Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières

Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller

▶ **To cite this version:**

Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller. Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. Actes des IXèmes Journées de Sociologie du travail "Contraintes, normes et compétences au travail : les régimes de mobilisation", Atelier 1 "Evaluation des situations de travail", Centre Pierre Naville, Travail et mobilités, Paris, 27-28 novembre 2003, 2003, Paris, France. pp.39-47. halshs-00007507

HAL Id: halshs-00007507
https://shs.hal.science/halshs-00007507

Submitted on 2 Jan 2006

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.

DOCUMENT DE TRAVAIL - L.E.S.T.- CNRS – UMR 6123
Université de Provence (U1) et Université de la Méditerranée (U2) - 35 avenue J. FERRY - 13626 AIX-EN-PROVENCE CEDEX
Tél. : Standard : 04.42.37.85.00 - Fax : 04.42. 26.79.37 email lest@univ-aix.fr

Communication aux IX èmes journées de sociologie du travail
27-28 novembre 2003, Paris
Atelier 1.A. Evolution des situations de travail

Jongleuses en blouse blanche
La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières

BOUFFARTIGUE Paul et BOUTEILLER Jacques

Les infirmières forment l'un des groupes professionnel à la fois les plus féminisés et les plus exposés aux horaires de travail a-typiques[1]. Comment organisent-elles cette " gestion ordinaire de la vie en deux "[2], et d'où tiennent-elles les ressources sociales et subjectives qui sont à la base des compétences temporelles requises chaque jour ? On a avancé ailleurs l'hypothèse selon laquelle les modalités sociales qui amènent à occuper des emplois à horaires flexibles ou a-typiques varient grandement selon le type de qualification des salariés, plus précisément selon le degré de reconnaissance sociale et salariale de ces types d'horaires en tant qu'ils sont jugés hors norme[3]. Les infirmières hospitalières sont incontestablement qualifiées – la profession se situe vers le haut de la hiérarchie des emplois féminins – mais leur qualification, pourtant clairement revendiquée lors des mouvements sociaux d'infirmières, reste contredite par la domination de sexe qui tend à la dévaluer et à l'invisibiliser[4]. Moins mal reconnues que dans d'autres emplois féminisés, leurs compétences temporelles font largement partie du continent invisible de leur qualification. Leur situation offre un miroir grossissant de la condition sociale des femmes salariées, en ce qu'elles mobilisent de manière plus systématique que d'autres des compétences temporelles typiquement féminines. On se propose de montrer, à partir d'une enquête auprès d'infirmières de deux services de médecine comment de telles compétences sont socialement construites, après avoir donné quelques illustrations de la manière dont elles s'exercent. Ce faisant on se focalise davantage sur les ressources sur lesquelles l'organisation hospitalière peut prendre appui dans la mobilisation de ces salariées plus que sur la manière dont les choix organisationnels participent de cette mobilisation.

JONGLER AVEC LES TEMPS

[1] 87% des 400 000 infirmier-e-s sont des femmes, la moitié travaillent dans le cadre de l'hôpital public, cette proportion ne diminuant que faiblement chez les plus de 40 ans. 36% La grande majorité d'entre elles travaillent soit par cycles (36%) soit selon des horaires irréguliers (32%), y compris chez celles qui vivent en couple avec des enfants (DREES 2001 et 2002 ; INSEE, Enquête Emploi 1999 (Exploitation originale).
[2] HAICAULT M. , "La gestion ordinaire de la vie en deux *", Sociologie du travail*, n° 3, 1984.
[3] BOUFFARTIGUE P. , BOUTEILLER J., " L'érosion de la norme du temps de travail ", *Travail et emploi*, n° 92, 20021.
[4] KERGOAT D., IMBERT F., LE DOUARE H., SENOTIER D. , *Les infirmières et leur coordination*. 1988-1999, Ed Lamarre, 1992.

