

## Du « sale-boulot » à la reconnaissance,

Pourquoi les aides-soignants exercent au bloc opératoire, un milieu qui ne leur est pas familier et qu'ils y restent ?

**Mémoire présenté pour l'obtention**

du diplôme de Cadre de Santé

De la 1<sup>ère</sup> année de Master Economie et gestion de la santé –

Parcours : Économie et gestion des établissements de santé.

**Sous la direction de** Mme POIRIER Perrine

Année scolaire 2016/2017

## Du « sale-boulot » à la reconnaissance,

Pourquoi les aides-soignants exercent au bloc opératoire, un milieu qui ne leur est pas familier et qu'ils y restent ?

**Mémoire présenté pour l'obtention**

du diplôme de Cadre de Santé

De la 1<sup>ère</sup> année de Master Economie et gestion de la santé –

Parcours : Économie et gestion des établissements de santé.

**Sous la direction de** Mme POIRIER Perrine

Année scolaire 2016/2017

### **AVERTISSEMENT**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Nantes en partenariat avec l'Université Paris Dauphine, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs, de l'I.F.C.S. de Nantes et de l'Université Paris Dauphine.

## REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement :

Mme Poirier Perrine, pour son accompagnement constant et bienveillant dans la réalisation de ce travail.

Madame Fermon Béatrice et l'ensemble des membres du groupe des ateliers de recherche qui m'ont aidé dans ma recherche.

Toute l'équipe de l'IFCS de Nantes pour sa bienveillance et son soutien durant toute cette année de formation ; ainsi qu'aux enseignants de l'université Paris-Dauphine.

Aux personnes qui ont accepté que je m'entretienne avec eux pour faire avancer ma problématique et m'ont fait confiance.

A l'équipe d'aides-soignants et d'agents de service qualifiés que j'ai encadrée pendant un an et qui m'a tellement apportée.

A mes collègues cadres de santé dont plus particulièrement à Sophie Balorin. ainsi qu'à Patricia Berkovicz, Olivier Loutrel et Mme Padellec pour leur soutien.

Et à mes collègues de promotion pour les échanges riches et plus particulièrement à Auélie Georget ainsi qu'à Daniel Abaziou, Mickael Le Priol, Yannick Magendie et Guillaume Ondet.

A mes amies de toujours, Blandine, Emilie, Françoise, Gaelle, Marilyne, Nathalie, Patricia, Sylvie, pour leurs encouragements.

A ma famille pour leur bienveillance et leur soutien durant cette année, particulièrement à Cyrille, Pierre, Antoine et Cyprien.

**« Choisissez un travail que vous aimez et vous n'aurez pas à  
travailler un seul jour de votre vie. »**

Confucius, Livre des sentences

## Sommaire

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction :                                                         | 3  |
| 1 LE CONTEXTE                                                          | 6  |
| 1.1 Le métier d'aide-soignant :                                        | 8  |
| 1.1.1 Les origines du métier d'aide-soignant :                         | 8  |
| 1.1.2 Le cadre réglementaire :                                         | 9  |
| 1.1.3 La formation initiale :                                          | 10 |
| 1.1.4 Le descriptif de la population aide-soignante :                  | 11 |
| 1.2 Les motivations des aides-soignants à exercer au bloc opératoire : | 13 |
| 1.3 Le contexte du bloc opératoire :                                   | 14 |
| 1.4 L'exercice du métier aide-soignant au bloc opératoire :            | 16 |
| 1.4.1 L'historique :                                                   | 16 |
| 1.4.2 L'installation chirurgicale du patient :                         | 17 |
| 1.5 De la question de départ aux entretiens exploratoires :            | 17 |
| 1.5.1 La question de départ :                                          | 17 |
| 1.5.2 L'analyse de la phase exploratoire :                             | 19 |
| 1.5.3 La question de recherche :                                       | 20 |
| 2 LA MÉTHODOLOGIE : UNE DÉMARCHÉ COMPRÉHENSIVE                         | 21 |
| 2.1 Le choix de la population et des lieux d'enquête                   | 21 |
| 2.2 Le choix de la méthode et de l'outil d'enquête :                   | 22 |
| 2.3 La construction du guide d'entretien des aides- soignants          | 24 |
| 2.4 La construction du guide d'entretien des cadres de santé           | 24 |
| 2.5 Les modalités d'enquête :                                          | 25 |
| 2.6 La posture du chercheur :                                          | 26 |
| 2.7 La méthode d'analyse :                                             | 27 |
| 2.8 La critique de la méthode :                                        | 28 |

|     |                                                                         |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.9 | La présentation sociologique des personnes interviewées :.....          | 29  |
| 3   | L'ANALYSE.....                                                          | 30  |
| 3.1 | Le choix du métier d'aide-soignant : .....                              | 30  |
| 3.2 | La recherche de légitimité par l'expertise et la spécialisation .....   | 33  |
| 3.3 | La collaboration .....                                                  | 35  |
| 3.4 | La souffrance par la non-reconnaissance :.....                          | 38  |
| 3.5 | Les activités des aides-soignants du bloc opératoire : .....            | 41  |
| 3.6 | Les motivations pour rester exercer au bloc opératoire : .....          | 44  |
| 3.7 | La synthèse de l'analyse : .....                                        | 46  |
|     | CONCLUSION .....                                                        | 49  |
|     | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....                                       | 52  |
|     | ANNEXES : .....                                                         | I   |
|     | Annexe 1 : La fiche métier de la fonction publique hospitalière : ..... | I   |
|     | Annexe 2 : Guide d'entretien aide-soignant .....                        | II  |
|     | Annexe 3 : Guide d'entretien cadre de santé .....                       | III |
|     | Annexe 4 : Guide d'entretien des infirmiers spécialisés .....           | IV  |
|     | Annexe 5 : Guide d'entretien des médecins .....                         | V   |

## **Introduction :**

Dans le contexte actuel, de personnel soignant en difficulté, nous avons souhaité nous intéresser à une minorité de celui-ci. Il s'agit des aides-soignants du bloc opératoire. En effet, les aides-soignants sont peu nombreux à exercer au bloc opératoire. Nous les retrouvons plus communément dans les services de soins ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous nous intéressons à leur parcours, car nous-mêmes, nous avons exercé dans cet environnement qu'est le bloc opératoire, alors que rien ne nous y prédisposait.

Nous avons réalisé notre année de faisant fonction cadre de santé responsable de l'équipe d'aides-soignants et agents de service hospitalier qualifiés au sein d'un bloc opératoire. Nous n'avions jamais travaillé au préalable dans cet environnement. Au départ, beaucoup de peur et d'appréhension de ce milieu et finalement au bout d'une année, la nostalgie de partir et l'envie d'y revenir très vite.

Lors de cette expérience, nous y avons fait de belles rencontres. Tout d'abord, les personnels aides-soignants et agents de services hospitaliers que nous managions et aussi tous les autres professionnels dont nous ne connaissions pas vraiment le métier. Nous sommes infirmière mais les spécialisations d'infirmier de bloc opératoire et d'infirmier anesthésiste sont des spécificités que nous ne connaissions que très peu. Nous avons aussi appréhendé toute l'organisation du bloc opératoire, la logistique et la régulation parfois nécessaires pour le bon déroulement du programme opératoire.

Nous avons une expérience d'infirmière hygiéniste, c'est à ce titre que nous avons eu ce poste d'encadrement de l'équipe d'aides-soignants et d'agents de service hospitalier qualifiés, après neuf années à exercer dans un service de médecine.

Après un temps d'observation et de découverte du milieu et des personnels, nous avons rapidement constaté un manque de collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants. Cela nous a interpellée, au regard de notre parcours d'infirmière de médecine, où le binôme aide-soignant/infirmier est de fait.

Nous avons, durant cette période, réalisé les entretiens annuels. Lors de ces entretiens, les aides-soignants ont exprimé leurs difficultés. Notamment le fait de ne pas être reconnus et valorisés dans leur fonction. De plus, nous avons été témoin d'altercation entre les aides-soignants et les infirmiers.

Cependant, nous demandons aux aides-soignants si au vu des conditions qu'ils décrivent, ils souhaitent quitter le bloc opératoire pour exercer dans un autre service ? Les réponses sont unanimes : non.

Nous sommes face à un paradoxe que nous ne comprenons pas. Nous souhaitons comprendre ce positionnement qui nous surprend. De plus, ce questionnement nous interpelle, car il ne s'agit pas que d'un aide-soignant, mais bien de la majorité de l'équipe.

Nous observons les comportements tout d'abord et l'organisation du travail. Nous constatons rapidement qu'il ne s'agit pas de binôme aide-soignant/infirmier, mais plutôt de la « délégation » de tâches. Ce qui donne le sentiment aux aides-soignants de ne pas être respectés. Les infirmiers de leur point de vue ne comprennent pas ce sentiment. Ils ont l'impression de partager leurs tâches avec les aides-soignants et que ceux-ci ne sont pas à plaindre, car ils ont des conditions de travail relativement bonnes au regard des autres services.

Nous avons objectivé le travail des aides-soignants au bloc opératoire, notamment par un audit de pratiques professionnelles, sur le bionettoyage. Les résultats de l'audit sont bons, ils démontrent que les aides-soignants du bloc opératoire, réalisent un bionettoyage plus approfondi que celui préconisé par les modes opératoires.

Tout ceci renforce notre sentiment d'incompréhension. Nous nous posons la question suivante :

Pourquoi les aides-soignants exercent au bloc opératoire, un milieu qui leur est hostile et qu'ils y restent ?

Quand nous leur demandons, ils répondent qu'ils ne s'imaginent pas exercer ailleurs leur métier. Nous souhaitons comprendre pourquoi un tel positionnement. Nous n'avons pas d'explications, ni de convictions fortes sur le sujet. Nous sommes en questionnement et nous souhaitons expliquer cela. Nous n'avons pas d'hypothèse sur le sujet.

Nous allons recueillir des données pour comprendre ce paradoxe. Tout d'abord, par des références bibliographiques, mais celles-ci sont assez pauvres. Peut-être parce que le sujet concerne une minorité d'aides-soignants. Puis nous nous appuyons sur les données de terrain, c'est-à-dire la réalisation d'entretiens auprès de personnels qui exercent au bloc opératoire.

Nous proposons de vous présenter notre travail comme suit. Dans un premier temps nous contextualiserons le métier d'aide-soignant, les origines, le cadre réglementaire, la formation initiale et le descriptif de la population.

Ensuite, nous présenterons la méthodologie de recherche, le choix de la population, des lieux, de la méthode et de l'outil, ainsi que la construction des guides d'entretien, les modalités de l'enquête, la posture du chercheur, la méthode d'analyse et la présentation sociologique des personnes interviewées.

Puis nous terminerons par une analyse des propos recueillis et une synthèse de celle-ci.

# 1 LE CONTEXTE

Lors de notre expérience de faisant fonction de cadre de santé au bloc opératoire, nous avons la responsabilité des aides-soignants (AS) et des agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ) du bloc opératoire soit cinquante-deux personnes. L'équipe aide-soignante est séparée en trois équipes distinctes : les aides-soignants qui exercent au bloc des urgences, les aides-soignants qui exercent au sein du bloc programmé et ceux qui travaillent en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Le bloc opératoire est composé de vingt-trois salles d'intervention réparties ainsi (brûlés: une salle, urgences: trois salles, tête et cou: six salles, urologie-digestif-endoscopie : six salles, plastie, orthopédie, neurotraumatologie: six salles, unité de chirurgie ambulatoire : une salle). Avant d'être rassemblée en un même lieu, chaque spécialité avait un bloc opératoire avec des équipes médicales et paramédicales dédiées. Le choix institutionnel a été de rapprocher les spécialités sur un même plateau technique, suite au plan hôpital 2012 : un plan structurant répondant aux besoins du schéma régional d'organisation sanitaire, notamment dans le cadre de la contribution des projets immobiliers à la nécessaire évolution de l'offre de soins, par la restructuration interne en plateau technique médico-chirurgical<sup>1</sup>.

Les équipes médicales et paramédicales sont restées par spécialités. Seule l'équipe d'aides-soignants du bloc opératoire "programmé" a été mutualisée. L'équipe d'aides-soignants de la salle de réveil est restée une équipe indépendante, gérée par notre collègue cadre de santé infirmière anesthésiste. L'équipe d'aides-soignantes du bloc opératoire des urgences est restée indépendante de l'équipe du bloc programmé. Ce choix a été fait car ils mutualisaient déjà cinq blocs opératoires ensemble.

De plus, les aides-soignants défendaient leur appartenance à chaque spécialité. Lors de cette expérience de faisant fonction, nous avons constaté que les aides-soignants du bloc programmé ont des difficultés à trouver leur place au sein de l'équipe pluridisciplinaire spécialisée. Ce qui engendre de la frustration et un sentiment de non-reconnaissance de leur travail.

<sup>1</sup>-Présentation des opérations retenues au titre du plan hôpital 2012, Dossier de presse Mercredi 10 février 2010, Ministère de la santé et des sports.

Tout cela génère des situations de conflits entre les infirmiers et les aides-soignants. En effet, les infirmiers reprochent aux aides-soignants de ne pas être présents quand ils ont besoin d'eux. Les aides-soignants interviennent dans la prise en charge du patient avant et après l'intervention et ces tâches sont concomitantes.

De plus, la répartition est d'un aide-soignant pour deux salles d'intervention. Il arrive parfois que les interventions terminent en même temps. L'aide-soignant ne peut pas être dans deux salles en même temps. Cela génère de l'insatisfaction du côté des infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes. Ils ont vu les aides-soignants assis durant l'intervention et au moment où ils ont besoin d'eux « il n'y a personne ».

Nous nous sommes intéressée aux missions des aides-soignants au sein du bloc opératoire.

Elles consistent à accueillir les patients au bloc opératoire, apporter de l'aide, du matériel en salle et en fin d'intervention accompagner le patient en salle de réveil avec les infirmiers, effectuer le bionettoyage de la salle d'intervention et préparer la salle d'intervention pour la prochaine intervention. Les aides-soignants participent en collaboration avec l'infirmier de bloc opératoire à l'installation chirurgicale du patient ainsi qu'à l'habillage de l'équipe chirurgicale.

Nous constatons que certaines tâches qui leur sont confiées peuvent paraître peu gratifiantes. De plus, elles ne sont pas liées à leur cœur de métier sauf l'accueil du patient et le bionettoyage des locaux. Or nous pensons que le choix d'exercer le métier d'aide-soignant est fait pour exercer auprès de la personne soignée. Cependant au bloc opératoire, le contact avec le patient pour l'aide-soignant est limité. Au vu de cette interrogation, nous avons souhaité approfondir le cadre réglementaire et la formation du métier d'aide-soignant.

