

Entre armée de réserve et liste d'attente : les employées du secteur hospitalier à l'aune de la sécurisation des parcours

Anne-Marie Arborio, Philippe Méhaut, Jacques Bouteiller

▶ **To cite this version:**

Anne-Marie Arborio, Philippe Méhaut, Jacques Bouteiller. Entre armée de réserve et liste d'attente : les employées du secteur hospitalier à l'aune de la sécurisation des parcours. XIVe Journées du longitudinal, " Ruptures, irréversibilités et imbrications de trajectoires : comment sécuriser les parcours professionnels ? ", May 2007, Orléans, France. halshs-00335062

HAL Id: halshs-00335062
https://shs.hal.science/halshs-00335062

Submitted on 28 Oct 2008

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.

Communication pour les XIVe Journées du longitudinal,
« Ruptures, irréversibilités et imbrications de trajectoires :
comment sécuriser les parcours professionnels ? »
Orléans, 30-31 mai 2007

« Entre armée de réserve et liste d'attente : les employées du secteur hospitalier à l'aune de la sécurisation des parcours »

Anne Marie Arborio (Maître de Conférences à l'Université de Provence, LEST)
Philippe Méhaut (Directeur de Recherches au CNRS, LEST),
et Jacques Bouteiller (Chercheur associé, LEST)

LEST
35, avenue Jules Ferry
13 621 Aix-en-Provence Cedex
0442378545
e-mail : philippe.mehaut@univmed.fr
anne-marie.arborio@up.univ-aix.fr
jacques.bouteiller@univmed.fr

Introduction

La croissance régulière des contrats « atypiques » est fortement discutée, notamment du point de vue des catégories les plus fragilisées sur le marché du travail (jeunes, femmes, non qualifiées) et des risques de l'emploi. L'hypothèse fréquemment avancée est celle d'une déstabilisation/recul des marchés internes du travail (Gautié,2000 Germe, 2001). Le secteur public se distingue par une incidence plus forte que dans le privé. Rigidité du statut face à un besoin croissant de flexibilité, pression des insiders sont des hypothèses fréquentes. L'objet de cette communication est d'analyser les motifs et les formes du recours aux emplois atypiques, ainsi que les trajectoires des populations concernées, dans le secteur des hôpitaux et pour la catégorie non qualifiée des agents de service hospitaliers (ASH). Ce secteur et ces emplois présentent un intérêt particulier : fortement féminisé, emplois « de service » mais dans des organisations à forte contrainte industrielle (365j/an, 24h sur 24h, « just in time », traçabilité croissante de tous les actes...); coexistence d'établissements publics avec statut de fonctionnaire et d'un secteur privé. Nous analyserons le fonctionnement du couple marché interne/périphérie du point de vue des stratégies des établissements (I), puis la composition de « l'armée de réserve » et notamment les évolutions entre les années 70/80 et les années 95/2005 et les rapports à l'emploi des salariées concernées (II).

Encadré n°1 : Méthodologie
Cette communication s'appuie sur la méthodologie commune définie pour la recherche « Low wage work » (recherche comparative en cours, menée pour la fondation Russell Sage, 5 pays européens et USA, 5 secteurs dont les hôpitaux). Elle mobilise un ensemble de données statistiques nationales, provenant principalement du ministère de la santé (notamment l'enquête 2003 sur les conditions de travail dans les hôpitaux)[1]. Huit études de cas ont été réalisées en 2005 et 2006, sur des hôpitaux et cliniques de taille moyenne (de 100 à 800 lits, hors hôpitaux universitaires). Quatre sont des hôpitaux publics, quatre des cliniques privées lucratives. Quatre sont situés sur des marchés du travail à fort taux de chômage et quatre sur des marchés plus tendus[2]. Dans chaque étude de cas, entre douze et quinze entretiens approfondis ont été réalisés, auprès du management de l'hôpital (direction, direction des ressources humaines, direction des soins infirmiers), des représentants des salariés, et de huit aides-soignantes (AS) et agents des services hospitaliers (ASH), principalement dans des services de médecine. Dans un cas qui pratique la sous-traitance, les entretiens ont aussi porté sur l'entreprise et les salariés sous-traitants. Les contraintes de comparabilité, et notamment la focalisation sur les services de médecine a des conséquences sur l'échantillon de salariées. Les services de médecine ne sont pas les services d'entrée à l'hôpital. Les salariées de la périphérie interviewées sont donc déjà engagées dans la file d'attente et nous n'avons pas rencontré de salariées ayant quitté ou ayant été exclues de cette file d'attente. C'est donc sur ceux qui visent, de façon plausible en regard de leur trajectoire, une stabilisation dans le secteur que nous nous concentrons.

