



HAL
open science

Des aides-soignants légitimes

Marius Salgado Hansen

► **To cite this version:**

Marius Salgado Hansen. Des aides-soignants légitimes : Prises de décisions d'équipe et idéologies psychiatriques. *Anthropologie et Santé*, 2023, 26, 10.4000/anthropologiesante.12574 . hal-04159160

HAL Id: hal-04159160

<https://hal.science/hal-04159160>

Submitted on 11 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

26 | 2023
Varia

Des aides-soignants légitimes Prises de décisions d'équipe et idéologies psychiatriques

Legitimate nurse's aides

Decision-making and psychiatric ideologies

Marius Salgado Hansen



Electronic version

URL: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/12574>

DOI: 10.4000/anthropologiesante.12574

ISSN: 2111-5028

Publisher

Association Amades

Electronic reference

Marius Salgado Hansen, "Des aides-soignants légitimes
Prises de décisions d'équipe et idéologies psychiatriques", *Anthropologie & Santé* [Online], 26 | 2023,
Online since 16 May 2023, connection on 01 June 2023. URL: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/12574> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.12574>

This text was automatically generated on 1 June 2023.



Creative Commons - Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Des aides-soignants légitimes Prises de décisions d'équipe et idéologies psychiatriques

Legitimate nurse's aides

Decision-making and psychiatric ideologies

Marius Salgado Hansen

AUTHOR'S NOTE

Cette recherche en thèse ainsi que cet article n'ont bénéficié d'aucun soutien financier.

Introduction

- 1 Au sein des équipes du travail hospitalier se côtoient des groupes professionnels de formations et de prestiges sociaux très différents. Pour autant, les tâches ne sont pas réparties de manière cloisonnée entre les acteurs du soin, ce qui renforce les différences entre l'organisation formelle et celle, informelle, qui dicte le quotidien en procédant par la négociation et l'adaptation plutôt que par le respect strict des réglementations (Velprey, 2008).
- 2 Dans le cadre de recherches menées sur ce thème, nous avons effectué deux terrains d'observation d'environ cinq mois, dans deux structures de psychiatrie adulte distinctes : le premier en 2016 au sein de l'Unité 1, un service de jour (extra-hospitalier) et le second dans l'Unité 2 d'hospitalisation (intra-hospitalier), en 2018. Nous cherchions alors à observer les processus de négociation entre les acteurs, soignants comme patients. Ce faisant, nous avons remarqué l'exclusion ou le retrait systématiques des aides-soignants (AS) de toutes les discussions d'équipe et prises de décision relatives au patient, à ses soins ou à sa prise en charge. Contrairement aux

professions qui dominent leur milieu d'exercice et y disposent d'une légitimité culturelle¹, ce groupe professionnel semblait se caractériser par une posture symboliquement dévaluée : *illégitime*.

- 3 Cette exclusion s'exprime en effet selon deux modalités. La première est subie et procède d'une mise à l'écart par le reste du personnel soignant – psychiatres et infirmières – qui ne s'enquière pas de l'avis des AS ou ne s'assure pas de leur présence lors de moments clés comme les réunions d'équipe ou les rendez-vous avec les patients. La seconde est délibérée et se traduit par un retrait volontaire des AS, estimant que leur participation aux prises de décisions ne fait pas partie de leur « rôle », invalidant ainsi leurs compétences ou leurs connaissances face aux psychiatres et aux infirmières. Cette position du groupe professionnel dans le milieu psychiatrique est similaire à celle observée à l'hôpital général (Arborio, 2001).
- 4 Cependant, les structures psychiatriques se montrent propices à un autre positionnement des AS dans leurs équipes car la répartition du travail n'est pas la même qu'à l'hôpital général, mais aussi et surtout en raison des *idéologies psychiatriques* qui s'y déploient, c'est-à-dire des ensembles de pratiques construits localement, soutenus par des philosophies du soin communes aux soignants d'une même équipe (Sharaf & Levinson, 1957 ; Strauss *et al.*, 1964 ; Armor & Klerman, 1968).
- 5 L'Unité 3, notre dernier terrain en date, permet d'illustrer l'impact profond de ces idéologies dans l'organisation du travail et les interactions des acteurs : elle révèle un positionnement singulier des AS, qui sont actifs lors des réunions et dans les discussions relatives aux patients. Non seulement leurs opinions sont écoutées mais elles sont prises en considération et suivies par l'équipe entière. En d'autres termes, les AS de cette unité disposent d'une légitimité symbolique au sein du groupe des soignants.
- 6 Cette différence dans l'articulation des négociations des acteurs dépasse la simple question de l'implication des AS. Elle révèle une position qui réclame plus d'efforts de la part de tous les membres de l'équipe, mais qui présente certains avantages tant pour les soignants que pour les patients de l'unité psychiatrique.
- 7 Dans cet article, nous nous proposons donc d'explorer la posture des aides-soignants dans l'organisation informelle de l'Unité 3. La première partie revient sur le groupe professionnel qu'ils forment. Nous y expliquons pourquoi sa position dominée dans les interactions entre soignants est institutionnalisée et l'illégitimité qui en résulte quant aux prises de décisions, qu'elle soit le fait des autres soignants de l'équipe ou par les AS eux-mêmes. Dans la deuxième partie, nous illustrons à l'aide de nos observations la légitimité atypique des AS de l'Unité 3. Il s'agit de comprendre comment ils s'impliquent au-delà des tâches qui leur incombent, prenant parfois des décisions concernant l'équipe entière, et la manière dont la structure organisationnelle favorise cette implication. La troisième partie analyse les raisons de ce positionnement singulier dans l'univers hospitalier. Après avoir confronté le travail des équipes psychiatriques avec celui des services somatiques, nous mobilisons le concept d'idéologie psychiatrique, notamment en employant la typologie sociologique qui en a été proposée (Strauss *et al.*, 1964). Il s'agit de comprendre comment cette idéologie permet une répartition et une délégation particulière du « sale boulot » dans l'Unité 3, en comparaison d'autres unités psychiatriques, et n'est rendu possible que par l'investissement personnel des acteurs qui la font vivre.