## **1.1 Le métier d'aide-soignant :**

### **1.1.1 Les origines du métier d'aide-soignant :**

La création de la catégorie d'aide-soignant est la conséquence du processus de professionnalisation des infirmiers. En effet, elle est une invention de l'administration hospitalière. La création de cette nouvelle catégorie permet en effet de protéger la profession infirmière et son diplôme d'Etat créé en 1946. Mais la loi soumettant l'autorisation d'exercer comme infirmière à la possession exclusive du diplôme d'Etat, présente le risque pour les hôpitaux dans un contexte de pénurie, de se trouver privés du nombreux personnel infirmier formé sur le terrain.

Pour pallier ces effets, des mesures transitoires sont envisagées, comme la création d'une catégorie intermédiaire « la catégorie d'aide-soignante ». Elle est d'abord connue comme provisoire, visant au reclassement statutaire et indiciaire d'une partie du personnel. Mais se révélant peu à peu un moyen commode d'assurer la promotion du petit personnel hospitalier que réclament les syndicats, la catégorie aide-soignante est alors retenue.

Pour formaliser cette décision, en 1956 est alors créé le certificat d'aptitude à la fonction aide-soignante (CAFAS). Il correspond à dix mois, dont quarante heures de théorie. En 1960, le CAFAS est obligatoire pour pouvoir exercer la profession aide-soignante.

Parallèlement, l'Éducation nationale instaure le BEP sanitaire et social afin d'améliorer le recrutement des aides-soignants. Au mois de juillet 1971, le déroulement de la formation est redéfini, il s'effectue dorénavant sur douze mois, dont cent vingt heures de théorie et cent heures de pratique.

En 1978 : l'aide-soignant est autorisé à exercer en psychiatrie. En 1981, il peut exercer en secteur extra hospitalier et au maintien à domicile des personnes âgées. En 1982, apparaît une nouvelle modification de la formation. Elle est basée sur le modèle de l'alternance soit douze mois, dont trois cent cinquante heures de théorie et vingt-quatre semaines de stage.

Au mois de juillet 1994, le recrutement des élèves et le programme des études sont modifiés.

Elle passe à douze mois dont six cent trente heures de théorie et vingt-sept semaines de stage sont nécessaires. Ce programme comporte un tronc commun avec les auxiliaires puéricultrices pendant les six premiers mois de la formation.

En 1996 : paraît une circulaire relative aux rôles et aux missions de l'aide-soignant, c'est le premier texte sur la fonction. Le 12 août 1996 : le décret abolit le CAFAS pour le DPAS (Diplôme professionnel des aides-soignants), (Arborio, 1996, p 89).

Ce diplôme est défini par un cadre réglementaire, qui définit le métier d'aide-soignant et le programme des études.

### **1.1.2 Le cadre réglementaire :**

Tout d'abord, les études sont sanctionnées par le diplôme professionnel d'aide-soignant (décret du 12 août 1996). Ces dispositions relèvent des textes suivants : arrêtés de formation et annexe, décret du 11 février 2002 et pour les aides-soignants de la Fonction publique hospitalière : décret du 26 octobre 1990 et la circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative aux missions des aides-soignants et auxiliaires de puériculture. L'arrêté du 5 janvier 2004 modifie l'arrêté du 22 juillet 1994 et détermine le programme des études des aides et auxiliaires et définit leurs fonctions.

(Boissier-Rambaud, 2004, p 5).

Au vu de ce cadre réglementaire, la définition du métier d'aide-soignant est la suivante : « l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément à l'article R. 4311-3 à R. 4311-5 du code de la santé publique » (Référentiel de formation du diplôme d'Etat d'aide-soignant, 2010, p20).

Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés « aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes » (ibid.). Son rôle s'inscrit dans « une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins.

L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de la vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire retrouver, dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre réglementaire, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité. » (ibid.).

Nous constatons que ce métier est défini par défaut. Les aides-soignants exercent leur activité sous la responsabilité de l'infirmière.

A ce titre, nous avons consulté le code de la santé publique qui régit l'exercice de la profession infirmière. Il est noté que « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, ...qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation », Article R4311-4 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V de code de la santé publique de l'exercice de la profession d'infirmier, (Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et l'exercice de la profession infirmier, 2016, p 181).

Au regard de ces informations sur le cadre réglementaire du métier d'aide-soignant, nous nous sommes intéressée au programme de la formation initiale des aides-soignants.

### **1.1.3 La formation initiale :**

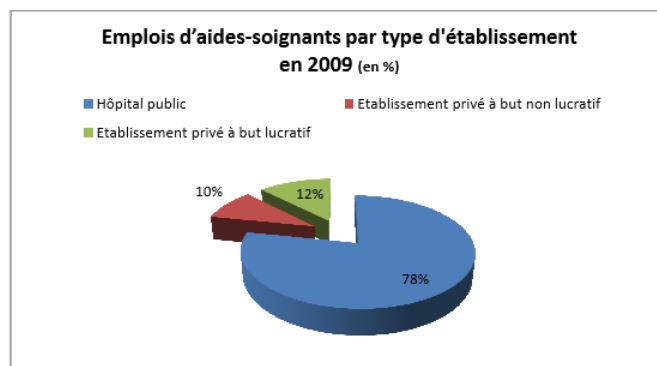
La formation comporte huit modules, qui sont les suivants. Tout d'abord, le module 1 : Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne. Puis le module 2 : L'état clinique de la personne, le module 3 : Les soins, le module 4 : Ergonomie, le module 5 : Relation-communication, le module 6 : Hygiène des locaux hospitaliers, le module 7 : Transmissions des informations et enfin, le module 8 : Organisation du travail. Ces apports théoriques sont complétés par six stages de quatre semaines chacun réalisé dans des structures sanitaires, sociales ou médico-sociales. Il est très rare que des élèves AS réalisent des stages

au bloc opératoire lors de leur cursus de formation. Au regard de cette maquette de formation, nous avons regardé ce qui pouvait être transférable à l'exercice du métier d'AS au bloc opératoire. Dans le module 3 : « les Soins », il y a les règles de prise en charge d'un opéré et l'aide aux soins réalisés par l'infirmier : ouverture de matériel stérile. Dans le module 6, hygiène des locaux hospitaliers. (Référentiel de formation du diplôme d'Etat d'aide-soignant, 2010, p 24-40). Nous constatons que la formation apporte peu d'éléments pour l'exercice d'aide-soignant au bloc opératoire, du fait de l'absence de stage au bloc opératoire et peu d'apports théoriques sur le sujet.

#### 1.1.4 Le descriptif de la population aide-soignante :

Lorsque les professionnels de santé sont évoqués, les infirmiers, sont majoritairement cités par rapport aux aides-soignants. Et pourtant, l'aide-soignant est la personne qui passe le plus de temps auprès du patient, notamment pour l'aide à la réalisation des soins quotidiens. « L'aide-soignant est situé dans la hiérarchie des personnels hospitaliers entre les agents de service hospitalier (ASH) et les infirmières ». (Arborio, 2012, p.1). C'est un métier qui permet d'exercer dans différents services des établissements de santé, mais aussi, à domicile, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou auprès des personnes handicapées.

Répartition des emplois d'aides-soignants par type d'établissement en 2009



⇒ Les aides-soignants exercent majoritairement leur profession à l'hôpital public.

(Source Viez, 2011, FHF)

Le nombre d'aides-soignants en France est d'environ 390 000 en 2012, soit 20% de plus que dix ans auparavant. (DREES, 2015, p 104). Le nombre d'aides-soignants ne cesse de croître depuis plusieurs années et cette tendance se confirme pour les années à venir.

En effet, « en 2013, 23000 nouveaux étudiants se sont inscrits en première année dans un centre de formation au métier d'aide-soignant, un nombre qui a plus que doublé depuis 2000 ». (ibid.). La population des élèves aides-soignants évolue aussi, car « moins de la moitié sont titulaires du baccalauréat 48%, en 2013, une proportion qui a cependant plus que doublé par rapport à ceux qui entraient en formation en 2000. Parmi ceux qui le détiennent, il s'agit le plus souvent d'un baccalauréat professionnalisant. ». (ibid.).

De plus, ils ont déjà exercé un travail avant d'intégrer l'école d'aide-soignant. « La majorité (52%) des nouveaux inscrits exerçaient un emploi avant d'entrer en formation, dont plus des trois quarts d'entre eux dans le secteur sanitaire, social ou médico-social. Moins d'un tiers des nouveaux entrants étaient âgés de moins de 22 ans en 2013, une proportion deux à trois fois plus faible que celle des infirmiers ». (ibid.). Nous constatons que la filière aide-soignante est professionnalisante, il s'agit d'élèves ayant exercé comme agent de service hospitalier avant ou de réorientation professionnelle. Cela peut s'expliquer par le fait que « l'insertion professionnelle des aides-soignants est peu sensible à la conjoncture. Nombreux sont ceux qui trouvent un emploi dans les trois mois, même s'il ne s'agit pas toujours d'un travail stable, et ce, malgré l'augmentation du nombre de diplômés ». (ibid.).

Il s'agit d'une profession très féminisée, en effet, « par exemple en 2009, 21869 femmes pour 2423 hommes » étaient recensées (Viez, 2011, p 4).

Cependant malgré l'employabilité de ce métier, une baisse du nombre de personnes se présentant au concours d'entrée est observée depuis plusieurs années. Notamment dans la région Pays de la Loire, le nombre de personnes qui se présentent au concours d'entrée a diminué de 30% entre 2016 et 2017. Cette baisse est observée sur tout le territoire et s'explique par la baisse de l'attractivité des métiers auprès des personnes.

Au regard de ces informations sur la formation initiale ainsi que le profil des aides-soignants, nous nous interrogeons sur les motivations de ceux-ci pour exercer au bloc opératoire ? puisqu'en effet, ils n'y ont pas été préparés.

## ***1.2 Les motivations des aides-soignants à exercer au bloc opératoire :***

Au regard de ces éléments, nous nous interrogeons sur les motivations des aides-soignants à exercer au bloc opératoire ?

En effet, la majorité des personnes qui fait le choix d'exercer le métier d'aide-soignant le fait afin de prendre en charge la personne âgée ou la personne soignée. Aider celle-ci dans la réalisation des soins quotidiens en collaboration avec l'infirmier. La formation des aides-soignants va dans ce sens aussi, car tous les modules sont en lien avec le soin à la personne : accompagnement de la personne dans les gestes de la vie quotidienne, hygiène des locaux, communication et relation...

Il y a très peu d'apports en lien avec le bloc opératoire et cela concerne des tâches qui sont à réaliser en collaboration avec l'infirmier et non spécifiques du métier d'aide-soignant. En effet, les règles de la prise en charge de l'opéré sont partagées avec tous les professionnels qui vont préparer le patient à l'intervention (les infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, médecin anesthésiste, chirurgien...).

Au regard de ces deux informations, ni le choix du métier, ni la formation des aides-soignants ne les prédisposent à l'exercice de leur métier au bloc opératoire. Cependant certains font le choix de travailler au bloc opératoire, un milieu qui est éloigné de leur cœur de métier. De plus lors de notre expérience de faisant fonction cadre de santé au bloc opératoire, nous avons constaté qu'ils travaillent dans des conditions difficiles. Le bloc est un milieu spécialisé notamment avec les infirmiers, qui sont soit infirmier anesthésiste, soit infirmier de bloc opératoire. L'équipe d'encadrement est souvent issue de ces spécialités. Les équipes médicales sont soit chirurgicales, soit anesthésiste ou chacun évolue dans une ou deux spécialités chirurgicales, par exemple le chirurgien opère les patients ayant besoin d'une intervention de l'appareil digestif mais n'opère pas les patients pour des problèmes d'ophtalmologie, par exemple.

Nous percevons bien deux mondes, côté anesthésiste et côté chirurgical qui travaillent ensemble pour le patient. Les aides-soignants ne sont pas spécialisés. Ils exercent dans toutes les spécialités chirurgicales. Les tâches qui leur sont confiées : bionettoyage en grande majorité, aide de l'infirmier de bloc opératoire pendant l'intervention, paraissent peu gratifiantes. Ils n'ont pas ou peu de contact avec le patient, ce qui peut donner l'image de « petite main » de l'infirmier.

Nous souhaitons nous intéresser à l'environnement dans lequel évoluent les aides-soignants qui exercent au bloc opératoire. En effet, le bloc opératoire est un service particulier notamment par le fait que ce soit un service dit « fermé ».

### **1.3 Le contexte du bloc opératoire :**

Le bloc opératoire est l'ensemble des locaux et des équipements nécessaires à la réalisation d'interventions chirurgicales. Le bloc opératoire est constitué de plusieurs zones, afin de respecter les règles d'asepsie. C'est le concept d'asepsie progressive du bloc opératoire. C'est la progression, de l'extérieur du bloc opératoire, vers la zone chirurgicale qui est la zone d'asepsie maximale. Ces règles d'asepsie définissent les règles de circulation, d'entrée et de comportements du bloc opératoire. « Le bloc est un lieu fermé, une zone où n'osent entrer que ceux qui en font partie et les patients. » (Smolski, 2014, p 1).

De plus, l'entrée dans le bloc opératoire est contrainte par le respect des règles d'hygiène strictes : changement de tenue, port de coiffe, port de masque et chaussures dédiées. Ces règles s'appliquent à tous et ce qui implique que toutes les personnes qui exercent au bloc opératoire ont la même tenue. Ce qui engendre des difficultés d'identification dans les blocs opératoires de grande taille. Ce n'est pas comme dans les services de soins où les professionnels sont identifiables par leur tenue (blouse pour les médecins et tenue pour les paramédicaux).

Ces règles d'hygiène impliquent que le bloc opératoire est un lieu fermé avec des règles d'accès limité. « Comme tout le monde, je savais que les blocs opératoires sont fermés aux profanes. J'eus donc, non sans quelque fierté, le sentiment d'un privilège » (Pouchelle, 2010, p.6). Effectivement, le fait que le bloc opératoire soit un lieu fermé avec ses règles et ses codes, le fait d'y entrer donne le sentiment d'un privilège. « C'est un monde fermé, plein

d'évidences et de connivences, qui nourrit les fantasmes, magique, mais en même temps gouverné par des règles et des procédures strictes, selon une organisation qui se veut manufacturière, avec un agencement rigide. » (Smolski, 2014, p 1).

D'ailleurs, les éléments cités précédemment contribuent à créer un sentiment d'appartenance fort au bloc opératoire. « Dans certains cas, l'homogénéité d'appartenance transcende l'unité de soins. Au bloc, les individus ont pleinement conscience d'être membre d'une communauté. Plus largement, il s'agit de la communauté des petits mondes fermés » (Sainsaulieu, 2006, p. 75). Ce sentiment d'appartenance est renforcé par la création de liens au-delà du temps passé ensemble au travail. « Les personnels sont particulièrement soudés. (...) Célèbres à l'hôpital, les sorties du bloc contribuent à la cohésion autour de la hiérarchie, médicale ou paramédicale » (id, p. 76).

