

Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière

In: Genèses, 22, 1996. pp. 87-106.

Résumé

■ Anne-Marie Arborio : Savoir profane et expertise sociale. Les aides- soignantes dans l'institution hospitalière A l'hôpital, l'aide-soignante est en position privilégiée pour évaluer les caractéristiques sociales des malades dans l'assistance quotidienne qu'elle leur porte, ne serait-ce que pour ajuster son comportement à leurs demandes socialement différenciées. Dans une institution où le discours médical dominant insiste sur la neutralité d'une pratique fondée sur un savoir scientifique, cette prise en charge exclusive de l'être social du malade par l'aide-soignante, autorisée par une expertise sociale qui lui vient d'un savoir profane acquis dans sa propre trajectoire sociale, est sable. La connaissance intime du qui en résulte assure en outre à soignante le monopole sur les affectives avec lui : c'est là une source valorisation pour une catégorie subalterne dans la hiérarchie des hospitaliers.

Abstract

Laymen's Knowledge and Social Expertise. Nursing auxiliaries within the hospital institution In hospitals, nursing auxiliaries are in a privileged position to judge the social characteristics of patients from the daily assistance they give to them, if only in adjusting their behavior to patients' socially differentiated demands. In an institution in which the dominant medical discourse insists on neutral practice based on scientific knowledge, it is indispensable to put the social being of patients exclusively in the hands of nursing auxiliaries whose authority is based on social expertise resulting from laymen's knowledge acquired in the course of their own social trajectory. Moreover, the resulting intimate knowledge of the patients ensures nursing auxiliaries a monopoly on affective relations with them: this is a way of enhancing the position of a lower category in the hierarchy of hospital staff.

Citer ce document / Cite this document :

Arborio Anne-Marie. Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière. In: Genèses, 22, 1996. pp. 87-106.

doi : 10.3406/genes.1996.1371

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes_1155-3219_1996_num_22_1_1371

SAVOIR PROFANE
ET
EXPERTISE SOCIALE.
LES AIDES-SOIGNANTES
DANS L'INSTITUTION
HOSPITALIÈRE

Anne-Marie Arborio

A l'hôpital, l'ensemble du processus thérapeutique est contrôlé par les médecins, justifiés dans ce monopole par une compétence exclusive, fondée sur un corps de savoirs légitimes¹. Cependant, en dehors des gestes relevant du processus thérapeutique *stricto sensu*, le malade hospitalisé, qui n'est plus en mesure d'assurer seul les besoins élémentaires de son existence², fait aussi l'objet de gestes et de pratiques du quotidien – comme se lever, manger, se laver, s'habiller, dormir, etc. Assister les malades dans ces fonctions a longtemps été assuré dans le seul cadre domestique, suivant des usages socialement constitués : quels que soient les essais de rationalisation *a posteriori* par les professionnels de l'hygiène, ces gestes relèvent d'abord de savoirs profanes, de savoir-faire socialement acquis, dans le cadre de la famille ou de l'école, souvent transmis par les mères, par les femmes, différenciés selon les groupes sociaux. Lorsqu'elles se déroulent dans le cadre hospitalier, ces activités quotidiennes sont réglées par l'institution, du fait des nécessités d'un fonctionnement collectif d'une part, et, d'autre part, du fait de l'impératif d'hygiène qui entoure ces différentes pratiques. Bien qu'ils ne relèvent *a priori* d'aucun savoir formel et ne requièrent qu'une compétence technique limitée, ces gestes quotidiens sont confiés à des « professionnels ». Éloignés du devant de la scène hospitalière – occupé par les soins de haute technicité – ils en sont le quotidien, relevant de ce qu'on appelle

1. Cf. Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, « Médecine et sociétés », 1984 (1970), 369 p.

la fonction d'hébergement de l'hôpital ; ils sont même l'essentiel du «soin» dans certains établissements ou dans certains services, en particulier dans le secteur gériatrique, et forment l'essentiel de l'activité de certaines catégories de personnel.

Pour voir ces fonctions assurées, les médecins ont dû ainsi s'entourer d'un ensemble de collaborateurs : une hiérarchie de métiers s'est peu à peu constituée sous leur autorité et sous leur contrôle, les métiers «paramédicaux» – au premier rang desquels on trouve les infirmières – définis par leur subordination aux médecins³. Le contrôle des médecins s'étend ainsi jusqu'aux tâches anciennes d'assistance, aux marges du processus thérapeutique, qui relèvent pourtant *a priori* plus de savoir-faire domestiques (le nettoyage, l'hébergement) que de la science médicale : ce contrôle sur des règles désormais codifiées par les médecins est légitimé par les exigences de l'asepsie imposées à l'ère pasteurienne⁴. Attribuées autrefois sans discernement à un personnel sans formation, aux «infirmières», lorsque ce terme désignait toute personne travaillant à l'hôpital, les moins qualifiées de ces tâches ont été déléguées à un personnel spécialisé, dans le cadre d'une division du travail qui s'est complexifiée. Compte tenu de leur faible niveau technique, ces tâches sont aujourd'hui laissées à un personnel faiblement qualifié, mais étant données les exigences de l'hygiène hospitalière, elles ne sont pas, en principe, confiées au personnel n'ayant acquis aucune formation à l'hôpital, comme les agents de service hospitaliers. En France⁵, ce sont les aides-soignantes qui assurent ce que les règlements définissent comme «soins d'hygiène générale aux malades et aux personnes hébergées»⁶, par exemple l'aide à la toilette, le change des malades, la réfection des lits, ou encore l'aide aux repas, le nettoyage et la désinfection du mobilier et des accessoires sanitaires du malade, mais aussi les contrôles élémentaires comme la prise de température. Ce qui n'a d'abord été qu'un titre, un nouveau grade⁷ introduit dans la hiérarchie paramédicale – entre infirmière et agent de service hospitalier – pour offrir une possibilité de reclassement à des infirmières ne pouvant plus exercer comme telles à partir du moment où le diplôme d'État fut pour cela exigé⁸, est devenu ensuite une voie de promotion pour les agents les moins qualifiés. Des conditions limitatives d'accès sont peu à peu définies, moins en termes de niveau scolaire

2. Voir la définition du «rôle» du malade de Talcott C. Parsons, «Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice», *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, pp. 428-479.

3. E. Freidson, *La profession...*, *op. cit.*

4. Cf. Claire Salomon-Bayet (éd.), *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Paris, Payot, 1986, 436 p.

5. Un processus de division du travail analogue s'observe dans d'autres pays où de nouvelles catégories subordonnées à l'infirmière ont été créées dans la hiérarchie paramédicale, sous des titres et avec des statuts divers : «aide-infirmière» en Suisse, ou au Québec, «Krankenpflegerhelfer» en Allemagne, «enrolled nurses» en Grande-Bretagne, «aides» aux États-Unis.

