

Sociologie du travail

La question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin.

Marc CATANAS

Décembre 2008

Descriptif : A l'heure où l'on parle de transférer des compétences médicales aux infirmières par la création de nouveaux métiers de soins et de nouveaux diplômes, un détour dans la sociologie du travail nous permet de nous questionner sur l'utilité et le sens de la délégation d'actes et de compétences..

A l'heure où l'on parle de transférer des compétences médicales aux infirmières par la création de nouveaux métiers de soins et de nouveaux diplômes, un détour dans la sociologie du travail nous permet de nous questionner sur l'utilité et le sens de la délégation d'actes et de compétences. En effet, la question de la délégation des actes se pose lorsque le nombre des actes dans un travail donné augmente. Et en établissement de soins, cette augmentation est souvent liée au développement constant de la médecine doublé d'un fort besoin de rationalisation [1] du travail par les soignants eux-mêmes.

Le premier sociologue à s'être intéressé au travail à l'hôpital (et plus particulièrement le travail infirmier) est E. C. Hughes [2] dans les années 50 aux Etats Unis. Il est d'ailleurs dommage que les travaux de Hughes soient très peu connus et enseignés en IFSI ou IFCS car ceux-ci sont riches d'enseignements et leur portée restent très actuelles plus de cinquante ans après.

Qui fait quoi ?

En 1951, Hughes préconise d'étudier le travail infirmier en se posant la question suivante : « Pourquoi telle tâche est accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre, ou par quelqu'un d'autre plutôt que par l'infirmière ? » A travers cette question, il met l'accent sur les limites entre les rôles des professionnels au lit du malade : « Comme le nombre de tâches à accomplir augmente de jour en jour dans les hôpitaux modernes, il y a davantage de frontières entre postes qu'il y en avait précédemment. Toutes sont le lieu d'une nécessaire coopération, et donc d'un conflit potentiel. » Ici, la limite se situe entre les infirmiers et aides-soignants d'une part, et infirmiers et médecins d'autre part. C'est plus précisément sur le second cas qu'a porté l'étude de Hughes : « Tout changement de technologie médicale soulève la question de savoir qui, du médecin ou de l'infirmière, assurera dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter, les nouvelles tâches ». Et

Hughes va s'interroger sur le type de tâches qui sera assumées par les uns plutôt que les autres ainsi que le types de tâches que l'on va déléguer à l'un ou à l'autre : va-t-on déléguer des tâches jugées nobles ou à l'inverse des tâches plutôt serviles ?

De la délégation du « sale boulot »

Ainsi, déjà il y a plus de cinquante ans se posait la question de la délégation et du transfert de compétences. Hughes nous expliquait en son temps que l'arrivée de nouvelles technologies était susceptible de modifier le « faisceau de tâches » caractéristique du travail de l'infirmière [3]. Et automatiquement, lorsqu'une profession était amenée à déléguer des tâches, c'était souvent des tâches que celle-ci jugeait accessoires. Aussi se posait la question de la délégation du sale boulot (ou « dirty work »). Par « dirty work », Hughes entend les tâches qui se situent en bas de l'échelle des valeurs sociales parmi toutes les tâches à accomplir dans un métier donné, qui sont jugées serviles, fastidieuses voire dégradantes et ne procurent aucun prestige social, exposant ceux qui les réalisent au mépris des autres [4]. Car tout métier comporte sa part de « sale boulot » que l'on cherche en règle générale à déléguer à plus subalterne que soi. Corvées harassantes, travail répétitif, tâches pénibles moralement, comme celles qui impliquent de contraindre un autre en limitant sa liberté, contacts physiques répugnants, relations avec des humains « extra-ordinaires », car jugés inquiétants, déviants, hors normes... de tout cela, on cherche si possible à se débarrasser et à n'en rien savoir [5]. On sait par exemple que le métier de secrétaire est né suivant ce mouvement, c'est-à-dire lorsque les dirigeants ont éprouvé le besoin de communiquer en masse, ils ont recruté des « petites dactylos » (en fait leurs petites mains) qui, avec la généralisation des machines à écrire, ont fait un travail répétitif et laborieux de frappe de multiples lettres et courriers.

