



ESPACE
SENIORS

*De l'invisibilité du travail
d'aide-soignante en gériatrie*

(Analyse)

L'objectif de cette analyse consiste à éclairer la question de la division morale et psychique du travail à travers la relégation sociale du « sale boulot ». Je tente de comprendre ce processus de domination et d'aliénation qui participe à la souffrance professionnelle de soignants en gériatrie. Cet article provient d'une recherche que j'ai menée lorsque j'étais aide-soignante en activité, au moment de ma formation comme sociologue, donc au cœur du vécu de soignante.

1. Introduction

Dans les services hospitaliers gériatriques ou en maisons de repos, les aides-soignantes, plus que quiconque, sont chargées d'aider les personnes en perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne tels que la toilette, l'élimination, l'alimentation... afin que ces dernières puissent conserver une bonne estime d'elles-mêmes. Si la société peut se passer de certaines professions grassement payées¹, nul doute que les métiers soignants sont indispensables et ce, d'autant plus que la population vieillit. Personne ne peut nier non plus la part humaine qui caractérise ce métier et le contact chaleureux, rieur, inventif... qu'il procure aux personnes malades ou en fin de vie. Dans le champ de la psychologie sociale, nous ne comptons plus le nombre de productions littéraires consacrées à la mise en lumière de cette part d'humanité construite dans l'acte de soin (relation d'aide, théorie de l'humanité, care, projet de vie, question de respect...).

La question que je voudrais soulever ici a trait à une part plus silencieuse, parce que moins valorisée du travail, celle qui consiste à être quotidiennement et physiquement confrontée aux matières qui peuvent inspirer du dégoût (souillures, odeurs désagréables, déjections, escarres, corps morts...). Ce qu'Hugues avait déjà nommé, dans les années 70, le « dirty job » (sale boulot) dans ses études relatives aux secteurs professionnels que sont l'industrie du déchet, égouts, hôpitaux, prisons, polices...² Si je ne mets pas en doute le fait que beaucoup de ces femmes³ aiment le métier (c'est, par ailleurs, une question qui pourrait être soulevée dans une autre analyse), l'hypothèse selon laquelle cette part de « sale boulot » n'est pas toujours facile à supporter moralement et à assumer socialement peut être posée. Dans la confirmation de cette hypothèse, nous pourrions considérer que ce « sale boulot » est un élément intéressant à prendre en compte dans l'analyse de la souffrance soignante. Cette hypothèse est d'autant plus intéressante que la dimension humaine et d'utilité sociale du métier est perpétuellement rappelée dans les manuels de la profession, les discours idéologiques des associations représentantes de patients, les colloques consacrés aux soignants... Ces discours dominants servent (plus que dans d'autres métiers) de piqûre de rappel symbolique de toute l'importance et du sens réel de cette profession. Une prédominance significative de la « menace identitaire » qui pèse sur ces professions ? En témoignent les déclarations de mon entourage recueillies lorsque je travaillais comme aide-soignante : « j'admire ce que vous faites, moi je ne pourrais pas », « quel courage ! », « j'espère quand même que tu ne t'enfermeras pas dans cette profession, tu vau plus »... et des silences qui plombent l'atmosphère lorsque vous tentez d'expliquer à des personnes

¹ Voir théorie des bullshit jobs : GRAEBER D., (2013) « On the phenomenon of bullshit jobs », Strike Magazine, 17 août

² Hugues E.-C., (1951, 1956, 1958, 1970), 1996, « Le regard sociologique, Essais choisis, Paris, EHESS.

³ En Belgique, on compte 95% de femmes aides-soignantes, signe que la ségrégation professionnelle en fonction du sexe est encore une réalité de nos jours.

non-initiées à la profession que votre boulot consiste notamment à changer des personnes âgées.

