entretien, Jessica, aide-soignant, *OPERA*, 25.03.09)

Une journée parfaite serait que je puisse prendre des initiatives, que je puisse modifier l'endroit. Partout où je suis passée, j'ai laissé un peu ma marque, ne serait-ce que mettre une pancarte. J'avais modifiée une partie des choses au réveil, de même en ambulatoire où j'avais proposé certaines choses. Elles sont mises en pratique aujourd'hui. Il faut qu'on puisse agir et avoir librement des initiatives. (Entretien, Elodie, aide-soignant, *BOU*, 13.04.09)

Les stratégies mises en place par les aides-soignants pour tenter de réduire les incertitudes contraignantes qui se posent à eux sont de natures multifformes et sont utilisées unilatéralement par les différentes personnes. Initiatives pour améliorer la logistique, gestion des priorités, anticipation, représentent autant d'aptitudes apportées par les aides. Cela peut représenter chez certains une source de fierté et de satisfaction professionnelle qui est indispensable pour rester motivé dans son travail. Cependant, ces tactiques demandent un investissement en terme de temps, de sociabilité et de disponibilité cognitive non négligeable et pourtant pas toujours très reconnu par la hiérarchie.

8.2 Paradoxes et ambivalences au travail

[Louise, aide-soignant :]On est le cul entre deux chaises. (Notes, *BOCHA*, 20.11.08)

Régulièrement, les aides-soignants sont mis dans des situations ambivalentes, voire contradictoires. Ils ont à gérer de véritables tiraillements, aspirés d'un côté et de l'autre, ils mettent alors en place certaines stratégies pour redonner de la cohérence à leurs actions, faire le lien, « le tampon », entre des personnes, des demandes ou des concepts différents, parfois même à la frontière de l'incompatible. Cela fait partie des compétences souvent non-dites et non-reconnues qui sont possédées par les aides-soignants.

8.2.1 Changer de bloc : Cassure forcée ou lutte volontaire contre la routine ?

Une fois de plus, deux figures de l'aide-soignant apparaissent ici, à propos des changements de blocs réguliers demandés par la hiérarchie. C'est une incitation relativement nouvelle puisqu'elle date de deux ans et demi. Elle est subdivisée en deux niveaux, d'abord l'encouragement à ne pas rester de trop nombreuses années dans un

secteur, ensuite de tourner au sein de celui-ci. Par exemple, un aide-soignant n'est plus affecté à la Pédiatrie ou en Gynécologie, mais à tout le secteur qui englobe ces deux blocs : soit dans ce cas, le secteur POM.

Les aides-soignants sont divisés entre ceux qui pensent que ces changements sont contre-productifs et ceux qui pensent qu'ils sont bénéfiques.

Certains sont donc favorables aux changements car cela leur permet de casser une certaine routine et de rester ainsi attentif, performant. Cela leur donne une impression de rythme, d'évolution, dans un travail qui serait sinon, trop linéaire. De plus, cela fait partie pour eux de leur métier, dans le sens où être polyvalent est plutôt perçu comme une qualité professionnelle valorisée.

D'habitude je travaille en Polychir mais j'aime bien changer pour revoir ce que j'ai oublié. (Entretien, Jacqueline, aide-soignant, *BOCHA*, 30.03.09)

[Angela, aide-soignant :] Si on reste toujours dans les mêmes lieux, après c'est comme si on faisait partie des murs ! Tous les 5-6 ans si je peux, je bouge. C'est comme ça qu'on apprend, on se remet en question. (Notes, *POM*, 18.12.08)

En réalité, je n'ai pas de préférence puisque on est polyvalente, on doit aller partout où nos chefs nous envoient et on doit être capable de gérer tous les lieux. (Entretien, Tania, aide-soignant, *BOU*, 27.03.09)

D'autres, au contraire, pensent que ces changements sont artificiels et cassent un savoir-faire acquis : le temps d'adaptation est long et il est une perte inutile.

Au début, quand on change de bloc, on n'a pas vraiment peur mais c'est toujours un peu angoissant. Tu dois t'adapter. (Entretien, Loana, aide-soignant, *SSPI*, 14.04.09)

Ensuite, ne pas connaître parfaitement le type de matériel utilisé, la manière de passer commande, l'organisation logistique du matériel fait perdre beaucoup de temps aux « nouveaux ».

Quand tu restes dans un service où tu te sens bien, tu es plus efficace. Mais on te déplace. (Entretien, Patricia, aide-soignant, *ONO*, 02.04.09)

Comment vis-tu les changements de poste entre blocs? Je me trouve pas ça bien. Comme tu vas remplacer, tu n'as aucun suivi. On te demande un appareil, mais merde, je ne sais pas où il est, s'il est en réparation, ou... alors que si tu es dans ton secteur tu t'organises pour le ménage et tout. Tu t'organises même sans problèmes. Je trouve qu'on est déjà assez paumé à chercher le matériel, on peut pas faire le ménage à fond comme on dit. (Entretien, Patricia, aide-soignant, *POM*, 31.04.04)

Tout marchait très bien alors je ne comprends pas pourquoi ils ont fait ce système de faire tourner les aides soignants. Maintenant, il faut trouver un nouvel équilibre et c'est dommage. Les aides soignants doivent tout réapprendre, c'est difficile, c'est une période difficile. (Entretien, Virginie, médecin, *PEDIATRIE*, 07.04.09)

De plus, nous avons vu que les aides-soignants se répartissent souvent les tâches, crée leur propre organisation afin d'être efficient. Les changements de blocs viennent alors casser ces arrangements.

Avant en pédiatrie avec Caroline on était complémentaire. J'étais assez heureux, tandis que là, quand je sors du travail, je vais me coucher. (Entretien, Claude, aide-soignant, *ONO*, 01.04.09)

Puis, les collègues infirmiers et médecins ne connaissent pas tout de suite suffisamment l'aide-soignant, ils peuvent alors éviter de l'appeler, préférant ceux qui sont là depuis longtemps, d'où un sentiment très douloureux de frustration, d'impuissance et d'inutilité.

De plus, comme les aides-soignants qui travaillent en équipe s'organisent très bien entre eux, se répartissent les tâches, reconnaissent des experts informels ou se partagent les moments de pause équitablement, cela vient déstabiliser cet équilibre de groupe.

Enfin, certains aides-soignants ont le sentiment de ne plus être tout à fait des personnes mais des éléments interchangeables, tous au même niveau. On nie l'importance de former une équipe, d'être intégré, d'avoir une bonne dynamique de groupe.

J'ai connu un moment où tu étais membre d'une équipe. Aujourd'hui, tu es un module : tu es utile et on te déplace. (Entretien, Patricia, aide-soignant, *ONO*, 02.04.09)

8.2.2 Le matériel : entre force et faiblesse de l'aide-soignant

La gestion et la connaissance du matériel sont à la fois un pouvoir et une faiblesse pour les aides soignants comme nous allons essayer de le montrer ici.

Un savoir source de pouvoir et de reconnaissance...

Une des deux tâches centrales assumées par les aides-soignants en anesthésie est la gestion du matériel et des machines. Il faut s'assurer que tout soit à disposition dans les sas, sur les chariots, et que les respirateurs fonctionnent.

Dans le discours des infirmiers et des médecins anesthésistes, on trouve le patient toujours au premier plan : c'est ainsi qu'ils expliquent la passion pour leur métier, leur raison d'être professionnels. Ils n'envisageraient en aucun cas leur métier autrement.

Mais je suis là avant tout pour le patient. Moi, c'est le contact avec le patient qui me réjouit le plus dans mon travail. Moi, quand ça ne va pas à la maison, je m'accroche à l'idée que je dois m'occuper des patients. Ça me donne un sens. (Entretien, Pascal, infirmier, *ONO*, 03.04.09)

Mais si tu fais le métier d'infirmière ou d'aide-soignante, je ne vois pas à quoi ça sert si tu n'aimes pas le contact aux patients. (Entretien, Mélanie, infirmier, *POM*, 30.03.09)

Dès lors, la question du matériel, moins valorisante de prime abord et surtout moins prestigieuse, est mise de côté au profit des aides-soignants. La gestion de ce matériel, pan important de l'anesthésie, leur a été laissée, et les aides-soignants s'en sont volontiers saisis. Comme réglementairement, ils travaillent sous la délégation des infirmiers, ils devraient ne pas avoir de tâches propres. Or, ce sont aujourd'hui eux qui s'occupent presque exclusivement de la gestion du matériel dans les salles et dans le stock. Cela leur donne un territoire propre, une zone de compétence réservée et gardée. Les infirmiers et médecins reconnaissent volontiers cela si on leur pose la question.