6. Décret n° 88-1080 du 30 novembre 1988.

7. Par l'arrêté du 10 janvier 1949 publié au *Journal Officiel* du 13 janvier 1949.

8. Par la loi du 8 avril 1946 publiée au *Journal Officiel* du 9 août 1946.

initial qu'en termes de compétences «professionnelles» : le BEPC est aujourd'hui requis – mais une expérience professionnelle permet aux moins diplômés de tourner cette exigence – pour accéder à une formation sanctionnée par un «certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignante» (CAFAS), si bien que le quart environ des aides-soignantes en poste ne possède aucun diplôme ou seulement le Certificat d'Études Primaires⁹. Dans cette formation essentiellement pratique, on pourrait voir des éléments de définition d'un métier à part entière, d'une fonction spécifique : celle-ci reste définie négativement – «à l'exclusion de tout soin médical» – dans le cadre d'un statut subordonné – «sous le contrôle et la responsabilité du personnel infirmier». C'est l'accès aux malades – dont les agents de service hospitaliers, ne pouvant faire valoir aucune qualification, se trouvent exclus, du moins par les textes officiels¹⁰ – qui justifie la sélection et la formation de ce personnel.

Des personnels de niveaux hiérarchiques bien distincts, ordonnés selon leur proximité à un savoir scientifique et légitime, la médecine, exercent ainsi auprès des malades hospitalisés. Si la mobilisation de jugements sociaux inhérente à l'exercice du travail a déjà été relevée par certaines études sociologiques concernant différentes activités professionnelles de service¹¹, la pratique médicale, à l'hôpital, se présente apparemment comme guidée par la mise en œuvre de préceptes scientifiques dont toute catégorisation sociale des malades par les médecins semble exclue. Mettant en évidence à la fois la compétence rationnelle et la «neutralité affective» des médecins comme variables structurelles définissant le modèle des professions construit à partir de l'étude de la profession médicale¹², l'analyse fonctionnaliste nie toute idée de compétence pratique fondée sur l'évaluation sociale des malades dans la pratique médicale. Seuls des secteurs spécifiques comme la psychiatrie¹³ ou les urgences¹⁴ ont attiré l'attention des chercheurs sur les jugements non médicaux portés sur la clientèle par le personnel : les caractéristiques de ces services semblent imposer ce type de jugement sur les malades, devant les limites du savoir scientifique dans le cas de la psychiatrie, devant la nécessité de trier les patients dès l'entrée dans le cas des urgences, tout cela en présence de situations sociales extrêmes dans les deux cas. Lorsque l'analyse concerne des services d'hospitalisation plus traditionnels, elle

9. D'après notre analyse secondaire de l'enquête emploi de l'INSEE de 1989.

10. C'est dans ce sens que le décret n° 89-241 du 18 avril 1989 (publié au Journal Officiel du 19 avril 1989) précise une nouvelle fois leur fonction.

11. Par exemple, les institutrices de Chicago, cf. Howard S. Becker, «Social class variations in the teacher-pupil relationship», *Journal of Educational Sociology*, n° 25, 1952, pp. 451-465, in *Sociological Work. Method and Substance*, Transaction Books, éd. 1977 (1^{re} éd. 1970), pp. 137-150.

12. Cf. T.C. Parsons, «Social structure...», *op. cit.*

13. Erving Goffman, *Asiles. Étude de la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, «Le Sens commun», 1968 (1961), 449 p.

14. Julius Roth, «Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service», *American Journal of Sociology*, vol. 77, n° 5, 1971, pp. 839-856.

repère surtout des jugements sur des catégories de malades spécifiques, particulièrement stigmatisés, comme les «pauvres», «habitués» des services hospitaliers¹⁵.

Rien n'interdit pourtant *a priori* de penser que ces évaluations qui mobilisent un savoir social interviennent dans le fonctionnement quotidien de tout service d'hospitalisation, quels que soient les malades concernés ; l'observation directe et continue du travail hospitalier devrait permettre de les porter au jour. Si l'on peut faire l'hypothèse que l'ensemble des intervenants hospitaliers a recours à des procédés de catégorisation sociale, nul doute que le souci de neutralité, inscrit dans leur rhétorique professionnelle, amène certains à les dissimuler, ne serait-ce que dans les discours qu'ils tiennent sur eux-mêmes, que ce soit dans des prises de parole publiques ou au cours d'entretiens avec le sociologue. Les personnels ne pouvant faire valoir de compétence rationnelle aussi élevée que celle des médecins, assument peut-être mieux, voire revendiquent une compétence pratique et une connaissance sociale des malades.

Il n'est donc pas étonnant que cette question fondamentale pour l'ensemble de l'institution hospitalière apparaisse plus clairement dans une recherche concernant les aides-soignantes, un personnel peu qualifié de l'hôpital, chargé de tâches nécessitant des compétences proches d'un savoir profane. Ces réflexions sont plus précisément le produit d'une enquête sur les trajectoires sociales et professionnelles des aides-soignantes¹⁶ : outre des recherches sur l'élaboration de la catégorie d'aide-soignante et sur la morphologie sociale des personnes regroupées sous ce titre, une cinquantaine d'entretiens biographiques a été réalisée auprès d'aides-soignants et d'aides-soignantes – les hommes sont faiblement représentés dans l'échantillon comme dans la population réelle dont ils forment moins d'un dixième – en poste dans des établissements de soins à Paris et à Marseille, pour comprendre comment des biographies très différenciées mais présentant quelques caractéristiques communes se croisent dans une même institution. Les tâches évoquées lors de ces entretiens, les commentaires sur les malades, suggéraient l'existence de tout un travail de catégorisation sociale de la clientèle – comme des personnels – par certaines aides-soignantes : impossible de vérifier par cette seule méthode s'il avait été produit uniquement à destination de l'enquête ou s'il avait une réelle importance dans

15. Cf. par exemple, Albert Ogien, «L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers», *Revue française de sociologie*, n° 1, 1986, pp. 29-45.

16. Anne-Marie Arborio, *Les trajectoires sociales et professionnelles des aides-soignantes*, thèse de sociologie de l'EHESS (en cours) sous la direction de Claudine Herzlich.

le quotidien du travail. D'où le recours à une observation participante en deux temps permettant non seulement de mieux interpréter les discours relevés en entretien, mais aussi d'apporter de nouveaux éléments sur la compétence pratique des aides-soignantes en acte, au-delà de la définition officielle de celle-ci par leurs formateurs.