1. Stratégies d'établissements et spécificités du marché du travail des soignants les moins qualifiés

Comme la plupart des services reposant sur un financement public, les hôpitaux sont soumis à de fortes tensions : développement de règles de quasi marchés, évolution des techniques et de la demande, concurrence et/ou partenariats public/privé, transformation de l'offre de soins (Méhaut, Arborio et alii, 2007). Des restructurations fortes sont en cours.

1.1 Une forte attractivité

Pour les catégories qui nous intéressent, les hôpitaux ont été de tout temps attractifs, attractivité renforcée en période de fort chômage[3]. Ils offrent aujourd'hui, pour les moins qualifiées, des rémunérations plus élevées

1 Les auteurs remercient la Dress et particulièrement M Collet et R Lelan pour la mise à disposition de ces enquêtes. Ils remercient aussi la fondation Russell Sage pour son soutien

2 Même si ce contraste est très relatif compte tenu du fort taux de chômage français, particulièrement pour les catégories les moins qualifiées

3 Les difficultés de recrutement ont cependant été parfois fortes, plus sur les catégories qualifiées, mais aussi, en période de très faible taux de chômage, sur les non qualifiées.

que dans les autres secteurs de service fortement féminisés.

Seuls 3% (public) et 4% (privé lucratif) des ASH sont en dessous du seuil des bas salaires (défini selon les standard internationaux par un salaire horaire en dessous de 2/3 de la médiane), contre par exemple 26% pour les peu qualifiés dans les hôtels ou les caissières de supermarché (Askenazy, Caroli, Gautié, 2007). Une fois franchie la file d'attente, on peut parler de marchés internes (au sens de Doeringer et Piore, 1971). La progression salariale est garantie par l'ancienneté, et le taux de mobilité externe est faible. Le tableau ci-dessous résume les principales données nationales.

Tableau n°1 ancienneté et stabilité

	public			**privé**		
	INF	**AS**	**ASH**	**INF**	**AS**	**ASH**
ancienneté> 10 ans	57%	62%	60%	47%	58%	54%
changement établissement*	6%	6%	1%	2%	3%	1%
Gain salarial à l'ancienneté**	43%	39%	20%	31%	30%	23%

*2001/2003
** 3-6 ans/>20 ans, temps plein
source : Dress, enquête conditions de travail 2003, calculs des autteurs

Ces marchés internes sont très actifs, en mobilité horizontale. On a ainsi pu calculer, au niveau national, un indicateur de mouvement interne ou externe (% de ceux qui ont changé d'établissement, de poste ou d'affectation sur 3 ans) : 32% pour les infirmières, 27% pour les AS, 15% pour les ASH, sensiblement plus élevé pour le public que pour le privé. La mobilité verticale, permettant de passer d'une catégorie à l'autre, est possible,mais peu fréquente surtout d'AS à infirmière (voir aussi Arborio, 2001 et 2004). Cette perspective joue cependant un rôle symbolique fort. Malgré l'intensification du travail et une forte perception de conditions de travail dégradées (Lelan, 2004 ; Sainseaulieu, 2003) la plupart des autres conditions de travail et d'emploi (y compris l'organisation des horaires) sont suffisamment attractives pour que les hôpitaux n'aient que peu de difficultés de recrutement pour ces catégories. Ils disposent alors d'assez larges marges de manoeuvre, notamment en termes de d'organisation de la flexibilité.

1.2Marché périphérique et réserve de main d'œuvre : quand l'attractivité permet la flexibilité

Comment organiser les remplacements des absents, faire face aux contraintes industrielles, contenir la masse salariale, sélectionner, contrôler ? Les hôpitaux, comme d'autres organisations mobilisent une large palettes de solutions, avec des conséquences différentes pour les salariés. Pour l'essentiel, il ne s'agit cependant pas de faire face à une flexibilité en volume (les taux d'occupation des lits sont très élevés et bornent les capacités d'accueil) mais de garantir les effectifs suffisants en permanence et de gérer la flexibilité temporelle (matin/nuit, semaine week-end...). Des solutions de flexibilité interne, touchant le coeur de la main d'oeuvre « titulaire [4]» existent : pool de remplacement, temps partiel contraint. Nous nous concentrons ici sur la flexibilité « externe » et la gestion de la main d'oeuvre périphérique. On est ici dans le modèle classique de « l'oignon » d'Atkinson et Meager (1986) avec un coeur de titulaire et plusieurs couches périphériques.