L'illégitimité institutionnelle des aides-soignants

- 8 Le cadre hospitalier met en interaction des acteurs – patients et soignants – de catégories sociales fortement différenciées. Cette diversité apparaît clairement chez les soignants, où les différents groupes professionnels se sont construits dans des logiques de délégation des tâches médicales moins techniques et moins valorisées socialement, assimilées au « sale boulot » (Hughes, 1951 ; Peneff, 1992 ; Arborio, 2001). Qui plus est, cette diversité est intégrée par les gestionnaires dans leurs logiques économiques, la spécialisation des tâches additionnée aux contraintes budgétaires les poussant à créer des emplois moins qualifiés et donc moins coûteux, « conséquences de la succession de réformes de l'hôpital public » (Sarzier, 2020).
- 9 Cette logique organisationnelle se traduit par une délégation en cascade dont nous proposons un résumé volontairement succinct : les médecins occupent la position la plus socialement prestigieuse, posant les diagnostics et décidant de l'organisation du soin (Strauss *et al.*, 1985 ; Freidson, 1988) ; ils délèguent ensuite aux infirmières² le rôle d'exécuter ce soin dans la durée, avec la distribution du traitement et la surveillance de l'état de santé du patient (Hughes, 1951). Cette délégation se complexifie ensuite car les infirmières se partagent certaines tâches en se spécialisant, ou délèguent une partie du travail au patient, pour les maladies chroniques par exemple (Acker, 2005). Enfin, les soignants confient aux AS la partie « soins d'hygiène et de confort » de la prise en charge intra-hospitalière au long cours, tandis que les agents des services hospitaliers (ASH) sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux (Arborio, 2001).
- 10 Anne-Marie Arborio a exploré en détail le groupe professionnel des aides-soignants dans cette cascade de délégations. Au travers de plusieurs textes, elle rend compte du positionnement et de la fonction des AS au sein de l'organisation des équipes de soignants (Arborio, 1995, 2001, 2009). Elle met en lumière la position subordonnée, symboliquement illégitimée, du groupe professionnel : une posture qui s'est culturellement instituée sous l'effet de diverses évolutions.
- 11 La première raison avancée est historique et tient à la création du titre d'AS, lui-même n'étant qu'une conséquence des logiques d'exclusion et de légitimation qui ont présidé à l'établissement du groupe infirmier : en effet, ce titre apparaît en 1949 comme catégorie intermédiaire et temporaire entre l'infirmière et la « fille de salle » (devenue ASH dans les années 1955). La création de ce statut émane de la volonté d'une élite infirmière de se différencier d'un grand nombre de soignants, recrutés à la hâte pour les besoins de la guerre, mais non formés. Cette tendance se prolonge avec la création d'un diplôme d'État infirmier, qui a pour conséquence collatérale d'exclure une partie du personnel expérimenté, sans diplôme ni formation. C'est pour eux qu'est créé le poste d'AS, légèrement plus avantageux que celui de fille de salle, notamment sur le plan économique. Cette fonction ne devait être que temporaire, suivie par un recrutement limité aux infirmières diplômées et aux filles de salle ; mais le poste sera pérennisé avec la mise en place d'un certificat en 1956 et des embauches spécifiques, appuyés par les syndicats qui désiraient rendre possible un avancement de carrière pour les ASH (Arborio, 2009).
- 12 Deuxième raison, la symbolique de son titre de groupe professionnel participe à l'illégitimité des AS, en marquant leur position sociale (Hughes, 1961). En effet, l'appellation « aide-soignant » renvoie à une subordination figurative et pratique qui, dépassant le cadre du travail, est perçue par la société dans son ensemble. Pour Anne-

Marie Arborio, « c'est d'abord la position hiérarchique de l'aide-soignante que le nom "soignant(e)" met en avant, sa fonction n'ayant de sens que par rapport au soignant professionnel auquel elle est subordonnée » (Arborio, 2001 : 77). Cette place dominée est donc appuyée par le vocabulaire, ce qui l'institue dans la culture.

- 13 Enfin, cette position dominée symboliquement s'accompagne d'une subordination pratique, tant dans le travail prescrit que dans le travail réel. Ainsi, l'activité du groupe professionnel est encadrée par plusieurs textes officiels. Le décret du 30 novembre 1988 propose une liste d'actes qui rassemble « les soins d'hygiène générale aux malades et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical sous le contrôle et la responsabilité du personnel infirmier ». La circulaire de 1996 ajoute quant à elle les tâches de « toilette, installation pour le repas, éliminations et hygiène. Surveillance de l'état et du comportement. Aide dans les gestes quotidiens ou aux manques d'autonomie », ainsi que « l'hygiène de l'environnement par le nettoyage et la désinfection des chambres ».
- 14 Ces textes composent une liste de tâches hétéroclites, révélatrice des « sales boulots » qui la constituent (Arborio, 2009). D'une part, les AS sont responsables des tâches les plus basiques de la prise en charge soignante, avec la toilette du patient par exemple ; une gestion des fluides corporels, socialement reconnus comme sales et tabous (*physically dirty*) (Hughes, 1951 ; Strauss *et al.*, 1985). À cela s'ajoute le travail qui n'est pas à proprement parler du soin : la prise en charge du lieu, avec le rangement ou le nettoyage partiel de la chambre. Ces tâches sont socialement dévalorisées car elles concernent le service à autrui (*symbolically dirty*) (Hughes, 1951 ; Emerson & Pollner, 1976) et peuvent être vécues comme routinières, ennuyeuses et peu stimulantes (*unchallenging*) (Strauss *et al.*, 1985).
- 15 Cette liste de tâches « composite » n'est pas uniquement établie par les textes officiels, car l'organisation informelle du quotidien se caractérise également par de constantes négociations, qu'il s'agisse du milieu somatique (Peneff, 1992) ou psychiatrique, où la hiérarchie officielle supervise rarement de manière exacte la répartition des tâches et les logiques de prise de décisions, au profit d'une hiérarchie officieuse « plus souple et variable » (Velprey, 2008 : 86).
- 16 Or, les glissements officieux des tâches renforcent la position « ambivalente » des AS puisqu'ils se situent tout en bas dans la chaîne de délégation des tâches de soignants, encadrés par les infirmières. Cette situation conduit la fonction d'AS à occuper un rôle dominé par les autres professions de santé, et donc à hériter des délégations de « sales boulots » relatifs au soin, sans pouvoir à leur tour déléguer aux ASH. Dans le même temps, ils sont chargés de missions similaires à celles des ASH et sans relation avec les patients, comme l'entretien des locaux. De plus, en cas d'absence de ces derniers, ce sont les AS qui doivent réaliser leurs tâches de nettoyage (Arborio, 1995).
- 17 Ainsi, du fait de l'origine historique de la fonction et de la symbolique de son titre, la position sociale du groupe professionnel est dévalorisée. À cela s'ajoute la prise en charge d'un « sale boulot » pluriel, culturellement situé, qui échoit aux AS via la délégation, formelle comme informelle, des tâches. Autant de mécanismes qui, conjointement, instituent culturellement l'illégitimité du groupe professionnel dans l'organisation du travail à l'hôpital.
- 18 Cette position s'exprime alors au travers d'un double fonctionnement : d'une part, les équipes de soignants excluent les AS des décisions et n'écoutent pas leurs opinions au sujet des prises en charge de patients ; de l'autre, le groupe professionnel

s'autocensure, comme cela transparaît lors de notre entretien avec Apolline³, une AS de l'Unité 3 :

Par exemple, dans une autre unité, j'étais là en tant que vacataire, et il y avait une autre étudiante aide-soignante qui était là. Et heu... une aide-soignante fixe de cette unité. Moi je fais à l'étudiante « bon là on va aux transmissions, c'est la prise de poste à midi là ! »... Et là, la collègue fixe nous dit « non c'est les infirmiers ça ! Ça nous intéresse pas ! » [Rires] C'était complètement un rapport différent vis-à-vis du positionnement dans l'équipe et vis-à-vis des patients aussi ! (Apolline, 25ans, aide-soignante de l'Unité 3)

- 19 Apolline souligne ici la réticence des AS à participer aux réunions d'équipe, qu'ils transmettent aux étudiants de la fonction, la perpétuant au sein du groupe professionnel. Elle illustre un retrait, une autocensure du groupe professionnel vis-à-vis des moments clés de discussions et des processus de décision concernant les patients. L'exclusion est donc double : entretenue par les autres soignants de l'équipe, elle est prolongée par une inhibition du personnel AS.