Le régime horaire majoritaire ici est le travail de journée en alternance " matin " et " soir ", selon un cycle de deux ou trois semaines[5]. Une minorité travaille de nuit ou exerce en horaires de jours, " fixes ". La plupart sont donc soumises à des rythmes de travail et d'existence décalés par rapport aux temporalités sociales dominantes. A ce décalage s'ajoute la variabilité, qu'elle soit inscrite dans l'alternance matin/soir, donc régulière et prévisible, ou qu'elle relève de modifications du " planning ", donc peu ou pas prévisible.

Le régime horaire le plus fréquent a trois implications : se lever très tôt (vers 5 h.) lorsqu'on est " du matin " ; connaître très souvent des nuits écourtées par les " bascules " (enchaînement direct d'un " soir " et d'un " matin " : fin du travail à 20 h. 50, reprise à 6 heures le lendemain) : être fréquemment privée des temps forts de la vie familiale (repas du soir, week-ends).

Toutes celles qui travaillent selon ce régime horaire disent préférer le " matin " : être " du soir " réduit à la portion congrue le temps des retrouvailles en famille en fin de journée et limite le temps disponible pour les tâches domestiques. Pour autant, quand elles sont " du soir ", elles profitent rarement de " grasses mâtinées ", préférant se lever et prendre le petit déjeuner avec le conjoint et les enfants, y compris parce qu'il faut bien " passer les consignes " concernant la planification des tâches domestiques et parentales du jour. Ce rythme se traduit enfin par une gestion très serrée des temps de la vie quotidienne, dont témoigne la facilité avec laquelle elles énoncent avec force précisions leur emploi du temps journalier, en particulier pour leur vie " hors travail ".

Ces rythmes de travail ne peuvent donc être vécus qu'au prix de ce qu'elles dénomment souvent " jonglage " et d'une limitation considérable du temps disponible pour soi : renoncement aux activités sportives ou de loisirs, pratiquement impossibles à pratiquer dans un cadre collectif ; limitation de la sociabilité amicale ; grignotage du temps nécessaire pour souffler, récupérer ou pouvoir se soigner. Ainsi elles " jonglent " avec leurs horaires de travail, ceux de leur conjoint, voire ceux de leurs enfants qui doivent parfois s'adapter aux leurs.

Gestion acrobatique de " la vie en deux " et disponibilité temporelle permanente à autrui sont significatifs de cette " compénétration " des temps déjà analysée à propos du temps féminin, dont les frontières entre " travail " et " hors travail " sont beaucoup moins tranchées que dans les pratiques et les représentations masculines[6]. On téléphone du lieu de travail pour superviser les devoirs scolaires des enfants, ou du domicile pour vérifier que toutes les

[5] L'enquête a porté sur 15 infirmières travaillant dans deux services de médecine d'un Centre Hospitalier de taille moyenne (800 lits, 2000 emplois).

[6] BEAUCHESNE M-N., DE TROYER M. " Comment concilier l'inconciliable ? Production professionnelle et/ou reproduction familiale. L'exemple du travail infirmier et soignant ", Communication aux *VII èmes journées de sociologie du travail*, Bologne, 17-19 juin 1998.
CHABAUD-RYCHTER D., FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL F., SONTHONNAX F., *Espace et temps du travail domestique*, Librairie des Méridiens, 1985.
TESTENOIRE A., "Genre et temporalités ", *Sociologia del Lavor,* n° 75-75, 1999.

consignes ont bien été transmises aux collègues de l'autre équipe. Cette interpénétration des temps est liée à la continuité dans le type même de compétences mobilisées dans le travail et dans le hors travail : savoir programmer, planifier[7], et donc savoir se plier à un emploi du temps strict ; savoir faire face aux imprévus, travailler sous " urgence " ; savoir être à disposition de – au service de – (des malades, des médecins, des enfants, du conjoint…) ; savoir coordonner des temporalités hétérogènes[8].