Le rôle de l'aide-soignante consiste donc, en partie, à faire ce qu'une majeure tranche de la population ne voudrait ou ne supporterait pas faire. Ce que Anne-Marie Arborio, sociologue, auteure de l'ouvrage « Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital »⁴, nomme la **relégation sociale du « sale boulot »**. A l'hôpital, cette relégation confirme la hiérarchie symbolique de prestige des métiers⁵. D'où la question soulevée dans cette analyse : comment les aides-soignantes et plus particulièrement celles travaillant en service hospitalier gériatrique, vivent-elles cette relégation sociale ? Comment l'identité professionnelle se construit-elle dans ces épreuves socialement peu valorisées ? Je tenterai de proposer des idées de réponses à ces questionnements par quelques éléments théoriques articulés à mon expérience pratique d'aide-soignante gériatrique.

2. Travail prescrit et travail réel

Le travail prescrit est la tâche donnée au travailleur. Le travail réel est la part invisible réalisée dans le terrain des situations pour répondre à la tâche prescrite. La réalité du travail ne correspond jamais à sa prescription. Par exemple, lorsque j'étais à l'école, je n'ai pas appris comment dompter mes nausées ou mon odorat dans les situations qui inspirent du dégoût. Cet apprentissage s'effectue, sur le terrain, par un travail d'adaptation du corps et des sens. Le travail à partir du regard de la sociologie clinique selon Christophe Dejours, « est ce qu'implique, du point de vue humain, le fait de travailler : des gestes, des savoir-faire, un engagement du corps, la mobilisation de l'intelligence, la capacité de réfléchir, d'interpréter et de réagir à des situations, c'est le pouvoir de sentir, de penser et d'inventer... »⁶. Et l'auteur d'ajouter que « même si le travail est bien conçu, même si l'organisation du travail est rigoureuse, même si les consignes et les procédures sont claires, il est impossible d'atteindre la qualité si l'on respecte scrupuleusement les prescriptions ». La plupart des situations de travail sont en effet jalonnées par les imprévus (organisationnels, matériels, relationnels...) auxquels les aides-soignantes doivent faire face. Il existe donc des décalages entre la prescription du travail de l'aide-soignante et sa réalité. Comme déjà constaté ci-dessus, des discours héroïques à tendance humanistes peuvent masquer la réalité pénible du travail du dégoût et conjointement, des discours dévalorisants peuvent masquer la réalité joyeuse et désirable de la profession. Cette réalité joyeuse dont nous ferons état ci-après, ne constitue pas pour autant des actes de résistance vers une meilleure répartition sociale du « sale boulot ».

⁴ ARBORIO A-M. (2012), « Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital », Paris, Economica.

⁵ Le groupe professionnel des aides-soignantes se situe à l'échelon le plus bas de la hiérarchie hospitalière. Dans les années 50-60, le métier d'infirmière est en pénurie. La gestion économique de l'institution hospitalière exige alors que ce corps professionnel soit déchargé des tâches qui ne nécessitent pas de qualification. C'est par ce mouvement de relégation des tâches les moins prestigieuses (toilette du malade, change, aide alimentaire...) que le métier d'aide-soignante est né et non pour répondre à des besoins institutionnels nouveaux.

⁶ Dejours C., "subjectivité, travail et action", mai 2001

3. Processus de civilisation

Norbert Elias (1897-1990) a étudié les processus de civilisation. Cette notion de civilisation a été créée au XVIII^e par les bourgeois qui cherchaient à s'intégrer dans la société aristocrate, celle notamment de Versailles. Il constate que le développement de la pudeur s'est réalisé à cette même époque. Pour ne prendre qu'un exemple, là où les supplices des condamnés étaient rendus publics avant le XVI^e siècle, prendre plaisir à voir la souffrance d'un autre devient un acte de barbarie, de perversité de nos jours⁷. Le processus de civilisation implique un contrôle des émotions et des corps, une gestion de soi qui devient donc un élément de distinction sociale. Les sentiments de honte et de dégoût pour l'autre vont se prononcer dans les situations jugées grossières ou déplacées. En ce qui concerne les aides-soignantes à l'hôpital, l'empathie à l'égard du patient étant de mise, les sentiments de honte ou de dégoût vis-à-vis de l'autre, doivent être tenus sous silence au risque d'être catégorisées d'inhumaines ou de défailtantes dans leurs capacités professionnelles. Or, comme nous venons de le montrer avec Elias, dans la société contemporaine et le processus de civilisation qui l'accompagne, il est socialement convenu d'en faire état dans les situations « déplacées ». Une injonction paradoxale qui risque d'alimenter la souffrance professionnelle des soignants et la dégradation de leur identité.