Une approche ethnographique de terrain qui révèle la légitimité

- 20 Les analyses présentées ici se basent sur l'un de nos terrains de recherche de thèse, l'Unité 3. C'est une unité d'hospitalisation psychiatrique publique à temps pleins. Elle compte vingt-deux chambres pour les patients, dont une chambre double et deux chambres d'isolement.
- 21 Les psychiatres y travaillent à temps partiel : alternant entre les unités fermées, le centre médico-psychologique (CMP) ou des tâches de gestion, leur présence n'est pas continue dans le service. L'Unité 3 compte trois psychiatres, dont la cheffe. Un interne est parfois présent, de même que la cheffe du pôle psychiatrie, qui s'occupe de certains patients, et un médecin généraliste pour les soins somatiques. Ces six médecins viennent les jours ouvrés, surtout le matin. Il y a aussi dans le pôle un roulement de psychiatre de garde, les nuits et les week-ends, qui se déplacent dans l'unité en cas d'appel par les paramédicaux (les infirmières et les AS).
- 22 L'équipe de soignants de jour est composée de huit infirmières, cinq AS et quatre ASH, répartis en roulements du matin et de l'après-midi tous les jours de la semaine ; soit trois à six membres par tranche de journée, avec généralement un représentant de chaque fonction. Parfois, il n'y a pas d'ASH, plus rarement pas d'AS. Cette équipe est gérée par une cadre de santé, présente à des horaires de bureau. La nuit, une autre équipe de quatre infirmières prend le relais avec sa propre cadre.
- 23 Enfin, il faut ajouter trois acteurs, moins présents dans l'unité que les précédents, et de groupes professionnels différents, qui travaillent au sein de l'unité, au contact du patient mais sans gestion médicale : un assistant social et deux animateurs pour les patients, une art-thérapeute qui anime un groupe le mercredi et un « chargé d'activités physiques » qui s'occupe de toutes les unités du bâtiment.
- 24 Au sein de l'Unité 3, nous avons effectué une observation directe de quatre mois. Nous avons suivi le quotidien de ces acteurs, soignants et patients, tous les jours de la semaine des deux premiers mois, puis nous avons progressivement diminué nos temps de présence. Ces observations se sont déroulées sur les différentes plages horaires de travail des équipes, et nous y avons adjoint des présences la nuit ou les week-ends. Sur

le terrain, nous avons réalisé des entretiens informels, ainsi que quatorze entretiens formels, semi-dirigés, avec des acteurs sélectionnés pour compléter nos observations : la cheffe du pôle, l'interne, l'assistant social et la cadre de santé du service, cinq infirmières, deux AS et trois patients.

- 25 Ces données seront comparées à d'autres, de même nature et récoltées selon des méthodes similaires lors de terrains réalisés précédemment dans deux autres unités de groupements psychiatriques différents : L'Unité 1 de jour, où nous avons passé cinq mois en 2016, et l'Unité 2 d'hospitalisation à temps pleins où nous avons réalisé un terrain de quatre mois en 2018

Exemples concrets de prises de décisions

- 26 Une série d'exemples sont révélateurs de l'organisation de l'Unité 3. Pour commencer, en début de journée prennent place les « staffs », des réunions d'équipe au cours desquelles le cas de chaque patient est abordé : les soignants reviennent sur les comportements de ce dernier, sur l'avancement de sa prise en charge et les changements à y apporter.
- 27 Un « staff » typique, similaire sur nos trois terrains, prend place les jours ouvrés et dure entre une à deux heures. L'équipe paramédicale se rassemble dans la « salle d'équipe ». Elle est rejointe par les psychiatres et la cadre de santé, l'assistant social, la médecin généraliste et l'une des secrétaires médicales. Une infirmière déroule alors la liste des malades présents dans l'unité, en s'arrêtant pour faire un point de quelques minutes sur chaque patient. Les observations de l'équipe, le traitement et l'avancée des soins sont discutés entre les infirmières et les psychiatres. Si un changement doit être opéré, il est généralement acté oralement par l'une des psychiatres sous forme de petite conclusion. La cadre signale les nouveaux arrivés et les besoins en chambre, les secrétaires médicales rappellent les documents juridiques pour les soins sans consentement, et l'assistant social aborde les sujets administratifs relatifs à certains patients.
- 28 Sur nos deux premiers terrains, les AS passaient la majeure partie de ces réunions à consulter leurs téléphones portables ou à dormir, quand ils étaient présents. Dans l'Unité 3, nous relevons quasi quotidiennement des participations d'AS lors des discussions relatives aux patients.

La réunion d'équipe aborde un nouveau patient. La discussion est tendue, les paramédicaux se plaignent de son comportement agressif, mais les psychiatres n'actent aucun changement. Soudain l'AS Sid s'énerve, il hausse le ton : « c'est un patient difficile, là, ça ne va pas ! Vous devez faire quelque chose ! » Il réclame une action des psychiatres. La psychiatre Selma répond : « mais hier c'était le rush, en plus il y avait des urgences, on ne pouvait pas s'en occuper. Là, d'accord, on va s'en occuper. » L'équipe s'accorde pour changer la prise en charge du patient de « soins libre » à « sans consentement » [...]. Sid conclut : « OK je vais appeler des renforts à l'accueil et c'est parti. » L'équipe approuve, il quitte la salle, mettant fin à la réunion. (*Extrait du journal d'observation, 19 avril, Unité 3*)

- 29 Ici, Sid cristallise les revendications des paramédicaux et s'en fait le porte-parole. Il obtient une modification de prise en charge et de chambre pour le patient décrit comme difficile, puis il conclut la réunion d'équipe pour mettre la décision à exécution, cherchant des « renforts » pour déplacer le patient vers la chambre d'isolement.

30 Ainsi, les aides-soignants participent à de nombreuses prises de décisions qui peuvent concerner toute la gamme des sujets abordés lors de ces réunions, y compris celle des traitements médicamenteux. Ces suggestions sont approuvées et mises en œuvre par les psychiatres de la même manière que celles des autres membres de l'équipe ; et, nous semble-t-il, avec la même fréquence.

31 L'accès aux activités est aussi révélateur que les réunions quant à la posture des AS au sein de l'équipe. Par exemple, le « chargé d'activités physiques », Enzo, demande une liste des patients autorisés à sortir de l'unité pour participer à ses activités dans une salle dédiée ou hors de l'enceinte du bâtiment. Or les soignants ne s'accordent que rarement sur la teneur de cette liste, ni officiellement ni pendant les réunions. Pourtant, au cours de notre terrain, nous avons pu voir indifféremment les psychiatres, infirmières et AS communiquer à l'oral une liste des patients autorisés à participer aux activités, comme en témoigne l'extrait de carnet de terrain suivant :

Les transmissions entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi viennent de s'achever. Gabriel, l'AS du matin pour aujourd'hui, raconte à une infirmière de l'après-midi comment la matinée s'est passée [...]. Apolline, une autre AS, est aussi présente dans la salle de réunion, sur un des ordinateurs. [...] Enzo [...] entre dans la salle. Tous se saluent. Il demande quels patients il peut emmener en activité aujourd'hui. C'est Apolline, seule, qui se charge de lui répondre, elle prend la liste des patients et indique tour à tour s'ils peuvent ou non se voir proposer l'activité. (Extrait du journal d'observation, 19 février, Unité 3)

32 Cette observation révèle la confiance mutuelle établie au sein de l'équipe soignante pour dresser la « bonne » liste des patients autorisés à sortir, et ce, sans discussions préalables. Une confiance qui s'étend aux acteurs non soignants de l'équipe, puisque le « chargé d'activités » accepte et applique la liste quel que soit l'acteur qui la lui fournit et alors même qu'un mauvais choix de patients pourrait être source de problèmes, si l'un d'eux se montrait agressif ou dangereux une fois hors des murs de l'unité. Enfin, l'extrait dévoile une autre forme de confiance, intrinsèque au groupe professionnel : Apolline ne s'autocensure pas, elle se propose d'elle-même pour composer la liste plutôt que de réorienter Enzo vers une infirmière ou un psychiatre. La confiance des autres acteurs et la légitimité que cela implique permettent donc au groupe professionnel de ne pas s'auto-exclure des prises de décisions concernant les patients.