SOCIALISATION PROFESSIONNELLE, SOCIALISATION AUX HORAIRES

Plus qu'un apprentissage des horaires a-typiques en tant que tels – les stages se déroulent pour l'essentiel selon des horaires de type scolaire – les études d'infirmières sanctionnent des orientations positives vers la profession. C'est pourquoi les régimes horaires difficiles tendent à âtre vécus comme contreparties nécessaires, sorte de prix à payer pour exercer le métier qu'on a choisi et qu'on aime. Malgré la pénibilité du travail et de ses horaires, l'intérêt pour l'exercice de cette profession est réaffirmé dans tous les entretiens. Dans l'orientation précoce, sinon vers cette profession, du moins vers ce type de profession, le modèle féminin–maternel demeure très influent, témoignant de la force de l'héritage de la construction historique de cette profession sur le modèle traditionnel du travail domestique féminin. On sait combien ces représentations sociales ont pu être associées à l'idéologie de la vocation et du dévouement, freinant l'émergence d'une conscience salariale et d'une action collective pour l'amélioration des conditions de travail et de salaires. Mais, on le verra plus bas, " accepter " de telles contraintes horaires signifie rarement aujourd'hui s'y " résigner ".

Les études, avec leurs nombreux stages professionnels, constituent une séquence biographique clef, au cours de laquelle se forme déjà une idée assez précise de la diversité des situations de travail qui va dessiner un horizon des attentes relativement large. Il caractérise une profession à statut et à carrière, dans la quelle on peut donc se projeter. Ces infirmières, travaillant dans des services de médecine (et non de chirurgie), par ailleurs sans doute moins " lourds " que d'autres (tels la gériatrie, la neurologie, les urgences), tendent à valoriser le côté " relationnel " du travail autant ou plus que ses aspects " techniques ". Elles se situent clairement à proximité d'un des trois modèles de la femme soignante identifié par Anne Vega[9], celui de l'infirmière " proche des malades et autonome ", se définissant notamment dans son opposition au modèle de l'" infirmière technicienne " des services de pointe.

---

[7] THEURE J., " Eléments d'analyse temporelle du travail infirmier. L'infirmière de jour en orthopédie, *Le Travail humain*, tome 44, n° 1, 1981.

[8] GROSJEAN M., LACOSTE M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF, 1999.

[9] VEGA A., " Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles ", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n° 3, septembre 1997, pp. 103-131, 1997.

Dans leur " palmarès " des services repoussoirs on retrouve de manière fréquente la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie, mais aussi le bloc opératoire, la réanimation, voire la chirurgie en général. Les premiers parce que les malades y sont décrits comme " lourds ", voire condamnés, ou parce que la charge émotive du travail y est insupportable, malgré la mobilisation de modes de défenses psychologiques professionnels mis en évidence par ailleurs[10].Les seconds parce que la dimension relationnelle du soin y est jugée insuffisante, et/ou l'activité perçue comme trop routinière.

On soulignera ici que les infirmières rencontrées, même quand elles ont encore peu d'années d'expérience professionnelle, sont toutes parvenues à éviter ou à quitter les services jugés les plus pénibles ou les moins intéressants. Et que certaines ont déjà témoigné au travers de leur mobilité professionnelle d'une recherche de renouvellement ou d'enrichissement de leurs expériences.

Quelle est la place propre de l'apprentissage des horaires et des rythmes lors de la socialisation professionnelle au cours des études ? Sauf pour ce qui concerne les horaires de nuit, elle n'apparaît pas centrale. Pendant la formation les stages pratiques sont pour la plupart effectués selon des horaires en marge des cycles professionnels dominants à l'Hôpital. Ce n'est que plus tard, lors des premières expériences professionnelles, que la question des horaires de travail commence à se poser, et ce en étroite relation avec l'installation dans une vie de couple et l'arrivée des enfants. Cette dimension va alors apparaître pour ce qu'elle est : faisant intrinsèquement partie du métier, difficile à contourner. Aussi elles sont souvent confrontées rapidement à des arbitrages difficiles entre la qualité des horaires et l'intérêt du travail : les horaires jugés les plus confortables pour la majorité des infirmières, vivant en couple avec des enfants – horaires plus prévisibles, généralement en journée " normale " – vont rarement de pair avec l'activité de soin jugée la plus intéressante.