4 Les « titulaires » sont soit les personnels sous statut de la fonction publique, soit, pour les cliniques privées ceux sous CDI. Ce vocable est utilisé par toutes les parties dans le public comme dans le privé.

1.2.1 Les modalités d'organisation de la périphérie

La première solution est celle de la sous-traitance. Elle est utilisée principalement pour la restauration, le ménage des parties communes, la lingerie, parfois pour quelques fonctions spécialisées (informatique, travaux récurrents sur les bâtiments). Mais, sur nos huit cas, une seule clinique privée présente une externalisation totale du ménage qui touche les ASH. Et les données nationales ne permettent pas de dessiner un mouvement clair. Pour les hôpitaux publics par exemple, la part des budgets consacrés à l'achat de prestations extérieures a plutôt tendance à baisser dans les dernières années (DHOS, 2004).
La deuxième solution est de constituer une réserve de main d'oeuvre externe, sous différents statuts (contrats à durée limitée, emplois aidés, intérim). Les candidatures spontanées sont nombreuses et peuvent être complétées par un recours à l'agence pour l'emploi. Un portefeuille de candidates est ainsi géré, le plus souvent en direct, sans recours à d'autres intermédiaires, et sans usage des agences d'intérim, jugées plus coûteuses.
Comme le montre le tableau ci-dessous, les hôpitaux utilisent largement la palette des contrats atypiques. Ces contrats représentent un volume significatif de main d'œuvre, souvent au-dessus des seules contraintes de remplacement des absences. Public et privé n'utilisent pas les mêmes canaux. Aux salaires plus bas dans le privé correspond un usage plus faible en volume de ces contrats, et, nous le verrons, des files d'attente plus courtes (les progressions à l'ancienneté étant moins rapides, la rentabilité de la file est plus faible ; de plus, l'attractivité du privé étant en dessous de celle du public, il faut fixer plus tôt les meilleurs éléments), mais la logique est la même.

Tableau n°2 Modalités de gestion de la réserve de main d'œuvre

cas	**CDD court**	**CDD long (>3 mois)**	**CDI**	**Emplois aidés**	**Intérim**	**% équivalent temps plein**
Apub	Oui	oui	oui	nombreux	Non	18%
Cpub	Oui	Oui	oui	nombreux	Non	36%
Bpub	Oui	nombreux	Non	faible	Non	18%
Dpub	oui	Oui	Non	faible	Non	24%
Epriv	nombreux		*	*	Non	n.a.
Fpriv	nombreux	nombreux	*	*	oui	14%
Gpriv	Oui	Oui	*	*	oui	12,5%
Hpriv	Oui	Oui	*	*	oui	16,5%

*Les contrats à durée indéterminée sont considérés ici comme "atypique" pour le public où la règle est normalement le fonctionnariat, mais pas pour le privé. Les contrats aidés n'existaient que dans le public.
Source : enquêtes Low Wage Work

Le recours aux emplois aidés est sensible à la situation du marché du travail. Les hôpitaux publics sont obligés de remplir un « quota » variable selon la zone d'emploi. Toutefois, les hôpitaux gardent une certaine marge de manœuvre y compris pour augmenter cet effectif. Ainsi, en crise budgétaire au milieu des années 90, un hôpital public utilisait massivement ces contrats, en substitution d'emplois permanents. A la baisse au moment de l'enquête, les CES et autres CEC restaient cependant très important (près de 10% des effectifs).
Les CDD « longs » (plus de 3 mois) sont d'un usage fréquent : avec/ou sans délais de carence dans le public, parfois pendant 5 à 7 ans ; en suivant le code du travail dans le privé (dans un cas, des requalification de CDD en CDI suite à une intervention de l'inspection du travail). Les CDD courts (parfois une journée) sont aussi fortement utilisés, notamment pour les absences maladies, garde d'enfant.
Ajoutons que c'est ici que se trouve l'essentiel du temps partiel contraint, de la mise au travail rapide sans formation ou presque (pour les ASH), et que, dans certaines études de cas, on a rencontré un taux d'accident du travail significativement supérieur pour ces catégories.