33 L'évaluation des étudiantes infirmières renseigne aussi sur les spécificités de l'Unité 3. Les unités reçoivent régulièrement ces étudiantes pour des stages de cinq semaines, lors desquels elles sont encadrées par une infirmière « référente » qui leur enseigne les rudiments du travail en psychiatrie, puis les évalue à la fin du stage : elle signale les acquis ou les manques, voire invalide le stage dans le pire des cas. Lors de ces évaluations, les aides-soignants interviennent sur un point secondaire, les « tâches AS ». Dans l'Unité 3, il nous a été donné d'observer un stage considéré comme insatisfaisant par l'équipe :

Les AS Sid et Gabriel expliquent à la cadre de santé, Stéphanie, les problèmes que pose l'étudiante infirmière de première année. Ils expliquent d'abord qu'elle ne s'intègre pas à l'équipe, puis soulignent ensuite qu'elle « manque de respect » car elle coupe la parole des patients « et surtout, des psychiatres ! ». La cadre renchérit : « elle a pas de respect du secret médical, parce qu'elle dit devant tout le monde ou elle raconte à d'autres patients des choses privées sur des patients. C'est un problème ça ! » [...]. Stéphanie explique qu'il est très probable que le stage soit invalidé. [...] Les deux aides-soignants explicitent précisément les soucis dans le travail ou dans les révisions sur les modes de soins sous contrainte que Gabriel lui a

enseignés. La cadre est attentive, elle leur explique qu'il « faut faire une liste pour justifier un échec de stage », et elle leur demande de bien compiler à l'écrit toutes les informations qu'ils sont en train de lui donner. (*Extrait du journal d'observation, 28 février, Unité 3*)

- 34 Cette observation révèle le rôle prépondérant que prennent les aides-soignants dans l'enseignement et la formation des infirmières, dépassant le simple cadre des tâches d'AS. Ici, Gabriel avait formé l'étudiante aux modes de soins sous contrainte, une disposition administrative et juridique complexe de la prise en charge psychiatrique, enseignée exclusivement par les infirmières dans les Unités 1 et 2. Puis quelques jours plus tard, l'infirmière référente demande à l'un de ces deux AS de l'aider à remplir toute la grille de notation du stage, sans le cantonner au point secondaire sur le « travail AS ».
- 35 Cette pratique est fortement réprouvée par les soignants d'autres unités ou du milieu somatique lorsque nous la leur décrivons, comme cette infirmière de service chirurgical :
- Mais c'est interdit ça ! Il y a des items spécifiques qui concernent que les AS ! Donc OK, ils peuvent participer pour ceux-là, mais le reste c'est pas leurs compétences, ils y connaissent rien. J'trouve que c'est n'importe quoi, c'est même dangereux là ! (*Roxanne, 25 ans, infirmière hors des unités*)
- 36 Pourtant, ce fonctionnement n'est pas contraire aux textes officiels, bien que jamais clairement prévu⁴ ; c'est la vision symbolique du groupe professionnel qui l'illégitime, au point où les acteurs pensent cette exclusion juridiquement instituée. À l'inverse, dans l'organisation de l'Unité 3, la cadre de santé et les infirmières référentes viennent volontairement chercher le soutien des AS et les associent à ces décisions, permettant un partage de légitimité entre les paramédicaux.
- 37 Enfin, le dernier extrait que nous citons illustre l'application par tous les acteurs de décisions prises par les AS en situation de crise, face à des patients agressifs ou violents. Il ne s'agit pas d'un cas isolé, et il est résolu de façon similaire à plusieurs reprises lors de notre recherche :
- Le petit groupe constitué de l'interne Julien, la généraliste Cécile, l'infirmière Céline et l'AS Gabriel se dirige vers la chambre d'isolement. La patiente est jeune, autour de ses 20 ans [...]. Elle est allongée sur son lit. Après les salutations habituelles, l'interne amorce ses questions autour de la prise de traitement ; mais très vite, la discussion ne mène nulle part. La patiente se lève, elle n'écoute plus les questions, exprime sa volonté de sortir et cherche à intimider l'interne en se rapprochant. Ce dernier cherche toujours à nouer un dialogue, mais la patiente ne s'exprime plus désormais que dans une langue étrangère, il me semble comprendre qu'elle est injurieuse. Elle devient menaçante physiquement, prête à en venir aux mains. Gabriel se met alors en bouclier devant l'interne et intime aux soignants avec insistance « il faut arrêter là », ce qui met fin à l'entretien. Toute l'équipe sort. (*Extrait du journal d'observation, 10 avril, Unité 3*)
- 38 La gestion de la contrainte en milieu hospitalier constitue un « sale boulot » qui pousse les acteurs dans des comportements perçus péjorativement (Lechevalier Hurard, 2013). Souvent définies comme contraires aux soins, puisque s'appliquant majoritairement par « l'exercice de la force », ces tâches sont reléguées aux acteurs masculins, infirmiers ou AS, sous l'effet de présupposés genrés (Moreau, 2015). Dans cet extrait, l'aide-soignant Gabriel se prépare effectivement à agir par l'exercice de la force. Une situation qu'il normalise, nous expliquant après coup que les psychiatres sont « très concentrés sur les symptômes », mais qu'ils en oublient « les risques qu'ils prennent ».

C'est pour lui le rôle de l'aide-soignant de « protéger » les psychiatres, ce qui implique parfois de « devoir leur rappeler de faire attention ». Cette idée de protection rejoint les présupposés genrés, mais le problème n'est pourtant pas réglé par l'application de la force. Gabriel, sentant le danger, s'érige en rempart pour protéger l'équipe des risques physiques. Toutefois, il résout la situation autrement car il est suivi lorsqu'il ordonne de mettre fin à l'entretien, ce qui permet de ne pas contraindre la patiente plus qu'elle ne l'est déjà. Autrement dit, les acteurs masculins de l'Unité 3 sont effectivement mobilisés pour les situations conflictuelles, mais dans cette unité, ils peuvent contrôler ce recours en étant suivis lorsqu'ils décrètent la fin d'un entretien.

- 39 Ces quatre exemples sont révélateurs de la position des AS au sein de l'équipe de l'Unité 3. Ils permettent d'entrevoir la place qui est donnée à leurs paroles et à certaines de leurs propositions, qui peuvent être suivies et mises en œuvre, et ce sur de multiples sujets. Il nous semble que ce constat témoigne de la légitimité symbolique dont dispose le groupe professionnel dans l'unité, qui permet en retour aux AS de « s'autolégitimer » et donc de prendre des décisions. Il soulève également une nouvelle question : quelles sont les sources d'un tel positionnement des membres de l'équipe soignante vis-à-vis de la fonction d'AS ? Plusieurs facteurs possibles semblent y concourir, qu'ils relèvent des spécificités du travail en psychiatrie ou dans sa version du soin construite localement, propre à l'Unité 3.