Pour effectuer ces tâches essentiellement domestiques, les aides-soignantes doivent en effet se conformer aux règles qui leur sont enseignées par les monitrices de l'école d'aides-soignantes, mises en œuvre sous leur contrôle au cours des nombreux stages que comprennent les dix mois de formation. Il reste qu'au-delà des compétences acquises de cette manière, l'encadrement quotidien du malade fait aussi appel à des compétences qui ne sont pas transmises dans le cadre de l'école et pourtant mobilisées tous les jours : certaines sont le produit de l'actualisation dans le cadre hospitalier de savoirs informels acquis au cours de la trajectoire sociale et professionnelle de l'aide-soignante avant son entrée à l'hôpital, d'autres se forment dans l'exercice de leurs fonctions à l'hôpital, par la fréquentation permanente de la maladie, par l'expérience de la variété des malades, des personnels ou des services dans l'institution, etc... En ce sens, cet ensemble de compétences constitue une sorte de savoir-soigner profane, distinct de la science des professionnels de la médecine, pas toujours reconnu par ceux-ci ni par tous les malades, mais largement partagé par les employés d'hôpital. Il participe de la compétence pratique de l'aide-soignante dans laquelle interfère son évaluation sociale des malades, qui vaut en outre comme ressource pour valoriser sa position dans l'institution.

L'évaluation sociale des malades : un savoir profane des aides-soignantes

La mise en œuvre de ce savoir profane s'observe au quotidien : il semble indispensable à l'exercice du métier d'aide-soignante, et plus généralement au fonctionnement de l'institution hospitalière. Il répond d'abord aux préceptes des professionnels, des formateurs de l'école d'aides-soignantes, qui insistent sur la nécessité d'être «à l'écoute du malade». Difficile d'énoncer le contenu précis des tâches associées à cette attitude d'écoute : elle ne se résume pas en une liste de tâches comme c'est le cas, par exemple, pour les actes d'hygiène. Il s'agit d'un «savoir-

juger», permettant, par exemple, de signaler le manque d'appétit d'un malade ou bien d'identifier les signes avant-coureurs d'un malaise, bref de reconnaître les indices de l'évolution d'un état de santé, aussi bien que d'une sorte d'attention, de disponibilité permanente pour répondre aux demandes les plus diverses. L'observation du travail quotidien des aides-soignantes laisse voir ces différents aspects. Par exemple, l'équipement initial des malades doit souvent être complété lors de leur arrivée à l'hôpital ; c'est l'aide-soignante qui procède à cette évaluation des besoins. L'une d'elles rapporte sa façon de procéder :

«Déjà quand je rentre dans la chambre, je vois déjà s'ils ont le pyjama, s'ils ont le matériel nécessaire. On en a un qui est arrivé tout à l'heure des urgences, qu'on a accueilli en urgence, je lui ai même pas demandé s'il avait besoin d'un pyjama, je lui ai amené le pyjama d'office. Je savais qu'il en avait besoin. Les gens qui entrent avec leur linge dans un sac euh... dans un sac en plastique, on sait très bien qu'ils n'ont pas de sous. Les gens qui rentrent avec euh... des valises Delsey, bon ben, on voit tout de suite la différence, hein ? Qui réclament des chambres seuls en premier, qui veulent la télévision, ou bien ils ont leur propre télévision, carrément. Ah ben, oui, y en a qui ont leur télévision carrément. Qui ont des eaux de Cologne alignées dans la salle de bains, puis que ça sent toujours bon, et puis on voit déjà la robe de chambre et tout, la matière de la robe de chambre, et puis on voit déjà que c'est des gens qui sont aisés, hein ? Bon ça se sent, hein, les bouquets de fleurs qui arrivent, on sent ça, hein ? Ah oui.»

(Muriel, 30 ans, niveau BEP, ancienne secrétaire)

Ce savoir-juger des besoins des malades que l'aide-soignante réfère à leur statut social, sorte de savoir-lire le «social», ne sert pas seulement à prévenir les besoins du malade ; il sert aussi à anticiper et à réguler la charge de travail pour le collectif paramédical.

C'est là une caractéristique de tout métier de service que d'élaborer des principes de catégorisation des clients en fonction des problèmes que chacun pose pour l'accomplissement des différentes tâches¹⁷. Les critères utilisés à l'hôpital sont divers. Le premier est l'âge, souvent demandé avec angoisse au correspondant des urgences qui annonce par téléphone l'arrivée d'un malade, en particulier dans le service de médecine interne où le personnel se plaint de tenir lieu de service de gériatrie. L'ensemble du personnel paramédical désigne volontiers les malades par leur catégorie d'âge, le «papy» ou la «mamy», le «petit jeune» s'il s'agit d'une personne d'une

17. H.S. Becker, «Social class variations...», *op. cit.*

vingtaine d'années. La différence de sexe entre personnel et malades n'est pas indifférente : pour certains malades – plutôt âgés – tout membre du personnel masculin est appelé «docteur» ; un jeune aide-soignant est parfois contraint d'appeler sa collègue pour le suppléer auprès d'une malade qui refuse qu'il la lave. Dans le cas du travail sur «matériau humain»¹⁸, les caractéristiques physiques des personnes sur lesquelles on travaille jouent, comme celles des objets inanimés, pour différencier les tâches. Des caractéristiques comme le poids ou la corpulence de la personne hospitalisée sont immédiatement évaluées dans ce sens. Goffman donne l'exemple du chirurgien préférant opérer les malades minces que les gros ; pour les aides-soignantes, la manutention des corps lourds demande un effort considérable et exige la participation de collègues qu'il faut appeler, déranger dans leur travail. Les informations concernant la pathologie sont parfois réinterprétées en termes sociaux et en termes de charge de travail. Le toxicomane est rapidement identifié et parfois craint pour son insistance – ou celle de ses familiers toujours soupçonnés de le «ravitailler» – à rôder autour de la pharmacie : il est censé faire, pour cela, l'objet d'une surveillance particulière mais il est, dans le même temps, autant que possible fui pour l'image sociale négative qui lui est attachée. Le malade psychiatrique, lui, ne respecte pas toujours les règles du service : il fume dans la chambre suscitant chez le personnel une crainte face au risque d'incendie et laisse traîner les mégots que les agents de service ramassent en se plaignant haut et fort de cette charge dégradante supplémentaire. Si la pathologie n'est pas connue à l'entrée dans le service pour un malade venu subir des examens approfondis, le personnel cherche parfois à la diagnostiquer en fonction de différents indices comme dans le cas de malades atteints du SIDA. La maigreur et le teint pâle de celui qui arrive et qui «ne sait pas ce qu'il a, mais on lui a dit de venir faire des examens» sont associés à d'autres indices repérés – généralement les stigmates les plus largement associés à l'homosexualité ou à la toxicomanie – pour un diagnostic immédiatement prononcé : «celui-là, tu m'as compris, tu sais déjà ce qu'il a. Enfin, c'est pas sûr mais quand même...». Le diagnostic médical explicite, ou reconnu au vu des médicaments prescrits, vient ensuite le confirmer ou l'infirmer, et créditer ainsi les capacités d'expertise de l'aide-soignante concernée.