En effet, le lien avec le corps médical est important au bloc opératoire, car il y a une proximité notamment pour réaliser l'intervention chirurgicale. « Univers sous pression à la demande, le bloc est un lieu de flexibilité du fait des aléas du planning d'opérations. La complémentarité des identités professionnelles s'effectue dans le cadre de la mobilisation du personnel autour de l'opération. La communauté se nourrit d'un engagement libre, intense et satisfaisant par ses exigences variées, par la réactivité demandée, l'obligation de résultat et par le niveau de performance » (ibid.) Tous ces éléments renforcent le sentiment d'appartenance au bloc opératoire. Ce qui peut s'expliquer selon Ivan Sainsaulieu par « les effets de la division du travail ou l'absentéisme sont moins marqués, les non qualifiés sont mieux intégrés du fait de la polyvalence des tâches, de la bonne circulation de l'information en interne, d'une pratique de concertation égalitaire, générant un investissement maximal, du professionnalisme sans la profession. Avec le temps, cet engagement commun forme une culture commune forte, car les personnels font preuve d'une fidélité dans la durée au service ; les anciens demeurent au bloc et c'était souvent leur première affectation 10 à 20 ans plus tôt » (ibid.).

Effectivement, l'appartenance forte au bloc opératoire rend difficile le départ volontaire de celui-ci. Il n'y pas ce sentiment dans tous les services de l'hôpital. Il en est de même avec le lien avec l'équipe médicale. De plus le bloc opératoire, bénéficie de l'aura au sein des hôpitaux et travailler dans cet univers est gratifiant. Everett Hughes décrit cela comme « une échelle de prestige et de privilège » (Osty, 2006, p. 68), en effet « le praticien est plus noble que le médecin du travail ».(ibid.).

Par conséquent, l'infirmier et l'aide-soignant qui travaillent auprès du praticien exercent des activités plus nobles que ceux de la médecine du travail.

« Enfin, il faut ajouter à ces traits la question de l'influence du bloc sur l'établissement sa capacité à irradier ses humeurs et ses comportements à l'ensemble des personnels, de même que l'idée de performance qui l'accompagne et alimente son prestige. ». (Sainsaulieu, 2006, p. 76). De plus, les infirmiers qui exercent au bloc opératoire sont issus de spécialités. Il y a les infirmiers de bloc opératoire qui sont auprès du chirurgien pour le seconder lors de l'intervention, et l'infirmier anesthésiste qui assiste le médecin anesthésiste. Ces deux spécialités sont sanctionnées à l'issue des études par un diplôme d'état. Souvent l'encadrement est issu de ces deux spécialités. Un fort sentiment de corporatisme existe dans ces spécialités. Seuls les aides-soignants et les agents de service hospitalier qualifié du bloc opératoire ne sont pas spécialisés.

## **1.4 L'exercice du métier aide-soignant au bloc opératoire :**

### **1.4.1 L'historique :**

Les aides-soignants sont arrivés dans les blocs opératoires, notamment les hommes pour leur force physique. Tout d'abord pour le brancardage et les transferts des patients. Puis les aides-soignants ont été sollicités pour certaines installations chirurgicales. La force physique des hommes aides-soignants est nécessaire aux installations chirurgicales complexes. Ceci a entraîné « des glissements de tâches ». Les infirmiers de bloc opératoire ont laissé cette tâche aux aides-soignants. Ceux-ci ont développé l'expertise de cette particularité de l'exercice au bloc opératoire. De plus, cette tâche est gratifiante, car en lien avec le chirurgien directement. Cela apporte de la reconnaissance aux aides-soignants.

Nous nous sommes intéressée à la législation qui régit cette tâche spécifique au bloc opératoire.

### **1.4.2 L'installation chirurgicale du patient :**

Au regard de cette information, nous consultons le décret des infirmiers de bloc opératoire par rapport aux installations chirurgicales. Décret n°2015 -74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire :- Art 1<sup>er</sup> après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré les articles R. 4311-11-1 R. 4311-11-2 ainsi rédigés : « Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgien(s) : Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment : L'installation chirurgicale du patient ».

Par conséquent, l'aide-soignant peut participer à l'installation chirurgicale du patient en collaboration avec l'infirmier de bloc opératoire. Il peut préparer les appuis et les donner à l'infirmier ou l'infirmier de bloc opératoire lorsqu'il le demande. Il peut également participer à l'installation provisoire dans la limite de son champ de compétence, mais ne peut faire l'installation chirurgicale seul. En effet, l'installation chirurgicale est de la responsabilité du chirurgien. Celui-ci peut déléguer cette tâche à l'infirmière de bloc opératoire. Celle-ci peut réaliser l'installation en collaboration avec l'aide-soignant, mais l'aide-soignant ne peut réaliser cette tâche seul.

Tous ces éléments, sur le choix du métier d'aide-soignant, la formation initiale et les spécificités du bloc opératoire, nous font nous poser la question suivante.

## **1.5 De la question de départ aux entretiens exploratoires :**

### **1.5.1 La question de départ :**

Cependant, ils sont en poste au bloc opératoire depuis plusieurs années et ne souhaitent pas partir, pourquoi ? Ma question de départ est donc la suivante,

Pourquoi certains aides-soignants font le choix de travailler au bloc opératoire dans un environnement qui ne leur est pas familier, ni spécifique et d'y rester ?

Mes hypothèses pour argumenter cette question de départ sont :

Les aides-soignants auraient des bénéfices secondaires à travailler au bloc opératoire en raison d'une organisation professionnelle plus favorable à la vie familiale.

Le fait de travailler au sein d'un grand bloc opératoire avec une importante polyvalence entraînerait une déresponsabilisation individuelle pour les aides-soignants.

Certains aides-soignants travaillent au bloc opératoire depuis le début de leur carrière, or c'est un lieu clos où les liens avec le reste de l'hôpital sont limités, ce qui ne facilite pas les mobilités.

Les aides-soignants qui travaillent au bloc opératoire ont un temps limité avec le patient par rapport à l'exercice dans un service de soins, cela diminue la charge émotionnelle du métier.

Aux vues, des éléments théoriques et des hypothèses émises, le choix de la réalisation des entretiens exploratoires s'est porté sur un aide-soignant, un cadre de santé qui a la responsabilité d'une équipe d'aides-soignants et d'un médecin.

Nous avons eu des difficultés à obtenir ces entretiens exploratoires, huit semaines avec des refus de coordinateur des soins, les cadres de santé difficiles à joindre....

Le sujet de la recherche est sur l'exercice du métier d'aide-soignant au bloc opératoire, il nous paraît incontournable d'interviewer des professionnels de cette profession. Nous les interrogeons sur leur parcours et le choix du métier, le choix ou pas d'exercer au bloc opératoire, leur avis sur l'exercice au bloc opératoire valorisant ou pas, et enfin les bénéfices et les contraintes d'exercer au bloc opératoire. Nous nous sommes intéressée au bloc opératoire du secteur public afin d'avoir des modèles d'organisation comparables entre les deux lieux d'enquête.

Le cadre de santé, qui a la responsabilité de l'équipe aide-soignante de salle d'interventions, car il semblait important de connaître le point de vue du cadre de santé sur l'exercice des aides-soignants au bloc opératoire. Notamment sur le choix d'exercer le métier d'aide-soignant, l'intérêt pour le bloc opératoire, les tâches effectuées au bloc opératoire par les aides-soignants. Il peut nous donner son avis sur les bénéfices et les contraintes d'exercer le métier d'aide-soignant au bloc opératoire.

Ensuite le médecin, pour avoir son avis sur l'exercice de l'aide-soignant au bloc opératoire et notamment s'il a connaissance de tâches effectuées par ceux-ci. Nous avons sollicité plusieurs médecins, chirurgiens et anesthésistes. Nous n'avons pas de préférence entre ces deux profils. Et en fait, il nous a été difficile de trouver un chirurgien qui accepte l'entretien. C'est donc une anesthésiste du secteur privé qui a accepté, mais qui avait une expérience publique, ce qui a permis de comparer.

Nos hypothèses étaient très floues, mais les entretiens ont vraiment apporté de la matière et confirmer nos hypothèses de départ.

### **1.5.2 L'analyse de la phase exploratoire :**

Nous constatons, grâce à cette phase exploratoire, que les aides-soignants exercent dans un milieu difficile qu'est le bloc opératoire. Ils sont souvent en difficulté vis-à-vis des infirmiers spécialisés et des médecins.

Cette phase exploratoire nous démontre qu'ils ont des tâches spécifiques au bloc opératoire. Notamment de bionettoyage, le traitement des endoscopes, l'accueil des patients et la surveillance en salle de réveil. Nous constatons un paradoxe, entre le fait d'exercer dans un lieu qui ne leur est pas favorable avec peu de reconnaissance et le fait que les aides-soignants qui exercent au bloc opératoire ne souhaitent pas en partir.

Ces trois entretiens exploratoires confirment les hypothèses posées précédemment. Nous souhaitons interroger un chirurgien, car lors de la phase exploratoire, nous nous sommes entretenue avec un médecin anesthésiste. Or il semblerait que les relations soient différentes avec les aides-soignants en salle de réveil, il paraît important de nous entretenir avec une infirmière de bloc opératoire, une infirmière anesthésiste, car les tâches sont différentes entre ces deux lieux d'exercice. Et enfin, s'entretenir avec un cadre de santé et quatre aides-soignants pour la phase définitive. Ceci afin d'avoir une vision plus globale de l'exercice du métier d'aide-soignant au bloc opératoire. Le point de vue de chaque acteur paraît important pour la suite de ce travail. En effet, lors de la phase exploratoire, il apparaît que chaque professionnel a une relation différente avec les aides-soignants du bloc opératoire. La convergence des différents points de vue permettra de nous éclairer sur l'exercice du métier d'aide-soignant et bloc opératoire avec ses difficultés et ses intérêts.

### **1.5.3 La question de recherche :**

Cette phase exploratoire a confirmé la question de départ qui reste donc :

Pourquoi les aides-soignants exercent au bloc opératoire, un milieu qui ne leur est pas familier, qu'ils y restent ?

De plus, les entretiens de la phase exploratoire ont été tellement riches que nous ne changeons pas les guides d'entretiens.

Afin de répondre à cette question de recherche, nous avons réalisé des entretiens dans le but de collecter des informations du terrain sur le sujet. Nous avons suivi une méthode de recherche que nous exposons ci-dessous. Il s'agit d'une démarche compréhensive, basée sur des entretiens semi-directifs.

## **2 LA MÉTHODOLOGIE : UNE DÉMARCHE COMPRÉHENSIVE**

L'objectif de notre recherche est de comprendre pourquoi, les aides-soignants exercent leur métier dans les blocs opératoires sachant que ce n'est pas leur cœur de métier et que les tâches qui leur sont confiées peuvent être considérées comme peu gratifiantes. Ils ont peu de contact avec les patients et ce lieu est très spécialisé.

Pour cela, nous mesurons les raisons qui les ont motivés à choisir ce métier. Ainsi que la formation qu'ils ont reçue afin de se préparer à cette activité. Puis les satisfactions qu'ils ont à exercer ce métier dans ces conditions, car ils y restent.

### ***2.1 Le choix de la population et des lieux d'enquête***

Notre choix d'échantillon a été relativement simple, car il s'agit des aides-soignants du bloc opératoire. Mais il nous paraissait indispensable d'avoir l'avis des professionnels qui exercent au quotidien avec les aides-soignants au bloc opératoire. Lors de la phase exploratoire, nous avons interviewé un aide-soignant, un cadre de santé et un médecin anesthésiste. Pour la phase définitive, il s'agit d'interroger un cadre de santé, un infirmier de bloc opératoire, un infirmier anesthésiste et un chirurgien, car durant la phase exploratoire nous avons eu le point de vue de l'anesthésiste. Or lors de cette phase exploratoire, il est apparu que les relations avec les chirurgiens étaient intéressantes à explorer.

Nous décidons d'interroger des personnes de fonction différente, pour confronter les points de vue et enrichir notre analyse. Nous choisissons de mener initialement huit entretiens : quatre auprès d'Aides-Soignantes (AS), une auprès d'Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État (IBODE), un auprès d'un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE), d'un chirurgien et un auprès de Cadre De Santé (CDS), leurs expériences et le lien direct avec les aides-soignants, pouvant nous apporter une connaissance et une prise de recul sur l'exercice des aides-soignants au bloc opératoire.

Nous avons souhaité les réaliser auprès de professionnels soignants travaillant dans deux blocs opératoires différents au sein du service public. Tout d'abord, le bloc opératoire que nous nommerons numéro un. Nous avons réalisé trois entretiens auprès d'aide-soignant, ainsi qu'auprès du cadre de santé. Ce bloc opératoire comporte neuf salles d'intervention. Il est

divisé en deux, tout d'abord une partie ambulatoire avec une équipe dédiée, et l'autre partie le bloc opératoire conventionnel et urgences. Au sein de celui-ci, 80% des infirmiers du bloc opératoire sont des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat et tous seront formés aux actes exclusifs à la fin de l'année 2017.

Puis le bloc opératoire, que nous appellerons numéro deux. Nous avons réalisé un entretien auprès d'un aide-soignant, d'un infirmier anesthésiste et d'un infirmier de bloc opératoire. Ce bloc opératoire comporte quinze salles d'intervention.

Pour ce qui est de l'entretien auprès du chirurgien. Nous avons eu un peu plus de difficulté à obtenir un rendez-vous. Il s'agit d'un chirurgien qui exerce au sein d'un centre hospitalier (vingt-trois salles d'intervention).

Nous voulions rencontrer des professionnels ayant au minimum un an d'ancienneté au bloc opératoire, afin d'avoir du recul sur leurs activités au sein du bloc opératoire.

Nous n'avons pas eu de difficulté à obtenir ces lieux d'entretien. Le premier bloc opératoire grâce à notre directeur de mémoire, qui connaît le cadre de santé du bloc opératoire. Ce bloc opératoire était en pleine réorganisation notamment suite à la formation des infirmiers de bloc opératoire aux actes exclusifs. Ceci implique que les aides-soignants, ne réalisent plus les installations seules au regard de la réglementation.

Le deuxième bloc opératoire correspondait à notre lieu de stage. C'est un bloc opératoire mutualisé public et privé. C'est une particularité de cet établissement, au sein du bloc opératoire le personnel est privé ou public au sein de toutes les filières. Les personnels que nous avons rencontrés, étaient de l'hôpital et non de la clinique.

Nous n'avons pas d'hypothèse sur le genre à cette étape du travail, cependant, au final, nous nous sommes entretenue avec deux aides-soignants homme et deux aides-soignants de sexe féminin.

## ***2.2 Le choix de la méthode et de l'outil d'enquête :***

Le but de ce travail de recherche est de comprendre les choix des aides-soignants à exercer au bloc opératoire, un milieu que ne leur est pas familier et d'y rester. Il est nécessaire de permettre aux personnes interviewées de s'exprimer le plus librement possible. Par

conséquent, il paraît nécessaire de réaliser un travail de recherche basée sur une méthode qualitative et non quantitative.