Les spécificités du travail psychiatrique et l'idéologie de l'Unité 3, sources de la légitimité des AS

- 40 Le rôle et la légitimité dévolue aux aides-soignants dans l'équipe de l'Unité 3 résultent selon nous d'un ensemble de facteurs. En premier lieu, le « sale boulot » occupe une place moindre en psychiatrie comparé aux services de soins somatiques. Cela ne suffit à expliquer les singularités de l'Unité 3 puisque la posture des AS n'est pas similaire dans toutes les unités psychiatriques ; aussi nous aborderons plus en détail l'idéologie de la psychiatrie propre à l'Unité 3.

Le « sale boulot » en contexte psychiatrique

- 41 Comme nous l'avons évoqué précédemment, le travail de l'AS est un « sale boulot », composé des tâches qui sont le moins valorisées : la gestion des matières culturellement reconnues comme sales ou des fonctions ne relevant pas du soin mais de l'entretien des locaux (Arborio, 2001).
- 42 Cependant, le fonctionnement du milieu psychiatrique est différent du milieu hospitalier somatique à plusieurs égards. Ainsi, les patients ont rarement besoin d'aide pour les actes du quotidien : ils ne sont presque jamais alités et effectuent eux-mêmes leurs ablutions et toilettes. Dans les chambres d'isolement, les AS enclenchent et règlent la température des douches depuis l'extérieur de la chambre, où une vitre avec rideau permet de surveiller le patient, tout en lui laissant une relative intimité, ce qui minimise les contacts avec la nudité.
- 43 Les repas sont préparés au self par des cuisiniers. La majorité des patients mange au self un repas communautaire, sous la surveillance d'un AS et d'une infirmière par unité qui ne les aident pas à manger mais se tiennent debout tout autour du réfectoire. Les

autres mangent dans l'unité, supervisés par un AS, et il en va de même pour les patients en chambre d'isolement. Ainsi, tous les patients se nourrissent seuls.

- 44 Ces deux tâches, la toilette et l'aide aux repas, composent une part importante du travail des aides-soignants en service somatique, mais sont fortement réduites en unité psychiatrique. Par ailleurs, si tous les soignants en milieu somatique prennent en charge les mêmes patients, leurs tâches ne sont pas effectuées aux mêmes moments ni dans les mêmes lieux. Ainsi, le médecin n'est pas présent lors des toilettes et des repas, mais lors d'un passage de vérification dans le service où il est en contact avec l'infirmière ; il croise rarement l'AS. Les deux professions ne travaillent pas concrètement en équipe (Arborio, 2001).
- 45 Ce cloisonnement de l'espace et du temps est différent en psychiatrie. D'abord, le psychiatre est présent de manière prolongée dans l'unité et en contact avec toute l'équipe, notamment lors des réunions du matin. Qui plus est, l'aide-soignant et le psychiatre effectuent conjointement certains actes clés, comme le rendez-vous en chambre d'isolement, ce que nous avons observé sur tous nos terrains. Ce moindre cloisonnement de l'espace et du temps au sein du travail permet de nombreuses interactions ; et avec elles, une réduction de la délégation unilatérale, exempt de face-à-face, du travail hospitalier somatique.

Les « idéologies » de la psychiatrie et la valeur thérapeutique du travail d'AS

- 46 Le contenu des tâches et leurs cloisonnements différenciés en milieu psychiatrique n'expliquent pas à eux seuls le fonctionnement particulier de l'Unité 3, puisque nous n'avons pas observé ces mêmes particularités dans les Unités 1 et 2. Nous le verrons ici, l'Unité 3 se caractérise par une répartition et un discours spécifique au sein de son équipe, qui constituent une éthique propre, produisant, comme dans chaque unité, un « monde de soins » avec ses normes et ses valeurs informelles (Jacqueline, 2006).
- 47 Ainsi, les soignants de l'Unité 3 mettent l'accent sur la régulation du quotidien. Le patient doit y suivre des règles de vie et des horaires précis pour le sommeil, les repas et les sorties. Ce respect du cadre, couplé à la mise en place d'un traitement médicamenteux le moins contraignant possible, donne au patient l'accès à de nouvelles libertés, comme des permissions ou des activités sportives, jusqu'à la sortie de l'unité. Les soignants mettent souvent l'accent sur cette gradation, comme des étapes prouvant que leur vision de la « bonne » sortie est réaliste. La cheffe du pôle psychiatrique, ancienne cheffe de l'Unité 3, sera la seule à justifier ces pratiques construites localement en mobilisant la théorie de la « psychothérapie institutionnelle ». Une théorie articulée, entre autres, sur une critique asilaire, un lien à la psychanalyse et un effacement des rapports hiérarchiques au sein de l'équipe et avec les patients (Demailly, 2021). Il s'agit alors de l'une des nombreuses théories qui circulent dans le milieu psychiatrique.
- 48 À partir du xx^e siècle, le champ de la recherche en psychiatrie se recompose en un ensemble de théories désignées par des termes conceptuels, où « aucune position hégémonique et omnipotente ne s'impose » (Lantéri-Laura, 2002 : 22). Ces théories proposent chacune des origines, des définitions et des prises en charge des pathologies mentales différentes, voire radicalement opposées entre elles.