C'est vrai qu'elles font beaucoup de choses que nous on ne connaît pas... Le magasin par exemple. Ce sont elles qui s'occupent de ça, nous on ne fait que demander et gueuler quand il en manque... (Entretien, Pascal, infirmier, *ONO*, 03.04.09)

Les aides-soignantes sont là pour nous porter secours au niveau du matériel. Elles sont une ressource pour nous. (Entretien, Suzanna, infirmier, 30.03.09)

En passant, l'infirmier anesthésiste me dit : « Elles savent tout sur le matériel. » (Notes, *POM*, 20.11.08)

Cela va même plus loin dans certains cas. Comme à l'hôpital c'est surtout le fait de soigner qui est valorisé et que les aides-soignants ont peu accès aux malades, une certaine personnalisation des machines et du matériel est visible. La reconnaissance est

ici : on ne guérit pas des patients mais on guérit quand même... des machines. Les aides-soignants se sont appropriés et ont transposé le jargon médical à leur propre activité.

Mélicia s'occupe du tuyau d'aspiration du Primus et dit : « Celui là, il aspire bien. Il n'y a même pas besoin de le toucher, il crie » (c'est le bruit de l'aspiration)... Plus tard, elle discute avec sa collègue d'un appareil fragile, Mélicia dit : « Il faut qu'il (l'appareil) dorme dans le cagibi ». (Notes, OPERA, 03.02.09)

Ensuite, nous allons porter le Primus dans la salle de transfert pour qu'il soit pris en charge : Marie-Cécile « L'autre (le premier Primus cassé) il est là-bas déjà, il attend pour être soigné ». (Notes, OPERA, 23.12.08)

C'est pareil pour les pousses seringues, elles se baladent. (Entretien, Jessica, aide-soignant, OPERA, 25.03.09)

Ensuite, les aides-soignants apparaissent comme un pivot communicationnel et organisationnel entre les acteurs. Ils font le lien avec la structure logistique de l'hôpital, la commande du matériel, les réparations, la gestion des lits propres, etc.

On voit que les aides défendent cette compétence. Il est très important pour eux de parvenir à réparer une machine sans avoir besoin de le déléguer à quelqu'un d'autre pour prouver à ceux qui les entourent qu'ils ont des compétences techniques. Comme à l'intérieur du bloc, ils sont les personnes les plus facilement joignables et disponibles pour aider à trouver le matériel ou s'occuper d'une panne simple de machine, cela leur octroie un certain pouvoir, voire crée une dépendance, même réduite, des infirmiers et médecins envers eux. Plusieurs aides-soignants se sentent valorisés par cette image de technicien.

C'est pour cela qu'on vient au bloc, c'est plus technique. (Entretien, Jessica, aide-soignant, OPERA, 25.03.09)

[Patricia, aide-soignant :] On devrait nous appeler des « techniciennes » en anesthésio, on n'est pas des aides, on ne soigne rien. On a une bonne connaissance du matériel, des machines, on a une bonne capacité à gérer. Si on nous appelait des techniciennes ça changerait quelque chose. Nous, c'est technique ! On pourrait même nous donner une classe en plus. La valorisation passe aussi par l'institution, qui elle nous enlève des gestes. (Notes, ONO, 20.11.08)

Les aides-soignants éprouvent le sentiment d'être importants, un élément clé pour le bon déroulement de l'anesthésie et de l'opération. Ils sont « les petites fourmis » qui préparent l'endroit d'accueil du patient et le lieu de travail des médecins et infirmiers pour que tous puissent exercer leurs compétences dans de bonnes conditions et dans la protection de la santé du patient.

On est très demandé. On est un peu les chefs d'orchestre. C'est à nous de tout agencer (changer, vérifier et remonter). On est très importantes à ce niveau là. (Entretien, Patricia, aide-soignant, ONO, 02.04.09)

[Marguerite, aide-soignant :] L'anesthésiste finit son boulot et elle s'en va. Nous on doit tout ranger pour que tout soit en ordre pour l'opération suivante. On a une sacrée responsabilité. (Notes, ONO, 25.11.08)

Claire revisse un coude en métal : « Il faut tout mettre à sa place, il suffit qu'un joint ne soit pas bien mis... ça fait des fuites et ils ne peuvent pas opérer » (Notes, ONO, 27.11.09).

Enfin, les machines et le matériel représentent une occasion de donner un but à son travail, avoir le sentiment d'évoluer dans un métier où la progression hiérarchique n'existe pas. Comme les respirateurs, mais surtout le matériel, changent régulièrement, ils doivent acquérir de nouvelles compétences, intégrer de nouveaux noms et de nouvelles procédures.

(...) L'apparition de ces nouvelles machines nous permet d'évoluer. (Entretien, Milena, aide-soignant, POM, 08.04.09)

Le matériel représente une force, un pouvoir pour les aides-soignants. Cependant, c'est aussi un savoir qui emprisonne à plusieurs titres.

... mais un savoir qui emprisonne

Il faut d'abord préciser que malgré les éléments avancés plus haut, leur appropriation de la gestion du matériel reste très réduite. En effet, la quantité de matériel à mettre dans chaque espace est prescrite par la hiérarchie, tout comme la manière d'étiqueter ce même matériel. Ils ne peuvent réorganiser l'espace à leur guise.

De plus, leur connaissance des respirateurs et du matériel d'anesthésie reste relativement superficielle. La plupart des aides-soignants ne connaissent pas toutes les possibilités pratiques offertes par les machines et ignorent le détail de l'utilisation finale qu'en feront les médecins et les infirmiers.

Ensuite, être reconnus comme les gardiens du matériel est valorisant mais demande aussi une disponibilité importante. Puisque les experts, ce sont eux, quand il y a un problème, panne, également d'un respirateur, vol ou manque de matériel, ce sont eux que l'on appelle même s'ils sont déjà occupés... Et c'est aussi à eux que les médecins et infirmiers font des reproches si la gestion du matériel n'a pas été bien faite. Ils ne peuvent pas se dérober à ces demandes qu'ils sont tenus de remplir efficacement et rapidement. La contrainte est dès lors parfois, lourde à porter.

C'est très important pour nous, le matériel. Par exemple si du matériel manque, le médecin est embêté et nous le sommes encore plus parce que c'est notre job qu'il y ait la qualité et que la commande soit faite. S'il n'y a pas le matériel, on court derrière, ça embête tout le monde et on risque d'être engueulée. (Entretien, Cindy, aide-soignant, SSPI, 14.04.09)

Les appareils sont parfois en panne. C'est à nous de trouver une solution. Il n'y a pas d'excuse possible au manque de matériel. (Entretien, Loana, aide-soignant, SSPI, 24.04.09)

Certains aides-soignants peuvent alors avoir le sentiment que les autres professionnels se sont habitués à ce qu'ils s'occupent du matériel et des machines, et qu'ils les appellent sans essayer eux-mêmes de résoudre le problème. Cela peut amener à des tensions entre les différents corps professionnels.

Quand ils font tomber quelque chose, ils ne vérifient même pas si ça marche, ils préfèrent venir vers nous et nous demander de voir si ça marche. On a beaucoup de travail, ils ne se rendent pas compte ! (Entretien, Milena, aide-soignant, POM, 08.04.09)

Enfin, dans l'ambivalence de la force ou de la faiblesse de cette gestion du matériel, le point le plus sensible est la perte du contact avec le patient. Le temps de travail n'est pas extensible, ils ont conscience qu'en s'occupant du matériel et des machines, ils perdent une partie du temps qu'ils pourraient passer auprès du patient. Or, plusieurs d'entre eux en souffrent.