Afin de réaliser cela, l'entretien semi-directif apparaît comme la méthode la plus appropriée. En effet, l'entretien ne se limite pas « de faire décrire, mais de faire parler sur » (Blanchet, Gotman, 2015, p. 25). Il est « particulièrement pertinent lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques » (id, p. 24), ce qui correspond tout à fait à notre thème de recherche.

Nous avons réalisé un guide d'entretien pour les aides-soignants. (Cf Annexe 2, p II) Ce guide est progressif, le premier thème, est la présentation de la personne pour aller vers le thème de la recherche, cela afin de mettre à l'aise l'enquêté. Puis nous avons décliné, le guide d'entretien pour le cadre de santé et enfin pour les médecins, chirurgien ou anesthésiste. Nous avons testé ces guides lors de la phase exploratoire. Nous récoltons des éléments très intéressants, « les divergences et contradictions s'imposent à nous comme des données objectives » (Quivy, Campenhoudt, 1995, p. 74). A ce titre, nous les explorerons lors de la phase d'analyse.

L'analyse des entretiens exploratoires nous permet d'élaborer notre problématique et de faire ressortir différentes dimensions du métier à explorer pour notre recherche. Nous nous référons aux quatre dimensions du métier d'Yves Clot (Professeur de psychologie du travail, titulaire de la chaire de psychologie du travail du CNAM [Centre National des Arts et Métiers]) ; Impersonnelle : « Tout ce qui est de l'ordre du prescrit », Personnelle et interpersonnelle : « échange sur le travail réel », Transpersonnelle : « l'histoire et la mémoire professionnelle (...) n'appartient à personne, est un moyen disponible pour tous, traverse les générations et même chaque professionnel. C'est un trait d'union qui risque toujours de s'effacer ». (Roger, 2010, p 14)

Nous y incluons des questions sur les choix initiaux des aides-soignants vers ce métier puis l'exercice au bloc opératoire et enfin les bénéfices et les difficultés de leur exercice à ce jour. Nous déclinons alors les différentes approches de notre problématique en thématiques pour construire quatre guides d'entretiens : un pour les aides-soignantes, un pour le cadre de santé, un pour les médecins chirurgien et anesthésiste et un pour les infirmiers spécialisés, infirmier de bloc opératoire et infirmier anesthésiste.

### ***2.3 La construction du guide d'entretien des aides- soignants***

En réalisant les entretiens, nous constatons que les questions sont comprises par les enquêtés et nous apportent des éléments importants. Nous décidons donc de garder notre guide pour la phase définitive.

Finalement, le guide d'entretien destiné aux aides-soignantes comporte quatre thèmes et douze questions. Le guide d'entretien a pour objectif de les faire s'exprimer sur leur travail aujourd'hui sur le choix du métier et celui d'exercer au bloc opératoire.

Le thème numéro un, correspond à la connaissance de la personne et de la structure. Dont l'objectif est de mieux connaître l'enquêté et de rentrer en communication avec lui, afin d'instaurer un climat de confiance, de comprendre son parcours professionnel et son choix du métier d'aide-soignant.

Puis le thème numéro deux, concerne le choix du métier. Nous voulons comprendre les attentes initiales des soignants quant à leur métier et leur travail aujourd'hui. Nous voulons comprendre s'ils ont fait le choix ou pas de travailler au bloc opératoire ?

Le thème numéro trois, permet la présentation de l'institution et du bloc opératoire. Nous voulons savoir si les activités que les AS effectuent au quotidien sont valorisantes ou pas.

Enfin, le thème numéro quatre, présentent les activités des AS au bloc opératoire. Il s'agit ici d'identifier les bénéfices et les contraintes de leurs activités au quotidien.

### ***2.4 La construction du guide d'entretien des cadres de santé***

Le guide d'entretien destiné aux cadres de santé comporte quatre thèmes et neuf questions (Cf Annexe 3, p III). L'objectif est d'identifier ce que les cadres de santé, responsables de l'organisation des unités de soins, à l'interface, entre l'équipe paramédicale et la direction, perçoivent de l'exercice du métier d'aides-soignants au bloc opératoire.

Tout d'abord, le thème numéro un, afin de connaître la personne et la structure.

Puis le thème numéro deux, concernant le choix du métier d'aide-soignant. Nous voulons avoir l'avis du cadre de santé sur les attentes initiales des aides-soignants dans le choix de leur métier.

Le thème numéro trois, permet la présentation de l'institution et du bloc opératoire. Les activités que les aides-soignants effectuent au quotidien et qui sont valorisantes ou pas selon le cadre de santé. Le cadre de santé a-t'il participé à l'organisation actuelle du travail des aides-soignants au bloc opératoire ?

Enfin, le thème 4, concernent les activités des aides-soignants au bloc opératoire. Il s'agit ici d'identifier les bénéfices et les contraintes de l'activité aide-soignante au bloc opératoire selon le cadre de santé.

Nous avons utilisé ce guide d'entretien pour les infirmiers spécialisés, un infirmier de bloc opératoire et un infirmier anesthésiste. (Cf Annexe 4, p IV)

Pour réaliser le guide d'entretien du médecin chirurgien, nous avons enlevé le thème numéro deux qui concerne le choix du métier aide-soignant (Cf Annexe 5, p V). Nous avons fait ce choix, car le point de vue du médecin sur le sujet ne répond pas à notre questionnement.

## ***2.5 Les modalités d'enquête :***

Afin de réaliser nos entretiens, nous contactons par mail le cadre de santé des blocs opératoires. Nous y précisons notre demande et notre travail de recherche, notre thème et la population souhaitée, afin d'obtenir leur autorisation pour effectuer les entretiens auprès des professionnels de leur établissement respectif.

Ils ont pu organiser les différents rendez-vous d'entretien avec les infirmiers et les aides-soignantes. Nous leur précisons bien notre souhait de rencontrer des personnes, si possible volontaires.

Les six entretiens des professionnels soignants sont programmés sur leur temps de travail en accord avec les cadres de santé et en respectant l'organisation du service et des soins. Nous avons eu moins de difficultés pour fixer les rendez-vous avec le cadre de santé et le chirurgien.

Nous réalisons tous nos entretiens dans l'enceinte des deux centres hospitaliers. Pour les soignants, nos entretiens ont lieu dans le bureau du cadre de santé absent à ce moment-là pour le bloc opératoire numéro un et nous réalisons au niveau de l'accueil du bloc opératoire pour le bloc opératoire numéro deux. Cet espace n'est pas calme et nous avons été parasités par des

bruits divers qui ont compliqué la retranscription. Cependant, nous ne pensons pas que cet environnement interfère sur la qualité de l'entretien, car nous étions à l'écart visuellement.

## ***2.6 La posture du chercheur :***

La durée des entretiens varie de trente-six minutes à une heure. L'accueil a toujours été favorable. Les entretiens sont enregistrés pour faciliter l'écoute, la disponibilité, et ne rien perdre de l'échange, grâce à une retranscription intégrale ultérieure, tout en respectant la confidentialité et l'anonymat des personnes consultées.

Lors des entretiens, nous essayons, comme l'évoque le sociologue P. Bourdieu d'avoir «une relation d'écoute active et méthodique » (Bourdieu, 1993, p. 1393), d'avoir une posture clinique avec neutralité « par l'oubli de soi, une véritable conversion du regard que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie » (id. p. 1406). La conduite de ces entretiens est un exercice auquel nous n'étions pas habituée. Dès la phase exploratoire, cela nous a permis de faire des rencontres enrichissantes avec les personnes interviewées qui se sont livrées à l'exercice avec une grande authenticité et nous ont permis de découvrir aussi d'autres univers et organisation. D'ailleurs certaines personnes interviewées ont exprimé des choses qu'elles taisent autrement.

Cependant, initialement, nous avons tendance à administrer notre guide d'entretien sans relancer les réponses des acteurs. Puis, nous comprenons l'importance de laisser les enquêtés parler. Finalement le guide ne sera pas toujours administré dans l'ordre, mais plutôt en fonction des réponses de l'interviewé. Puis au fur et à mesure, nous nous rapprochons des entretiens semi-directifs, à mieux nous approprier l'outil, et à utiliser, plus souvent, la reformulation, tout en restant le plus neutre possible sur le sujet. En effet, le chercheur met «dans l'urgence de la situation d'entretien, les stratégies de présentation de soi et les réparties adaptées, les approbations et les questions opportunes, etc., de manière à aider l'enquêté à livrer sa vérité ou, mieux, à se délivrer de sa vérité » (id. p. 1415).

Néanmoins, il est parfois délicat de rester neutre et indifférente aux réponses données, et difficile de ne pas être inductive comme le dit P. Bourdieu dans son texte « Comprendre » (1993). Nous nous rendons compte de la nécessité de rester rigoureuse, de ne pas perdre de vue notre question de recherche, afin de recentrer l'acteur sur l'objectif d'enquête.

Au cours des entretiens, nous apprécions de plus en plus cet exercice, en nous référant de moins en moins au guide d'entretien. Notre écoute se renforce, nos questions de relance sont plus pertinentes.

Concernant nos guides d'entretien les questions sont bien comprises par les interviewés et non répétitives. Nous constatons qu'au fur et à mesure de l'entretien les informations collectées sont pertinentes et permettent de répondre à la question de recherche.

De plus, le fait d'interviewer six professionnels différents (aide-soignant, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, cadre de santé, médecins anesthésiste et chirurgien) permet une analyse fournie et des points de vue différents.

Nous gardons cependant présent à l'esprit que le contenu de ces entretiens n'est valide que dans le contexte où se trouvent les professionnels et le service de soins, au moment de notre rencontre.

## ***2.7 La méthode d'analyse :***

Nous avons retranscrit tous les entretiens, comme nous l'avions fait pour les entretiens exploratoires, malgré le temps que cela demande. Cependant, le fait de réentendre l'entretien nous a permis de nous en imprégner pour réaliser l'analyse. « C'est la même disposition qui est à l'œuvre dans le travail de construction auquel est soumis l'entretien enregistré-ce qui permettra d'aller au plus vite dans l'analyse» (id. p.1416)

Pour l'analyse, nous croisons les données par thème des différents points de vue des professionnels interviewés afin de mettre en perspective. Nous procédons ensuite à une analyse thématique, puis à une analyse transversale.

## ***2.8 La critique de la méthode :***

Nous pouvons identifier comme limites de la méthode, que les personnes auprès desquelles nous nous sommes entretenues, étaient toutes d'accord pour nous recevoir. Ces personnes nous ont fait confiance. Elles étaient volontaires pour participer à ce travail. Nous pouvons penser qu'elles souhaitent exprimer des choses. L'entretien est « une rencontre » (Blanchet, Gotman, 2007, p 19). Ces onze entretiens ont été de belles rencontres, certaines avec beaucoup d'émotions. Ce travail, nous a permis de nous rendre compte du manque de temps d'échange au travail.

L'analyse par thématique implique de se détacher de la logique de progression de chaque entretien. Ce choix demande un renoncement à la « cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens » (id. p 96) et cela sans trahir les propos des interviewés qui se sont livrés avec sincérité.

Une fois ce travail réalisé nous avons croisé les éléments recueillis à différents concepts en lien avec la question de recherche.

## ***2.9 La présentation sociologique des personnes interviewées :***

Nous avons rencontré en phase exploratoire une aide-soignante, un cadre de santé et un médecin anesthésiste. Lors de la phase définitive nous avons rencontré quatre aides-soignants, deux infirmiers spécialisés et un cadre de santé, un chirurgien dont nous avons volontairement modifié les patronymes.

Tableau synoptique de notre population étudiée

| Entretien       | Pseudo     | Fonction                | Age | Ancienneté au BO |
|-----------------|------------|-------------------------|-----|------------------|
| Exploratoire 1  | Mme Dupont | AS                      | 38  |                  |
| Exploratoire 2  | Mme Marie  | CDS                     | 43  | 3 ans            |
| Exploratoire 3  | Mme Evin   | Médecin<br>anesthésiste | 36  |                  |
| Définitif 1 BO1 | Mme Ava    | AS                      | 38  | 10 ans           |
| Définitif 2 BO1 | Mme Calot  | AS                      | 38  | 2 ans            |
| Définitif 3BO1  | M. Gustin  | AS                      | 54  | 21 ans           |
| Définitif 4 BO2 | M. Paris   | AS                      | 56  | 28 ans           |
| Définitif 5 BO1 | M. Paul    | CDS                     | 60  | 1an et demi      |
| Définitif 6 BO1 | Mme Lind   | IBODE                   | 45  | 23 ans           |
| Définitif 7 BO2 | Mme Massa  | IADE                    | 47  | 11 ans           |
| Définitif 8 BO2 | M. Gray    | Chirurgien              | 42  | 3 ans            |

### 3 L'ANALYSE

Nous souhaitons par cette analyse répondre à notre question de recherche qui est la suivante : Pourquoi les aides-soignants exercent au bloc opératoire un lieu qui ne leur est pas familier et qu'ils y restent ?

Tout d'abord, nous souhaitons expliciter avec eux le choix de métier d'aide-soignant.

#### **3.1 Le choix du métier d'aide-soignant :**

Nous nous intéressons au choix du métier d'aide-soignant. Everett Hughes dit « Le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans son unique existence. En effet, le choix du métier est presque aussi irrévocable que le choix d'un conjoint ». (Hughes, 1996, p 76). Le choix du métier d'aide-soignant n'est pas anodin. Il s'agit d'un métier d'aide à la personne où le don de soi est inévitable. Il s'agit d'un métier de contact et de rencontre. Nous faisons l'hypothèse, que les aides-soignants font le choix du métier pour être auprès du patient, or au bloc opératoire, le contact avec le patient est limité.

Le choix du métier d'aide-soignant est souvent argumenté par le fait de souhaiter être auprès du patient et de l'aider dans la réalisation des gestes du quotidien. Lors des entretiens auprès des aides-soignants, notamment, Mme Calot (aide-soignante du bloc opératoire n°1), dit « *pour prendre soin des gens, vraiment être à l'écoute et servir, apporter mon aide* ». Mme Dupont (aide-soignante du lors de la phase exploratoire), précise même, « *je ne voulais surtout pas être infirmière, je voulais être aide-soignante* ».

Ce qui nous amène à nous intéresser à la définition du métier d'aide-soignant :

« Dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne », selon la fiche métier (Cf Annexe 1, p I).

Effectivement la différence entre le métier d'aide-soignant et d'infirmier, c'est l'accompagnement du patient dans la réalisation des gestes du quotidien et cela implique de passer du temps auprès de lui.

Au bloc opératoire, les aides-soignants passent peu de temps avec les patients, car ceux-ci sont accueillis, installés en salle d'intervention, endormis pour l'intervention puis ils se réveillent en salle de surveillance poste intervention. Le temps d'accueil du patient au bloc opératoire est souvent réalisé par un aide-soignant est l'occasion d'être en relation avec lui.

