



HAL
open science

Hommes et Femmes aides-soignants : deux métiers différents ?

Anne-Marie Arborio

► **To cite this version:**

Anne-Marie Arborio. Hommes et Femmes aides-soignants : deux métiers différents?. Colloque "Dynamiques professionnelles dans le champs de la santé". Session "Du genre et des professions de santé", DREES-MIRE, Paris, 23-24 mai 2005, 2005, pp.10. halshs-00005651

HAL Id: halshs-00005651

<https://shs.hal.science/halshs-00005651>

Submitted on 15 Nov 2005

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

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

Anne-Marie Arborio

Hommes et femmes aides-soignants : deux métiers différents ?

**Colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »,
session « Genre et professions de santé »
DREES/MIRE, Paris, 23-24 mai 2005,**

Préambule

A l'origine de cette communication, il y a une recherche consacrée aux aides-soignantes, que j'ai menée dans les années 1990, et qui a été publiée en 2001 sous forme d'ouvrage. Il m'a été proposé de la rediscuter ici avec une problématique en terme de genre.

Pour cela, je commencerai, en introduction, à présenter le contexte, c'est-à-dire les interrogations de cette recherche, les matériaux sur lesquels elle s'appuie, ses fondements et je développerai mes réflexions en deux temps.

Le premier autour de l'idée d'un métier d'aide-soignante qui serait un « métier de femme », tout en autorisant la présence d'hommes en son sein

La deuxième autour de la place faite aux hommes aides-soignants, comparativement à celle des aides-soignantes dans ce métier, avec une attention sur quelques effets pour ceux-ci en termes de parcours et de carrières.

Introduction

Ce développement porte la marque de la problématique initiale, en termes de carrière, sur laquelle s'appuie la recherche qui en est à l'origine. En effet, en étudiant la catégorie d'aide-soignante, je la percevais rapidement comme une catégorie peu visible, du moins relativement à son poids dans les effectifs hospitaliers, comparables à ceux des infirmières. En même temps, je la situais dans l'espace social comme une position relativement dévalorisée. Pourtant, il s'agissait d'une position à laquelle celles et ceux qui accédaient semblaient accorder quelque valeur et qui en tout cas, l'occupaient de manière durable. Les « carrières » qui m'intéressaient ici ne pouvaient se lire de manière exclusivement verticale, comme progression entre catégories du personnel paramédical. D'où une lecture des « carrières » dans une autre dimension, une dimension horizontale, permettant de porter attention aux manières d'occuper les postes et aux parcours entre des postes, différenciés, implicitement hiérarchisés.

C'est dans cette même perspective que j'interroge ici la place des hommes dans ce métier, la place de ceux qui forment la fraction la moins visible de la catégorie. Mais cette question n'a pas été prise en compte tout de suite dans cette recherche

mais différée. On peut même dire que j'ai eu d'abord quelques réticences à me saisir de la question du genre. Elle paraissait s'imposer de manière trop évidente pour une catégorie féminine à plus de 90 % et susceptible de masquer d'autres aspects. C'est donc seulement après-coup que je m'en suis saisie, à la faveur d'un croisement de regards sur nos matériaux respectifs avec une autre sociologue, Tania Angeloff (Angeloff, Arborio, 2002) qui analysait le travail à temps partiel dans des emplois peu qualifiés avec une lecture centrée sur le genre (Angeloff, 2000) dans le secteur de l'aide à domicile ou du nettoyage, assez proches de celui d'aide-soignante.

Je m'appuie donc sur des matériaux recueillis dans cette problématique initiale, pour l'essentiel des matériaux qualitatifs :

- des entretiens biographiques approfondis avec des personnels aides-soignants, parmi lesquels se sont trouvés quelques hommes, permettant de reconstituer ces carrières

- des observations en situation, des observations participantes menées dans des services de deux établissements public et privé dans lesquels j'ai pu observer des hommes diversement présents au gré des équipes.

- des informations quantifiées enfin, ici par analyse secondaire de l'enquête emploi de l'INSEE, mais l'utilisation de tris sur les échantillons d'aides-soignants présents dans les grandes enquêtes ne peut être que limitée s'agissant de la minorité d'hommes aux effectifs restreints, et compte tenu du mode de définition de la PCS à 4 chiffres de l'INSEE (intitulée Aides-soignants qui va au-delà des aides-soignants hospitaliers qui nous intéressent ici, comme l'a dit ? Sabine Bessiere). L'attention se porte d'ailleurs ici moins sur les caractéristiques globales du groupe que sur les processus de différenciation en acte, notamment dans la division du travail au quotidien.