Ce qu'il manque dans le bloc, c'est le contact avec le patient. Parfois, quand ils sont bien, tu rigoles, tu places deux mots, tu fais connaissance. C'est le côté positif. Dans les blocs, c'est beaucoup de matériel et de machine. (Entretien, Cindy, aide-soignant, SSPI, 14.04.09)

Ca me plaît parce que je le trouve intéressant et puis je pense que c'est direct avec le patient. J'ai l'impression de le soigner, c'est utile. La décontamination, travailler juste avec les appareils, ça ne me fait pas peur mais ça me laisse froide. Je n'ai jamais aimé réviser le respirateur, même si je le fais consciencieusement et correctement. Je ne veux pas m'occuper que de l'appareil parce que je

n'ai pas la vie en face de moi. Avec le patient, je le fais par la personne. Au début, quand je suis rentrée, je suis passée par le bloc et j'étais bien malheureuse. Je l'ai toujours dit que je n'aime pas le bloc et juste manipuler du matériel et que ça s'arrête là. Je manipule le matériel, je l'utilise très volontiers mais il faut que j'arrive aussi vers le patient. (Entretien, Elodie, aide-soignant, BOU, 13.04.09)

S'ils ont accepté cette perte, c'est que le matériel représente effectivement un pouvoir, puisque laissé en friche par les autres professionnels, alors qu'ils ne pourraient pas être concurrentiels sur le terrain du soin aux patients accaparé par les infirmiers et médecins.

De plus, plusieurs d'entre eux ont fait part de la difficulté de travailler dans les services avec les patients : horaires plus difficiles, portages incessants, stress. Au près des machines, ils y gagnent un peu en quiétude mais perdent en termes de reconnaissance et de motivation.

On est des privilégiés car aux étages, les aides-soignants travaillent deux week-ends par mois, nous on ne travaille qu'un week-end par mois. (Entretien, Jessica, aide-soignant, OPERA, 25.03.09)

Parce que je venais des soins intensifs. Alors que l'anesthésie, c'est moins fatiguant et moins stressant. En soin c'est vrai que tu es plus près du patient. Bon et en pédiatrie, tu es plus près du patient aussi quand même. En anesthésie on fait plus de ménage mais c'est moins stressant. (Entretien, Madeleine, aide-soignant, POM, 01.04.09)

Etre au bloc, c'est particulier. Tu aimes ou tu n'aimes pas. L'avantage c'est que c'est moins « lourd ». Ailleurs, tu soulèves le patient, il y a beaucoup de manutentions. Alors qu'ici, il n'y en a pas. Je pense que c'est une des raisons qui les ont poussées à venir ici. Même si c'est vrai qu'elles en font des kilomètres dans le bloc OPERA ! Mais il y a moins de relations patients. (Entretien, Mélanie, infirmier, POM, 30.03.09)

Dans certains secteurs, POM, SSPI, BOU et parfois ONO, le contact patient est cependant présent, et pour beaucoup cela est important, c'est ce qui plaît particulièrement à plusieurs qui défendent farouchement leur identité d'aide-soignant et non pas de logisticien.

Le réveil, c'est le plus valorisant pour une aides-soignante car tu fais plus de choses et tu as le patient donc tu fais attention à comment tu réagis. Tu te remets en question car tu n'es plus avec tes machines. (Entretien, Claire, aide-soignant, SSPI, 03.04.09)

Le savoir autour du matériel est bien à la fois une force et une faiblesse pour les aides-soignants dont le discours sur cette question est particulièrement ambivalent. Eux-mêmes n'ont pas tranché : ce savoir est-il plus une liberté qu'une contrainte ? Est-il plus source de pouvoir ou d'emprisonnement ? Ces questions restent floues et les réponses différentes défendues tour à tour par ces professionnels qui restent dans une posture hésitante, sans doute expliqué par leur faible identité professionnelle et leur difficulté à se rassembler. En somme, les aides-soignants ne peuvent produire un discours homogène pour déclarer si le compromis machine contre patient est à leur avantage ou pas.

8.2.3 L'aide-soignant pris entre deux feux : la question des économies à l'hôpital.

L'hôpital universitaire, comme de nombreuses autres institutions, est entré dans une ère d'économie et de lutte contre le gaspillage, concrétisé par l'instauration du plan Victoria. En étant les gestionnaires du matériel dans les blocs, les aides-soignants sont en première ligne pour faire respecter ces directives. Ils se retrouvent en fait « pris entre deux feux » : la lutte contre le gaspillage et le besoin pressant des infirmiers et médecins en matériel.

Il faut dire en premier lieu que la plupart des aides-soignants occupent une place de « gardien des économies en matériel ». Ils essaient de faire tout leur possible pour que le gaspillage, dont ils accusent parfois les médecins et infirmiers, soit limité. La hiérarchie leur a fait part de ce chemin que veut prendre l'hôpital, ils se sont réapproprié cette consigne, elle fait désormais partie de leurs valeurs professionnelles, voire de leur identité propre.

Quand un patient contagieux entre dans le bloc d'urgence, je propose au médecin si c'est possible de n'utiliser qu'un respirateur au lieu des deux qui sont dans la salle et dans le sas. Parfois ça marche et parfois non. (Entretien, Marie-Cécile, aide-soignant, OPERA/BOU, 02.04.09)

« Et puis, je n'aime pas quand les médecins ouvrent du matériel qu'ils ne vont pas utiliser, et le laissent comme ça. » Pourquoi les ouvrent-ils s'ils ne vont pas l'utiliser par la suite ? « Parce que c'est plus facile pour eux. Parfois, ils ne savent pas quelle taille de seringue est nécessaire, ils en ouvrent quelques unes. Et les laissent traîner après l'opération. C'est aussi du gaspillage ça ! » (Entretien, Ariane, aide-soignant, ONO, 02.04.09)

Angela a reçu du magasin du produit pour l'appareil à gazo. Elle me dit qu'il faut faire très attention car ces produits coûtent très chers et qu'ils se périment vite. Il faut donc faire bien attention de ne pas trop en commander. « Nous on est là pour surveiller cela ». (Notes, POM, 18.12.08)

Ensuite, les aides-soignants sont régulièrement pris dans des dilemmes sur cette question de la gestion à flux tendu du matériel. Il arrive que les infirmiers leur demandent du matériel supplémentaire, or la quantité que doivent commander les aides-soignants est prescrite. De plus, ils adhèrent eux-mêmes à cette manière de fonctionner qu'ils trouvent logique et efficiente. Ils essaient alors de partager leurs valeurs de lutte contre le gaspillage aux infirmiers mais ce n'est pas évident, chacun étant pris dans ses propres contraintes et buts au travail. Les infirmiers sont là pour le patient, ils le disent eux-mêmes, leur objectif est en premier lieu de le soigner le mieux possible en évitant tout accident, ils n'ont souvent pas le temps de penser aussi à réduire le matériel utilisé à son minimum lors de la prise en charge. Là n'est pas leur priorité. Or, nous l'avons vu, la gestion du matériel est primordiale pour les aides-soignants, c'est le centre de leur métier. Les aides doivent composer avec ces tiraillements, et deviennent les tampons de l'institution, essayant de satisfaire les infirmiers sans pour autant ne pas respecter les prescriptions contraignantes à l'égard du matériel. Gérer ces contradictions leur demande souvent une grande inventivité, voire une certaine posture de médiateur pour concilier des exigences a priori opposées.

Concernant le nombre de choses disponibles dans un bloc, Louise affirme que son Chef lui demande de ne pas dépasser une certaine quantité (seuil) tandis que les infirmiers demandent les choses en double au cas où quelque chose tombe ou se casse. A propos de cette situation, Louise affirme : « on est le cul entre deux chaises ». (Notes, BOCHA, 20.11.08)

On retrouve Mélissa et une infirmière qui revendiquent le manque de « sacs de pipi » et de Guedel. L'infirmière insiste sur ce point mais Charlotte répond qu'elle ne peut en mettre d'avantage sous peine d'aller contre la consigne de Jules « Je n'y peux rien » dit-elle, « c'est lui qui fixe le nombre ». (Notes, OPERA, 27.01.09)

Les aides-soignants s'approprient ce rôle fort de gardiens des économies, voyons à présent qu'ils ont également l'image de « gardiens de l'hygiène ».