Ce temps est court, mais souvent primordial pour le patient et la réalisation dans de meilleures conditions l'intervention comme l'explique Mme Ava (Aide-soignante du bloc opératoire n°1), « *c'est un temps court, mais hyper, oui c'est très très important, car ils sont dans une zone de stress* ». Ainsi, le relationnel au bloc opératoire entre les patients et les aides-soignants est limité en temps, mais primordial pour sa prise en charge, car ceux-ci est dans une situation stressante, puisqu'il est en phase préopératoire.

Les aides-soignants du bloc opératoire se sentent pour certains valorisés dans cette mission. Par exemple, Mme Calot, « *le rapport avec le patient, ça c'est super. Il faut s'accorder ce temps-là* ». Pour d'autres, le fait d'avoir une relation limitée avec le patient constitue un avantage à exercer au bloc opératoire. En effet, certains l'argumentent en précisant que c'est pour cela qu'ils restent au bloc opératoire, notamment Mme Ava (Aide-soignante du bloc opératoire N°1), « *l'on ne le voit pas beaucoup, mais moi ça me suffit, j'arrive à me retrouver là-dedans* ».

Mme Massa (IADE du BO 2) dit même, « *J'ai l'impression qu'aujourd'hui, elles ne recherchent plus d'être auprès du patient* ». Effectivement, comme le décrit Mme Ava, « *la routine* » de la prise en charge des patients lors d'hospitalisation ne les intéresse plus. Les aides-soignants dans les services de soins sont auprès des patients pour l'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne et passent beaucoup de temps à leur chevet. Nous pouvons parler de charge mentale pour la prise en charge des patients complexe et lourde en soins. Les aides-soignants du bloc opératoire n'ont pas cette charge mentale et cela peut expliquer le choix de rester au bloc opératoire.

Ce que nous constatons au travers de ces entretiens auprès des aides-soignants du bloc opératoire, c'est que la prise en charge du patient est répartie sur plusieurs aides-soignants. Tout d'abord celle de l'accueil puis celle en salle et enfin celle de la salle de surveillance post-interventionnelle. Cette division du travail est due à l'industrialisation du travail au BO. Elle-même est la conséquence de la mutualisation des plateaux techniques souhaitée par le plan hôpital 2012 qui s'intègre dans la politique nationale de Santé avec la mise en place de la T2A puis de la Loi Hôpital Patients Santé Territoire et enfin la Loi de modernisation de notre système de Santé de janvier 2016. Cette mutualisation a été souhaitée dans le but d'optimiser la performance et l'efficacité de ces plateaux techniques coûteux pour un établissement.

Le fait d'avoir des plateaux techniques d'une vingtaine de salles d'intervention, implique une organisation efficace et optimisée pour la prise en charge optimale des patients. Cette organisation implique le plus souvent une division du travail afin d'optimiser les postes. Ainsi un aide-soignant, ne prend plus en charge un patient de son entrée jusqu'à sa sortie du bloc opératoire. Toutes les étapes de la prise en charge sont réparties sur plusieurs postes.

Cependant pour que cette organisation fonctionne, les établissements sont tentés de mettre en place des procédures, fiches de postes... « L'organisation hospitalière se caractérise aussi par une tentative croissante de programmation et de planification de l'activité, comme le suggèrent Tonneau et Lucas (2006) : des contraintes de réalisation (ordre des tâches, rythme, délais) sont associées à l'application des procédures » (Gentil, 2012, p 35)

Ces procédures tentent de standardiser la prise en charge des patients. Il s'agit du travail prescrit qu'Yves Cot nomme « la dimension impersonnelle du travail » et qu'il définit ainsi « celle qui encadre et définit le métier : définition des tâches, prescriptions, conditions de travail... » (Roger, 2010, p145).

Ceci diffère du travail réel qui comporte le travail prescrit et les tâches réalisées pour le bon fonctionnement du service et une prise en charge adaptée et personnalisée du patient. De plus, la division du travail entraîne l'absence d'une vision globale de la prise en charge du patient, or c'est ce qu'apprennent les aides-soignants durant leur formation. Cette absence de prise en charge globale du patient entraîne un manque de reconnaissance pour les aides-soignants : « Du fait du morcellement de l'activité et en l'absence de tels moments de rencontre, nul n'est en mesure d'appréhender le travail d'organisation dans sa globalité. Les personnels souffrent ainsi d'un manque de reconnaissance de ce travail. » (Gentil, 2012, p 40).

C'est un paradoxe, car les aides-soignants font le choix du métier pour exercer auprès des patients. Cette proximité est gratifiante et valorisante, car dans la majorité des cas les patients sont reconnaissants de l'aide apportée. Au bloc opératoire, les aides-soignants sont plutôt dans une organisation du travail à la tâche. Ce qui implique un faible retour des patients sur le travail effectué, donc peu de reconnaissance et de valorisation. Par contre, l'avantage de cette situation, c'est la charge mentale dû à la prise en charge des patients est répartie sur l'ensemble des acteurs.

### **3.2 La recherche de légitimité par l'expertise et la spécialisation**

Effectivement nous nous posons la question de ce qui peut orienter le choix d'un aide-soignant d'exercer au bloc opératoire, alors qu'il n'y a pas été préparé lors de sa formation initiale. Lors des entretiens, tous les aides-soignants nous ont expliqué leur arrivée au sein des blocs opératoires, non pas par choix, mais plutôt par opportunité, d'un temps partiel par exemple, pour Mme Dupont (Aide-soignante vue lors de la phase exploratoire).

De plus, le bloc opératoire est un service particulier, c'est un lieu où exercent des « *équipes spécialisées* » comme le dit Mme Marie (Cadre de santé infirmière anesthésiste vu lors de la phase exploratoire).

En effet, les infirmières qui exercent au bloc opératoire ont suivi des études de spécialités. Il y a tout d'abord, les infirmières anesthésistes qui ont suivi une spécialisation de vingt-quatre mois, afin de « réaliser des soins infirmiers d'anesthésie et/ou de réanimation concourant au diagnostic, au traitement et à la recherche. Accompagner le patient, dans des domaines de l'intervention chirurgicale, du traitement de la douleur, de l'urgence ou de la réanimation. Mettre en œuvre des mesures garantissant la sécurité des patients en anesthésie-réanimation dans la période péri-interventionnelle. » (Fiche métier : répertoire métiers de la santé et de l'autonomie).

Les infirmières de bloc opératoire, spécialisation de dix-huit mois afin d'«organiser, réaliser des soins et des activités en lien avec le geste opératoire, en pré, per et post interventionnel auprès des personnes bénéficiant d'interventions chirurgicales, endoscopiques et autres actes techniques invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Mettre en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité en tenant compte des risques inhérents à la nature des interventions et à la spécialité des patients, au travail en zone protégée et à l'utilisation de dispositifs médicaux spécifiques. Mettre en œuvre les actes et les activités relevant de sa compétence exclusive. » (Fiche métier : répertoire métiers de la santé et de l'autonomie). Cette formation est complétée depuis le 27 janvier 2015, par le décret sur les actes exclusifs.

Au sein du bloc opératoire numéro un, 80% des infirmières qui exercent au bloc opératoire sont des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat. Ils seront tous formés aux actes exclusifs avant la fin de l'année 2017.

Cette spécialisation ne se limite pas aux paramédicaux, car les médecins exercent aussi par spécialité.

Il y a tout d'abord, les médecins anesthésistes qui dans la majorité des blocs opératoires sont répartis par spécialités chirurgicales. Mme Evin (Médecin anesthésiste interrogée en phase exploratoire), par exemple, exerce dans « *les spécialités digestives et de la chirurgie de la main* ».

Puis, il en est de même pour les chirurgiens, M. Gray interviewé est urologue, il intervient donc uniquement dans sa spécialité « *je suis urologue...activité oncologique et en particulier robotique* ».

Les aides-soignants exercent dans toutes les spécialités et certains notamment dans le bloc opératoire numéro un, travaillent aussi en salle de surveillance post interventionnelle. Nous constatons qu'il est demandé une grande polyvalence aux aides-soignants de bloc opératoire, ce qui n'est pas forcément demandé aux infirmiers. Mme Lind (infirmière de bloc opératoire numéro deux), explique cela « *on est polyvalent, c'est assez compliqué, mais en général, elles s'en sortent bien* ». Celle-ci ajoute aussi que « *déjà à notre niveau ce n'est pas facile de tout intégrer* », donc en étant sur plusieurs spécialités de chirurgie ainsi que sur plusieurs secteurs du bloc opératoire, les connaissances à acquérir sont denses. Mme Massa (infirmière anesthésiste du bloc opératoire numéro deux), ajoute, « *elles sont hyper compétentes vu tout ce qu'on leur demande* ».

Nous constatons par ces propos que la dimension impersonnelle du travail, décrite par Yves Clot, des aides-soignants au bloc opératoire, n'est pas si définit que cela et qu'il leur est demandé une grande polyvalence.

A ce titre, le temps de formation doit être à la hauteur du niveau attendu. Dans son entretien, Mme Calot « *ça fait deux ans que je suis là et au bout de 18 mois j'ai commencé à me sentir mieux* ». L'accompagnement d'un nouvel aide-soignant au sein du bloc opératoire demande un accompagnement de plusieurs semaines afin de lui transmettre les informations sur le fonctionnement du bloc opératoire. Ne serait-ce que l'hygiène à respecter, ne pas toucher le matériel stérile et enfin les installations spécifiques à chaque intervention voir à chaque chirurgien. Au vu de tous ces éléments, certains aides-soignants interrogés, notamment Mme Ava, propose « *une spécialisation pour les aides-soignants du bloc opératoire* » afin de faire reconnaître leur spécificité au même titre que les infirmiers anesthésistes ou de bloc opératoire.

Les aides-soignants du bloc opératoire ont le sentiment que leur spécificité d'exercer au bloc opératoire n'est pas reconnue. Mme Ava demande « *une reconnaissance comme infirmier anesthésiste ou infirmier de bloc opératoire* », mais cela implique « *qu'il faudrait faire six mois de plus* », de formation. En fait, elle propose les dix mois communs de la formation aide-soignante, puis six mois de spécialisation pour les aides-soignants de bloc opératoire.

Cela pose la question suivante, faut-il être spécialisé pour être reconnu au sein du bloc opératoire ?

### **3.3 La collaboration**

Mme Ava, décrit cela ainsi, « *on est entre deux équipes, les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes, c'est bâtard* ».

Effectivement, les rôles sont bien définis entre l'infirmier anesthésiste et l'infirmier de bloc opératoire. L'une est « *la petite main du chirurgien* », exprime Mme Dupont (aide-soignante vue lors de la phase exploratoire) et l'infirmier anesthésiste « *est là pour le médecin anesthésiste* » précise Mme Ava.

Les aides-soignants aident les deux et sont responsables de deux salles en même temps. Nous constatons que la place de l'aide-soignant n'est pas très bien définie. Dans la fiche métier des aides-soignants, le métier est défini ainsi, l'aide-soignant « dispense, dans le cadre du rôle propre infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne ». (Annexe 1, p I).

Nous avons souhaité définir le terme de collaboration : « Les membres du groupe travaillent pour un but commun. Mais chacun, individuellement, cherche à atteindre par lui-même le but fixé. Deux productions se font en parallèle: une production collective et les productions individuelles de chaque intervenant. » (Henri, Lundgren-Cayrol, 2001, p 32). Lors de nos entretiens, les professionnels ne nous ont pas parlé en ces termes de leur travail interdisciplinaire. Il s'agit plutôt de coopération. C'est-à-dire, « Le groupe est divisé en équipes spécialisées qui réalisent une partie de tâche. Les membres de chaque équipe ont des responsabilités spécifiques. L'ensemble est réalisé seulement quand tous les membres ont fait

leur part de travail » (ibid). Il s'agit plutôt de coopération au regard de ces définitions que de coopération.

Les aides-soignants sont entre les deux équipes et la collaboration avec les infirmiers est compliquée, car les infirmiers anesthésistes travaillent avec le médecin anesthésiste et les infirmiers de bloc opératoire sont souvent deux en salle. Un infirmier comme instrumentiste et un comme circulante. Le binôme étant déjà formé, la collaboration avec l'aide-soignant n'est pas facilitée.

De plus, la collaboration n'est autorisée que dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Au final, il s'agit souvent de délégation. L'infirmier délègue à l'aide-soignant les tâches de son rôle propre qu'elles ne souhaitent pas exécuter. Ceci s'explique par l'évolution de l'hôpital, « un élargissement de l'ensemble des tâches infirmières, notamment sous l'effet d'une délégation de leurs propres tâches par les médecins, celles-ci s'ajoutant au sommet de la hiérarchie pour les infirmières. Sauf à accroître leur charge de travail, les infirmières se doivent de déléguer à leur tour une partie de leurs tâches. Ce sont les moins prestigieuses qui sont visées par ce processus, en direction de catégories subalternes » (Arborio, 2009, p 53). C'est la définition du « sale boulot » par Everett Hughes, et implique la délégation de tâches moins nobles d'une catégorie de personnes à une catégorie de personnes inférieure. Cependant, la catégorie inférieure de personnes accepte ce sale-boulot car la réalisation de ces tâches est gratifiante pour elle. « L'hypothèse sous-jacente à ce raisonnement est qu'il existe une hiérarchie des tâches selon leur degré de prestige de celles qu'on est fier d'exécuter, c'est-à-dire souvent « celles qui sont censées exiger le plus d'études » jusqu'aux « corvées » : dans le cas des infirmières, ces corvées sont les tâches à caractère domestique, considérées comme « indignes » et n'exigeant aucune qualification. (Hughes, 1951), (Arborio, 2012, p119).

Cependant, la délégation n'est pas autorisée par les textes qui réglementent les métiers aide-soignant et infirmier. La « délégation implique un transfert de compétences. Juridiquement, le transfert de compétences ne peut s'effectuer qu'à la condition incontournable qu'il ne s'agisse pas de compétences soumises à des règles impératives d'ordre public. Or, il existe des dispositions d'ordre public qui régissent les professions d'infirmières, de kinésithérapeutes, de médecins. » (Boissier-Rambaud, 2004, p 20). La délégation de tâches qui souvent dans le milieu de la santé est appelée « glissement de tâches » est répréhensible.

Nous parlons ici de la « délégation » des tâches moins prestigieuses des infirmiers aux aides-soignants entraîne une hiérarchie entre les deux professionnels. L'aide-soignant s'organise en fonction de ce que lui délègue l'infirmier. L'aide-soignant est valorisé dans certaines situations par cette délégation de tâches, car il peut réaliser des soins plus gratifiants que ceux

que lui-même va considérer comme moins prestigieux et qu'il va laisser aux agents de service hospitalier qualifiés : le bionettoyage par exemple. En effet, les aides-soignants du bloc opératoire sont plus valorisés par la réalisation des installations chirurgicales des patients, que par la réalisation du bionettoyage, qui est pourtant leur cœur de métier.

Cette délégation des tâches entre professionnels entraîne une hiérarchie implicite au sein des établissements de santé.