18. On reprend à Goffman la désignation du malade comme «matériau humain». Cf. E. Goffman, *Asiles*, *op. cit.*, pp. 121-141.

Ces critères «physiques» comme l'âge, le sexe, le poids, ou la pathologie ne sont pas les seuls à être pris en compte dans le travail hospitalier. Le statut social du malade est repéré par différents indices. La classification des clients par les acteurs, sur une échelle de positions ordonnées, est forcément distincte des classifications élaborées par le chercheur : cette catégorisation sociale spontanée est produite dans l'expérience, en relation avec la perception du monde social qu'a le producteur de ces catégories, et mérite donc d'être référée à la position sociale de celui-ci. L'attitude différenciée que le malade adopte avec chacun des personnels – preuve que le malade opère lui aussi, pour orienter ses comportements, des évaluations sociales et morales, au travers des signes donnés par l'institution de la position de chacun, comme la couleur des blouses ou les badges – est un indice parmi d'autres de son statut social. Les aides-soignantes qui, par leur présence aux côtés du malade, ont l'occasion d'observer ces changements d'attitude, utilisent ces indices pour composer le personnage qu'elles lui présentent. Un malade de statut social élevé peut ainsi être très exigeant sur le service – les aides-soignantes s'en plaignent, rapportent cette tendance à sa condition sociale : «ils sont servis chez eux, alors bien sûr...» – et refuser en d'autres occasions les conseils ou l'assistance de l'aide-soignante qu'il estime incompétente ; elles s'en tiennent alors parfois à une présence silencieuse. Pour d'autres malades, c'est le médecin qui est l'interlocuteur redouté, en raison de la distance sociale qui les sépare de lui : ils reportent alors toutes leurs questions et leurs angoisses sur l'aide-soignante qu'ils sentent plus proche ; celle-ci peut alors leur répondre sur la base de cette proximité sociale, dans les limites qu'elle donne aux exigences du secret professionnel et à son savoir «médical», fondé sur des inférences à partir de régularités observées et non seulement à partir d'un savoir abstrait, scolaire.

L'entourage familial et social du malade est de même rapidement identifié. La présence, plus ou moins nombreuse, plus ou moins fréquente, de proches, notamment autour des malades invalides, souvent les plus âgés, autorise une présence inversement proportionnelle de l'aide-soignante, par exemple à l'occasion des repas. Pour éviter la charge d'un malade supplémentaire qu'il faut aider à prendre son repas, une aide-soignante ayant remarqué la présence de la famille autour de lui,

présence inhabituelle à l'heure du repas du soir, se dépêche de lui apporter son plateau : « Vite, je lui apporte. Comme ça, ce soir au moins, ils pourront pas se défiler ! ». Les gitans sont redoutés du fait de leur entourage familial très présent, prêt à intervenir pour défendre les intérêts du malade – pas forcément contre ceux du personnel, comme dans le cas d'un malade gitan dont la femme nettoie tous les jours la chambre à la place de l'agent de service – peu enclin à respecter les règles de l'institution, notamment en termes d'horaires de visites : cela ne se traduit pas forcément par un affrontement direct, tout au plus entend-on quelques commentaires, par exemple après un départ particulièrement tardif, rapportant cette attitude incriminée à l'appartenance communautaire.

Le savoir social des aides-soignantes n'est pas toujours mobilisé en vue d'une meilleure adaptation du personnel aux attentes des malades. Il est aussi soumis aux intérêts propres des aides-soignantes ou à leurs représentations du bon fonctionnement de l'institution. Elles ont en effet le pouvoir de ne pas répondre aux attentes du malade, même lorsque celles-ci sont conformes à celles du médecin dont elles dépendent indirectement. Ainsi, un malade du « patron » demande telle chambre à lit unique, conformément à ce qui lui a été promis par le médecin : bien que ce type de malade fasse souvent l'objet d'attentions particulières, l'aide-soignante résiste à sa demande en affirmant que cette chambre est indisponible, en cours de nettoyage au formol. Un malade refuse de cohabiter dans une même chambre avec un malade algérien (deux scènes de ce type sont intervenues au cours de mon enquête) : l'aide-soignante cède d'abord pour éviter d'entendre les plaintes du malade et pour prévenir toute altercation entre les deux, malgré la charge de travail supplémentaire que représente une nouvelle chambre à nettoyer, mais une infirmière intervient ensuite, proposant au malade comme seule alternative une chambre double déjà occupée par un malade « infecté » (sous-entendu, par le VIH) et le malade garde la chambre prévue au départ. Au lieu d'opposer un refus global face à une demande qui lui semble illégitime, l'aide-soignante peut formuler des exigences en guise de contrepartie, comme le respect de règles de politesse qu'elle estime élémentaires et se plaint de ne pas voir respectées à son égard.

«Des fois, je les remets en place... C'est vrai que des fois on en a marre, hein ? Ou bien souvent, c'est : «Vous me prenez ça !». Je reste debout à côté, je regarde : «J'ai pas compris. – Vous avez pas compris ? Je vous demande de me prendre ça». Alors, je réponds pas, puis je m'en vais de la chambre. Quand je reviens : «Je vous avais demandé de prendre ça», je lui dis : «s'il vous plaît, merci». «S'il vous plaît, merci», et puis là ils comprennent. Ou bien j'ai des papys qui me disent : «j'aime pas ça, je préfère ça». Je leur dis : «s'il vous plaît, merci». Et tant qu'il a pas dit ça, je fais rien. Et une fois que j'ai dit ça, ils ont compris, hein ? Ça, ils ont tout de suite compris, hein ? Et quand c'est dit poliment, y a pas de problème.»