La socialisation aux horaires au cours des études et des premières expériences professionnelles se fait donc à la fois sur le mode de l'apprentissage pratique – surtout après la fin des études – et sur un mode plus indirect et sans doute plus profond et plus durable, dès la période de formation professionnelle, par l'inculcation des idéaux et normes de la profession : si ils sont socialement " a-normaux ", ces horaires sont professionnellement " normaux ".

USAGES ET APPROPRIATIONS DES HORAIRES

Le second des grands ressorts sur lesquels elles s'appuient pour déployer leurs compétences temporelles est formé par l'ensemble des modalités d'usage des horaires offerts déployées " ici et maintenant ". Ces modalités peuvent être déclinées entre deux pôles : l'adaptation ou l'accoutumance d'une part, et l'appropriation active de l'autre. Des attitudes sont dominées par la " nécessité faite vertu ", dans d'autres s'affirment des logiques plus émancipatrices. Nourries par l'intérêt du travail, par la discontinuité et la variété des situations de travail – l'imprévisibilité et la logique de l'" urgence " ne sont pas toujours négatifs – ces

[10] MOLINIER P., " Travail et compassion dans le monde hospitalier ", *Cahiers du genre* , n° 28, pp. 50-70, 1999.

attitudes se déploient tant sur la scène professionnelle que sur la scène domestiques.

Sens et variété du travail

L'énergie physique et psychique se renouvelle d'abord au travers du sens donné à un travail jugé valorisant, dans lequel le mieux être du malade, la reconnaissance manifestée par les patients comme par leur entourage, demeurent essentiels, aux côtés de la reconnaissance des médecins, des collègues, ou de la hiérarchie, moins souvent cités. Elle se renouvelle au travers de toutes les ruptures ou coupures qui aident à souffler, à récupérer et à reconstituer ses forces : sans évoquer l'arrêt pour maladie ou pour s'occuper d'un enfant malade, les courtes pauses dans la journée de travail, les journées de repos et les périodes de congés. La monotonie des journées travaillées est tempérée également par des variations dans l'activité de travail comme dans les horaires eux-mêmes pour celles qui alternent " soir-matin ".

Elle est tempérée par les changements dans l'activité de travail elle-même, qui n'est jamais entièrement répétitive au sein d'un même service : d'abord parce que chaque malade *reste* singulier, quand bien même l'hôpital est *aussi* une machinerie industrielle dans laquelle des logiques de taylorisation du travail sont à l'œuvre ; ensuite parce que les services étudiés comprennent deux unités de soins dans lesquelles le travail diffère. Ainsi, en cardiologie comme en diabéto-nephrologie, elles alternent régulièrement le travail dans l'une et l'autre des unités de soins.

Dans ce dernier cas certaines préfèrent nettement le travail dans l'unité de soins intensifs ; jugé mieux " organisé ", favorisant une approche plus globale et relationnelle du malade et une coopération plus étroite avec les aides soignantes. Il est vrai que les malades y sont nettement moins nombreux . D'autres infirmières sont plus partagées. Mais la plupart soulignent les différences dans le type d'activité de soins (contenu des tâches, division du travail avec les aides soignantes, relation aux malades).

Arrangements et compromis autour des temps

Sur la scène professionnelle, il s'agit d'abord de tous les arrangements passés au sein du collectif des infirmières et/ou avec la hiérarchie soignante, et permettant de modifier le planning en cas de besoin. Par exemple, on " s'échange les week-ends " avec une collègue de manière à bénéficier de deux week-end consécutifs.