On constate, dès lors, chez cet auteur que **structures sociales et psychiques** sont intimement liées. Il montre également que le dégoût peut être un marqueur utilisé par les classes supérieures pour se distinguer socialement. Notre civilisation ne nous apprend-elle pas à prendre distance par rapport à nos émotions ? L'hygiénisme, parfois forcené, présent à l'intérieur des institutions de soins, ne participe-t-il pas à entretenir l'idée de mise à l'écart des personnes « malades », « contaminées »... ? Elias le disait donc : la honte et le dégoût accompagnent toute étape dans le procès de civilisation. Mais ce qu'il oubliait souvent de dire, c'est que leur poids ne porte alors pas également sur tous. Nul ne démentira qu'effectivement, à l'hôpital, les médecins et gestionnaires des ressources humaines sont moins en contact physique avec les matières repoussantes⁸. La norme hygiéniste, s'intensifiant dans le secteur hospitalier depuis ces dernières années, est un élément constitutif de ce processus de civilisation. Elle influence les conduites et interactions sociales à l'intérieur de cet environnement et donc la division du travail.

Toute une série de dispositifs prescrits du travail soignant tels que les outils managériaux de gestion des soins peuvent participer à la mise sous silence de la douloureuse expérience des dégoûts. Les « transmissions » (passations d'informations entre infirmières) objectivées et ciblées, les dossiers et plans de soins devenus depuis peu informatisés, le principe consistant à définir des hypothèses pour répondre à des besoins types avec des moyens types, les échelles de mesures de l'élimination... sont autant de dispositifs à caractère positiviste qui occultent l'expérience du travail des dégoûts et privent les soignants de la « réflexivité indispensable à la digestion de la fréquentation mortifère et de la misère humaine concentrée dans les institutions de soins »⁹.

⁷ Van Campenhoudt L., « Cours de sociologie », Dunod, Paris, 2014, p.155

⁸ A l'exception des chirurgiens mais la technicité, l'objectivation et le prestige héroïque de l'acte chirurgical leur permettent une protection de soi à laquelle les soignants n'ont pas accès.

⁹ PERRAUT SOLIVERES A. (2004). *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, Presses Universitaires de France.

4. Division sociale du travail et solitude soignante

Dans certains moments, on constate effectivement que ces prescriptions extérieures empêchent de réfléchir à l'intériorisation de cette norme hygiéniste. Des soignantes (y compris moi, lorsque je me sentais plus fragile) tentent de se décharger des tâches qui inspirent du dégoût et de s'en mettre à distance ou de reléguer à leur tour le « sale boulot » à d'autres collègues, aux nouveaux venus ou aux stagiaires, par exemple. Ce processus peut avoir comme conséquence la désolidarisation des soignants entre eux. Les sociologues parleront alors d'une hiérarchie informelle se constituant à l'intérieur même du groupe des soignants. Il ne faut évidemment pas considérer ces praticiennes comme « méchantes » ou « moins capables » de supporter la pénibilité de la tâche que les autres (le sociologue n'adresse jamais de jugement moral, il tente de comprendre) mais bien leur pratique comme révélatrice de malaises professionnels et de pénibilités physique et psychique du travail.