(Catherine, 46 ans, aucun diplôme)

L'aide-soignante contribue de cette façon à «produire» des patients conformes à ses propres attentes, définies par rapport à une sorte de malade idéal (c'est toujours en référence à cette image du «client» idéal que se forment les catégories d'évaluation des clients réels par les travailleurs des services¹⁹), par rapport surtout à sa représentation du fonctionnement de l'institution et du rôle qu'elle y joue. Cet investissement du personnel dans la «formation» du malade est d'autant plus important que le type de pathologie amène les patients à séjourner longtemps dans le service. Pour imposer leurs vues en dépit de la faible compétence que leur reconnaît l'institution, les aides-soignantes disposent, au moins auprès des malades de plus bas statut, d'un certain pouvoir : leur position, du côté des soignants, assure la légitimité des pratiques qu'elles cherchent à imposer. Ces «actions de formation» ne sont pourtant pas forcément suivies de succès ; certains malades sont impossibles à transformer et sont alors traités avec un minimum d'égards, à moins qu'une solution plus radicale ne soit adoptée, comme pour ce clochard qui arrache ses perfusions, refuse de rester dans son lit, insulte le personnel et son voisin de chambre : lorsqu'il fuit le service le lendemain matin, avant la visite du médecin, les aides-soignantes le voient se préparer mais aucune n'intervient pour le retenir.

Ainsi, le savoir profane des aides-soignantes recouvre en partie un savoir-juger des situations sociales et des caractéristiques non morbides du malade hospitalisé, bien utile au fonctionnement de l'institution hospitalière. L'hôpital peut donc répondre de différentes façons aux besoins différenciés des malades tout en assurant une fonction de normalisation de leurs pratiques : le travail de catégorisation et d'évaluation sociale des malades par les

19. Cf. H. S. Becker,
«Social class variations...», op. cit.

aides-soignantes sert l'ajustement de leurs réponses en fonction des différents besoins sociaux des malades mais aussi la normalisation de leurs comportements. Cela fait de l'aide-soignante une experte, de la catégorisation sociale des «clients», pour mieux répondre à leurs besoins, mais aussi et surtout aux exigences propres du personnel de l'hôpital. L'aide-soignante est experte non pas au sens où son évaluation serait forcément juste et légitime en soi, mais plutôt parce qu'elle semble occuper une position prédominante dans ce processus continu de catégorisation qui s'affine tout au long du séjour du malade et dans lequel interfèrent les évaluations, parfois contradictoires, produites par d'autres groupes professionnels.

La connaissance intime des malades : un monopole des aides-soignantes ?

Les aides-soignantes, conscientes qu'elles sont de leur place tout à fait subordonnée dans la hiérarchie hospitalière, présentent souvent leur métier sous un jour assez négatif. Les activités ménagères qui leur incombent – «aide-soignante, c'est de la serpillothérapie améliorée», explique l'une d'elles – ou les tâches trop ostensiblement délaissées – comme faire le lit de l'interne de garde, ou nettoyer le chariot de l'infirmière – sont les signes cités pour preuve de cette relégation qu'elles n'ont pas toujours la possibilité de compenser par l'accès, même occasionnel, à des tâches plus qualifiées relevant sans équivoque du soin, avec donc la possibilité de s'identifier, ne serait-ce que partiellement, avec les soignants. Cependant, leur discours est ambivalent : les aides-soignantes s'accordent aussi – comme en atteste la récurrence de ce propos dans les entretiens – une sorte de monopole sur les relations affectives avec le malade et par suite le privilège d'une certaine connaissance de ce dernier.

L'analyse du discours tenu par les personnels hospitaliers sur leur travail ou sur leur position dans l'organisation informe peu sur leur travail réel mais permet de saisir quelques éléments d'une sorte de rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction d'avec les métiers voisins. Une compétence *relationnelle* est mise en avant par l'aide-soignante pour caractériser – et valoriser – sa fonction par rapport aux agents de service, *a priori* moins concernés par le contact avec les malades, et par rapport aux infirmières dont les fonctions techniques sont soulignées. Les

aides-soignantes sont cependant amenées à réaliser un certain nombre de tâches qui n'ont rien de relationnel au sens où celles-ci ne constituent pas un travail au contact direct du malade mais plutôt un travail exécuté pour lui – lorsqu'elles rangent ses affaires de toilette, font son lit, sa vaisselle, etc... – ou pour assister d'autres acteurs de l'institution – c'est le cas de toutes les courses qui souvent incombent à l'aide-soignante : approvisionnement en produits pharmaceutiques, échange du matériel usagé contre le matériel stérile, collecte des résultats urgents auprès des laboratoires, etc... Les infirmières ou les médecins, effectivement chargés de certains gestes plus techniques, travaillent aussi sur un «matériau humain» : considérer par exemple une injection comme un geste purement technique n'a pas de sens, car pour que cet acte parfois redouté par les malades se passe au mieux, la seule maîtrise technique ne suffit pas. Si l'aspect relationnel est moins important pour eux, c'est moins du fait de la nature de leurs tâches que du fait de leur possibilité de se référer, dans leur discours sur eux-mêmes, à leur compétence technique et à leur efficacité directe sur l'état du malade. Inversement, l'absence de technicité des tâches de l'aide-soignante fait du «relationnel» non seulement une façon commode de résumer le contenu de ses tâches devant autrui, mais aussi un des rares moyens de valorisation. Cette rhétorique s'alimente donc à une vision bipolaire opposant fonctions relationnelles et fonctions techniques, sociologisation spontanée de la division du travail hospitalier assez largement diffusée chez les aides-soignantes et parmi leurs formateurs. Le monopole des relations affectives – traduit en termes de compétence relationnelle – est donc une ressource que peut mobiliser toute aide-soignante en contact direct avec les malades, proposant elle-même pour critère d'objectivation de sa position spécifique, le temps passé auprès du lit du malade :

«C'est vrai, parce qu'on passe énormément de temps dans la chambre, je veux dire. Bon, quand on fait une toilette, par rapport à une injection qui dure deux secondes. Donc on a une approche beaucoup plus... proche, je veux dire on est beaucoup plus proche du malade. D'abord on y reste plus longtemps, déjà y a le toucher, c'est vrai que la relation par le toucher au niveau de la toilette, y a la discussion pendant la toilette, enfin pendant la toilette, pendant les repas, enfin, pendant tout ce qu'on fait. Et on voit beaucoup plus de choses, c'est vrai que c'est souvent nous qui donnons les renseignements aux infirmières parce que elles...»