8.2.4 L'hygiène, un territoire à soi et à défendre

Comme les maladies nosocomiales augmentent, il y a de plus en plus de petites bestioles qui se développent, leur travail est de plus en plus important. (Entretien, Jules, IRUS, 03.04.09)



Une aide-soignante en anesthésie décontamine

Par le même mécanisme que celui exposé auparavant (rôle donné par la hiérarchie puis réapproprié pour le faire devenir sien), les aides-soignants défendent une image de « gardiens de l'hygiène ». Ils ont ici un deuxième territoire qui leur appartient et qui font leur spécificité, leur identité, qui les rend indispensables. Ce sont eux qui luttent contre les maladies nosocomiales à l'hôpital, ils ont parfaitement conscience que le travail des anesthésistes et des chirurgiens serait ruiné sans eux : un patient qui vient pour se faire opérer de la main et qui ressort du bloc avec une maladie contagieuse sévère présente un risque dont les aides-soignants protègent tout le monde par leur grande prudence à pratiquer leur métier efficacement.

Quand tu vois les aides-soignantes, tu te dis qu'elles font le ménage et que de la décontamination mais la responsabilité est énorme. C'est la vie d'être humains. Ça ne rigole pas (...) Concernant les maladies contagieuses, je te l'ai dit, la base c'est nous. (Entretien, Loana, aide-soignant, SSPI, 14.04.09)

L'infirmière ne nous dit pas quoi faire. Ce n'est pas comme dans d'autres secteurs où l'aide fait les tâches déléguées. Ici nous avons notre propre travail. (Entretien, Elodie, aide-soignant, BOU, 13.04.09)

Comment vous représentez vous le travail de l'aide-soignant de manière générale? Des garants de l'hygiène (silence). (Entretien, Jean-Philippe, médecin anesthésiste, SSPI, 30.03.09)

Pourtant, défendre ce territoire du respect de l'hygiène n'est pas simple. Les opérations s'enchaînent, il faut sans arrêt re-décontaminer soigneusement, cela ne s'arrête jamais. Mais surtout, ils ont parfois le sentiment d'être seuls, ou presque, à se préoccuper vraiment de ces questions de contagion. Ils sont aussi pris dans des contradictions : on leur dit que l'hygiène et la stérilité des surfaces sont fondamentales, mais les règles ne sont pas les mêmes partout : par exemple, il n'existe pas de sas dans certains blocs (Pédiatrie, Gynécologie, Neurochirurgie/ORL) et les locaux de décontamination ne sont pas tous conçus pour séparer l'espace efficacement entre le sale et le propre (en particulier dans les petits blocs).

Dans les faits, on constate que les consignes sur l'hygiène ne suivent pas forcément et c'est de pire en pire quand on va plus haut dans la hiérarchie. (Entretien, Jacqueline, aide-soignant, 30.03.04)

[Caroline, aide-soignant :] Ça a été fait n'importe comment ici ! Ce n'est pas normal car normalement il devrait y avoir partout un côté propre et un côté sale ! (Notes, POM, 12.01.09)

Ainsi, cela renforce leur importance : un territoire qui n'est pas attaqué, n'est par définition pas à défendre. Leur rôle devient d'autant plus indispensable face aux maladies contagieuses puisqu'ils apparaissent comme ceux qui luttent, presque corps et âme, contre ces risques infectieux. Lors de nos observations, et on le voit dans les citations ci-dessus, ils ont cherché à montrer cette dichotomie entre leur précieux travail autour de l'hygiène et celui bâclé par les autres corps de métier. On peut se demander par contre s'ils essaient, et parviennent, à faire valoir cette compétence auprès de leur hiérarchie et avoir une reconnaissance forte. Nous aborderons cette question en détail dans une partie suivante.

8.2.5 Spécialistes ou profanes ?

Nous l'avons vu ci-dessus : les aides-soignants ont investi des territoires en particulier qu'ils maîtrisent avec une grande force. Ils se sont spécialisés dans certains domaines, et sont devenus parfois ceux qui les connaissent le mieux, de nombreux infirmiers déclarant par exemple qu'ils ne seraient pas capables de mener une décontamination parfaite.

Cependant, ce travail rigoureux et spécialisé est conduit dans la relative ignorance des fonctionnalités techniques ou médicales de certaines procédures couramment employées. On découvre ici un paradoxe important, parfois ressenti comme une souffrance par les aides-soignants qui aimeraient connaître plus en détail certains pans du travail et avoir plus d'informations. Par exemple, ils assurent la décontamination après le passage d'un patient MRSA mais ne connaissent pas forcément la signification de ces initiales. Ils savent réparer une machine, toujours la démonter et la décontaminer, mais ne connaissent pas en détail ses fonctions. Ils font attention au déroulement des opérations, interrogeant les infirmiers et consultant le programme, mais ne peuvent expliquer systématiquement en quoi consiste telle ou telle autre opération.

Les aides-soignants évoluent au sein d'un monde hyper technicisé où se côtoient matériel de pointe, opérations rares et délicates, professionnels spécialistes. Ils sont donc parfois isolés dans la compréhension approfondie de leur environnement. Ainsi, certains expriment parfois leur frustration et leur volonté d'être davantage intégrés dans cet environnement grâce à un supplément d'information, de détail, voire de formation que l'on pourrait leur donner.

8.3 Un vécu invisible

Les aides-soignants en anesthésie sont régulièrement confrontés indirectement à des cas difficiles, en particulier dans le Bloc d'Urgences (BOU), en Pédiatrie et en Salle de Réveil (SSPI) où les images des patients accidentés de la route, des enfants malades, des morts, des cas désespérés d'adolescents, les marquent de manière indélébile parfois.

Pendant nos observations, ou lors des entretiens, tous nous ont raconté un moment de leur parcours professionnel où ils ont été confronté à un événement en particulier qui les a bouleversés voire traumatisés pendant de nombreuses années.

(...) J'avais pensé que l'enfant dormait et une autre personne m'a dit qu'il était décédé et après que

je l'ai su j'ai été malade par rapport à ça... tu vois... et les jours d'après je ne pouvais pas manger et j'avais toujours ce petit bébé dans ma tête et j'étais très perturbée et ça m'a choqué. (Entretien, Marie-Cécile, aide-soignant, BOU, 02.04.08)

Le week-end de pentecôte l'année passée, je travaillais au BOU, et deux personnes sont décédées. C'était deux jeunes, un garçon et une fille. C'était un accident de voiture. Ça été un cauchemar. Mes nerfs ont lâchés. J'ai fondu en larmes. L'infirmière m'a gueulé dessus. Je la comprends, ça a été un stress énorme pour nous tous...J'ai pleuré et j'ai pleuré...Après, il y a eu les proches qui sont venus...Ca a été très difficile ! Je n'oublierai jamais ces décès. (Entretien, Ariane, aide-soignant, POM, 02.04.09)

Comme les aides-soignants ne sont pas directement acteurs dans la prise en charge de ces patients, que ce ne sont pas eux qui pratiquent le massage cardiaque, qui font le geste qui déterminera peut-être la mort ou la survie d'un patient, ni que ce sont ceux qui iront annoncer la tragique nouvelle à la famille, aucune structure adaptée n'est prévue systématiquement pour accueillir leur parole, et leur apporter un soutien spécifique.

Au bloc des Urgences, il a plus de cas. Un père est venu, il s'était suicidé et ses deux enfants l'avaient découvert. J'étais en état de léthargie et de choc et je n'ai pu parler à personne. Cette situation était difficile mais il n'y a pas eu de feedback. Personne ne s'intéresse à notre ressenti et tu le vis très mal car tu vis des situations choquantes. Il n'y a pas de cellule de crise. (Entretien, Claire, aide-soignant, SSP, 03.04.09)

Afin de pouvoir continuer à avancer, à venir travailler, à se remettre de ces images douloureuses, et pour pallier à l'absence d'écoute de l'hôpital, les aides-soignants profitent des moments de pause ou de rencontres inopinées dans les couloirs pour se livrer, au sein du groupe, des morceaux de ces traumatismes. En parler pour mieux reprendre le dessus.