- 49 Elles composent une nébuleuse qui pose cependant plusieurs difficultés pour l'analyse sociologique : elle est constituée de nombreux termes techniques, mobilisés différemment par les acteurs d'unités différentes, qui ne sont pas accordés sur un vocabulaire fixe. De plus, les acteurs sur le terrain en utilisent souvent des versions personnalisées et adaptées à leur vision personnelle et à leur cadre d'exercice. Pour contourner ce problème, des chercheurs américains ont produit le concept d'*idéologies psychiatriques* qui désigne des systèmes cohérents d'idées, de valeurs éthiques et de méthodes pratiques (Armor & Klerman, 1968). Cette démarche leur a permis de se détacher de la nomenclature proposée par les acteurs pour fonder des typologies analytiques applicables aux unités psychiatriques qu'ils enquêtaient (Sharaf & Levinson, 1957 ; Strauss *et al.*, 1964), réduisant ainsi la nébuleuse des théories psychiatriques à une poignée de grandes idéologies fondées sociologiquement, en les agglomérant en fonction des similarités dans les pratiques et les discours construits localement.
- 50 Par ailleurs, ces recherches ont montré que les groupes professionnels ne mobilisent pas ces idéologies de la même manière : les psychiatres se basent principalement sur un vocabulaire complexe et théorique, appris au cours de leurs études, quand les autres fonctions, comme les infirmières et les « aides » (AS), peuvent reprendre à leur compte et appliquer ces théories sans en manier le vocabulaire conceptuel. Ainsi, il n'est pas surprenant que la cheffe de pôle soit la seule à évoquer le courant théorique psychiatrique de la « psychothérapie institutionnelle », quand toute l'équipe met en œuvre des pratiques qui s'y rattachent sans la nommer, et qui relèvent de l'idéologie sociologiquement produite dite *sociothérapeutique* (Strauss *et al.*, 1964). Elle répond à la volonté d'organiser un quotidien encadré et jalonné d'étapes, associée à une plus grande présence des acteurs les plus proches du patient via la réduction des rapports hiérarchiques dans les prises de décisions.
- 51 Dans cette perspective, tous les soignants de l'équipe sont investis d'un rôle thérapeutique ; tous participent à la mise en place de ce cadre et s'assurent qu'il soit respecté. Si le psychiatre établit le traitement et structure sur le papier le quotidien de chaque patient, ce sont les paramédicaux, bien plus présents dans l'unité, qui assurent cette prise en charge psychiatrique.
- 52 Le rôle spécifique de l'AS, particulièrement dans la prise en charge des « tâches domestiques » que nous avons déjà évoquées, fait ici partie intégrante du traitement de fond psychiatrique, et acquiert de ce fait une « dignité du thérapeutique » (Freidson, 1988), conférant ainsi un certain prestige à la fonction au sein de l'équipe. Par ailleurs, le changement de perception et de valeur de ces tâches leur permet de quitter la sphère du « sale boulot » ; ce travail de service habituellement dévalorisé culturellement est ici reconnu, considéré comme un travail « pour » (*for*) le patient psychiatrique et sa guérison (Emerson & Pollner, 1976).
- 53 Autrement dit, la mise en œuvre d'une idéologie *sociothérapeutique* valorise le travail des AS en l'augmentant d'une dimension thérapeutique, ce qui a pour effet de légitimer ce travail aux yeux des acteurs, et d'aider les aides-soignants à « s'autolégitimer ».
- 54 Cette nouvelle position redéfinit la délégation du « sale boulot » et produit un discours particulier au sein de l'équipe :
- L'infirmière Florence lave la chambre d'isolement pour un patient qui devrait arriver. Je la questionne sur ce ménage, elle m'explique : « Normalement ce sont les aides-soignants, mais chez nous c'est infirmières ou aides-soignants, c'est un travail

d'équipe ! » Elle précise alors que les infirmières et les AS font les « hauteurs » : lit, matelas, fenêtre et fauteuils, et les ASH s'occupent des sols et de la salle de bain. « Mais s'il n'y a pas d'ASH bah on le fait, c'est vraiment un travail d'équipe. » Elle ajoute : « il y a des endroits [des unités], ils veulent pas que ce soient les infirmières ! Tu imagines ! » (Extrait du journal d'observation, 1^{er} mars, Unité 3)

- 55 Dans ce premier exemple, Florence illustre ce que nous avons observé quasi systématiquement : le nettoyage des « hauteurs », normalement dévolu aux AS, est une tâche partagée entre les paramédicaux, infirmières comme aides-soignants dans l'Unité 3. De la même façon, les infirmières participaient au nettoyage des salles de bains des chambres de patients (hors isolement).
- 56 Cette idée de « travail d'équipe » formulée par les soignants et la mutualisation des tâches qu'il produit réduisent l'écart de prestige entre les AS et les infirmières, acté ailleurs par la distribution des opérations de nettoyage, moins nobles ; ce qui influe sur la légitimité symbolique des AS dans l'organisation informelle de l'équipe.
- 57 Ces fonctionnements trouvent un prolongement dans l'histoire récente de l'Unité 3. L'équipe s'est retrouvée pendant un temps en sous-effectifs après de nombreux départs, tant de paramédicaux (dont sa cadre de santé) que de psychiatres. Dans le même temps, la psychiatre cheffe de l'unité a été promue cheffe du pôle, ce qui lui a laissé beaucoup moins de temps de présence au sein de l'unité. Or, ces départs n'ont pas été suivis d'un recrutement immédiat, et l'équipe en a pâti dans son quotidien. Cette période qui nous est décrite comme « difficile » et « longue de nombreux mois », prendra fin quelques mois seulement avant notre entrée sur le terrain, avec le recrutement de deux nouvelles psychiatres (dont la nouvelle cheffe d'unité), d'un interne et de la nouvelle cadre de santé.
- 58 Nous analysons cette histoire récente comme un levier d'autonomisation de l'équipe paramédicale, moins nombreuse et non soumise au pouvoir hiérarchique directe de la cadre. Cette situation a probablement conduit à une plus grande polyvalence et à un partage des tâches plus fluctuant entre les infirmières et les AS. Ce qui a justifié également le partage du travail qui unit l'équipe, car les tensions interpersonnelles auraient pu davantage perturber la bonne conduite d'une journée de travail : avec moins d'alliés vers qui se tourner et pas ou peu de figures de contrôle immédiates pour régler les litiges, il devient nécessaire de promouvoir une plus grande solidarité au cœur de l'équipe (Peneff, 1992). Une solidarité entre les groupes professionnels qui ne se borne pas au « sale boulot », les infirmières trouvant dans les aides-soignants des alliés pour les « pratiques traversières » et les oppositions à la direction (Mougeot, 2019). Ce constat fait écho aux propos de Kiara, qui commente ainsi la période difficile : « ça a resserré les liens entre nous [les paramédicaux], ça c'est sûr ! »
- 59 Ainsi, la cheffe du pôle revendique une affiliation à une théorie qui prône la réduction des rapports hiérarchiques. Les pratiques des acteurs semblent effectivement s'y conformer sans qu'ils ne s'en revendiquent explicitement ou sciemment : il s'agit avant tout d'une idéologie qu'ils construisent localement, qui s'observe et qui vit dans les pratiques, et qui accroît effectivement la légitimité des aides-soignants.

La nécessaire implication personnelle des aides-soignants pour permettre leur posture légitime

- 60 Un dernier facteur de singularité de l'organisation de l'Unité 3 tient aux dispositions personnelles qu'occupent les membres du groupe professionnel. Parmi eux, Sid et Gabriel ont une cinquantaine d'années. Ils travaillent dans le milieu psychiatrique depuis plus de vingt ans, et dans l'unité depuis sa création, il y a environ sept ans.
- 61 Les autres membres du groupe, Mathis, Apolline et Antonin, ont tous les trois moins de 30 ans et travaillent dans le milieu médical depuis la fin de leurs études, soit près de six ans. Au cours de cette période, ils ont expérimenté des emplois de courte durée en milieu psychiatrique, notamment en intérim. Ils sont présents dans l'Unité 3 depuis moins de trois ans.
- 62 Ainsi, les AS de l'Unité 3 se divisent en deux catégories : les anciens aux carrières longues, présents dans l'unité depuis sa création, et ceux, plus jeunes, récemment recrutés. Deux groupes qui s'investissent vigoureusement, bien que différemment, dans la fonction spécifique qu'offre l'Unité 3 à leur groupe professionnel.
- 63 Les anciens, Sid et Gabriel, ont participé à la définition du rôle des AS depuis la naissance de l'unité. Ils tirent une grande fierté de cet acquis, mais surtout de la perpétuation de cette position, mettant régulièrement en avant l'importance de la transmission aux nouveaux membres du groupe professionnel ayant rejoint l'unité au fil du temps – par exemple en évoquant des souvenirs de comportements inadéquats de nouveaux aides-soignants « avant de savoir ».
- 64 Parmi les jeunes, Apolline et Mathis expriment aussi une certaine fierté quant à la nature spécifique de leur fonction. Si la transmission des anciens est certaine, nous avons constaté que le désir de perpétuer cette position précédait leur recrutement effectif dans l'unité. En effet, en entretien, ils nous ont tous deux expliqué avoir expérimenté le travail au sein de l'Unité 3 lors de missions d'intérim. La place accordée à leur groupe professionnel les a incités à postuler pour y obtenir un poste fixe :
- C'est vrai que c'est le truc que j'ai beaucoup apprécié [les fois] où je suis venu ici. On a une vraie reconnaissance ; quand dans d'autres services, ou bien en somatique, on est traité comme des moins que rien. Ici [...], on n'est pas rabaisé, on a aussi notre place et notre mot à dire. (*Mathis, 30 ans, aide-soignant de l'unité 3*)
- 65 Ces deux AS, séduits par le fonctionnement de l'unité, étaient donc volontaires pour le perpétuer ; ils opèrent une sélection et nourrissent des réflexions similaires à celles observées chez le groupe infirmier, qui recherche les unités où « ils se sentent bien », comme le révèlent d'autres recherches (Mougeot, 2019). La situation est inverse pour le dernier jeune AS, Antonin, qui n'adopte pas les comportements que nous avons décrits tout au long de cet article. Lors des réunions ou des transmissions, il s'installe dans un coin de la pièce ou dans l'un des bureaux communicants. Il est distant, n'intervenant jamais et passant la majeure partie du temps sur son téléphone portable. Une situation pourtant normalisée par toute l'équipe, y compris les autres aides-soignants qui ne critiquent pas sa position : « ça, c'est Antonin, c'est normal, c'est comme ça ! »
- 66 En somme, la disposition individuelle des AS apparaît comme une nécessité supplémentaire pour permettre et maintenir la position qu'occupe le groupe professionnel au sein de l'équipe. La position d'Antonin révèle effectivement que les