1.2.2 Articulation Coeur/périphérie

Il ne faudrait cependant pas assimiler ce marché du travail périphérique à un marché « sans règles ». D'une part, les contractuels sont placés, de façon durable, au plus bas des grilles indiciaires conventionnelles, qui sont respectées. D'autre part, ce marché est régulé par mimétisme avec le marché interne auquel il est étroitement articulé. C'est en effet, principalement pour les ASH, la porte d'entrée obligée vers la « titularisation ». Une double règle implicite d'ancienneté et de disponibilité joue : on est renouvelé et on progresse dans la file d'attente au fur et à mesure de son ancienneté et des réponses positives que l'on aura donné aux sollicitations au gré des besoins en main d'œuvre. L'affectation de plus en plus durable se fait sur postes laissés vacants par la mobilité horizontale des « titulaires ». Il y a une articulation fonctionnelle entre le dispositif de réserve externe et les institutions du marché interne. On pourrait même se demander à partir de quel moment le qualitatif d'externe reste valable.

Encadré n°2 : Deux cas d'usage de la périphérie

L'hôpital public B, 1700 salariés, est situé dans un département rural et montagneux. Il est en excédent budgétaire. Il ne soustraite rien. Son taux de précaires est d'environ 22% (en instantané), représentant 18% en équivalent temps plein sur l'année et 50% pour les ASH. Les contrats aidés ne représentaient que 1/10 ce volume à la date de l'enquête (avant la relance des CAE et autres). L'absentéisme (inférieur à la moyenne nationale), en supposant qu'il soit totalement compensé (ce qui n'est pas le cas, cet hôpital, le seul de l'échantillon, ne remplaçant que ponctuellement les absences « courtes ») n'en expliquerait que la moitié. La nouvelle direction de l'établissement, sous forte pression des organisations syndicales, se dit soucieuse de contribuer à résorber l'emploi précaire (mais il augmente d'un point entre 2002 et 2004, et de dix points pour les ASH). Une partie des crédits liés à la création d'emploi lors de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail a été affectée, après négociation avec les partenaires sociaux, à la titularisation de certains salariés contractuels ou sur emplois aidés (une quinzaine chez les ASH, en temps partiel contraint). Il s'agit là, selon elle, d'opérer une rupture avec la gestion des ressources humaines de la décennie passée : plus ou moins inspirées d'un paternalisme local les pratiques ont pu conduire, par exemple, à pourvoir des postes complets budgétés par deux CDD de six mois ou par deux CDD d'un an à mi-temps, etc.; une *"volonté délibérée"* de donner ainsi au plus grand nombre de familles de la ville *"la possibilité d'avoir 3 mois ou 4 mois de contrat séparés par du chômage ou d'autres activités"*. Cet établissement entretien une véritable "armée de réserve" de salariés précaires vivant dans l'espoir, historiquement entretenu, d'accéder à la sécurité de l'emploi à l'hôpital (l'attractivité de l'hôpital est telle qu'il n'est par rare de voir des ASH employées en CDI dans des maisons de retraite candidater à l'hôpital, y compris sur des postes temporaires, pour y "mettre un pied"). On trouve, dans les services de soin, des ASH enchaînant des CDD depuis 8, voire 10 ans. L'hôpital pratique plutôt le CDD long, 3 ou 4 CDD de 3 à 6 mois séparés par une période de carence, puis des CDD de 6 mois ou plus enchaînés sans rupture avant stage puis titularisation.