J'ai dit à quelqu'un qui passait : « Mais il est pâle le patient ! ». Elle m'a traité d'andouille et elle m'a dit : « Il est mort ! ». Je ne savais pas car il y avait encore la perfusion. Il venait de lui retirer les organes. J'ai eu un choc. Pendant une semaine, j'avais l'image de ce corps qui me travaillait. Après, j'ai réussi à en parler avec des collègues. Elles m'ont dit de mettre un mur. Mais c'est quoi ça, mettre un mur ! (Entretien, Cindy, aide-soignant, SSP, 14.04.09)

J'ai eu des scènes où tu ne te remets pas pendant une semaine. Au BOU, c'était surtout dans les boxes. Tu vois des choses terribles, des accidents qui ne devraient pas arriver. Quand cela arrive, j'en parle avec les collègues. Il faut en parler. Ca serait génial qu'il y ait un psychologue, surtout quand tu es à plat, comme droguée. (...) (Entretien, Loana, aide-soignant, SSP, 14.04.09)

Cependant, d'après la dureté des récits que nous ont confiés les aides-soignants, nous pouvons nous demander si cela est suffisant.

8.4 Conclusion

Comme nous avons essayé de le montrer, de nombreuses contraintes encadrent, voire perturbent le travail des aides-soignants en anesthésie.

Ceux-ci doivent gérer de constants imprévus et des incertitudes à plusieurs niveaux. Ils doivent aussi jongler entre plusieurs normes, prescriptions voire valeurs parfois antinomiques. Enfin, ils ont régulièrement à supporter, souvent seuls, des visions choquantes de prise en charge de patients impliquant des actes massifs et invasifs de la part des équipes soignantes et médicales. Pourtant, par des stratégies souvent conscientes, les aides-soignants parviennent à surmonter ces difficultés. Occasions de valorisation et de fierté personnelle d'une part, et surtout, de saisissement et de maintien de compétences propres informelles d'autre part; ces contraintes deviennent finalement des forces imprévues. Réglementairement, ils agissent uniquement sous délégation de

l'infirmier. Pourtant ces derniers l'affirment eux-mêmes : ils ne seraient pas capable de réaliser une parfaite décontamination, ou de passer une commande au magasin auprès de Justine. Les aides-soignants ont donc créé une dépendance des autres corps de métier à leur savoir-faire. On peut constater que celui-ci est cependant peu visible au premier coup d'œil. Ainsi, l'inconvénient est que les aides-soignants sont peu reconnus pour leurs compétences indispensables ; l'avantage est que les autres acteurs essaient peu de leur prendre cette place stratégique puisqu'ils ne la perçoivent comme telle que de manière extrêmement réduite. Au sens de Crozier et Friedberg, une autre source de pouvoir est détenue par les aides, celle qui est possible par les quelques zones d'incertitude dont ils disposent.

Les aides-soignants ont une base de travail, un mandat. A l'intérieur de celui-ci, nous avons observé qu'ils sont assez libres de choisir la manière dont ils s'organiseront pour le réaliser. De plus, rappelons que leur cahier des charges reste flou et peu adapté à leur pratique en anesthésie. Ainsi, les aides-soignants ont une marge d'autonomie très grande dans leur travail et n'acceptent pas qu'on la leur réduise. Leur marge de manœuvre, notamment dans le rapport à l'IRUS ou aux infirmiers, est bien réelle. Cela explique pourquoi les aides-soignants réajustent sans cesse le planning à leurs envies, mais aussi pourquoi ils acceptent difficilement qu'on leur impose une organisation plus précise et prévisible de leur travail. En étant plus facilement contrôlables, traçables si l'on peut dire, cela leur permettrait moins de refuser ou du moins de jouer avec les demandes des autres corps de métier. Cela réduirait donc leur zone d'incertitudes, et par la même, le pouvoir qu'ils ont réussi à construire.

Finalement, bien que les contraintes aient un coût pour les aides-soignants, elles permettent aussi l'acquisition d'un pouvoir et d'aires de libertés appréciées et défendues.

Chapitre 9. Conclusion : Les dilemmes des aides-soignants

[Patricia, aide-soignant] « On n'a pas un bon esprit d'équipe. C'est peut-être notre tort, on ne s'organise pas pour dire les choses »
(Notes, ONO, 20.11.08).

Dans la partie précédente, nous avons mis en évidence le fait que les aides-soignants oscillent sans cesse entre contraintes et libertés, tantôt subissant, tantôt profitant, voir même jouant des incertitudes qui se posent à eux. Ils sont pris aussi dans des paradoxes et des ambivalences dont ils ne sortent pas toujours indemnes.

Nous avons également mis l'accent sur leurs types de relations variables, entre eux et avec les autres, leurs divers modes de collaboration et de communication et leurs environnements de travail, également variables.

L'ensemble de ces éléments nous amènent alors à une question finale et à plusieurs questions subsidiaires : les aides-soignants en anesthésie sont-ils porteurs d'une identité professionnelle forte et stable ? Ont-ils les moyens de mener des actions collectives quand ils se sentent menacés ? Et, finalement, forment-ils véritablement un groupe homogène et solide ?

C'est, en effet, au moment d'écrire ce rapport en rassemblant l'ensemble de nos notes de terrain, de nos retranscriptions d'entretiens, de nos notes de lectures et de nos premières analyses, que nous nous sommes aperçus que la question de l'identité de groupe, ici professionnelle puisqu'il s'agit bien d'un groupe fondé sur l'appartenance à un métier, se posait. Nous avons alors remarqué qu'il existait à la fois des freins et des facilitations externes (institutionnels ou réglementaires) et internes (au sein même du groupe, construits par les aides-soignants eux-mêmes) qui représentaient tour à tour des obstacles et des appuis pour la construction de cette identité. C'est ce que nous exposerons dans les deux prochaines sous-parties.

Dans la troisième sous-partie, nous nous efforcerons de tirer un bilan, de donner « le résultat » de ce tiraillement afin de conclure sur la nature du groupe, son éventuelle identité professionnelle commune et sa capacité à produire des actions collectives.

9.1 Construire son identité professionnelle quand on est aides-soignants en anesthésie : les freins...

Nous commencerons donc, dans cette première sous-partie, par montrer quels sont effectivement les freins à la fois internes et externes à la formation de cette identité commune.

9.1.1 Des freins externes

Nous pouvons identifier plusieurs types de freins externes à la formation d'une identité professionnelle forte.

D'abord, comme nous l'avons exposé au tout début de ce travail, il n'existe guère de formation d'aide-soignant spécialisée en anesthésie. La formation, courte, est destinée à l'ensemble des aides-soignants, bien que la réalité du travail d'un aide-soignant en anesthésie ou dans les étages de l'hôpital auprès des patients malades soit complètement différente. Cette absence d'assise de formation initiale théorique ne contribue pas à aider le groupe d'aide-soignant en anesthésie à se constituer face aux autres corps de métier qui disposent a contrario d'un plus gros bagage.

Ensuite, le cahier des charges de l'aide-soignant en anesthésie reste relativement imprécis, mal adapté à la spécialité et peu mis à jour. De plus, les glissements de tâches "aux deux extrémités" sont fréquents : prise en charge d'un nettoyage qui devrait être réalisé par un garçon de salle, réalisation d'une gazométrie qui devrait être faite par un infirmier, etc. Ainsi la sphère de compétences de l'aide-soignant est peu clairement délimitée, ce qui introduit du flou dans la définition de son identité. De plus, ils se sentent parfois menacés par ces glissements.

De plus, cette situation est renforcée par le fait que les aides-soignants ne détiennent pas de compétences propres au niveau légal : réglementairement, ils agissent sous délégation des infirmiers.

Enfin, de la confusion est introduite institutionnellement : Ainsi, le terme pour désigner les « aides-soignants en anesthésie » varie, en particulier sur les documents officiels et d'organisation qui sont affichés à l'intérieur des salles de décontamination des aides-soignants. On peut ainsi voir surgir l'appellation de "aide-hospitalières":

Rappelons également que les aides-soignants sont dispersés géographiquement dans les blocs. Malgré leurs efforts, l'adoption de normes et de valeurs communes est une lutte quotidienne pour les aides, d'autant plus comme nous l'avons décrit qu'ils ne sont pas inclus dans les différentes équipes de soin. Le *teamwork*, au sens formel du terme, n'existe pas.