(Dominique, 34 ans, niveau 3^e)

Cette présentation valorisante de soi contient bien sûr une critique implicite – et parfois explicite – de l’aspect purement technicien des fonctions de médecin et d’infirmière. La compétence savante et technique de ces supérieurs hiérarchiques leur est reconnue et n’est jamais contestée. Encore que dans certains cas, comme celui de l’hôpital psychiatrique de Michaël Reese à Chicago où Anselm Strauss a réalisé ses observations²⁰, les aides-soignantes mettent en avant leur relation quotidienne et intime avec le malade pour se positionner comme partie prenante du processus thérapeutique dans lequel les médecins ne leur accordent qu’une place secondaire. Elles assimilent ainsi leur conversation avec les patients à une réelle psychothérapie. Leur savoir profane concurrence ici directement, de leur point de vue, le savoir scientifique des médecins. C’est beaucoup plus fréquemment l’incompétence des médecins quant à certains aspects «humains» de la maladie qui fait l’objet d’une condamnation sans équivoque par les aides-soignantes, dans la mesure où elle peut déboucher sur des décisions médicales inacceptables à leurs yeux : c’est en particulier le cas dans quelques domaines sensibles comme l’acharnement thérapeutique ou le non-dévoilement aux patients de la vérité sur leur maladie. Le problème est d’autant plus aigu que l’aide-soignante, au contact du malade qui la presse souvent de questions, est contrainte au silence par la règle du secret professionnel, y compris lorsqu’elle n’approuve pas l’attitude décidée par le médecin.

«C’est vrai que c’est du travail qu’est pas facile parce que les médecins sont de grands hypocrites qui passent devant la chambre et qui disent ce qu’ils veulent dire et qui cachent la vérité aux gens – nous, en médecine on a souvent des cancers – et qui cachent la vérité aux gens, alors à nous ils nous disent pendant toute la toilette, «mais qu’est-ce que vous en pensez, qu’est-ce qu’il a dit, c’est quoi cet examen ?». Ouais, c’est... ce rôle il... je veux dire, il est dur à assumer. Parce que bon, on n’a pas le droit de dire... Le malade nous interroge. Moi, ça me met mal à l’aise. Moi, j’ai envie de dire euh... Bon, on est là, ils ont droit de savoir, les gens. Je veux dire, c’est pas des... Et ça c’est dur parce qu’avec les familles, avec les patients, le médecin, il prend pas ses responsabilités. Lui, il passe, il fait sa visite et après, il s’en va. C’est nous qui avons tout ce rôle là et ça vraiment... c’est pas vivable, hein ?»

(Edith, 37 ans, niveau 1^{re}, déléguée syndicale)

Cette contestation de l’attitude des professionnels, infirmières et surtout médecins, concerne aussi des moments plus ordinaires de leur relation aux malades.

20. Cf. Anselm Strauss, «Hospital and its negotiated order» in Eliot Freidson (éd.), *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press, 1963, pp. 147-168, (trad. fr. in Isabelle Baszanger, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L’Harmattan, 1992, pp. 87-112).

C'est cependant moins une occasion de conflit ouvert avec la hiérarchie – cette opposition reste le plus souvent muette, s'exprimant seulement entre pairs, par exemple lors de moments de détente – qu'un argument de valorisation de soi auprès de tiers.

C'est paradoxalement par sa position subordonnée dans la division du travail qui l'assigne à des tâches peu valorisées, considérées comme sales ou dégradantes, que l'aide-soignante est amenée à avoir un contact avec le patient qu'elle peut qualifier d'intime, et prétendre ainsi au monopole sur les relations affectives avec le malade. Ce sont les tâches déléguées par les infirmières, stigmatisées comme *dirty work* – le «sale boulot», les tâches les moins prestigieuses pour un métier donné, souvent objet de tentatives de délégation aux groupes subordonnés²¹ – qui offrent aux aides-soignantes, par un processus de retournement du stigmate, une ressource pour valoriser leur position. L'affection du malade se porte sans doute de façon privilégiée sur ceux qui se chargent de son bien-être quotidien et c'est là une source de satisfaction et de valorisation pour les aides-soignantes. La toilette, moment redouté qui accroît lourdement la charge de travail lorsque le malade n'est pas du tout autonome, est ainsi le symbole le plus souvent cité de cette relation valorisée avec le malade.

Les interactions entre aides-soignantes et malades autour des pratiques d'hygiène corporelle sont cependant aussi des occasions de confrontation de savoirs. Toute personne a en effet un savoir-faire acquis dans ces différents domaines et, en dehors de l'enfance où ce savoir-faire est en cours d'acquisition, seul l'état de malade où l'on se retrouve privé de certaines de ses facultés physiques – en outre, en cas d'hospitalisation, démunie de ses objets personnels, loin de ses espaces habituels – justifie l'intervention, même minimale, de tierces personnes, de «professionnels». Si tout malade a une représentation profane de la santé et de la maladie qui a des effets sur son attitude face au soignant, il a *a fortiori* une idée assez précise de ce que doit être son confort et sa vie quotidienne, fût-ce dans le cadre hospitalier. De même que la «compétence médicale» des malades est inégalement partagée, indice d'un rapport au corps différencié entre classes sociales²², les pratiques quotidiennes d'hygiène, socialement constituées et différenciées, dont le contenu concret a historiquement évolué, ont peu de chances, compte tenu de la diversité du recrutement de la clientèle des institutions de soins, de

21. Cf. par exemple, Everett C. Hughes, «Studying the Nurse's Work», *American Journal of Nursing*, Vol. 51, May 1951, in *The Sociological Eye. Selected Papers*, New Brunswick, Transaction Books, 1984 (1^{re} éd. 1971), pp. 311-315.