Il s'agit ensuite et surtout de la possibilité de passer à temps partiel, le plus souvent à 80%, ce qui signifie le bénéfice d'une journée supplémentaire de repos par semaine. L'emploi à temps partiel s'est massivement diffusé chez les infirmières hospitalières ; il est encore plus important localement [11]. La directrice des soins infirmiers fait du développement du temps partiel un levier de la mise en

[11] 34% des infirmières dans l'hôpital étudié, soit sensiblement plus que la moyenne nationale. Le passage à temps partiel apparaît est très fortement associé à l'arrivée d'un second enfant (il devient majoritaire à ce moment là).

place du " temps choisi ", jugeant qu'il favorisait la mise en place de modalités d'organisation du temps de travail moins " rigides ".

Généralement demandé au terme d'un congé de maternité et suite à une évaluation financière précise par les intéressées – les ressources du ménage sont peu affectées compte tenu de diverses compensations directes ou indirectes – le passage à 80% n'a pas ici de contreparties trop négatives, repérées ailleurs[12], en termes de prévisibilité des prestations, d'intérêt du travail, d'insertion dans le service. Plusieurs parviennent ainsi à bénéficier de tout ou partie de leurs mercredis, ce qui n'apparaît possible que quand le service est de dimension suffisante et/ou ne fonctionne pas en sous-effectifs.

Certes, les horaires a-typiques sont principalement objet de plaintes, de protestations, voire de revendications : on l'a dit, elles déplorent d'abord la désorganisation de la vie familiale. Mais on peut tout de même trouver des vertus à ces horaires décalés.

Plus de temps pour soi ?

Le plus souvent c'est sur le mode de la "nécessité faite vertu " : ces horaires se traduisent par davantage de temps passé au domicile en l'absence du conjoint et des enfants, temps mis à profit pour la réalisation des tâches domestiques. Et si on constate qu'on ne dispose pas de temps pour soi, c'est parfois en se mettant soi-même en cause, sur le mode de la culpabilité assumée : " *J'ai toujours l'impression quand je fais quelque chose pour moi d'avoir délaissé quelqu'un ".*

Nous sommes encore ici au cœur d'une compétence sociale transversale au professionnel - ce fonctionnement à la culpabilité est traditionnellement très utilisé par la hiérarchie soignante pour les mobiliser en cas de besoin au nom de l'intérêt des malades - et au non professionnel : " être au service d'autrui ", encore souvent revendiqué sur le mode de la disposition psychologique.

Mais on valorise parfois ces horaires particuliers sur un mode plus émancipateur, quand le temps disponible peut être utilisé pour soi. C'est le cas quand elles se saisissent pour elles seules de leur journée de repos en cours de semaine, toujours au prix d'une lutte contre la culpabilité latente de ne plus être, un court instant, au service d'autrui. Cela peut également être le cas des horaires de nuit : certaines disent apprécier avoir plus de temps disponible, certes d'abord pour être en présence de leurs enfants (et pas seulement pour les tâches domestiques au sens strict), mais également parfois pour des activités personnelles, tandis que d'autres mettent en avant une charge de travail moins lourde et un relation aux malades plus proche. Même la " bascule ", peut-être vécue comme contrepartie pour pouvoir bénéficier d'un week-end plus long, à l'image de toutes les formes d'allongement des horaires quotidiens qui sont tolérés voire demandés pour disposer de coupures plus longues d'avec un travail difficile.

[12] CATTANEO N., " Le travail à temps partiel : entre rêve et cauchemar ", *Les Cahiers du MAGE,* n°2, 1997.

Arrangements et compromis domestiques

Compromis et arrangements se nouent également sur la scène domestique, avec les conjoints notamment. Si c'est sur elle que repose l'essentiel de la gestion des discordances des temps entre les membres de la famille, dans quelques cas ce sont les conjoints ont dû ajuster leurs horaires de travail. Tel ce conducteur routier qui, sous la pression explicite de son épouse – il est vrai nettement plus diplômée et mieux rémunérée que lui – a du renoncer à son métier pour se sédentariser. Sans aller jusqu'à des décisions aussi spectaculaires, la mise à contribution des conjoint aux tâches domestiques semble ici plus forte que dans d'autres milieux socioprofessionnels, ces infirmières pouvant ici appuyer leurs négociations quotidiennes sur leurs atouts objectifs : niveau de formation, attachement à leur profession et à leur statut, niveau de rémunération.