Enfin, les aides-soignants ressentent un certain dépit du fait de l'impossible évolution de leur place : la progression hiérarchique est impossible, il n'existe pas de promotion pour les aides. Les perspectives de ce métier sont dès lors très réduites, et un sentiment d'étouffement est ressenti par certains aides, qui pourtant choisissent de rester.

9.1.2 Freins internes

L'identité professionnelle est la conséquence des distinctions entre corps de métiers. Se définir et définir son travail délimite la frontière qui sépare un groupe d'acteurs d'un autre. Nous venons de le voir, les aides-soignants en anesthésie rencontrent des difficultés d'ordres administratives et contextuelles pour se constituer en tant que groupe. Si des caractéristiques extérieures peuvent aider à expliquer ce fait, il ne faut pas oublier la nature et la dynamique interne au corps des aides-soignants en anesthésie.

Vu de l'extérieur, le groupe des aides-soignants peut paraître homogène. Il l'est, mais seulement en partie. Plus que dans d'autres catégories professionnelles disposant d'un cadre clairement prédéfini de travail, l'aide-soignant en anesthésie voit son identité professionnelle définie *a posteriori* par les tâches qu'il effectue *réellement*. Intimement lié à l'inconsistance du cahier des charges, le travail est le principal dénominateur des aides. Reste à savoir dans quelle mesure il est commun aux acteurs. Dans cette étude, nous avons relevé un certain nombre de préférences et d'affinités de certains aides vis-à-vis de tâches particulières. C'est une première limite interne au groupe. Elle peut prendre la

forme d'une division des domaines d'activités comme c'est le cas dans le Bloc de Chirurgie Générale (OPERA) où une aide dédie une partie de son temps au « magasin » tandis que les deux autres se « limitent » à la décontamination. D'autres, par choix préfèrent une proximité ou au contraire un éloignement maximal du patient. Ce choix se répercute sur l'intégration, la satisfaction au travail et le confort émotionnel de l'aide-soignant dans différents blocs. Comme décrit jusqu'ici, la Pédiatrie, la Maternité ou la Salle de Réveil (SSPI) amènent les aides-soignants à côtoyer l'intimité du patient. Si la plupart montre une prédisposition face à ce type de situation professionnelle, cela n'est pas le cas de tous. Toujours dans le domaine des préférences liées au travail, la familiarité avec les machines est un élément essentiel. Dans ce cas, il ne faut pas entendre la « familiarité » comme une relation intrinsèquement positive. Elle peut être difficile et générer de la frustration. Mais toujours, elle reste limitée. Travailler au quotidien avec des machines dont l'aide-soignant n'a qu'une maîtrise imparfaite, c'est aussi travailler en présence d'un outil « étrange ». Certains aiment, d'autres sont lassés. Il existe donc une hétérogénéité, certes limitée, mais présente. Les aides-soignants sont pris en permanence dans un dilemme qui oppose spécialisation et polyvalence. Ils ne semblent pas avoir pris clairement position pour l'une ou l'autre de ces directions, maintenant en tension le fait de savoir travailler dans tous les blocs (mais donc de réaliser un travail moins approfondi, plus « superficiel ») et celui d'être capable de réaliser des tâches spécialisées, « pointues », dans un bloc en particulier. On remarque que la plupart des aides-soignants apprécie d'être proclamées par le groupe « spécialiste » : c'est ainsi qu'ils acquièrent une certaine légitimité, valorisation, reconnaissance et une fierté professionnelle. Le fait d'avoir un travail à soi (un « territoire » propre) change tout, on devient unique, et donc indispensable au dynamisme du métier. Le revers de la médaille est que les pratiques deviennent alors quelque peu hétérogènes entre les aides-soignants, ce qui peut fragiliser le groupe. Cependant, cette explication reste insuffisante pour réfuter l'existence d'un groupe qui reste homogène dans son ensemble.

Une deuxième limite intervient et affecte encore plus que la précédente la construction commune d'une identité professionnelle. Elle réside dans le fonctionnement interne du groupe. Durant toute l'étude, le principe du « donnant-donnant » a été le plus invoqué concernant les situations d'entraide entre aides-soignants en anesthésie. Mais jusqu'où s'étend cette solidarité ? Est-ce une solidarité dépassant les rapports interpersonnels et s'appliquant au groupe, sans distinctions individuelles (l'idée la plus exacte serait *coinvolgere*²⁴) ? Egalement, est-ce une solidarité envers la pratique d'un même travail ? Pour répondre à ces questions, nous utiliserons le concept de « micro-solidarité », c'est-à-dire une solidarité de proximité relationnelle, interpersonnelle et non de groupe. Les aides-soignants, par le recours au principe du donnant-donnant et donc de réciprocité, évoquent un principe d'égalité dans les échanges d'horaires, de tâches et d'investissements relationnels (partage de nourriture, écoute et soutien émotionnel). Ce principe reste étendu au sein de sous-groupes à l'intérieur de l'ensemble des aides-soignants en anesthésie. Ces mêmes sous-groupes se constituent peu à peu et fonctionnent comme un réseau privilégié. Si la revendication d'appartenance et de solidarité au sein d'un groupe existe, elle reste marginale.

Une troisième limite, liée à la deuxième qui peut être évoquée est que la nature même de ces sous-groupes est différente. Construits selon les différents secteurs (OPERA, BOU, ONO, POM et SSPI), ceux-ci ont tous un fonctionnement propre et unique. Par exemple au Bloc de Chirurgie Générale (OPERA), où les aides-soignants sont les plus nombreux mais où ils travaillent au sein d'un bloc très grand où travaille un nombre important de professionnels différents, ils ont l'habitude de beaucoup se retrouver entre eux. C'est un

groupe très soudé et « fermé », les pauses ne se prennent jamais avec les infirmiers ou médecins, certains aides sont passés spécialistes de domaines particuliers (magasin, machines, etc...), la collaboration avec les autres corps de métier est très réduite. Au contraire, dans le secteur POM, le groupe est très ouvert aux autres, habitué à partager ses repas avec d'autres professionnels, collaborer étroitement avec les infirmiers, plaisanter avec eux, etc. Le secteur SSPI se rapproche plus du secteur POM, avec tout de même une ambiance particulière autour de ce qui est appelé « l'aquarium », c'est-à-dire le local vitré au centre de la salle qui permet de surveiller les patients. Le secteur ONO est plus entre POM et SSPI : les aides-soignants partagent régulièrement des moments avec d'autres corps de métiers.

La manière de fonctionner en tant que groupe varie donc selon les secteurs dans les habitudes (lieu et moment de pause, organisation de relèves informelles, etc...), division des tâches ou encore relations avec les autres professionnels (collaboration plus ou moins poussée, partage de moments de détente ou pas, etc...).

Ainsi, cela démontre une certaine hétérogénéité du groupe principal des aides-soignants en anesthésie, ce qui peut venir fragiliser la construction d'une identité commune stable et facilement identifiable.

9.2 ... et facilitations

Cependant, et malgré les freins externes comme internes que l'on peut identifier comme pouvant constituer des obstacles à la formation d'une identité de métier, il existe un certain nombre d'éléments que l'on peut qualifier de facilitateurs, de conducteurs d'une identité.

9.2.1 Des facilitations externes

Il existe d'abord, toute une série de facilitations externes, c'est-à-dire émanant de l'institution, qui pourraient aider à la construction d'une identité commune. D'abord, bien que les aides-soignants soient répartis par blocs et relativement éloignés, ils sont amenés à se rencontrer régulièrement.

D'une part, des colloques dédiés spécifiquement aux aides-soignants et organisés par les IRUS sont tenus une fois par mois. D'autre part, un système de tournus a été instauré par ces mêmes IRUS il y a deux ans : ainsi, les aides-soignants sont encouragés à ne pas rester de trop nombreuses années dans le même secteur, cela leur donne donc l'occasion de se mélanger, de se rencontrer plus souvent. De plus, les besoins en remplacement sont très courants. Il faut parfois aller prêter main forte à un autre secteur et donc être en contact avec des collègues qu'on voit peu habituellement. Cela crée des occasions pour que les normes et valeurs qui naissent au sein des sous-groupes se confrontent et soient discutées. Cela peut rendre ainsi les pratiques formelles ou informelles plus homogènes.