22. Luc Boltanski, «Les usages sociaux du corps», *Annales ESC*, 1971 (1), pp. 205-233.

rencontrer complètement celles des aides-soignantes, dont les trajectoires sont elles-mêmes diverses. Dans cette confrontation, le pouvoir est *a priori* du côté des aides-soignantes : bien que leur savoir mobilisé soit en partie de nature profane, leur position institutionnelle assure la légitimité de ce savoir par opposition à celui des malades. Si les pratiques imposées aux malades par les aides-soignantes sont codifiées et relèvent de savoirs formalisés, les aides-soignantes se réfèrent aussi à leurs propres pratiques profanes. C'est donc une des tâches où l'aide-soignante et le malade se révèlent mutuellement leurs savoirs profanes et les confrontent. L'aide-soignante est en position de juger, à l'aune, d'une part, des règles imposées dans ce domaine par l'école et, d'autre part, de son propre savoir-faire en matière d'hygiène. Les aides-soignantes évaluent les pratiques sociales des malades, notamment en matière d'hygiène quotidienne ou bien d'esthétique corporelle, en référence à leurs propres pratiques, qu'elles imposent même parfois sous couvert de la légitimité attachée à leur place, du côté des soignants, entre lesquels les malades ne distinguent pas forcément les différences hiérarchiques, surtout lorsqu'elles ne sont pas inscrites de manière explicite dans les attributs vestimentaires. Ainsi, une aide-soignante aide à se doucher une personne qui dit ne pas savoir comment faire, n'ayant pas de douche chez elle : « Mais comment vous faites pour vous laver ? C'est pas possible ! ». Elle cherche en vain le shampoing d'une autre qui n'en a pas, n'ayant jamais utilisé pour cela que du savon : l'aide-soignante préfère, par principe, lui imposer le shampoing emprunté à la voisine de chambre. Dans le processus d'apprentissage, et ici surtout de rectification de ces « techniques du corps », les règles d'hygiène imposées par la médecine jouent sans doute un rôle important ; elles constituent en tout cas la norme lorsque ces techniques sont mises en œuvre par le personnel hospitalier. Nul doute qu'un certain décalage existe entre les pratiques de chacun et les exigences de l'hôpital, sans quoi ces règles ne seraient pas enseignées avec autant d'insistance au personnel chargé de les appliquer, au cours de la formation spécialisée qui lui est dispensée. Comment, dans ce domaine, l'hôpital assure-t-il sa fonction de normalisation de pratiques intimes sur lesquelles les malades ont déjà un savoir qu'ils exercent *a priori* sans contrôle extérieur direct quand ils sont chez eux ? Les aides-soignantes sont les intervenants concrets dans ce processus de normalisation des pratiques, attribué à la figure

abstraite de l'institution hospitalière. Il ne s'agit cependant pas seulement d'orienter les pratiques des malades pour les rendre conformes à celles des aides-soignantes elles-mêmes à leur domicile, mais de faire du malade un objet de travail, un matériau acceptable pour le travail médical. Goffman analyse ce rôle de «défenseurs de la tradition»²³, dévolu par l'institution aux personnels de statut inférieur du fait de leur stabilité en son sein : par leur contact direct et prolongé avec les malades, ils sont en mesure de leur transmettre les exigences institutionnelles.

Ce contact avec les pratiques intimes du malade, cette intrusion nécessaire dans un univers habituellement secret, sont aussi la clé du rapport spécifique que les aides-soignantes entretiennent avec les malades, dont elles sont d'une certaine façon plus proches. Résumer les relations entre aides-soignantes et malades comme une entreprise de mise au pas du malade serait insuffisant. L'objectif premier des aides-soignantes n'est pas d'assurer la normalisation des pratiques d'hygiène, le «redressement du corps» des malades. L'aide-soignante se défait d'ailleurs volontiers de ces tâches-là lorsque la famille est présente autour du malade ou bien lorsque celui-ci devient plus autonome : elle allège sans doute sa propre charge de travail tout en respectant ainsi le caractère traditionnellement intime de ces pratiques. L'acceptation de la prise en charge collective, dans l'institution hospitalière, de pratiques habituellement privées dépend en partie des relations entre l'aide-soignante et le malade. Pour les analyser, il est nécessaire de prendre en compte les statuts sociaux de chacun et les signes qui les rendent perceptibles dans l'institution hospitalière. La mise en contact de personnes socialement très différentes se traduit sans doute parfois par des confrontations ; les conflits directs avec les malades sont cependant aussi souvent que possible évités, les relations sont même parfois chaleureuses, avec des échanges de paroles où les aides-soignantes sont amenées à livrer un peu d'elles-mêmes, à «raconter leur vie» pour les plus bavardes.

L'encadrement quotidien du malade impose à l'aide-soignante le contact avec l'être social du malade, mais elle s'efforce elle-même – c'est là une partie de son travail – de le cacher derrière la seule identité de «malade». Parce que le statut professionnel des autres intervenants implique qu'ils ne s'adressent qu'au malade, l'aide-soignante, seule, a affaire à l'être social : elle est chargée, avant que le méde-

23. E. Goffman, *Asiles*, *op. cit.*, p. 166.

cin intervienne, de dépouiller le malade de certains de ses attributs sociaux à l'entrée à l'hôpital – qu'il s'agisse de mettre ses bijoux au coffre ou bien d'apporter un pyjama à celui qui n'en a pas – et tout au long de son séjour, en l'aidant à remplir les tâches quotidiennes de l'existence qu'il ne peut plus assurer tout seul. En effet, le malade, en tant que «matériau», doit avoir été «travaillé» par l'aide-soignante avant l'intervention du médecin²⁴, afin de lui apparaître comme doté des seuls attributs élémentaires de la maladie, de ses «symptômes», et donc défait de certains de ses attributs sociaux, que ceux-ci soient antérieurs à la maladie ou qu'ils lui soient consécutifs : le clochard est épouillé, rasé, lavé, doté d'un vêtement propre, avant d'être examiné par le médecin, et le malade qui après une opération banale ne peut plus assurer tout seul les fonctions élémentaires de l'existence est lui aussi nourri, lavé, changé, aidé dans tous ses déplacements. Masquant une partie de la réalité sociale aux professionnels, l'aide-soignante contribue à leur apparente neutralité dans le processus thérapeutique. La connaissance intime du malade qu'ont les aides-soignantes est donc en réalité surtout une connaissance de son être social à laquelle l'institution hospitalière est plus ou moins «perméable»²⁵. Pour l'appréhender, l'aide-soignante mobilise ses facultés propres de catégorisation sociale, les éprouve et les accroît. C'est en ce sens qu'elle se trouve être seule détentrice d'une compétence pratique fondée sur un savoir social, compétence dont elle a ainsi le monopole – qui fonde en partie son discours sur le monopole des relations affectives avec le malade – ce qui fait d'elle, en quelque sorte, une experte du social à l'hôpital. L'évaluation sociale trop entachée de curiosité personnelle ou de jugement moral, la diffusion de confidences d'un malade, signes de confiance de sa part, sont cependant dénoncées par les aides-soignantes : la psychologue du service de médecine observé fait souvent l'objet de ces dénonciations, les informations qu'elle diffuse étant parfois comprises comme manquements à la règle du secret professionnel, tandis qu'une femme de service y est stigmatisée sous le nom de «KGB» pour sa capacité à susciter les confidences et à recouper ses informations avec celles que lui donne son mari, surveillant de prison, à propos de la population toxicomane notamment.

On comprend ainsi que la raison d'un tel monopole soit dans la position sociale spécifique occupée par l'aide-soignante auprès du malade, une position homologue à celle

24. Ceci est moins vrai pour les infirmières, plus présentes dans le service et avec qui la division du travail n'est pas toujours aussi clairement établie.