Les enjeux de la mixité dans ce métier essentiellement féminin et socialement dévalorisé sont sans doute un peu différents de ceux qui sont perceptibles dans d'autres professions comme la profession médicale, profession dominante et jusqu'à il y a peu plutôt masculine, qui est l'objet des autres communications de cette session. Pourtant, toutes les questions posées sur la présence de femmes dans des « métiers d'hommes » méritent d'être reprises ici de façon inversée : par exemple sur les enchaînements biographiques qui conduisent les hommes à exercer ces métiers, le type de carrière qu'ils y mènent, leur place dans la division du travail (et dans les organisations professionnelles)... On se demande par exemple ici si la présence d'hommes dans des métiers qui restent très féminisés, suffit à en faire un espace mixte, par exemple en termes de contenu des tâches¹, de progression dans la carrière, de répartition des temps et des horaires de travail ? Ou au contraire si l'introduction de la mixité de genre contribue à dessiner ou à reproduire des espaces sociaux spécifiquement féminins et masculins, autrement dit à façonner un ordre socialement ségrégué. On peut penser que poser ces questions pour une profession peu qualifiée et peu valorisée socialement pourrait permettre de voir la mixité au travail autrement.

¹. Des études plus systématiques ont déjà été réalisées dans les hôpitaux, notamment au Québec (Cogné, Fortin, 2003 ; Messing, Elabidi, 2002), ou sur les infirmières (Molinier, 1999, 2004).

Un métier « de femmes » qui autorise la présence d'hommes

Interrogeons tout d'abord cette catégorie de « métier féminin » et sa pertinence pour rendre compte du métier d'aide-soignante.

Le métier d'aide-soignant est un métier féminin d'abord dans un premier sens, descriptif, où il est exercé essentiellement par des femmes.

- La catégorie d'aide-soignante s'est historiquement construite au féminin. Elle a été inventée pour accompagner la réorganisation du travail à l'hôpital lorsque l'accès au titre d'infirmière s'est restreint aux titulaires du diplôme d'Etat, c'est-à-dire accompagner les transformations d'un métier qui avait déjà lui-même acquis une image de métier traditionnellement féminin.
- La présence des femmes y a toujours été très largement dominante – et cette tentation de n'en parler encore aujourd'hui qu'au féminin en témoigne –
- en même temps, la présence masculine n'a jamais été exclue contrairement à ce que l'on observe dans d'autres métiers. Ils ne sont pas absents de la catégorie ni extrêmement marginaux en son sein comme peuvent l'être les hommes sages-femmes, ou les auxiliaires de puériculture. Le métier d'aide-soignante est assez proche de celui d'infirmière du point de vue de la part qu'y occupent les hommes.
- mais leur présence reste limitée autour de 10 % des effectifs sans que l'évolution observée ces dernières années ne permette vraiment de parler d'un réel mouvement de « masculinisation » de la profession comme on parle de « féminisation » du corps médical.

Le métier d'aide-soignant apparaît aussi comme un métier « de femme », dans un deuxième sens. Dans ce sens que développe l'historienne Michelle Perrot, un métier de femme présente au moins deux caractéristiques :

– il s'agit d'une part de métiers qui semblent requérir des « qualités [présentées comme] innées » chez les femmes (souplesse, agilité des doigts, patience, douceur, ordre, etc.) ou qui « s'inscrivent dans le prolongement des fonctions « naturelles », maternelles ou ménagères » (Perrot, 1987, pp. 3-4). Donc des métiers qui font appel à des compétences socialement construites comme féminines.

– il s'agit d'autre part, de ces métiers dont on dit qu'ils sont « bien pour une femme », c'est-à-dire qui sont perçus comme « peu accaparants » et permettant aux femmes de s'acquitter d'une double tâche professionnelle et domestique.

Examinons ces deux aspects pour le métier d'aide-soignante.