Ce travail des aides-soignants sous la responsabilité des infirmiers entraîne une hiérarchie implicite, comme le dit Mme Calot (aide-soignante du bloc numéro un), « *une hiérarchie très palpable* », « *ce sont les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire, nous les aides-soignants et puis les agents de service hospitalier qualifié* ». Cette idée de hiérarchie est reprise par M. Paris (aide-soignant du bloc opératoire numéro deux), Mme Ava et M. Gustin (aides-soignants du bloc opératoire numéro un), « *Nous sommes ceux qui sont en bas de l'échelle* ». Ce qui montre bien que cela est très présent dans les blocs opératoires, car c'est repris par tous les aides-soignants lors des entretiens.

Il s'agit d'une hiérarchie implicite, car le supérieur hiérarchique des aides-soignants est le cadre de santé. Or dans les entretiens que nous avons réalisés, les aides-soignants expliquent cette hiérarchie implicite au sein des blocs opératoires, au regard du nombre d'années d'études réalisées, « *Non, mais je n'ai pas fait BAC plus cinq pour pousser une chiffonnette* », ce sont les dires d'un infirmier anesthésiste à Mme Calot (aide-soignante du bloc opératoire numéro un), que celle-ci nous rapporte lors de son entretien.

Ceci est défini par la subordination des paramédicaux aux médecins, « Elles s'inscrivent au bas de la hiérarchie des métiers « paramédicaux » (Freidson, 1984, p59). Effectivement, les aides-soignants sont en bas de l'échelle des paramédicaux. Elles se situent entre les infirmiers et les agents de service hospitaliers qualifiés. Or dans les blocs opératoires, il y a très peu d'agents de services hospitaliers qualifiés, ce sont les aides-soignants les derniers de l'échelle des professions par années d'études.

Les infirmiers anesthésistes sont classés, tout en haut de cette échelle car leur formation est de vingt-quatre mois. Puis suivent les infirmiers de bloc opératoire, dont la formation est de dix-huit mois. Cependant quand nous regardons les temps d'apports théoriques sont très proches. Il est de neuf cent dix pour les infirmiers anesthésistes et de huit cent soixante-dix pour les infirmiers de bloc opératoire.

Seul le temps en stage varie, deux mille trente heures pour les infirmiers anesthésistes et mille trois cent soixante-cinq heures pour les infirmiers de bloc opératoire.

Cependant, dans la hiérarchie implicite des blocs opératoires, l'infirmier anesthésiste est au-dessus de l'infirmier de bloc opératoire. (Source institut de formation des infirmiers spécialisés du centre hospitalier universitaire de Nantes).

Nous trouvons ensuite les infirmiers qui exercent comme infirmier de bloc opératoire, trois années d'études puis les aides-soignants qui suivent une formation de dix mois.

Au bloc opératoire, la difficulté pour les aides-soignants, c'est qu'ils travaillent avec plusieurs infirmiers en même temps, ce qui leur demande de savoir prioriser leurs actions et leur demande de se positionner. M. Paris dit « *Savoir tenir sa place, être à sa place quand il le faut* », cela est indispensable dans un environnement comme le bloc opératoire sans pour autant se laisser mal mener.

La souffrance des aides-soignants qui exercent au bloc opératoire a été très présente lors des entretiens, notamment par la non-reconnaissance de leurs activités.

### **3.4 La souffrance par la non-reconnaissance :**

Le bloc opératoire est un « *microcosme* », comme le dit Mme Marie (cadre de santé, infirmière anesthésiste vue lors de la phase exploratoire), dans lequel les aides-soignants souffrent de non-reconnaissance de leur travail, « *il y a des jours où je me dis que quand je viens bosser ici, je suis un sous-citoyen quand je sors d'ici je redeviens un citoyen normal* », M. Gustin (aide-soignant au bloc opératoire numéro un). Les mots de cet aide-soignant sont forts. Il est expérimenté (54 ans) et travaille au bloc opératoire depuis (21 ans) cependant nous constatons une souffrance dans ses propos. En psychodynamique du travail et notamment Christophe Dejours a développé cette conséquence de la souffrance au travail dû à la non-reconnaissance : « La non-reconnaissance de ces efforts, par les pairs ou la hiérarchie, entraînerait alors une souffrance dans la mesure où la créativité, la singularité du travailleur est niée. » (Loriol, 2006, p 239). En effet les paroles à l'égard des aides-soignants peuvent être blessantes et humiliantes, « *j'ai vu pas mal de collègues pleurer à la sortie des salles* », M. Gustin (aide-soignant du bloc opératoire numéro un).

Ceci correspond aux « dimensions personnelle et interpersonnel du métier » selon Yves Clot. En effet, cela correspond au regard que chacun porte sur son métier et le regard des autres sur celui-ci. Jean-Luc Roger dit à ce sujet « C'est en fait dans la mise en débat des manières

individuelles et collectives de faire le métier et de le concevoir, par les professionnels eux-mêmes au sein d'un véritable collectif de pairs, que peuvent trouver les moyens de faire face aux épreuves du travail et aux dilemmes du métier ». (Roger, 2010, p 58).

Nous constatons qu'au sein des équipes aides-soignantes que nous avons rencontrées ce collectif est mis à mal et ne permet pas les moyens de faire face aux difficultés de l'exercice au bloc opératoire. La pression est importante dans les blocs opératoires, le chirurgien « met la pression » sur les infirmiers et ceux-ci sur les aides-soignants en cascade, comme l'explique M. Gustin, « *les infirmiers l'ont aussi, mais comme on est en dessous, les derniers depuis que les brancardiers sont partis, nous sommes les derniers en bas donc c'est sur nous* ». Mme Evin, anesthésiste confirme cela, « *il y a un gros manque de reconnaissance de la part des chirurgiens, parce qu'ils ne se rendent pas compte du travail qu'elles font* ».

Lors des entretiens, nous avons ressenti ce malaise chez les aides-soignants interviewés. Deux aides-soignantes, ont demandé l'arrêt de l'enregistrement, car le fait d'avoir quelqu'un qui s'intéresse à leur métier les touchaient beaucoup. Nous avons pu percevoir leur mal-être et le manque de considération, « *j'aimerais tellement que certains ouvrent les yeux et se rendent compte qu'on est là. On est aidant. On fait beaucoup de choses* », Mme Calot. « *J'ai envie de dire, ce n'est pas parce que l'on a qu'une année d'étude qu'on est rien* », Mme Calot. « *En salle certains nous disent, on peut se débrouiller sans vous* », Mme Calot. Ce sentiment est partagé par Mme Lind, infirmière du bloc opératoire numéro deux, qui dit « *le bloc opératoire, c'est un milieu dur où la reconnaissance, ce n'est pas là qu'il faut l'attendre, ni les mercis* », elle ajoute « *il faut mettre son orgueil de côté et apprendre l'humilité* ». M. Paris (aide-soignant du bloc opératoire numéro deux), parle aussi d'humilité « *garder sa place d'aide-soignant* ». Nous constatons que les personnes interrogées sont unanimes sur le fait que les aides-soignants manquent de reconnaissance au sein du bloc opératoire.

D'ailleurs le chirurgien, Docteur Gray est très clair sur le sujet « *le rôle de l'aide-soignant au bloc opératoire, en tous cas moi je n'en vois pas* ». Tout ceci génère de l'insatisfaction au sein des équipes d'aides-soignants du bloc opératoire. Ils ont le sentiment d'être le dernier maillon de la chaîne et que l'on ne s'intéresse pas à eux sauf quand ça ne va pas pour leur signifier que « c'est de leur faute ». Nous pouvons nous interroger sur le fait que ce sentiment soit uniquement ressenti par les aides-soignants ?

Or Mme Lind (Infirmière de bloc opératoire) dit « *Le bloc opératoire c'est un milieu dur, où il faut être fait pour le bloc opératoire* ». Cela sous-entend que tout le personnel du bloc opératoire est soumis à la même pression, Mme Calot, dit « *Ah non c'est tout le monde* ».

Cela étant dit les aides-soignants étant le dernier maillon de cette hiérarchie implicite par conséquent ce sont eux qui finissent par entendre les brimades.

De plus, le chirurgien est dépendant de l'infirmier de bloc opératoire pour opérer ainsi que de l'anesthésiste qui lui-même a besoin de l'infirmier anesthésiste. Au final seule l'aide-soignant n'est pas indispensable à l'intervention du point de vue du chirurgien, ce que le Dr Gray a confirmé lors de l'entretien, *« je ne vois pas l'intérêt »*.

Au regard de tous ces éléments, nous constatons que les aides-soignants souffrent d'un manque de reconnaissance de leur métier. Ils n'ont pas de rôle défini, ils agissent sous la responsabilité de l'infirmier avec qui ils collaborent pour les activités relevant du rôle propre infirmier. Au bloc opératoire, la collaboration avec l'infirmier est compliquée, car les infirmiers du bloc opératoire travaillent en collaboration avec les médecins (Médecin anesthésiste réanimateur ou chirurgien). Pour les infirmiers de bloc opératoire, ils travaillent en binôme avec un collègue, car souvent deux par salle d'interventions. Par conséquent, la place de l'aide-soignant est compliquée, leur présence est indispensable comme le précise Mme Massa, (infirmière anesthésiste du bloc opératoire numéro deux), *« si elles n'étaient pas là nous serions bien dans la difficulté »*, pour la prise en charge du patient, mais leur travail est peu reconnu et peu valorisé.

Nous pouvons expliquer cette non-reconnaissance par le fait qu'une partie de leurs activités est invisible dans l'organisation du bloc opératoire. En effet, les aides-soignants préparent le matériel avant l'intervention et interviennent dans la salle en fin d'intervention. D'ailleurs nous retrouvons cela dans l'entretien avec le chirurgien a un regard pragmatique, il dit que *« le bloc opératoire doit être économiquement viable donc ce qui rapporte c'est le temps opératoire. Donc on doit opérer, le ménage doit prendre le moins de temps possible afin d'opérer plus. Pour opérer, il faut des infirmières de bloc opératoire, car elles connaissent. Ça permettrait d'avoir deux infirmières de bloc opératoire par salle pour instrumenter, on gagnerait du temps et elles installeraient les patients. Pour le ménage des agents de service hospitalier qualifié, pas besoin d'aides-soignants »*. Ce qui n'est pas tout à fait le point de vue du médecin anesthésiste, qui travaille dans deux blocs opératoires, un où il y a des aides-soignants et l'autre où il n'y en a pas. Par conséquent, elle voit l'intérêt des aides-soignants au bloc opératoire, *« Grâce aux aides-soignants on gagne du temps dans les enchainements des patients. Pour les installations quand il n'y a pas d'aides-soignants, c'est l'infirmier anesthésiste et l'anesthésiste, car le chirurgien n'est jamais là »*. Nous constatons à travers ces exemples que les activités des aides-soignants sont méconnues et surtout non valorisées.

Nous nous sommes donc intéressée aux tâches que les aides-soignants réalisent au sein des blocs opératoires.

### **3.5 Les activités des aides-soignants du bloc opératoire :**

Les aides-soignants accueillent les patients, excepté au bloc opératoire numéro deux, c'est un agent de service hospitalier qualifié qui assure cette mission. Les aides-soignants ont des tâches en dehors de la salle d'interventions notamment l'entretien des endoscopes, la pré-désinfection du matériel de l'intervention, la salle de surveillance post-interventionnelle, l'aide lors de rachianesthésie, le brancardage interne au bloc opératoire.

Nous allons nous intéresser aux deux tâches principales de l'aide-soignant au bloc opératoire, en salle d'intervention. Tout d'abord, nous nous souhaitons préciser ce qui régit l'installation chirurgicale du patient. Comme nous l'avons vu précédemment, les textes de loi précisent que cette tâche est de la responsabilité du chirurgien, qui peut la déléguer à un infirmier de bloc opératoire. Celui-ci peut la réaliser avec la collaboration de l'aide-soignant.

Cependant, dans les faits, *« les infirmiers n'ont jamais réellement investi leur rôle au niveau de l'installation des patients »*, précise M. Paul (cadre de santé infirmier anesthésiste du bloc opératoire numéro un). Ce sont les aides-soignants qui réalisent cela, *« Elles ont les aides-soignants qui ont complètement investi l'installation des patients »*, ajoute-t-il. Ce sont les aides-soignants qui ont cette expertise, comme le précise Mme Evin (Médecin anesthésiste rencontrée lors de la phase exploratoire), *« ils installaient les patients comme il fallait avec le bon matériel »*. En effet les aides-soignants ont investi cette mission, car elle est valorisante pour eux. Ils se sentent reconnus, notamment par le chirurgien *« parce que comme de toute façon, on est lié à eux »*, dit Mme Ava. Ceci est confirmé par M. Paul qui dit ceci *« Ils sont à côté du chirurgien, il le tutoie et ils sont reconnus par le chirurgien avec tout l'aura que ça peut avoir »*.

Everett Hugues définit ceci comme le *« sale boulot »*. En effet, l'infirmier de bloc opératoire préfère réaliser des tâches qu'elles jugent plus gratifiantes comme la préparation du matériel pour l'intervention, ou en renseignant le dossier informatisé du patient et laisser l'installation aux aides-soignants. Ceux-ci se sentent valoriser par cette tâche, car en proximité avec le chirurgien et du rôle infirmier.

L'autre activité que les aides-soignants réalisent, le bionettoyage des salles d'intervention, notamment le matin avant le début du programme opératoire, puis entre deux interventions et en fin de journée opératoire.

Cette tâche est primordiale dans un bloc opératoire où l'hygiène et l'asepsie sont prépondérantes et indissociables de l'activité. De plus, il s'agit d'une mission du métier aide-soignant.

Cependant, lors des entretiens, cette tâche n'est pas apparue comme valorisante pour les aides-soignants, bien au contraire. M. Gustin (aide-soignant du bloc opératoire numéro un), parle de « *le ménage, maintenant on nous dit que l'on fait du bionettoyage* ». Le chirurgien Dr Gray, parle de « *femme de ménage* ». Ceci nous surprend, car les chirurgiens sont sensibles au respect des règles d'hygiène dans un bloc opératoire.

Ce qui nous a interpellée c'est que les aides-soignants disent ne pas être reconnus pour leur spécificité d'exercice au bloc opératoire, cependant, un des éléments qui argumente leur présence au bloc opératoire, c'est leurs connaissances en hygiène hospitalière et notamment en bionettoyage des locaux. Ils sont formés à cela contrairement aux agents de service hospitaliers qualifiés. Cependant, ils ne considèrent pas cela comme une tâche valorisante de leur métier. Alors qu'il ne s'agit pas de tâches ménagères, mais bien de bionettoyage un entretien des locaux professionnels et répondant à des règles strictes d'hygiène hospitalière et qui nécessite une formation. Il s'agit de leur expertise métier au sein des blocs opératoires et cependant aucun aide-soignant interviewé n'en a parlé en ces termes.