La clinique privée F, en zone urbaine, a 312 salariés (dont 62 en CDD). La clinique n'est pas en très bonne santé financière. Le turn over des personnels est supérieur à la moyenne (salaires au strict niveau de la convention collective) La gestion de la restauration est externalisée, mais le personnel relève de la clinique. Des personnels en CDD, régulièrement réembauchés jouent le rôle d'un pool de remplacement (et sont nommés ainsi) particulièrement pour les ASH et AS. Ce pool intervient pour des remplacements de congés divers, plutôt programmables (congé maternité, congé parental). A côté on trouve des CDD très courts (1 à quelques jours) où se manifeste aussi la règle d'ancienneté (25% des entrées en CDD sur un mois concernent des salariés ayant plus d'un an d'ancienneté cumulée). Les CDD touchent majoritairement les ASH, les auxiliaires de puériculture (environ 1/3 en CDD) et les sages femmes. Lorsqu'un poste de « titulaire » est à pourvoir, l'usage est de puiser parmi ce pool, en fonction de l'ancienneté d'exercice (cumul des durées de travail dans l'établissement). L'intérim joue également un rôle de supplétif pour les différentes catégories (mais plutôt pour les plus qualifiées). Le recours à l'intérim est important à certaines périodes (vacances) : environ 14 ETP annuel.. Il s'agit essentiellement d'un intérim qualifié (AS et IDE). Pour les IDE, il y a aussi un usage « permanent » de l'intérim : compte tenu de l'organisation des roulements, il y a régulièrement un « trou » d'une journée, comblé par une intérimaire. Au total, les emplois précaires sont estimés à 14% en équivalent temps plein, légèrement supérieur à l'incidence de l'absentéisme (environ 9%).

Des années 70 à nos jours, le volume de l'armée de réserve a augmenté[5]. Il est nettement plus élevé dans le

5 Mais on trouve ici le phénomène classique de la fonction publique, avec gonflement progressif d'un volant de non titulaires, injonction à l'intégration, nouvelle production de non titulaires…

public que dans le privé (plus fortes contraintes du code du travail, pas d'emplois aidés, attractivité moindre obligeant à réduire la durée de la file d'attente). Raisons techniques, économiques et de contrôle social se combinent.

- L'intensification du travail et la recherche de taux d'occupation maximum des lits poussent, plus qu'avant, à remplacer systématiquement les personnels absents car les ajustements sur les présents sont moins faciles. Dans le cas contraire, nous avons rencontré plusieurs exemples de mouvements localisés de protestation. Seul un hôpital public pratique le non remplacement des absences courtes. On est en fait très proche ici du modèle du travail à la chaîne où le non remplacement d'un absent est quasi impossible mais ici autant pour des contraintes sociales que techniques. Les règles du système de santé (lutte contre les maladies nosocomiales par exemple) resserrent aussi les contraintes
- La réduction de la durée du travail (de 40H à 39H puis 35 Heures) mais aussi l'augmentation des différents droits à congé (congés maternité, congé allaitement...) ont rendu plus ou moins obsolètes les outils de calcul des effectifs. Ainsi par exemple l'une des cliniques privées fonde ses calculs sans intégrer les congés annuels. Dans le public, les taux de création d'emploi liés aux 35 heures ont été inférieurs de moitié à la réduction du temps de travail et ces créations n'ont que peu concerné les AS et ASH.
- Les taux d'absentéisme sont élevés, à la fois reflet des caractéristiques de ces populations (congés maternité, congé garde d'enfant) mais aussi de la dégradation des conditions de travail.
- Pour les hôpitaux publics, même si les catégories C font l'objet de procédures de recrutement particulières, le passage au statut de la fonction publique (en 1986) a allongé la procédure de recrutement et conduit à des embauches temporaires sur poste vacant plus nombreuses.
- Tous nos cas sont engagés, sous contrainte réglementaire, dans une politique de hausse de la qualification (infirmières surtout, mais aussi AS). Mais il la mènent à effectif (titulaire) contrôlé. Le volant de contractuelles (parfois dissimulé dans les données) permet de libérer des postes d'ASH qui sont « transformés » en postes d'AS.
- La très faible mobilité externe accroît la crainte des « erreurs de recrutement », la file d'attente étant alors un moyen de sélection fine et de pression disciplinaire[6]. De plus, dans le public, la titularisation étant possible après 4 ans d'exercice contractuel, la file d'attente permet aux hôpitaux d'éviter la procédure concours.
- Enfin, dans un contexte budgétaire parfois difficile, le volant de contractuelles peut représenter une économie salariale. Evidente dans le cas des emplois aidés, cette dernière raison mériterait une analyse plus fine pour les CDD. La longue file d'attente sans progression salariale représente certes une économie salariale, particulièrement dans le public. Mais la prime de précarité, des cotisations sociales légèrement supérieures viennent limiter ce gain, d'autant que l'ancienneté sera reprise en cas de titularisation.

2. Accéder à un emploi hospitalier : les usages des contrats atypiques

Examinons maintenant les modes d'accès à l'hôpital du point de vue des salariés concernés.