D'abord, le premier, un métier prolongeant des compétences socialement construites comme féminines. En dépit de l'évolution du contenu de son activité, en dépit de la mise en place d'une formation qualifiante, avec un contenu technique, le métier d'aide-soignant a du mal à sortir de son image de métier faisant appel à des compétences domestiques, socialement construites comme féminines. Le soin aux malades, non pas au sens de *cure* mais plutôt de *care*, pour reprendre une distinction classique en sciences sociales, c'est-à-dire non pas le traitement de la maladie mais l'accompagnement quotidien d'une personne fragilisée par la maladie, apparaît comme une activité particulièrement « féminine », de fait souvent exercée par les femmes quand elle se déroule dans l'espace domestique, par exemple lorsque les

enfants sont malades ou lorsqu'un adulte dépendant est hébergé dans une famille. Le taux de féminisation des aides-soignantes comme celui des infirmières est d'ailleurs plus élevé que celui des agents de service hospitalier (ASH) dont les tâches ne s'exercent pas directement auprès des malades, du moins dans leur définition formelle, ou de métiers au contenu technique plus marqué. On voit inversement que les services ou établissements où les tâches sont les plus proches du care que les services sont les plus féminisés (auprès des personnes âgées par exemple).

Cependant, d'autres éléments complexifient l'image sociale du métier d'aide-soignante comme féminin.

Ces compétences de type domestiques ne rendent compte que d'une partie des compétences mobilisées par les aides-soignantes : on est frappé également par l'importance de la charge physique pour les aides-soignants, hommes et femmes, et même par la contribution plus ponctuelle à des activités de maintien de l'ordre, activités à l'image socialement construite comme masculine.

Le contraste est plus net pour ce qui est ensuite de la deuxième caractéristique : ce métier au contenu socialement construit comme féminin ne s'exerce pas dans des conditions qui sont toujours facilement compatibles avec les rôles sociaux de sexe de l'univers domestique. Les métiers dont il est question ici ne sont pas de ceux dont on peut dire qu'ils sont « peu accaparants » au sens où ils faciliteraient une adéquation entre vie familiale et vie professionnelle. Horaires décalés, travail de nuit, travail le samedi et le dimanche sont l'ordinaire de la plupart des personnels soignants des hôpitaux (aides-soignantes ou autres personnels de soins). Pour les aides-soignantes de la PCS 5221 interrogées dans l'enquête emploi, les 3/4 travaillent le dimanche (et sans doute la part est-elle beaucoup plus importante si l'on s'en tient aux seules aides-soignantes hospitalières). Seul un petit nombre de postes offre des conditions de travail ou d'horaires plus en phase avec la vie sociale ordinaire : les postes d'accueil, de secrétariat, les postes de consultations, en hôpital de jour, ou dans certains blocs opératoires. Des différences entre hommes et femmes s'observent ici : l'argument des charges domestiques est parfois convoqué dans la décision d'attribuer ces postes de manière privilégiée aux femmes. Mais ces postes sont rares et nombreuses sont les aides-soignantes qui doivent s'accommoder des horaires décalés ou du travail le dimanche. On peut même être surpris de voir que certaines les recherchent, y compris lorsqu'elles élèvent seules des enfants, compte tenu des difficultés qu'ils posent pour l'organisation familiale mais c'est du fait de l'attrait des contreparties offertes, que ce soit en termes de rémunération ou de temps de récupération situé à des moments où elles peuvent accomplir des tâches moins faciles à déléguer que la garde d'enfants (courses, rendez-vous médicaux, bancaires ou administratifs...). Le temps partiel peut rendre l'activité moins accaparante, mais réduit d'autant le salaire et est de ce fait plus accessible à celles qui se trouvent dans un couple de travailleurs rémunérés. Il est en progression au sein du personnel hospitalier féminin (à près de 25 % pour les aides-soignantes alors qu'il est infime pour els hommes, autour de 4 %). Le temps de travail reste un élément de distinction entre hommes et femmes dans ce métier. L'exploitation de l'enquête de la DREES sur les conditions de travail dans les établissements de santé apportera sans doute des éléments pour préciser ce point. Et la mise en relation de ces conditions et de ces

choix avec la vie familiale s'impose de manière évidente².

La féminisation de la catégorie et son image sociale sont suffisamment fortes pour que l'on puisse poser la question : quelle place est faite aux aides-soignants dans ce métier ? au sens de quels accommodements trouvent les hommes qui peuvent se penser dans une sorte de contradiction à exercer un métier a priori féminin, dans une position qu'on peut présenter comme « contradiction de statut » (Hughes, 1996) ?

Quelle place est faite aux hommes-aides-soignants ?

J'interrogerai maintenant, dans ce deuxième temps, la place des hommes aides-soignants à l'hôpital, c'est-à-dire les parcours et les pratiques des aides-soignants à partir de deux affirmations, deux discours sur ce métier d'aide-soignant, qui sont contradictoires mais coexistent toutes deux sur le terrain.