Nous pouvons nous demander s'il ne s'agit pas d'un déni de leur métier. Le fait est que malgré toutes ces difficultés à exercer au sein du bloc opératoire, les aides-soignants ne souhaitent pas le quitter pour exercer dans les services de soins. Mme Ava dit « *la routine, les toilettes, ça ne m'intéresse plus* ». Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils aiment le côté non prévisible du programme opératoire, M. Gustin dit « *ici on commence une journée et on ne va jamais savoir comment elle va se passer en fait* ».

Effectivement, le bloc opératoire est un service où la relation à l'urgence et le déroulement d'une journée de travail est rarement la même d'une journée à l'autre. C'est ce qui plait aux aides-soignants, notamment aux hommes. « La magie » des entretiens semi-directifs a fait émerger une autre explication, au fait que les aides-soignants restent au bloc opératoire malgré les difficultés énoncées.

M. Gustin dit qu'il a fait le choix de travailler au bloc opératoire, car « *j'étais le seul homme alors qu'ici, il y a un quart de l'équipe composée d'hommes et ça c'est important ça change l'ambiance* ». C'est un aspect du métier en lien avec le genre, auquel nous n'avions pas pensé. C'est vrai que dans les blocs opératoires, il y a une proportion d'hommes importante par rapport aux services de soins. Il y a tout d'abord, les médecins qu'ils soient anesthésiste ou chirurgien et aussi les infirmiers anesthésistes. Nous retrouvons moins d'hommes dans la population d'infirmier de bloc opératoire que les infirmiers anesthésistes.

Au sein de l'échantillon de population aide-soignant interrogée, nous avons deux hommes et deux femmes. Cette répartition est due au hasard des disponibilités de chacun.

Un autre point de divergence entre les aides-soignants hommes et les femmes, c'est le choix d'exercer au bloc opératoire pour le côté technique de leur métier, notamment dans la gestion des tables d'intervention. Ce côté technique plait aux aides-soignants masculins et compte dans le choix d'exercer au bloc opératoire. M. Paris dit « *préparer la salle correctement et mettre la table comme il faut* » et M. Gustin, « *techniquement* » c'est intéressant de travailler au bloc opératoire.

Nous n'avions pas du tout pensé à cette différence de motivations à travailler au bloc opératoire entre les hommes et les femmes. Les hommes font ce choix pour le côté technique et le fait de ne pas être le seul homme du service.

Ce qui nous amène à nous poser la question des autres motivations à exercer au bloc opératoire ?

### **3.6 Les motivations pour rester exercer au bloc opératoire :**

Nous abordons les éléments qui font que les aides-soignants restent au bloc opératoire.

Tout d'abord, le fait d'exercer au sein d'un bloc opératoire est plus prestigieux que dans un service de soins ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. M. Gustin (aide-soignant du bloc opératoire numéro un) dans son entretien dit « *Ça a un côté valorisant d'être au bloc opératoire que dans les services de soins* ».

Le bloc opératoire est un lieu prestigieux où les aides-soignants sont fiers de travailler. Nous avons parlé de cela dans le contexte de ce travail. Notamment Everett Hughes dit « une échelle de prestige et de privilèges » (Osty, 2006, p 68) des services de soins. Ceci implique que les personnes qui travaillent dans ces services prestigieux sont plus importantes sur cette échelle que les personnels exerçant dans les autres services. Cette hiérarchie est aussi liée « au fur et à mesure que la technologie médicale change et progresse certaines tâches spécifiques se trouvent délégués par le médecin à l'infirmière », (Hughes, 1996, p 65). Et l'infirmière fait de même avec les aides-soignants.

Cette proximité avec le chirurgien et le médecin anesthésiste est gratifiante pour les aides-soignants du bloc opératoire. Mme Ava (aide-soignante du bloc opératoire numéro un), dit, « *le chirurgien comme de toute façon, on est lié avec eux* ». Cette proximité avec le corps médical est valorisante pour les aides-soignants du bloc opératoire, car il n'y a pas cette proximité au sein d'un service de soins.

D'autres éléments qui sont importants dans le choix de rester exercer au bloc opératoire pour les aides-soignants ce sont les horaires et le rythme de travail. En effet, dans les blocs opératoires où nous avons réalisé mes entretiens, les aides-soignants travaillent du lundi au vendredi, sur des horaires de journée. Ils font parfois des horaires de nuit, mais cela est rare et travaillent un week-end sur huit à dix semaines. Leurs collègues en service de soins, travaillent en horaires décalés et un week-end sur deux. M. Gustin dit en parlant de ces rythmes de travail, « *c'est une des raisons pour lesquelles je suis revenu au bloc opératoire* ».

Et enfin, le dernier élément qui fait que les aides-soignants restent au bloc opératoire, c'est le sentiment d'appartenance. Il y a une ambiance particulière au bloc opératoire, Mme Dupont (aide-soignante vue lors de la phase exploratoire) dit à ce titre, « *Dans les moments durs que l'on est une famille* ». Ce sentiment d'appartenance est fort dans les blocs opératoires certainement lié à la gestion de l'urgence. Nous retrouvons cela dans les services des urgences ou de réanimations.

C'est la dimension transpersonnelle du métier selon Yves Clot. C'est « l'histoire et la mémoire professionnelle (...) n'appartient à personne, est un moyen disponible pour tous, traverse les générations et même chaque professionnel. C'est un trait d'union qui risque toujours de s'effacer ». (Roger, 2010, p 14). On peut définir cela comme le diapason du métier entre les professionnels.

### ***3.7 La synthèse de l'analyse :***

Ce que nous pouvons retenir de cette analyse au regard des hypothèses que nous avons posées au début du travail, c'est que certaines hypothèses ont été validées et d'autres au contraire invalidées. Par contre, beaucoup d'autres éléments sont apparus au cours des entretiens.

La première hypothèse est que les aides-soignants auraient des bénéfices secondaires à travailler au bloc opératoire en raison d'une organisation professionnelle plus favorable à la vie familiale. C'est une hypothèse qui s'est vérifiée lors de l'analyse des entretiens. Effectivement ce sont des horaires de journée et peu de week-end de travail. Les aides-soignants du bloc opératoire sont conscients de cet avantage en qualité de vie.

La deuxième hypothèse, c'est le fait de travailler au sein d'un grand bloc opératoire avec une importante polyvalence entraînerait une déresponsabilisation individuelle pour les aides-soignants. Cette hypothèse par contre, n'a pas été vérifiée lors des entretiens. Ils sont investis dans leur travail et ne déclarent pas se sentir moins responsables. Seul M. Gustin, en a parlé dans son entretien, mais ce n'est pas ce qui a été le plus abordé par les aides-soignants. Certainement que la responsabilité de chacun après l'intégration d'un grand plateau et d'une polyvalence est amoindrie, mais ça n'apparaît pas dans ce travail comme une motivation pour les aides-soignants à exercer au bloc opératoire et y rester.

La troisième hypothèse, certains aides-soignants travaillent au bloc opératoire depuis le début de leur carrière, or c'est un lieu clos où les liens avec le reste de l'hôpital sont limités, ce qui ne facilite pas les mobilités. Nous pensions que cette hypothèse allait se vérifier, mais en fait ce n'est pas cela qui explique qu'ils restent au bloc opératoire. C'est plutôt le fait, qu'ils n'imaginent pas dans quel service aller après avoir travaillé au bloc opératoire. C'est compliqué de retourner dans un service de soins, peu d'aides-soignants le font, où alors dans des services d'urgence ou de réanimations.

La quatrième et dernière hypothèse : les aides-soignants qui travaillent au bloc opératoire ont un temps limité avec le patient par rapport à l'exercice dans un service de soins et que cela diminue la charge émotionnelle du métier. Cette hypothèse a été vérifiée, les aides-soignants disent que le contact est important dans leur métier, mais que le fait que ce soit un temps court, leur convient bien.

Le fait de regrouper plusieurs blocs opératoires entraîne une division du travail afin d'optimiser la performance de ces structures et la prise en charge du patient. Cette division du travail induit une « délégation » du rôle du médecin vers l'infirmier et celui-ci fait de même avec les aides-soignants. Ces tâches sont gratifiantes pour les aides-soignants et cela les valorisent dans leur travail. Cependant, ces tâches n'apparaissent pas dans les fiches de postes, car il s'agit du travail réel, alors que sur les fiches de postes c'est le travail prescrit qui apparaît. Ceci entraîne un sentiment de non-reconnaissance des spécificités du métier d'aides-soignants au bloc opératoire. De plus, ce sentiment est renforcé par le fait que dans les blocs opératoires, les personnes qui y travaillent sont spécialisées. Les infirmiers sont soit infirmier de bloc opératoire, soit infirmier anesthésiste, il en est de même pour les médecins. Seuls les aides-soignants ne sont pas spécialisés. Ils vont dans sur toutes les spécialités, ce qui leurs demandent une grande polyvalence. Cependant, cette polyvalence n'est pas valorisée, ce qui renforce le sentiment de non-reconnaissance. Ils ont peu de contact avec les patients donc n'ont pas la reconnaissance qu'apporte la prise en charge des patients en unité de soins.

De plus, ils ne perçoivent pas la plus-value de leur formation comme un atout. A aucun moment, les aides-soignants que nous avons rencontrés ne nous ont parlé de leurs connaissances en hygiène hospitalière. C'est pourtant pour cela qu'ils sont indispensables dans les blocs opératoires où l'asepsie régit l'organisation du bloc opératoire. C'est par la réalisation d'un bionettoyage rigoureux que le risque infectieux est maîtrisé au bloc opératoire notamment. Cependant, même cette expertise n'est pas considérée comme un atout. Ce sont des éléments qui expliquent que le bloc opératoire n'est pas un lieu familier pour les aides-soignants.

Nous souhaitions comprendre pourquoi, ils restaient travailler au bloc opératoire malgré ces difficultés. Il y a plusieurs facteurs à cela.

Tout d'abord, le fait de travailler au bloc opératoire est plus prestigieux que dans un service de gériatrie. Cette reconnaissance est palpable au sein de l'hôpital, mais aussi à l'extérieur.

C'est un lieu de prestige, où il est valorisant de travailler.

De plus, la proximité pour les aides-soignants avec le corps médical est gratifiante. En effet, dans les blocs opératoires, l'aide-soignant travaille auprès du médecin anesthésiste réanimateur et du chirurgien.

Enfin, le sentiment d'appartenance est fort dans ce type de service, où la prise en charge de l'urgence est omniprésente. Ce sentiment est entretenu par des rencontres et sorties hors du travail.

## CONCLUSION

Nous sommes partie d'une interrogation observée durant notre expérience de faisant fonction cadre de santé au bloc opératoire. Nous avons la responsabilité de l'équipe aide-soignante. Ils sont dans un environnement qui ne leur est pas familier et cependant ils y restent ?

Nous voulions comprendre pourquoi, ils restent dans un environnement qui peut être hostile et dévalorisant. Nous nous sommes appuyée sur les quatre dimensions du métier d'Yves Clot pour décrypter cette question. Tout d'abord, la dimension impersonnelle du métier, puis les dimensions personnelle et interpersonnelle et enfin la dimension transpersonnelle.

Nous avons réalisé des entretiens afin de nous aider à comprendre cette problématique à travers les hypothèses que nous avons émises. Les rencontres ont été riches et fortes en émotion pour les aides-soignants notamment ils étaient très surpris que nous nous intéressions à eux. Ce travail nous a permis de découvrir toutes les dimensions du métier et la complexité des interactions.

En effet, nous n'avions pas imaginé le nombre de composantes qui intervenaient dans ce que nous avons réduit à un « conflit entre aides-soignants et infirmiers ». Nous avons compris les enjeux de chaque professionnel dans la répartition des tâches. Le métier d'aide-soignant est défini par défaut, du métier d'infirmier. Ceci est d'autant plus important au bloc opératoire, un lieu d'hyperspécialisation. Tous les professionnels qui exercent au bloc opératoire sont spécialisés, les médecins, les infirmiers, seuls les aides-soignants ne sont pas spécialisés. Or, l'exercice du métier d'aide-soignant au bloc opératoire leurs demande une grande polyvalence et de développer des compétences, non abordées lors de leurs études. A ce titre, les aides-soignants interviewés demandent une reconnaissance de leur spécificité d'exercice au bloc opératoire. La non-reconnaissance de leur travail est entretenue par le sentiment de « délégation » du « sale-boulot » infirmier, à leur égard.

Dans les textes qui réglementent l'exercice de ces métiers, c'est la « collaboration » qui est prônée. Ce terme n'aide pas à délimiter le rôle de chacun dans la réalisation du soin.

Cette ambiguïté autour de la définition du métier d'aide-soignant, induit une hiérarchie implicite entre les infirmiers et les aides-soignants. Le responsable hiérarchique des aides-soignants est le cadre de santé cependant l'aide-soignant travaille sous la responsabilité de l'infirmier. Nous avons constaté que cette ambiguïté engendre un sentiment de non-reconnaissance de leur métier.

Les difficultés des aides-soignants que nous avons identifiées, Yves Clot les explique ainsi : c'est « la dimension « transpersonnelle » du métier, anémiée ou dérégulée, les dimensions « personnelles » d'un côté et « impersonnelles » de l'autre sont elles aussi délestées : les personnes y perdent le sens de leur travail et l'organisation du travail et son efficience » (Roger, 2010, p 241). Lors des entretiens nous avons perçu la détresse des aides-soignants des blocs opératoires. Le manque d'écoute et de temps d'échange entre les professionnels, dans le monde du travail actuel renforce ce sentiment. Les professionnels se sont livrés lors des entretiens de manière sincère et authentique avec beaucoup d'émotion pour certains. Or nous pensons que les temps d'échanges et de confrontation de points de vue sont indispensables à la réalisation du métier.

Nous pensons qu'il est nécessaire de remettre les acteurs au sein du système. Que chaque acteur apprenne à travailler avec l'autre en collaboration. Tout ceci nous aide à nous projeter dans notre future prise de poste au sein d'un bloc opératoire à l'encadrement d'une équipe d'aides-soignants. Tout d'abord, nous pensons qu'il est indispensable de définir le rôle de chacun, afin de permettre la reconnaissance du métier d'aides-soignants au bloc opératoire. Nous valoriserons leur expertise en hygiène hospitalière, ce n'est pas du ménage qu'ils réalisent, mais bien du bionettoyage, ce qu'ils ont appris lors de leur formation à l'école d'aides-soignants et qui justifie de leur présence au sein des blocs opératoires par rapport aux agents de service hospitaliers qualifiés.

Nous constatons que la réingénierie de la formation des aides-soignants est nécessaire, en lien avec un décret de compétences. Celle-ci est annoncée depuis plusieurs années mais nous constatons que cela implique des changements dans le cadre de la profession infirmier et peut-être qu'ils ne sont pas prêts à laisser une partie de leur rôle, que pourtant ils ne réalisent pas au quotidien dans les services de soins.