25. E. Goffman, *Asiles*, *op. cit.*, p. 172

du serviteur par rapport à son maître, mais à la différence près que le malade n'est pas ici servi du fait de sa position de dominant – il est même parfois dans la position inverse – mais parce qu'il est «malade» : il est socialement admis, dans nos sociétés, qu'un malade n'assume pas seul toutes les fonctions de la vie, et soit donc assisté pour les assurer. Toutefois, les fonctions de service requises en raison de la maladie n'ont pas pour autant plus de valeur sociale que les autres fonctions de service exercées dans d'autres contextes : les métiers qui lui sont liés comportent toujours du *dirty work*, ce qui prend, dans le cas des aides-soignantes un sens très concret, du fait du contact avec les déjections humaines. Comme tous ceux qui exercent des métiers chargés de *dirty work*, les aides-soignantes sont à la recherche de moyens permettant d'attribuer une certaine dignité à leur travail, ne serait-ce qu'à leurs yeux²⁶. Pour les concierges²⁷ par exemple, la proximité avec ceux qu'ils servent, source de savoir sur eux, est un de ces moyens. Plus encore que le locataire dans ses rapports avec le concierge, le malade dépend de l'aide-soignante qu'il contraint à un travail sale ; l'aide-soignante dispose même des moyens d'opérer, grâce à sa position d'auxiliaire du soin infirmier, une sorte de revanche sociale, en particulier sur des malades qui l'humilient en la considérant seulement comme une servante à dominer.

«[Certains malades] sont habitués à être servis, à être... Donc à l'hôpital, ça continue. Alors, d'autant plus que la plupart des aides-soignantes ont la peau noire, donc ça... ça pousse ce vice-là (*Elisabeth est antillaise*). Ça, ils en demandent beaucoup plus. Parce que une fois euh... j'étais avec l'agent qui nettoyait par terre, et je me trouvais là : «est-ce que vous pouvez me faire ça ? euh... me nettoyer par terre de ce côté-là ?». Il me demandait ça à moi pensant que moi j'étais l'agent. Alors, je lui dis : «non, c'est à l'agent qu'il faut demander ça, c'est elle qui va vous le faire». Je lui ai dit : «voilà, je vais déplacer la table de nuit, comme ça, elle va pouvoir le faire, – Ah bon, je croyais que c'était vous l'agent». Je lui dis : «pourquoi ?». Il est resté sidéré. La fille, elle lui dit : «non, non, c'est moi, je vais vous le faire». Voilà, j'ai déplacé la table de nuit, j'ai rangé des choses, il est resté bouche bée. Ben, ça coince pas mal de personnes. Mais c'est surtout les gens huppés, les mamies, parce que y a des mamies qui savent pas encore que... Enfin bon, je les excuse parce que c'est des mamies bon, hein, et puis c'est toujours des gens de la province, qui savent pas, qui connaissent pas, qui euh... pour eux, c'est toujours, bon le noir, il doit faire ça. Voilà, et on ressent ça.»

(Elisabeth, 28 ans, BEP Sanitaire et social,
prépare le concours d'entrée à l'école d'infirmières)

26. Comme le montre Hughes.
Cf. Everett C. Hughes, «Work and Self», in J.H. Rohrer, Sherif Muzafer (eds), *Social Psychology at the Crossroads*, New-York, Harper & Row, pp. 313-323, 1951, repris in *The Sociological Eye. op. cit.*, pp. 338-347.

27. Ray Gold, «Janitors versus tenants: a status-income dilemma», *American Journal of Sociology*, vol. 57, n° 5, 1952, pp. 486-493.

Toutefois, lorsqu'il n'impose aucun affrontement, mais au contraire des échanges tout au long de l'hospitalisation, le statut social élevé de ceux que l'aide-soignante approche parfois dans son activité professionnelle, accroît encore le sentiment de la valeur de son propre travail. Les manifestations de reconnaissance, d'où qu'elles viennent, de temps en temps matérialisées par des pourboires ou par des cadeaux partagés sont volontiers rappelées. C'est surtout en soulignant sa proximité, voire son intimité avec le malade, susceptible de faire naître une relation affective, que l'aide-soignante cherche à distinguer sa position et à la valoriser. Dans le *dirty work* laissé aux paramédicaux, la dévalorisation évidente que celui-ci implique pour ceux qui en sont chargés, est inséparable d'une certaine intimité avec le malade, source possible de valorisation.

Toute organisation propose des postes de travail ingrats, peu désirés, où l'on fait avant tout l'apprentissage d'une position clairement subordonnée dans une hiérarchie. Le recrutement sur ces postes pose une double question : qui se trouve dans une position sociale qui amène à accepter d'être embauché sur ces postes et, dans ce cas, quelles éventuelles stratégies de valorisation de soi ou de sortie de cette condition sont envisagées pour la supporter ? Devenir aide-soignante après avoir exercé comme agent de service c'est quitter la situation la plus basse dans la hiérarchie, mais en restant dans le même registre d'emplois : le statut d'aide-soignante est associé à la faible valeur socialement accordée aux tâches que celle-ci a en charge, à un *dirty work* aux marges du processus thérapeutique. Une compétence spécifique en termes d'expertise sociale, permettant d'assurer la «neutralisation» des situations d'interaction mettant face à face des individus, malades ou soignants, aux caractéristiques sociales trop différentes, est une ressource accessible à l'aide-soignante pour se valoriser, du fait de sa position d'observateur privilégié des propriétés sociales des malades et de son contact, plus ou moins proche mais permanent, avec des personnels de statuts divers, de l'agent de service au professeur en médecine. Cependant, il n'est pas facile de faire *valoir* ce savoir social dans l'institution hospitalière, dont le fonctionnement ordinaire réclame, on l'a dit, le traitement à part des caractéristiques non pathologiques du malade pour que puissent s'exprimer et être reconnues les compétences des autres

Anne-Marie Arborio
*Savoir profane et expertise sociale :
Les aides-soignantes
dans l'institution hospitalière*

groupes professionnels. La valeur sociale de la compétence médicale, fondée sur un savoir scientifique exercé dans l'indifférence aux différences sociales, qui fait le prestige de l'institution et des professionnels de la médecine, prévient toute valorisation du savoir social des personnels peu qualifiés, dont elle dépend pourtant. Le fait que les revendications des infirmières ont dominé dans les mouvements hospitaliers de 1988 auxquels participaient les aides-soignantes, et les récents mouvements revendicatifs relancés par les associations de ces dernières, réclamant l'institution d'un «diplôme d'État d'aide-soignante» sur le modèle de la profession infirmière, montrent que la neutralité technicienne est la principale source de valeur admise par l'institution hospitalière.