La première, celle d'un métier qui n'est pas fait pour les hommes.

La deuxième qui prend un autre parti peut être résumée par la phrase « On a besoin d'hommes dans ce métier ».

Un métier qui n'est pas « fait » pour les hommes

Prenons tout d'abord la première de ces affirmations. Elle renvoie elle-même à deux images des hommes à l'hôpital.

Tout d'abord, puisqu'on a évoqué les compétences associées à ce métier comme prolongeant des compétences socialement construites comme féminines, puisque les compétences féminines sont valorisées, nécessairement, les hommes, n'étant pas du sexe associé à ce métier, peuvent être amenés à se voir contestées les compétences supposées nécessaires à exercer ce métier. Pourtant, le principe de la présence d'hommes dans ces métiers ne semble pas avoir été discutée comme l'a été celle des femmes dans les métiers masculins, du moins lorsqu'ils sont prestigieux et source de pouvoir comme l'est la magistrature par exemple. Mais il arrive cependant au quotidien que des hommes soient considérés comme peu compétents, au prétexte qu'ils n'ont pas ces compétences qu'on présente parfois comme « innées » chez les femmes, suspectés de ne pas être « assez doux » ou « assez compréhensifs », ou bien que lorsqu'ils font preuve de qualités dans le domaine relationnel, elles sont reconnues avec étonnement par exemple lorsque tel aide-soignant est jugé « bien pour un homme ». Ces réticences sont exprimées par les personnels davantage que par les malades, même s'il arrive que certains soins soient refusés par des malades au prétexte que le soignant est un homme (alors que l'inverse est rare ou du moins, je ne l'ai pas observé), mais cela renvoie plutôt à une pudeur entre sexe qu'à un déni de compétence. Ce type d'interaction peut amener à réorganiser le travail entre aides-soignants de sexe différents ou plutôt à des négociations avec la malade pour la faire accepter la situation.

². Comme le montrait l'équipe d'Agnès Pitrou (1983) au début des années 1980 concernant des trajectoires d'employées parmi lesquelles se trouvaient des aides-soignantes.

D'autres interactions témoignent de la prégnance d'une conception du métier comme n'étant « pas fait pour les hommes », mais cette fois en référence à une autre image des hommes à l'hôpital. C'est l'idée que les hommes seraient davantage à leur place dans d'autres métiers. On le perçoit dans les interactions où les malades traitent l'aide-soignant avec davantage de déférence que l'aide-soignante, jusqu'à lui assigner parfois le titre de « docteur » (même si ce n'est pas toujours par confusion, plutôt par plaisanterie), lui rappelant ainsi que la place des hommes dans l'hôpital est davantage du côté du soin médical, de la technique sinon du pouvoir.

Quels effets de cette contradiction de statut pour ceux qui la vivent comme telle ? Comment les hommes s'en sortent-ils ?

On a pu observer deux voies de sorties possibles.

La première consiste à rechercher des postes spécifiques. On a pu observer ainsi des personnels masculins utilisant les compétences spécifiques prêtées à leur sexe pour sortir des services traditionnels de soins, après n'y avoir exercé que peu de temps, et rechercher des postes spécifiques, plus « masculins ». C'est le cas de tel aide-soignant interviewé qui après différents postes (bloc, transports, admissions), demande à être affecté dans un service logistique où il est le seul titulaire du diplôme d'aide-soignant (les autres sont des personnels ouvriers) occupé à recevoir, ranger et distribuer les stocks de matériel hôtelier et médical. Cet aide-soignant n'a jamais vraiment exercé les tâches traditionnelles de l'aide-soignant sinon pendant quelques remplacements en clinique qui lui ont permis d'« arrondir ses fins de mois ». Qu'il occupe un jour ce genre de fonctions à l'AP lui semble exclu, même si par comparaison avec sa femme devenue aide-soignante puis infirmière, il comprend que cette fuite du travail de soins le prive d'une promotion professionnelle dans cette voie. Cette stratégie d'inscription dans un métier masculin, plus technique, n'est pas toujours incompatible avec une carrière verticale comme on le voit pour tel autre, qui obtient un poste à la pharmacie, puis devient, étape par étape, surveillant général d'un service technique.