Et enfin, nous travaillerons à limiter au maximum les incivilités entre les professionnels de santé qui exercent dans ce lieu stressant. Nous pensons qu'il est nécessaire de créer une ambiance de travail où chacun puisse se réaliser, « ils détiennent la clé des adaptations nécessaires au renouvellement des « gestes de métier » et de l'organisation du travail. A une condition : qu'ils parviennent à re-lie ce qui est délié dans les organisations et institutions, c'est-à-dire les dimensions « personnelle », « interpersonnelle », « transpersonnelle » et « impersonnelle » du métier. » (Roger, 2010, p 242). Nous avons constaté par ce travail que les aides-soignants qui exercent au bloc opératoire malgré des difficultés souhaitent rester au

bloc opératoire. Ils ont confiance en l'avenir et espèrent que le système évoluera et leur permettra d'être reconnus dans leur spécialité.

Ce travail, nous a permis de découvrir toutes les difficultés de l'exercice du métier, dans notre société. Nous constatons que l'ambiance générale dans les établissements de santé, était prévisible : les suicides des infirmiers, la reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle... En effet, l'évolution de nos entreprises a induit cette faille dans la réalisation du métier et cela entraîne un sentiment de non-reconnaissance. Un aide-soignant ne réalise pas son métier en 2017, comme il l'avait pensé ou comme on lui a appris lors de sa formation initiale. Ces différences font des brèches dans la satisfaction au travail et le sentiment du « bon travail ». Or c'est ce sentiment qui est le liant entre les quatre dimensions du métier, dont parle Jean Luc Roger dans son livre « refaire son métier ».

Enfin, ce travail, nous a permis de comprendre qu'un conflit, n'est jamais la résultante d'une seule composante et qu'il est nécessaire de regarder ce conflit selon plusieurs paradigmes afin de proposer la solution la moins délétère pour tous les acteurs de ce conflit. Le cadre de santé au sein d'un bloc opératoire est souvent amené à gérer des conflits, à ce titre, ce travail va beaucoup nous aider. Philippe Bernoux, dit « le chef hiérarchique doit faire d'abord une analyse stratégique (quels acteurs ?) et une analyse systémique (pour quelles raisons ce système ?). Faute de quoi il jouera au Gribouille, se mettra tout le monde à dos et empêchera son atelier de fonctionner normalement. » (Bernoux, 1985, p140).

Nous allons lors de notre activité de cadre de santé éviter de jouer au Gribouille.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

### Ouvrages :

- Anzieu D. Martin J-Y. La dynamique des groupes restreints. Paris : Presses Universitaires de France ; 1971. 397 p.
- Arborio A-M. Un personnel invisible les aides-soignantes à l'hôpital. Paris : Economica ; 2012. 334 p.
- Arborio A-M. Les aides-soignantes à l'hôpital : délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». In : Demazière D. Gadea C, Sociologie des groupes professionnels. Paris : La découverte ; 2009. 51-61p.
- Arborio A-M. Savoir profane et expertise sociale : les aides-soignants dans l'institution hospitalière. In: La ville : postures, regards, savoirs, sous la direction de A Bensa et É Wittersheim. Genèses ; 1996, p. 87-106.
- Becker H. Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance. Paris : Edition Métailié ; 1985. 244 p.
- Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil ; 1985. 377 p.
- Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Mayenne : Armand Colin ; 2015. 126 p.
- Boissier-Rambaud C. Responsabilité juridique et fonctions de l'aide-soignant et de l'auxiliaire de puériculture. Paris : Lamarre ; 2004. 260 p.
- Bourdieu P. Comprendre, in La misère du monde. Paris : Editions du Seuil ; 1993. 1399-1425 p.
- Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Edition du Seuil ; 1977. 500 p.

- Freidson E. La profession médicale. Paris : Edition Payot ; 1984. 369 p.
  
- Henri F, Lundgren-Cayrol K. Apprentissage collaboratif à distance. Pour comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels. Quebec : Presse universitaire du Québec ; 2001. 183 p.
  
- Hughes E. Le regard sociologique. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales ; 1996. 344 p.
  
- Lorient M. Ennui, stress et souffrance au travail. In : Alter N, Sociologie du monde du travail. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006. 233-250 p.
  
- Osty F. Sociologie des professions et des métiers. In : Alter N, Sociologie du monde du travail. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006. 63-85 p.
  
- Quivy R, Campenhoudt LV. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod ; 1995. 287 p.
  
- Roger J-L. Refaire son métier. Toulouse : Editions Eres ; 2010. 252 p.
  
- Strauss A, Schatzman L, Bucher B, Ehrlich D, Sabshin M. L'hôpital et son ordre négocié. New York : The free press ; 1963. 147-168 p.

### **Articles de revues :**

- Gentil S. Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles ». Annales des Mines Gérer et comprendre. 2012 ; (N° 109), p. 34-43.
  
- Pouchelle M-C. Situation ethnographique à l'hôpital : elle vient voir si on a un os dans le nez... Recherche en soins infirmiers. 2010 ; (N°4) : p 4-19.

- Sainsaulieu I. Appartenances collectives à l'hôpital. La sociologie du travail. 2006 ; (N°48) : p72-87.

### **Mémoires de fin d'étude :**

- Boulinguez C. Etre faisant fonction de cadre de santé : une opportunité d'apprentissage d'un nouveau métier ?. Nantes : Sous la direction de Mme Delebecque, IFCS de Nantes et Université Paris Dauphine ; 2012-2013. 69 p.
- Gosselin V. Au bonheur des aides-soignantes : Du sens donné au travail au plaisir de travailler : En quoi l'aide-soignante d'aujourd'hui prend-elle du plaisir dans son métier ?. Nantes : Sous la direction de Mme Duveau, IFCS Nantes et Université Paris Dauphine ; 2013-2014. 100 p.
- Massonnie S. Du désir de leur travail de soignant ... au plaisir au travail des soignants : Comment être satisfait, en tant qu'infirmier ou aide-soignant, aujourd'hui à l'hôpital ?. Nantes : Sous la direction de Mme Delebecque, IFCS de Nantes et Université Paris Dauphine ; 118 p.

### **Webographie :**

- Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi Comment je gère un conflit interprofessionnel au bloc opératoire ? - n° 67 - Février 2014, [en ligne] disponible sur [http://www.snphar.com/data/A\\_la\\_une/phar67/PDV-67.pdf](http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar67/PDV-67.pdf), (consulté le 23 mars 2017)
- Fiche métier du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie sur le site de la fonction publique hospitalière, [en ligne] disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-sousfamille&idsubfam=45> (consulté le 22 mars 2017)

### **Documents officiels :**

- Le panorama des établissements de santé, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, 2012, Ministère de la santé et des sports, 176 p.
- Viez Marie-Claire, Fédération de l'hospitalisation privée –Etat des lieux chiffré de la formation et de la population en exercice des aides-soignants diplômés d'Etat, 2011, 7 p.
- Recueil des principaux textes relatifs à la formation conduisant au diplôme d'Etat de la profession aide-soignant, Ministère de la santé et des sports. Uzes : SEDI ; 2010, 68 p.
- Recueil des principaux textes relatifs à la formation conduisant au diplôme d'Etat de la profession infirmier, Ministère de la santé et des sports. Uzes : SEDI ; 2016, 216 p.

## **ANNEXES :**

### ***Annexe 1 : La fiche métier de la fonction publique hospitalière :***

Selon la fiche métier du répertoire métier de la fonction publique hospitalière, la définition du métier AS est la suivante : « Dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne ».

Et que leurs activités sont :

- Accompagnement du patient et/ou du résident de son entourage
- Accueil des personnes
- Accueil information et formation des nouveaux personnels, des stagiaires et des professionnels de santé
- Aide l'infirmier à la réalisation des soins
- Entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits
- Entretien, nettoyage et rangement des matériels spécifiques à son domaine d'activité
- Observation de l'état de santé et le comportement relationnel et social d'une personne
- Observation du bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux
- Observation et mesure des paramètres vitaux
- Réalisation de soins de confort et de bien-être
- Transmission de ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins.

## ***Annexe 2 : Guide d'entretien aide-soignant***

### Thème 1 : Présentation de la personne

- Q 1 : Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?
- Q 2 : Pouvez-vous me raconter votre choix du métier d'aide-soignant ?
- Q 3 : Pouvez-vous me préciser ce qui vous a attiré dans ce métier ?
- Q 4 : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- Q 5 : Qu'est-ce qui a orienté vos choix

### Thème 2 : Choix du métier

- Q 6 : Pouvez-vous me raconter de votre exercice au bloc opératoire ?
- Q 7 : Qu'est-ce qu'il vous paraîtrait important de dire sur les aides-soignants au bloc opératoire?

### Thème 3 : Présentation de l'institution

- Q 8 : Est-ce que vous pouvez me présenter le service dans lequel vous travaillez ?
- Q Relance : nombre de salles
- Q 9 : Pouvez-vous me décrire l'organisation de votre service ?
- Q Relance : quelles sont vos missions spécifiques ?

### Thème 4 : Activités des AS au bloc opératoire

- Q 10 : Racontez-moi votre travail au bloc opératoire ?
- Racontez-moi une journée ?
- QRelance : Points aidants et points bloquants
- Q 11 : Comment ça se passe au bloc opératoire pour vous actuellement ?
- QRelance : Points aidants et points bloquants
- Q12 : Envisagez-vous une mobilité ?
- QRelance : Si oui pourquoi ?
- QRelance : Qu'attendez-vous d'un changement de poste ?
- QRelance : Si non pourquoi ?
- QRelance : Attendez-vous des changements ?
- Organisationnels, relationnels, personnels

## **Annexe 3 : Guide d'entretien cadre de santé**

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q 1 : Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?

Q 2 : Pouvez-vous me raconter ce qui selon vous oriente une personne vers le choix du métier d'aide-soignant ?

### Thème 2 : Choix du métier

Q 6 : Pouvez-vous me raconter de l'exercice des aides-soignants au bloc opératoire ?

Q 7 : Qu'est-ce qu'il vous paraîtrait important de dire sur les aides-soignants au bloc opératoire ?

### Thème 3 : Présentation de l'institution

Q 8 : Est-ce que vous pouvez me présenter le service dans lequel vous travaillez ?

Q Relance : Nombre de salles

Tâches

Q 9 : Pouvez-vous me décrire l'organisation de votre service ?

Q Relance : Quelles sont vos missions spécifiques ?

Q Relance : Fiches de tâches, fiche de poste

Q Relance : Qui a pensé cette organisation ?

### Thème 4 : Activités des AS au bloc opératoire

Q 10 : Racontez-moi le travail des aides-soignants au bloc opératoire ?

Racontez-moi une journée ?

Q Relance : Points aidants et points bloquants

Formation ?

Q 11 : Comment se passe l'exercice des aides-soignants au bloc opératoire pour vous actuellement ?

Q Relance : Points aidants et points bloquants

Q12 : Les AS que vous encadrez envisagent-ils une mobilité ?

Q Relance : Si oui pourquoi ?

Q Relance : Qu'attendent-ils d'un changement de poste ?

Q Relance : Si non pourquoi ?

Q Relance : Attendent-ils des changements ?

Organisationnels, relationnels, personnels

## ***Annexe 4 : Guide d'entretien des infirmiers spécialisés***

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q 1 : Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?

Q 2 : Pouvez-vous me raconter ce qui selon vous oriente une personne vers le choix du métier d'aide-soignant ?

### Thème 2 : Choix du métier

Q 6 : Pouvez-vous me raconter de l'exercice des aides-soignants au bloc opératoire ?

Q 7 : Qu'est-ce qu'il vous paraîtrait important de dire sur les aides-soignants au bloc opératoire ?

### Thème 3 : Présentation de l'institution

Q 8 : Est-ce que vous pouvez me présenter le service dans lequel vous travaillez ?

Q Relance : Nombre de salles

Tâches

Q 9 : Pouvez-vous me décrire l'organisation de votre service ?

Q Relance : Quelles sont les missions spécifiques des AS ?

Q Relance : Fiches de tâches, fiche de poste

Q Relance : Qui a pensé cette organisation ?

### Thème 4 : Activités des AS au BLOC OPÉRATOIRE

Q 10 : Racontez-moi le travail des aides-soignants au bloc opératoire ?

Racontez-moi une journée ?

Q Relance : Points aidants et points bloquants

Formation ?

Q 11 : Comment se passe l'exercice des aides-soignants au bloc opératoire pour vous actuellement ?

Q Relance : Points aidants et points bloquants

Q12 : Les AS avec qui vous travaillez envisagent-ils une mobilité ?

Q Relance : Si oui pourquoi ?

Q Relance : Qu'attendent-ils d'un changement de poste ?

Q Relance : Si non pourquoi ?

Q Relance : Attendent-ils des changements ?

Organisationnels, relationnels, personnels

## ***Annexe 5 : Guide d'entretien des médecins***

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q 1 : Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plait ?

Q relance : Exercice exclusivement au bloc opératoire ?

Ancienneté dans la profession ?

### Thème 3 : Présentation de l'institution

Q 8 : Est-ce que vous pouvez me présenter le service dans lequel vous travaillez ?

Q Relance : Nombre de salles

Q 9 : Pouvez-vous me décrire l'organisation de votre service ?

Q Relance : Quelles sont les missions spécifiques des aides-soignants au bloc opératoire?

### Thème 4 : Activités des AS au bloc opératoire

Q 10 : Racontez-moi le travail des aides-soignants au bloc opératoire ?

Racontez-moi une journée ?

QRelance : Points aidants et points bloquants

Formation des AS ?

Q 11 : Comment ça se passe au bloc opératoire pour les aides-soignants au bloc opératoire actuellement ?

QRelance : Points aidants et points bloquants

L'une des possibilités pour les aides-soignants, c'est d'exercer au sein du bloc opératoire. Cependant ce milieu ne leur est pas familier et ils ne sont pas préparés lors de leurs études à exercer dans celui-ci.

Cependant certains aides-soignants, exercent au bloc opératoire et la majorité ne souhaite pas en partir. Le but de ce travail était de comprendre pourquoi des aides-soignants exercent au bloc un milieu qui ne leur est pas familier et qu'ils y restent ?

Nous avons analysé les propos des professionnels au regard des quatre dimensions du métier d'Yves Clot « *impersonnelle, interpersonnelle, personnelle et transpersonnelle* ». Cette lecture a permis de comprendre pourquoi les aides-soignants qui travaillent au bloc opératoire ne se projettent pas dans un autre service. Malgré la non-reconnaissance de leurs activités au sein du bloc opératoire, notamment due au fait de travailler dans un milieu très spécialisé. Ceci leur demande une polyvalence importante sans que celle-ci soit valorisée. Les aides-soignants restent au sein du bloc opératoire, car ils sont valorisés par le fait de travailler dans un environnement aussi spécifique, le rapport à l'urgence est omniprésent et le côté technique, pour les aides-soignants hommes ainsi que les conditions de travail. De même que la proximité avec le corps médical, chirurgien et médecin anesthésiste est importante dans le choix d'exercer au bloc opératoire pour les aides-soignants.

**MOTS CLES :**

Aide-soignant - Bloc opératoire – Collaboration –

Métier - Reconnaissance - Spécialisation