Enfin, le groupe des aides-soignants est très stable : il y a peu de turn-over et donc de renouvellement. Les engagements se font (ou du moins c'était le cas il y a quelques années) presque tous au sein des HUG (demande de mutation d'une aide des étages en anesthésie par exemple) et ceux-ci sont rares : les nouveaux postes à pourvoir sont très peu nombreux (peu de départ, peu d'ouverture de nouveaux postes). Ainsi, les aides se connaissent depuis longtemps (plusieurs années) voire depuis très longtemps (plusieurs dizaines d'années) ce qui facilite bien sûr l'identification au groupe, le sentiment d'appartenance. Ils ont en effet une histoire commune parfois longue et une certaine complexité aussi.

²⁴ Verbe italien signifiant : être impliqué (parfois de force), ensemble ou avec, dans quelque chose.

On le voit, les facilitations institutionnelles restent réduites. Dès lors, ce sont souvent aux acteurs eux-mêmes de mettre en œuvre des stratégies pour construire leur identité. C'est ce que nous allons développer maintenant.

9.2.2 Facilitations internes

Nous avons exposé précédemment les limites internes à la formation d'une identité professionnelle commune. Il s'agit des affinités avec certaines activités dans un métier peu défini par un cadre préalable, de la diversité des formations ; et d'une micro-solidarité limitée aux relations interpersonnelles de proximité. Pourtant, il ne faut pas en arriver à la conclusion que ces limites balaient l'idée d'une conscience professionnelle commune. Si elle reste limitée, nous pouvons toutefois en souligner les points forts.

Premièrement, la nature principale des activités auxquelles se livrent les aides-soignants varient peu entre les blocs. Des différences existent bel et bien, mais, elles ne concernent pas la nature des tâches à effectuer. Partout sont présentes les deux grandes dimensions de leur travail : la décontamination et la logistique du matériel médical d'anesthésie. Ses activités sont suffisamment uniques aux aides-soignants en anesthésie, dans la dynamique du bloc, pour pouvoir constituer un bagage commun de compétences. Les aides sont au final les seuls à pouvoir les mobiliser et de ce fait, ils peuvent revendiquer une place spécifique dans le bloc.

Deuxièmement, et cela découle du premier point, les aides-soignants en anesthésie partagent des expériences propres à leur quotidien professionnel. Il existe une compréhension mutuelle sur les enjeux de la décontamination et de la logistique pour le groupe et pour l'aide-soignant en anesthésie. Cette compréhension n'exclue pas que d'autres corps de métier possèdent la leur. Mais, à travers nos entretiens et la fréquentation des aides, nous avons remarqué la présence d'un sens, spécifique et partagé, attribué à ces activités.

Aux compétences et à la représentation des enjeux des tâches de travail, il faut ajouter un troisième point important : les aides-soignants ont acquis des territoires de compétences propres, se hissant au statut de gardiens de l'hygiène, des machines et des économies. Ainsi, ils ont réussi à dépasser la réglementation qui ne leur donne aucune compétence propre : dans les faits, ce sont eux qui maîtrisent le mieux ces domaines. Cela leur donne donc une identité, construite sur la différence des champs d'actions par rapport aux autres professionnels qui les entourent. Ils ont réussi à se détacher des infirmiers, même si cela peut comprendre des inconvénients et a un certain coût. Au-delà de ces territoires de compétences, les aides-soignants occupent aussi, de manière plus terre à terre mais aussi avec tout ce que cela représente symboliquement, des territoires physiques. Ils se sont appropriés des zones en propre, il s'agit en particulier des locaux de décontamination.

De plus, le territoire est divisé à l'hôpital (plus ou moins selon les différents secteurs tout de même) : on sait où on peut et où on ne peut pas aller. Cette détention de territoires à la fois symboliques, physiques et de compétences propres aux aides-soignants en anesthésie favorise grandement le fait d'être un groupe professionnel en tant que tel, bien délimité et assez homogène.

Peut-être plus important que les points décrits ci-dessus, les aides-soignants ont développé un réseau interne de communication. Celui-ci touche à plusieurs domaines : la résolution de problèmes, l'échange d'horaire et les moments de partage. En cela, les aides ont en partie réussi à dépasser l'éloignement géographique, ils se sont ainsi réappropriés

un moyen donné par la hiérarchie : le bip. Surtout prévu au départ pour que la collaboration infirmiers/aides-soignants se fasse et que les aides soient joignables, ils en ont fait un véritable instrument conducteur de partage. Ainsi, comme nous l'avons vu, ils n'hésitent pas à communiquer par ce biais plusieurs fois par jour. C'est ce réseau interne extrêmement implanté et développé qui leur permet d'avoir une excellente coordination entre eux, c'est couramment le groupe qui s'arrange pour trouver un remplaçant en cas de maladie d'un de ses membres et non pas l'IRUS, d'où un gain de pouvoir important comme nous l'avons déjà montré.

Ce réseau de communication est aussi alimenté par les rencontres régulières à l'occasion de repas. L'ensemble du groupe se retrouve aussi plusieurs fois par an autour de fêtes organisées pour des occasions spéciales. Ces rencontres représentent autant d'occasions de partager son vécu professionnel, de confronter des visions, voire des valeurs et des normes et donc de faciliter un sentiment d'appartenance au groupe entier d'aide-soignant en anesthésie. L'intérêt pour la formation d'une identité de groupe professionnel ne réside pas uniquement dans les contextes dans lesquels est employé ce réseau. Tout en soulignant que ces derniers sont spécifiques au travail d'aide-soignant en anesthésie, c'est l'existence même d'un réseau interne qui est le plus significatif de l'existence d'un groupe.

Enfin, un dernier élément à aborder concerne la progression dans le métier d'aide-soignant en anesthésie. Nous avons vu dans la partie consacrée aux freins externes que la mobilité professionnelle est presque nulle : aucune progression verticale n'est possible. Le groupe a su alors essayer de lutter contre cette frustration : puisque la progression verticale était impossible, ils ont mis en place informellement une sorte de progression dite horizontale, officieuse, informelle. C'est-à-dire que des spécialistes informels dans des domaines en particulier (magasin par exemple) se sont constitués. C'est le groupe lui-même qui a fait que cette « spécialisation » soit possible et légitime. Elle valorise certains individus, sans que pour autant cela fasse d'eux des leaders informels "automatiques". On constate une fois de plus ici à quel point l'auto-organisation des aides fonctionne bien. On peut toutefois émettre une réserve puisque ce type d'invention institutionnelle se fait davantage au sein de « sous-groupes » selon les secteurs, qu'au sein du groupe d'aides-soignants en anesthésie dans son ensemble.

9.3 Conclusion : Entre identité de groupe affirmée et difficile mobilisation collective

Les éléments développés ci-dessus nous conduisent à la question finale suivante : les aides-soignants en anesthésie aux HUG sont-ils porteurs d'une identité professionnelle forte et surtout, sont-ils en situation de mener des actions collectives ? Si on fait la balance des freins et des facilitations internes et externes, plusieurs éléments apparaissent.

D'abord, nous pouvons remarquer au niveau interne combien les aides-soignants mettent en place de stratégies fines pour contourner les difficultés liées à la construction dans la durée d'un groupe. Face à la distance géographique, ils utilisent le bip et les fêtes pour maintenir le lien, se rencontrer, échanger sur leur métier. Face à l'impossible progression hiérarchique, ils fabriquent une progression horizontale, certains devenant les leaders informels, les spécialistes d'un domaine en particulier, une sorte de promotion de groupe en somme, légitimé par lui. Face à l'absence réglementaire de compétences propres, ils ont acquis des zones de compétences qu'ils sont les seuls à détenir parfaitement. C'est le groupe dans son ensemble qui au final, réussit à se construire par toute une série de tactiques, conscientes et inconscientes tout à la fois.