Une autre voie consiste à développer justement une stratégie de carrière verticale, à rechercher la promotion pour elle-même. Des sorties de la catégorie d'aide-soignant, qu'elles se fassent en accentuant la participation au soin par le passage dans la catégorie d'infirmier ou par en direction de fonctions plus techniques (manipulateurs en radiologie par exemple). Par exemple, sur l'un de nos terrains d'enquête, où l'on a isolé la population des infirmiers qui avaient été aides-soignants (Arborio, 2001, pp. 219-220), on a constaté que 30 % des infirmiers ayant d'abord exercé comme aides-soignants étaient des hommes : les hommes étaient donc surreprésentés parmi les promus. Sans doute le fort investissement nécessaire au rattrapage du niveau scolaire exigé pour passer le concours d'entrée puis à l'acquisition du DE est-il plus difficile aux femmes, du fait de leur charge de famille. Cela n'aurait bien sûr rien de spécifique ni à l'hôpital ni à ce métier et se trouve confirmé par les récits de vie comparés des hommes et des femmes passés par ces étapes. En même temps, on voit que certaines spécialités à l'image très féminine comme la puériculture sont une possibilité dont les hommes s'excluent. Dans tous les cas, s'agissant de progression vers des catégories comme celles d'infirmière, c'est le

niveau scolaire initial ou le rapport à l'école qui joue un rôle déterminant dans le parcours.

« On a besoin d'hommes dans ces métiers »

En même temps que les compétences masculines semblent disqualifiées, elles sont valorisées dans un autre type de discours, consistant à dire que l'on a besoin d'hommes dans ce métier.

– Se trouver dans une minorité de sexe amène en effet à disposer de compétences (rares) liées à celui-ci. Il y a effectivement une offre d'emplois qui s'adresse de manière privilégiée aux hommes dans ces secteurs, un « besoin d'hommes » qui s'exprime à l'occasion. Cela a été rappelé récemment lors d'un fait divers à l'hôpital psychiatrique de Pau, comme à chaque fois que s'observent des phénomènes de violence contre l'institution et ses personnels auxquels les hommes seraient plus à même de faire face. On comprend donc que la valorisation de compétences sociales n'a rien de spécifique aux femmes : des compétences spécifiquement masculines sont requises pour occuper certains postes et les hommes sont recherchés pour ces compétences. D'autant plus qu'ils sont très minoritaires dans l'institution.

– Ce renvoi à des compétences masculines spécifiques a parfois des effets en termes d'affectation : l'usage de la force physique nécessaire dans certains postes est un argument pour chercher à y affecter des hommes de manière privilégiée. C'est le cas pour les activités de brancardage. D'une manière générale, les affectations des hommes, souvent dans les services généraux, les services d'urgence ou les salles d'opération, relèvent de cette logique d'institution visant à tirer parti de leurs qualités « naturelles » spécifiques.

– Ou sur la division du travail : Et quand les aides-soignants exercent dans les services de soins, c'est parfois pour s'y voir dévolues des fonctions tout aussi spécifiquement « masculines » du métier. L'utilisation de la force masculine traverse même les catégories : dans les services exclusivement féminins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, rarement les médecins, sont aussi requis pour les manutentions lourdes. En même temps, il faut garder en tête que l'activité d'aide-soignant est lourde physiquement pour tous, qu'il s'agit ici de recours exceptionnel sous l'argument de force physique mais dans l'exercice ordinaire, les aides-soignantes se débrouillent seules, ou entre elles pour des tâches lourdes. Peu importe que ces fonctions soient prestigieuses ou pas comme on l'a vu pour ce « garçon de bloc » en clinique qui collabore étroitement avec le médecin pour des gestes techniques (c'est le cas de femmes dans d'autres équipes) mais à l'occasion, peut faire de la peinture, ou d'autres petits travaux à l'occasion. Dans ce cas, le genre n'est peut-être qu'une caractéristique sociale parmi d'autres dont l'institution fait bon usage pour faire face à des besoins multiformes et inégalement distribués dans l'espace des postes.

Quels effets sur la perception de soi par les hommes ? Qu'elle relève de logique institutionnelle ou de négociation entre collègues, cette construction de différence s'impose comme une dénégation des compétences spécifiquement soignantes des

hommes. Ils s'en accommodent plus ou moins, en fonction notamment de leurs parcours dans l'institution. Cette assignation arbitraire dans l'une de ces tâches ou dans l'un de ces postes n'est en effet pas forcément bien vécue par les aides-soignants pour qui l'acquisition du diplôme d'aide-soignant après un temps d'exercice comme agent de service est présentée a été perçue comme une étape symbolique. Elle les inscrit certes plus nettement dans un métier « féminin », mais en les faisant aussi participer à l'objectif valorisé du soin aux malades. Certains aides-soignants s'insurgent parfois contre cette assignation identitaire qu'ils perçoivent sur le registre de la délégation d'un *dirty work*].