" Faire avec " ou " s'arranger " avec des horaires contraignants en jouant personnellement de toutes les ressources présentes dans le temps court de l'univers professionnel et familial est donc l'une des grandes dimensions des compétences de ces " jongleuses ". Mais elle n'est guère séparable du soutien offert par les perspectives d'amélioration inscrites dans les carrières professionnelles, possibles comme probables.

LE TEMPS DU DEVENIR, SOUTIEN DU TEMPS DU PRESENT

Dans le rapport subjectif que chacun entretient avec son présent, deux opérations se mêlent : identifier les futurs possibles, travailler à la réalisation des attentes. Le sens du travail, celui de l'ensemble des contraintes et des ressources qu'il signifie, et donc le sens du temps présent, se jouent aussi dans le temps du devenir.

Chez les infirmières les carrières professionnelles sont de plus en plus continues, le développement du travail à temps partiel, plus souvent " choisi " qu'ailleurs, favorisant certainement cette évolution, puisqu'il peut être une alternative à l'interruption d'activité. Si la promotion comme " surveillante " est rare, l'espace des mobilités professionnelles, incluant toutes les mobilités horizontales, est objectivement comme subjectivement, nettement plus étendu. En début de cursus professionnel l'enjeu pour les débutantes est d'abord de " faire leurs preuves ", de construire leur professionalité de technicienne du soin, et/ou d'évoluer vers les activités de soin à plus forte composante relationnelle qu'elles privilégient souvent, après s'être insérées dans un statut stable et un poste fixe. Puis, au fil de la carrière, avec l'arrivée des enfants et les débuts de l'usure professionnelle, cet enjeu évolue : la dimension " qualité des horaires " de la situation de travail prend une place croissante dans les préoccupations, les projets et les pratiques de mobilité. En fin de carrière il s'agit moins de capitaliser des expériences formatrices que de trouver une situation de travail moins usante.

Mais si l'espace des possibles professionnels paraît assez étendu dans les représentations des débutantes, l'espace des probables est nettement plus restreint. Comme à tout âge l'emploi dans l'hôpital reste majoritaire, c'est avant tout en son sein que se joue un éventuel changement de travail ou/et d'horaires. Toutefois la structure d'âge des infirmières exerçant certains types d'activité est significative :

dans l'intérim et dans les établissements privés ne relevant pas du service public elles sont plus jeunes que la moyenne ; les infirmières libérales sont un peu plus âgées ; les infirmières scolaires et celles qui travaillent dans les établissements pour personnes âgées ou handicapées le sont nettement plus. Ainsi, à partir de 45 ans, avec une accélération à partir de 55 ans, on observe à la fois un mouvement important d'interruption d'activité et un certain recul du poids de l'hôpital au profit d'autres lieux d'exercice, plus souvent associés à des horaires de journée : exercice libéral, en milieu scolaire, en établissement pour personne âgée ou handicapée.

Dans l'hôpital lui-même les possibilités d'aménagement horaire ne sont pas négligeables. Le passage à temps partiel, en horaires de nuit, et surtout vers des horaires de journées " fixes " son cités comme perspectives. Ces derniers postes sont généralement jugés moins intéressants du point de vue de l'activité. Mais la plupart ne s'imaginent pas continuer à travailler selon les rythmes dominants au-delà de 40-45 ans, les infirmières anciennes qui travaillent encore " au pied du malade " jouant le rôle de modèle négatif.

Le modèle idéal d'évolution de carrière souvent cité est alors le passage vers une fonction de cadre formatrice, perçue à la fois comme moins pénible et aussi intéressante que le soin, et surtout associée à des horaires de jour. Elles la distinguent nettement de celle des cadres surveillantes, jugée assez négativement , vues comme absorbées par des tâches administratives et soumises à l'emprise de la hiérarchie. Mais les places sont rares. En attendant et à plus court terme, elles n'hésitent pas à demander une mutation vers un autre service, ces demandes mêlant des motivations relevant des logiques de formation ou de renouvellement professionnels, d'allégement de la charge de travail et d'amélioration des horaires.