2.1 Les temps d'entrée à l'hôpital pour différentes générations de salariés

Au sein de notre corpus de 60 entretiens, (43 entrées dans l'hôpital comme ASH dont certaines sont AS à la date de l'enquête et 17 entrées directes comme AS), 16 sont entrées entre 1969 et 1985, 44 entre 90 et 2005.

- Dans la génération « 70 », dominent les entrées « précoces » (définies comme une entrée relativement rapide après la fin des études, souvent dès l'age de 18 ans atteint -âge obligatoire pour travailler en milieu hospitalier) ou après l'école d'AS. Toutefois, on rencontre quand même quelques entrées « tardives » mais ceci n'est probablement pas significatif. Les entrées « tardives » de cette génération sont déjà à la retraite, et on sait par ailleurs que les femmes en reprise d'activité étaient présentes sur ce marché du travail hospitalier[7]. Dans la génération « 90 », on trouve une dominante d'entrées tardives (25 sur 44). Toutefois, les entrées précoces (mais plus âgées que dans le groupe précédent du fait de la transformation des profils scolaires) restent présentes.
- Compte tenu de la dominante d'entrées précoces dans la génération « 70 », on peut difficilement se

6 Cet argument est notamment avancé par les hôpitaux publics qui disent ne pouvoir sélectionner les CES et autres contrats aidés

7 En 1965, un arrêté prévoyait déjà la titularisation des personnels contractuels à l'horizon 1968

prononcer sur l'incidence de la « précarité » antérieure à l'entrée dans l'hôpital. Néanmoins quelques cas présentent des profils hachés, expérience professionnelle puis licenciement, petits boulots avant l'hôpital...Mais le passage par le chômage est rarement évoqué dans les entretiens (effet mémoire ?)

- Par contre, la génération 90 oppose nettement sur ce point les entrées précoces, qui en règle générale sont des reconversions assez rapides vers l'hôpital après échec scolaire, éventuellement un passage court par le chômage (seulement trois trajectoires avec un passage significatif par la précarité), aux entrées tardives qui sont très massivement caractérisées par des ruptures de trajectoire professionnelle et/ou familiales (déménagement, divorce) avec passage par le chômage.
- Une opposition significative se dégage aussi entre les deux générations, et ce quelque soit le mode d'entrée. La génération « 70 », dans 12 cas sur 16, accède à l'hôpital sans file d'attente significative. 2 des 4 qui connaissent une file d'attente viennent de l'hôpital public B (encadré n°2), la génération « 90 » s'inscrit majoritairement dans la file d'attente (32 sur 44), avec des durées qui s'échelonnent de 2 à 9 ans, un peu plus longues pour les entrées « tardives » que pour les « précoces ». Parmi les entrées précoces, 6 AS en entrée directe connaissent aussi ce processus.
- Enfin, confirmant les données statistiques nationales, la plus faible durée de la file d'attente (ou son absence) est caractéristique du privé (qui par ailleurs puise plus dans les « précoces ») alors que le public présente une forte concentration de « tardives avec file d'attente ». Si dans la génération « 70 », les 12 qui entrent sans file d'attente se répartissent également entre privé et public, dans la génération « 90 », les 12 entrées sans file d'attente sont toutes dans le privé. Ceci a un effet mécanique sur le gonflement des contrats atypiques dans le public...mais il s'agit aussi d'une forme de « précarité incluante ».

Il n'est pas possible dans le cadre de ce papier d'étudier finement la composition sociale de ces différents groupes. Soulignons simplement que la génération « 90 » enregistre les grandes transformations sociales : allongement de la durée d'études et diversification des cursus, origines sociales plus diversifiées, transformation de la structure des ménages…

2.2. Stratégies et accommodements des salariés face aux contrats atypiques

Considérons maintenant le point de vue des salariés sur leur passage par ces contrats atypiques au regard de leur trajectoire antérieure ou postérieure (pour ceux qui en sont sortis).