points abordés précédemment réclament des acteurs volontaires pour investir le rôle légitimé accordé à la fonction.

- 67 Ainsi, nous constatons que les spécificités du soin en psychiatrie réduisent partiellement le « sale boulot » habituellement dévolu aux AS, du fait de la disparition de la toilette et de l'aide au repas. De plus, l'espace et les temps de travail sont moins cloisonnés entre les différents métiers : le psychiatre travaille conjointement avec l'AS pour certaines tâches. À ces fonctionnements propres au milieu psychiatrique s'ajoutent les spécificités de l'Unité 3, théâtre d'une alliance de l'équipe paramédicale qui partage certaines tâches, que nous avons imputée à son histoire et à « l'idéologie » qu'elle revendique, qui valorise le travail des aides-soignants au sein de l'équipe en lui conférant une « dignité thérapeutique ». Enfin, les dispositions individuelles des AS s'avèrent essentielles, car elles incitent les acteurs à se saisir ou non de la place qui leur est offerte.
- 68 Selon nous, la somme de ces facteurs détermine la posture des AS de l'Unité 3 : leur travail est mieux considéré par le reste de l'équipe, et eux-mêmes dévalorisent moins leur propre position au quotidien. Ils sont et se sentent légitimes au sein de leur équipe, ce qui permet le partage d'une partie du « sale boulot », même s'ils conservent des tâches moins valorisées comme la lessive ou n'ont pas accès à d'autres tâches plus prestigieuses comme la distribution des médicaments. Ces tâches non partagées qui leur incombent sont tout de même moins dévaluées symboliquement, du fait d'une idéologie qui leur accorde une valeur thérapeutique.
- 69 Cependant, en sus de l'implication individuelle des aides-soignants, un engagement des acteurs de l'unité au sens large semble nécessaire pour conférer cette place particulière. En effet, Martin Sarzier relate comment une unité psychiatrique se revendiquant de la « psychothérapie institutionnelle » a vu ses anciens paramédicaux perdre une position légitime au sein de leur équipe à la suite d'une « reconfiguration des rapports entre groupes professionnels » due notamment (mais pas exclusivement) à certaines transformations managériales et théoriques (Sarzier, 2020 : §16). En effet, il montre que la philosophie de prise en charge et le cadre hiérarchique ne suffisent à expliquer à eux seuls la situation d'un groupe professionnel, car le jeu quotidien des interactions demande un effort certain de la part des autres acteurs – ici des psychiatres – pour entretenir et valider la légitimité du groupe. Il est alors tentant de se demander si ces efforts ne sont pas rendus nécessaires pour combattre une illégitimité instituée des aides-soignants dans la majeure partie du système hospitalier.
- 70 Enfin, l'implication personnelle de ces aides-soignants dans le quotidien de l'unité peut aussi produire ce qui nous semble être des avantages pour les autres acteurs en présence. D'abord, en termes de prise en charge et de confort pour les patients. En effet, nous avons observé plusieurs événements pour lesquels les AS s'impliquaient spontanément, aussi bien dans l'organisation que dans la réalisation, avec ou pour les patients. Ainsi, Sid achète régulièrement des jeux de société et convie les patients volontaires à y jouer. Apolline gère quant à elle un projet de vacances thérapeutiques pour plusieurs d'entre eux. Cet investissement personnel est aussi au bénéfice de l'équipe : par exemple, c'est l'aide-soignant Mathis qui gère le système informatique et qui suit dans ce but des formations dédiées. Plus généralement, tous ces aides-soignants participent plus activement aux transmissions vers les psychiatres des informations dont ils disposent par leur contact prolongé avec les patients ; à l'inverse des autres Unités 1 et 2.

- 71 Or, l'implication morale des AS de l'Unité 3 n'est rendue possible que par la position spécifique qu'ils occupent au sein de leur équipe : il faut se sentir légitime pour oser s'imposer sur des sujets, et l'être aux yeux des autres pour se voir accorder la gestion de biens communs. Une motivation comme cette position étaient absentes sur nos deux précédents terrains d'observation, et en particulier dans l'Unité 2 où les psychiatres déploraient un manque de lien entre les AS et les patients.

Conclusion

- 72 Le travail à l'hôpital est principalement organisé selon une logique de délégation en cascade. Afin de consacrer le moins de temps possible à des tâches jugées subalternes, les professions qui dominent l'organisation délèguent ces opérations, qui sont aussi les moins valorisées et s'apparentent au « sale boulot » (Hughes, 1951 ; Peneff, 1992). De cette organisation découle une hiérarchisation du travail où l'AS se voit relégué à une position « ambivalente », aux missions les plus ingrates du soin et à certaines des tâches des ASH (Arborio, 1995).
- 73 Une logique de structuration du travail à l'hôpital bien établie et qui se perpétue, comme on peut le constater avec la récente création du poste d'infirmière en pratique avancée, un nouvel échelon entre l'infirmière et le médecin, à qui ce dernier délèguera des fonctions moins techniques comme les renouvellements d'ordonnances.
- 74 Or, dans cet article, nos analyses montrent qu'une logique de délégation poussée entraîne une illégitimité des postes au bas de l'échelle. Une hiérarchie stricte des fonctions au sein des soignants produit une exclusion de certains acteurs, dont les observations et l'investissement sont pourtant profitables à tous, psychiatres et équipe paramédicale comme patients.
- 75 Afin de ne pas gâcher cette ressource, il paraît nécessaire d'accompagner la logique de délégation d'une volonté de légitimation des acteurs relégués au bas de la cascade. L'Unité 3 témoigne de cette légitimation, rendue possible par la mise en pratique d'une idéologie de la psychiatrie (Strauss *et al.*, 1964) qui gomme les rapports hiérarchiques (Demailly, 2021), qui réclame une implication de tous les membres de l'équipe, dirigeants ou non, en se montrant plus réceptifs et plus prompts à écouter, mais surtout à appliquer des idées et des propositions formulées par les paramédicaux, à leur accorder une place dans les prises de décisions concernant les soins qu'ils réalisent.