Les espoirs d'amélioration de leurs horaires, soutenus par des perspectives d'évolution de carrière qui sont celles d'une profession à statut, viennent ainsi se combiner à l'investissement dans le travail et aux marges de jeu quotidiennes avec leurs contraintes temporelles pour les aider à déployer leurs compétences temporelles.

***

Les infirmières hospitalières ne peuvent exercer leur profession sans mobiliser un certain type de compétences temporelles, consistant à savoir " jongler " en permanence avec ses temps et ceux d'autrui, *dans* " le travail " comme dans le " hors travail ", et *entre* le " travail " et le " hors travail ". Ces compétences font partie de l'ensemble des ressources et stratégies requises pour " tenir " dans un métier très éprouvant. Elles résultent d'un apprentissage indissociablement sexué et professionnel. Sexué, car le temps féminin est construit comme disponibilité permanente à autrui, comme approche intégrée des préoccupations et contraintes professionnelles et familiale. Professionnel, car l'hôpital mobilise et développe la disponibilité à autrui, la capacité à faire face aux aléas, à anticiper ses activités, à coordonner des temporalités hétérogènes. Ce type de compétences est entretenu par une implication forte dans le travail, les possibilités d'arrangements offertes sur les scènes professionnelles et domestiques, et par les perspectives d'évolution professionnelle vers des

situations de travail et un régime horaire moins usants. Socialement construites ces capacités participent de toutes les ressources qui aident à faire face à une usure professionnelle accentuée par une dégradation des conditions de travail, au cours de carrières plus continues que par le passé. L'avenir dira jusqu'où les actions initiées par ce groupe professionnel depuis une vingtaine d'année pour faire valoir sa professionnalité en se dégageant de l'ancien modèle de la "bonne " et de la " nonne " se traduiront au plan d'une meilleure reconnaissance de ce type de compétences, voire d'une séparation accrue entre la vie professionnelle et la vie privée et familiale.

Bibliographie

BEAUCHESNE M-N., DE TROYER M. " Comment concilier l'inconciliable ? Production professionnelle et/ou reproduction familiale. L'exemple du travail infirmier et soignant ", Communication aux *VII èmes journées de sociologie du travail*, Bologne, 17-19 juin 1998.

BOUFFARTIGUE P. , BOUTEILLER J., " L'érosion de la norme du temps de travail ", *Travail et emploi*, n° 92, 20021.

CATTANEO N., " Le travail à temps partiel : entre rêve et cauchemar ", *Les Cahiers du MAGE,* n°2, 1997.

CHABAUD-RYCHTER D., FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL F., SONTHONNAX F., *Espace et temps du travail domestique*, Librairie des Méridiens, 1985.

DREES, *Les professions de santé : éléments d'informations statistiques*, Document de travail, Ministère de l'emploi et de la solidarité, n° 9, janvier 2001.

DRESS, *Les professions de santé au 1er janvier 2000,* Séries statistiques, Document de travail, Ministère de l'emploi et de la solidarité, n° 33, mai 2002.

GROSJEAN M., LACOSTE M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF, 1999.

KERGOAT D., IMBERT F., LE DOUARE H., SENOTIER D. , *Les infirmières et leur coordination*. 1988-1999, Ed Lamarre, 1992.

MOLINIER P., " Travail et compassion dans le monde hospitalier ", *Cahiers du genre ,* n° 28, pp. 50-70, 1999.

TESTENOIRE A., "Genre et temporalités ", *Sociologia del Lavor,* n° 75-75, 1999.

THEURE J., " Eléments d'analyse temporelle du travail infirmier. L'infirmière de jour en orthopédie, *Le Travail humain*, tome 44, n° 1, 1981.

VEGA A., " Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles ", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n° 3, septembre 1997, pp. 103-131, 1997.