On voit que dans les deux cas, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, le renvoi à des compétences sexuées est une forme de dénégation des compétences proprement professionnelles et, de ce point de vue, hommes et femmes se retrouvent à la même enseigne.

Conclusion

Une remarque tout d'abord : Interroger la place des hommes dans un métier de femmes amène sans doute à relever les faits ou la perception des faits qui relèvent de cette contradiction de statut. Au quotidien, les interactions où la contradiction de statut n'a pas d'effet observable sont sans doute les plus nombreuses.

Cependant, la mise en avant de ces processus de différenciation laisse voir plusieurs résultats.

- Comme dans d'autres univers, la mixité au travail n'égalise pas les situations professionnelles des uns et des autres (Fortino, 2002), notamment pour ce qui concerne la carrière, le rapport à l'emploi, le contenu des postes de travail, la division du travail à un même poste, etc...
- Mais à l'hôpital, s'agissant d'hommes dans le métier d'aide-soignante, la différenciation ne se lit pas dans tous ses aspects en termes de domination masculine. La participation au soin y étant valorisée, le doute sur les compétences masculines en la matière, en tout cas pour l'accompagnement quotidien du malade, peut jouer contre les hommes. Il n'en demeure pas moins qu'il est possible de retourner la situation : en incitant à quitter des fonctions peu valorisées comme ce qui touche le *care* pour des fonctions plus techniques (infirmier, manipulateur-radio...), elle sert de tremplin pour « faire carrière ».
- Hommes et femmes aides-soignants partagent en tout cas une même condition : l'exercice d'une activité « entre-deux », dans laquelle l'appel à des compétences sexuées est un signe d'une professionnalisation inachevée. Cette condition et la manière dont elle est vécue doivent être rapportées à ce que représente l'accès à la catégorie d'aide-soignant pour chacun dans sa trajectoire sociale et professionnelle : une position valorisée au terme d'une trajectoire d'ascension ou une position temporaire, éventuellement à l'issue d'un déclassement, en attendant mieux. Et c'est en relation avec ce parcours que la situation est plus ou moins acceptée, par les hommes comme par les femmes.

Bibliographie

Aiach Pierre, Cebe Dominique (Dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, Approche sociologique*, Editions de l'Ecole nationale de Santé Publique, 2001.

Angeloff Tania, *Le Temps partiel, un marché de dupes ?*, Paris, La Découverte-Syros, 2000.

Angeloff Tania, Arborio Anne-Marie, « Des hommes dans des "métiers de femmes" : mixité au travail et espaces professionnels dévalorisés », *Sociologia del lavoro*, n° 85, 2002, pp. 123-135.

Arborio Anne-Marie, *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, Coll. Sociologies, 2001, 334 p.

Avril Christelle, « Quel lien entre travail et classe sociale pour les travailleuses du bas de l'échelle ? L'exemple des aides à domicile auprès des personnes âgées dépendantes », *Lien social et politiques*, 2003, p. 147-154.

Cognet Marguerite, Fortin Sylvie, « Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé », *Lien social et politiques*, 2003, p. 155-172.

Fortino Sabine, *La Mixité au travail*, Paris, La Dispute, 2002.

Hughes Everett C., « Dilemmas and contradictions of status », *American Journal of Sociology*, 1945, 50 (1), traduit dans *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, pp. 187-197.

Messing Karen, Elabidi Diane, « Aides-soignants et aides-soignantes : la collaboration dans les tâches physiques lourdes », *Cahiers du Genre*, n° 32, 2002.

Molinier Pascale, « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe », *Travail et emploi*, n° 97, 2004, pp. 79-91.

Molinier Pascale, « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du genre*, n° 28, 2000, pp. 49-70.

Perrot Michelle, « Qu'est-ce qu'un métier de femme ? » , *Le Mouvement social*, n° 140, 1987.

Pitrou Agnès, et alii, *Trajectoires professionnelles et stratégies familiales : le cas des employées de la Sécurité sociale et des aides-soignantes*, ATP du CNRS, France-Suède, LEST-CNRS, Aix-en-Provence, multigraphié, 1983.