BIBLIOGRAPHY

ACKER F., 2005. « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 161-181.

ARBORIO A.-M., 1995. « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13, 3 : 93-126.

- ARBORIO A.-M., 2001. *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Anthropos.
- ARBORIO A.-M., 2009. « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in DEMAZIÈRE D. et GADÉA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte : 51-61.
- ARMOR D. J. et KLERMAN G. L., 1968. « Psychiatric Treatment Orientations and Professional Ideology », *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 3 : 243-255.
- BOUQUET B., 2014. « La complexité de la légitimité », *Vie sociale*, 8, 4 : 13-23.
- DEMAILLY L., 2021. « Obstacles et points d'appui pour le redéploiement de la psychothérapie institutionnelle », *Revue française de phénoménologie et de psychanalyse*, numéro spécial « Devenir.s institutionnels » : 159-179.
- DEMAZIÈRE D. et GADÉA C. (dir.), 2009. *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte.
- EMERSON R. M. et POLLNER M., 1976. « Dirty Work Designations: Their Features and Consequences in a Psychiatric Setting », *Social Problems*, 23, 3 : 243-254.
- FREIDSON E., 1988. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, University of Chicago Press.
- HUGHES E. C., 1951. « Studying the Nurse's Work », *AJN. The American Journal of Nursing*, 51, 5 : 294-295.
- HUGHES E. C., 1961. « Education for a Profession », *The Library Quarterly: Information, Community, Policy*, 31, 4 : 336-349.
- JACQUELINE S., 2006. « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Politix*, 73 : 83-108.
- LANTÉRI-LAURA G., 2002. « Regards sur la psychiatrie contemporaine. Esquisse d'une rétrospection », *Raison présente*, 144 : 21-36.
- LECHEVALIER HURARD L., 2013. « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, 55, 3 : 279-301.
- MOREAU D., 2015. « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.
- MOUGEOT F., 2019. *Le Travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Paris, Érès.
- PENEFF J., 1992. *L'Hôpital en urgence, étude par observation participante*. Paris, Métailié.
- SARZIER M., 2020. « Des déclassés immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier », *Sociologie du travail*, 62, 4 [en ligne], <http://journals.openedition.org/sdt/35687> (page consultée le 20/03/2023).
- SHARAF M. R. et LEVINSON D. J., 1957. « Patterns of Ideology and Role Definition among Psychiatric Residents », In GREENBLATT M., LEVINSON D. J. ET WILLIAMS R. H. (dir.), *The Patient and the Mental Hospital*. New York, Free Press : 263-285.
- STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B. et WIENER C., 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago, The University of Chicago.
- STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER R., EHRLICH D. et SABSHIN M., 1964. *Psychiatric Ideologies and Institutions*. New York, Free Press.

VELPRY L., 2008. *Le Quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin.

NOTES

1. Le concept de légitimité est une notion complexe en sociologie puisque certains se réfèrent exclusivement au droit, quand d'autres y voient un concept pluriel et ancré dans les interactions (Bouquet, 2014). Dans cet article, nous retiendrons un concept plus symbolique et social que juridique, tel que mobilisé dans la sociologie des groupes professionnels, où la légitimité est une situation de reconnaissance professionnelle par d'autres acteurs (Demazière & Gadéa, 2009).

2. Dans l'introduction à son ouvrage consacré aux AS, Anne-Marie Arborio explicite sa décision d'ignorer les règles de grammaire et de ne parler de la profession qu'au féminin pour être plus représentative d'un métier quasi exclusivement féminin. Dans cet article, nous prenons aussi le parti de genrer les professions dans une logique de majorité représentative : les infirmières seront présentées au féminin puisque nous n'avons rencontré aucun infirmier, et les AS seront genrés au masculin, car les hommes étaient largement majoritaires, à l'inverse du terrain d'Anne-Marie Arborio. Enfin, même si les médecins-psychiatres sont présentés au masculin faute de féminisation du mot, nous n'avons eu sur nos terrains qu'un seul psychiatre homme pour neuf psychiatres femmes.

3. Tous les prénoms et les âges ont été anonymisés.

4. L'instruction N°DGOS/RH1/2014/369 du 24/12/2014 relative aux stages en formation infirmière laisse planer un flou juridique quant à l'encadrement des stages. Les cadres de santé choisissent des tuteurs, mais ces derniers peuvent composer une équipe d'encadrement pour les aider. Si le texte ne mentionne que des infirmières, il n'exclut explicitement aucune autre profession.

ABSTRACTS

Work in psychiatric hospitals, much like in general hospitals, brings together actors from widely diverse professional and socioeconomic backgrounds, who nevertheless work as a team in caring for the patients. However, the influence of hierarchical and economic factors in management decisions has led to a cascading task drop further consolidated by both the formal and informal organization of labor. Indeed, the less prestigious and technical tasks are relegated from psychiatrists to nurses, who then pass on their own less rewarding tasks to nursing assistants. The latter, thus, are left in charge of the larger share of "dirty work", which forces them into a socially and professionally illegitimate position; a position that is particularly visible in their exclusion and self-exclusion from team-wide briefings. Basing our reflection on long-term field work in three mental health units, we will present the unconventional mechanics present in the third unit wherein nursing assistants have significant sway over workplace decisions despite their hierarchical position. From a mixed perspective of both the sociology of psychiatry and the sociology of professions, we will attempt to elucidate the root causes of this framework through an exploration of the history of the unit, as well as the psychiatric ideology to which it subscribes.

Le travail hospitalier psychiatrique, comme celui de l'hôpital général, réunit des acteurs de formations, de statuts et de milieux sociaux très différents qui œuvrent de concert à la prise en charge des patients. Or, les logiques hiérarchique et économique ont engendré une délégation en cascade, renforcée par la distribution officielle et officieuse des tâches. Ainsi, l'application du soin est déléguée par le psychiatre à l'infirmière, qui transfère à son tour à l'aide-soignant les tâches les moins techniques et les moins valorisées symboliquement. Ces derniers héritent des « sales boulots », ce qui les place dans une situation d'illégitimité, tant sociale que professionnelle, observable lors des décisions d'équipe. En s'appuyant sur des observations prolongées au sein de trois unités psychiatriques, cet article présente le fonctionnement de l'Unité 3, où les aides-soignants, pourtant en bas de la chaîne hiérarchique, pèsent d'un poids considérable dans les prises de décisions de leur équipe. En développant une analyse au croisement de la sociologie de la psychiatrie et de la sociologie du travail, nous élucidons les ressorts de ce fonctionnement, en explorant l'histoire de l'unité, ainsi que son idéologie psychiatrique construite localement.

INDEX

Mots-clés: psychiatrie, travail médical, soignants, prise en charge, France métropolitaine

Keywords: psychiatry, medical work, caregivers, care, metropolitan France

AUTHOR

MARIUS SALGADO HANSEN

Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CNRS UMR8211, Inserm U988, EHESS, université Paris Cité). Paris, France, marius.salgado@live.fr