Cette, notion de « dirty-work », c'est la sociologue AM Arborio [6] qui l'a reprise en France en s'intéressant de près au travail des aides-soignants dans les hôpitaux. Dans sa thèse [7], elle reprend l'exemple de la température qu'avait déjà expliqué Hughes en son temps. En effet, selon Hughes, le développement constant des technologies médicales ne pouvait qu'accentuer le phénomène de « glissement de tâches ». Le thermomètre, instrument considéré comme sacré par la médecine au début du XXème siècle, a par la suite été délégué aux infirmières puis aujourd'hui aux aides-soignants. Il en est de même pour la prise de tension artérielle qui est depuis peu autorisée aux aides-soignants par la création du diplôme d'Etat d'aide soignant. Finalement, par le jeu des délégations d'actes, les aides-soignants sont de plus en plus investis dans le champ des soins infirmiers. Pourquoi ne les appellerions nous pas infirmiers finalement ? Des infirmiers de 1er niveau par exemple. Ce serait tellement plus simple et cela les valoriserait ainsi que les soins qu'ils font. Et surtout, cela permettrait de contrebalancer cette idée du « dirty-work » que l'on se délègue à bout de bras au fur et à mesure de l'évolution des métiers de soins. A moins qu'un jour, les aides soignants se mettent à déléguer des actes aux agents de services hospitaliers et les appellent « Aides ASH ». Cette vision est peut-être caricaturale, certes, mais elle correspond à une certaine réalité.

« Sale boulot » et position hiérarchique

Cette notion de « travail sale » pose aussi le problème des catégories socioprofessionnelles à l'hôpital. Nous nous accordons à affirmer avec Jean Peneff que « le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut » [8] puisque dans nos établissements de soins, « le degré de souillure

auquel on est exposé dépend exactement de la position hiérarchique : docteurs qui sont relativement protégés, infirmières qui sont concernées mais délèguent aux aides-soignants, lesquels à leur tour tendent à abandonner ces tâches aux agents de service... » [9]. Seulement, si chaque profession comporte une part de « sale boulot », selon AM Arborio, celle d'aide-soignante constitue le « sale boulot absolu » puisque ces tâches de contact avec les déchets corporels constituent des tâches totalement dévalorisées par la société et « reconnues comme dégradantes et laissées aux catégories sociales les plus basses [10] ».

Anoblir le « sale boulot » ?

Dès que l'on sort de la sphère professionnelle pour passer dans la sphère privée, le regard de la société sur le « sale boulot » change t-il ? A titre d'exemple, lorsque l'on est amené à pratiquer des soins corporels auprès de membres de notre famille et que nous nous exposons à leurs souillures, le regard de la société change t-il ? Il semble bien que oui. Aussi, il est une voie de recherche essentielle pour le milieu infirmier que de tenter de rendre intelligible ce phénomène de changement de regard et par là même d'anoblir cette part sale du travail de soin. Il ne s'agit pas ici de tenter de réduire ce travail de soin à la seule relation avec le malade en vue de l'anoblir mais plutôt de tenter un travail sur le sens réel de ces actes et d'opérer une transformation d'image, non pas par l'utilisation d'un discours technique mais plutôt par la prise en compte du psycho-affectif dans le soin et un travail de la juste distance.

Pour conclure autour de cette problématique de la délégation des actes, la recherche de reconnaissance des professions de soins (surtout infirmiers et aide-soignant) ne serait-elle pas liée aux barrières institutionnelles que vivent ces professions et qui font écran à la nature même des tâches et aux réels enjeux d'une division du travail dont les limites sont sans cesse mouvantes, mais dont le contrôle reste entre les mains de la profession dominante qui agit en fonction de ses intérêts du moment ?

REFERENCES:

- [1] SAINSAULIEU I « Le malaise des soignants à l'hôpital. Le travail sous pression à l'hôpital. » Ed L'Harmattan. 2003.
- [2] Everett C. Hugues, « Le regard sociologique. Essais choisis », Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Éditions de l'EHESS, Paris, 1996.
- [3] Carricaburu D, Ménoret M « Sociologie de la santé : institution, professions et maladies » Ed Armand Colin, 2005
- [4] P Moulinier « Editorial » Revue Travailler, n°19, 2008
- [5] P Moulinier, Ibidem
- [6] AM ARBORIO « Les aides soignantes à l'hôpital : un travail invisible » Ed Syrios, 2001
- [7] « Quand le sale boulot fait le métier ... »
- [8] Peneff J « L'hôpital en Urgence », Ed Métallé, 1992, opus cite p59
- [9] Peneff opus cite p 60
- [10] Arborio opus cite p 123