Ensuite, la hiérarchie favorise aussi dans une certaine mesure, l'émergence ou le renforcement d'un groupe homogène. La motivation des cadres infirmiers est ici différente de celle des aides-soignants : leur but est de pouvoir disposer d'un vivier de professionnels interchangeables, très mobiles et flexibles, capables de travailler dans tous les secteurs sans que cela n'ait d'impact sur la sécurité et la qualité des prestations faites dans les blocs. Ainsi, les IRUS ont finalement intérêt à favoriser cette homogénéisation du groupe, qu'ils facilitent par le colloque hebdomadaire et les tournus entre secteurs. Cela vient alors casser « la culture de bloc » acquise par les aides et déstabiliser les sous-groupes. Les personnes se rencontrent et se reconnaissent plus qu'avant dans le groupe d'aides-soignants en anesthésie dans sa globalité et moins dans le groupe d'aides-soignants d'un secteur particulier. Cependant, bien que ce soit la volonté de la hiérarchie, il faut rester prudent : de nombreux indices nous montrent que cette division en sous-groupes n'a pas disparu. Avec les changements réguliers de secteurs désormais imposés, on peut se demander cependant si ce n'est pas le chemin que prendra dans les années à venir le groupe d'aides.

Au vu de ces considérations, nous pouvons attester que les aides-soignants en anesthésie forment effectivement un groupe constitué et qu'ils sont porteurs d'une certaine identité professionnelle commune, bien que certains pans restent encore à construire. Cependant, cela leur suffit-il pour avoir la capacité de se mobiliser dans des actions collectives en cas de menaces pesant sur le groupe ?

En réalité, nous avons constaté que ce n'est pas vraiment le cas. Nous n'avons pas observé, et on ne nous a jamais rapporté de moments où cela s'est produit. Les aides-soignants eux-mêmes le disent, certains regrettant cette incapacité de se rassembler pour faire valoir des demandes. Les plaintes ne sont pas absentes pour autant, simplement, elles s'expriment plus directement d'individu à individu : une aide qui parle à l'IRUS, ou deux aides qui parlent entre elles. De plus, si certaines revendications émergent parfois, elles restent simplement cantonnées au sous-groupe (c'est-à-dire au sein des aides-soignants qui travaillent dans le même secteur). Le fait que les responsables soient répartis par secteurs et qu'ils ont peu accès à un responsable hiérarchique pour l'ensemble des aides peut, peut-être, constituer une des explications à cela. Cependant, elle est loin d'être la seule puisque les IRUS sont dans le même bureau, communiquent beaucoup entre eux et sont souvent tous présents en même temps aux colloques mensuels des aides-soignants.

Les revendications sont donc plutôt individuelles, elles peuvent aussi parfois être faites en petits groupes, mais elles ne sont pas vraiment structurées. De plus, leur cadre temporel est plutôt le court terme avec un but très concret (par exemple, changer le magasin de place, obtenir du responsable qu'il demande à la stérilisation centrale d'amener le matériel plus tôt le jeudi matin, etc.)

Au final, le portrait que nous avons dressé des aides-soignants en anesthésie aux HUG est beaucoup plus complexe que ce que nous avons pressenti au départ. Ce n'est pas un « petit métier » que nous avons observé, bien au contraire. Nous avons constaté que c'est un groupe qui possède de multiples compétences et qui réalise des tâches centrales dans la prise en charge des patients. En effet, bien que les aides-soignants soient à l'écart des malades, c'est leur travail qui permet au patient d'être opéré, soigné, dans un environnement propre, décontaminé. Ils font pleinement partie de ceux qui créent et maintiennent une bulle de sécurité autour des patients.

De plus, c'est un métier très varié, qui demande un grand panel de compétences différentes et une forte capacité d'auto-organisation. Ce point est renforcé par la nécessité

pour les aides d'être capables de travailler dans tous les blocs, qui ont eux-mêmes des réalités propres.

Malgré ces capacités riches, les aides-soignants ont parfois du mal à négocier une place institutionnelle plus forte, car beaucoup d'informel régit leur pratique. Pourtant, c'est un groupe qui a des moyens de se développer et de trouver des ancrages de valorisation, à deux conditions sans doute : que son environnement fasse l'effort de reconnaître (de connaître) plus clairement et largement ses compétences et que le groupe lui-même accepte de formaliser plus avant les règles implicites de son fonctionnement, prenant ainsi le risque qu'une partie de leur auto-organisation de l'ombre soit plus clairement visible des autres acteurs. Sortir de l'ombre a un coût professionnel, social, symbolique... y rester aussi!

Bibliographie

- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris: Anthropos.
- Bach, S. (2007). The consequences of assistant roles in the public services: Degradation or empowerment? *Human Relations*, 60, 1267-1292.
- Becker, H. S. (2006). *Le travail sociologique, Méthode et substance*. Fribourg: Academic Press.
- Bregetzer, J. (2002). Aide-soignante, une profession d'avenir. *Revue de L'infirmière*, 84, 14-16.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Ed. du Seuil.
- Coenen-Huther, J. (1995). L'hôpital et l'œil du patient. In *Observation participante et théorie sociologique* (pp. 119-143). Paris: L'Harmattan.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Ed. du Seuil.
- Dodier, N., & Baszanger, I. (1997). Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique. *Revue française de sociologie*, 38 (1), 37-66.
- Fabregas, B. (2004). Dossier: Le binôme infirmière/aide-soignante, quelle réalité? *Soins*, 689, 29-54.
- Finn, R. (2008). The language of teamwork: Reproducing professional divisions in the operating theatre. *Human Relations*, 61, 103-130.
- Goffman, E. (1959). Teams. In *The presentation of Self in everyday life* (pp. 77-105). New York: Doubleday.
- Grosjean, M. & Lacoste, M. (1998). L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du "tout écrit". *Sociologie du travail*, 4, 439-461.
- . (1999). Ethnographie d'une prise de parole. In *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital* (pp. 77-122). Paris : PUF.
- Macrez, P. (2004). Les secrets d'une collaboration réussie infirmière/aide-soignante. *Revue de l'infirmière*, 103, 24-27.
- Marchand, N. (2000). Formation dossier: Anesthésie : l'intervention des aides-soignantes. *L'aide-soignante*, 16, 9-20.
- Mauss, M. (1950). Les techniques du corps. In *Sociologie et Anthropologie* (pp. 364-386). Paris: PUF.
- . (1966). *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF.
- Monjaret, A. (2001). La fête, une pratique extra-professionnelle sur les lieux de travail. *Revue Cités*, 8, 87-100.
- Parker, S. K. (2007). "That is my job": How employees' role orientation affects their job performance, *Human Relations*, 60, 403-434.
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence : étude par l'observation participante*. Paris : Ed. Métailié.

- . (2000). *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Paris : Ed. Métailié.
- . (2009). *Le goût de l'observation : comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Picot, G. (1999). Le rapport entre médecin et personnel infirmier à l'hôpital public : continuités et changements. *Cahiers du genre*, 26, 121-130.
- Pouchelle, M.-C. (1999). Les ressentis des patients hospitalisés et leurs enjeux. *Perspective soignante*, 4, 6-29.
- . (2003). *L'hôpital Corps et Ame – Essais D'Anthropologie Hospitalière*. Paris : Ed. S. Arslan.
- . (2008). *Essai D'Anthropologie Hospitalière : Tome 2, L'hôpital ou le théâtre des opérations*. (pp. 7-18, 114-192). Paris : Ed. S. Arslan.
- Simiand, F. (1983) « Méthode historique et science sociale » in Bourdieu Pierre, Chamboredon Jean-Claude, Passeron Jean-Claude, *Le Métier de sociologue*, Paris : Mouton.
- Standing, T. S., & Anthony, M. k. (2008). Delegation : What it means to acute care nurses. *Applied Nursing Research*, 21, 8-14.
- Thomson, D. & Hassenkamp, A.-M. (2001). The social meaning and function of food rituals in healthcare practice: An ethnography. *Human Relations*, 61,1775-1802.
- Vega, A. (2000). Avant-propos; Introduction; Lundi: les désordres du jour. In *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier* (pp. 7-1, 13-59). Paris: Edition des archives contemporaines.