5. Histoires de l'ombre

Paradoxalement, lorsque la hiérarchie et les dispositifs censés construire de la « bienveillance » ne sont plus présents comme les dimanches, le soir ou la nuit, la créativité des aides-soignantes se déploie. Des complicités avec des patients s'observent pendant ces moments « désinstitutionnalisés ». Les aides-soignantes s'accordent alors le droit d'écouter un air de musique tout en dansant au beau milieu du couloir, elles invitent le patient dément pris de chagrin à venir s'installer près d'elles ou encore ne s'affolent pas face à un vieillard désorienté qui a oublié de s'habiller. Ces histoires ne se retrouvent pas dans les manuels de la profession. Elles auront plutôt tendance à choquer ceux qui n'ont pas confiance dans la « capacité de penser » des aides-soignantes. Or ce dont elles témoignent en ces moments, c'est de leur capacité à préserver des rapports remplis de dignité. En outre, elles montrent à quel point le poids du contrôle moral peut parfois faire plus de mal que de bien.

Lorsque les aides-soignantes sont en corps à corps avec les patients souffrants, elles développent des savoirs qui leur sont propres : une « éthique en acte » que les médecins ne peuvent développer derrière leurs bureaux, analyses biologiques et autres chiffres rationnels. Ces travailleuses pourraient alimenter les réflexions éthiques faites autour des patients (notamment celles qui concernent la mort et la vie) mais par le mécanisme de relégation sociale, l'institution les pousse à rester muettes (elles sont, par exemple, peu conviées aux réunions multidisciplinaires). Une meilleure reconnaissance de ces savoirs d'expérience construits dans le terrain de travail permettrait alors la construction d'autres mondes plus heureux en gériatrie. D'autant plus que dans ces services, beaucoup de patients témoignent qu'ils préfèrent mettre de la vie aux années plutôt que l'inverse.

6. Conclusion

J'ai tenté de proposer une réflexion relative à la réalité vécue du travail de l'aide-soignante en gériatrie. Les enjeux de lutte pour l'accès à de meilleures conditions matérielles de travail sont assez faciles à définir et les revendications qui en découlent également. Il n'en est pas de même pour les enjeux symboliques qui concernent des questionnements beaucoup plus enfuis et intimes relatifs aux reconnaissances morales et identitaires socialement ordonnées. On pourrait penser que cette reconnaissance symbolique est secondaire, or force est de reconnaître que les taux de burn out augmentent considérablement dans les institutions de soins et d'hébergement pour personnes âgées. Des lieux d'expression de cette réalité invisible du travail doivent être construits dans les services de gériatrie (comme il en existe déjà dans les services de soins palliatifs). Il faudrait alors qu'une part du temps de travail des aides-soignantes soit octroyée à des fins de réflexion partagée autour du travail réel et désiré. Ces lieux ne devront pas seulement servir de défouloir cathartique. La part active et heureuse de la parole collective produite doit prendre le pas sur le refoulement passif, donnant alors prise sur des changements institutionnels potentiels. Que cette idée de création de lieux d'expression de la souffrance au travail puisse inspirer les associations d'éducation permanente œuvrant dans le champ de la santé publique !

Dans le contexte de vieillissement de la population actuel, où nos gouvernements instaurent de nouvelles politiques relatives à la gestion hospitalière, au développement du paysage des maisons de repos et des soins à domicile, à l'assurance autonomie... il serait bon de réfléchir également aux conditions psychiques de travail des personnes qui accompagnent les publics fragilisés par la maladie et la fin de vie. Sans quoi, ce taux d'invalidité professionnelle pour raisons psychiques risque de continuer dans sa lancée croissante et, par ailleurs, représenter un coût important pour la collectivité. A bon entendeur, salut !

Qui sommes-nous ?

Espace Seniors est une association d'éducation permanente faisant partie du réseau Solidaris, active sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors, promouvoir leur participation active et leur intégration sociale, favoriser leur bien-être, leur santé et leur épanouissement sont quelques-uns de nos objectifs.

Pour cela, nous organisons des actions de proximité (groupe de soutien, formations...) et des actions d'information, de sensibilisation et de prévention (campagnes, conférences, brochures...).

Retrouvez toutes nos analyses sur www.espace-seniors.be !