2.2.1. La revendication d'un usage stratégique du CDD

Pour certains employés des hôpitaux, travailler en contrat à durée déterminée, y compris à temps partiel, ou pour des durées très courtes, est non seulement accepté mais perçu comme une aubaine. C'est le cas de cet aide-soignant (AS3, Gpriv, 32 ans), embauché pour faire fonction d'aide-soignant alors qu'il a interrompu sa préparation du Diplôme d'Etat d'infirmer[8] mais se prépare à la reprendre. Après avoir exercé comme aide-soignant intérimaire, il a remplacé ponctuellement les aides-soignantes en vacances ou en congé pour récupération de GPriv. Il travaille depuis quelques mois dans le cadre de CDD très courts, ces interruptions étant parfaitement à sa convenance (par exemple pour la naissance récente de son fils). Son contrat doit se terminer un mois avant sa reprise d'études et il ne souhaite surtout pas avoir de contrat au-delà ou à durée indéterminée. Cette pratique suppose une négociation avec l'établissement qui compose avec les exigences du salarié :

> « Quand je suis arrivé on m'a dit « vous allez remplacer une aide-soignante[…] », qui n'était pas encore en congé de maternité mais qui avait quelques soucis donc qui était en arrêt maladie. On me prolongeait en fonction de ses arrêts jusqu'à ce qu'on me propose un contrat du type « vous la remplacez jusqu'à ce qu'elle revienne ». Mais je leur ai dit que ce n'était pas possible puisque je devais reprendre mon école ensuite, si je devais prolonger… Du coup, on me faisait signer des contrats qui correspondaient à chaque fois à ces périodes-là. D'ailleurs dans le service où je suis c'est un petit peu la même situation, je remplace aussi une aide-soignante qui est en congés de maternité. On m'a encore proposé ce type de contrat-là où je suis à leur disposition jusqu'à ce

8 . A l'issue de leur première année d'études, les élèves infirmiers reçoivent une équivalence qui leur permet de travailler comme aides-soignants.

> qu'ils n'aient plus besoin de moi. Je leur ai expliqué que moi j'étais jusqu'à fin mars mais après fin mars je ne peux plus parce qu'il faut que je reprenne l'école. » (AS3, Gpriv)

L'usage du CDD est revendiqué comme stratégique par l'employé, avec ici le double objectif d'obtenir un revenu (après deux années d'études financées par l'AFR) et d'accroître son expérience professionnelle. Cette stratégie ne vise aucunement l'accès à un emploi hospitalier dans le cadre d'un CDI. Se projetant dans son avenir proche d'infirmier diplômé d'Etat, cet aide-soignant déclare même n'avoir aucune envie de travailler dans un établissement de soin.

Dans un autre cas, celui d'une ASH (ASH1, Hpriv) exerçant une profession artistique sous le statut d'indépendant pour l'instant insuffisamment rémunératrice et qui s'assure un revenu de base – « le loyer, une vie tranquille » – par la succession de CDD courts et à temps partiel dans le même établissement hospitalier, l'usage stratégique rencontre la pratique de l'établissement doté de la « réserve de main-d'œuvre externe » évoquée plus haut. Là encore, la négociation avec l'établissement donne une certaine marge de manœuvre à l'employée pour décider de ses jours de disponibilité (elle les indique à l'établissement chaque mois) pour son autre activité professionnelle. Comme dans le cas précédent, l'expérience de contrats atypiques avait déjà été faite auparavant (en cours d'études par exemple) et l'usage stratégique sans doute suggéré par cette expérience première.

D'autres objectifs peuvent être donnés à cet usage des contrats précaires : des aides-soignants rapportent ainsi avoir exercé en intérim dans une logique de prospection du marché du travail de la région dans laquelle il venait de s'installer (AS1 et AS4, Fpriv). ASH à Cpub, cette jeune femme (ASH3) ne souhaite pas travailler davantage ni plus régulièrement pour au moins trois raisons : rester disponible pour s'occuper de son enfant, s'occuper des comptes de la société de son mari, et ne pas avoir à travailler auprès des malades (elle accepterait éventuellement un CDI à temps partiel si elle avait la certitude de travailler dans les parties communes). On pourrait inclure également dans la catégorie d'usage stratégique l'embauche sous CES comme ASH pour profiter, en conscience, de ses droits de travailleur précaire pour accéder ensuite à la formation d'aide-soignant (ASH4, Dpub). Dans tous ces cas, la durée d'exercice sous ces contrats semble en partie maîtrisée par l'employé. Qu'il fasse un usage stratégique n'exclut cependant pas que son employeur le considère comme inscrit dans une file d'attente, dans laquelle il ne fait que passer son tour, et l'embauche sous CDI s'il en fait la demande.

Cet usage est réel mais peu présent dans notre corpus. Il correspond à des salariés aux caractéristiques parfois atypiques pour les AS ou ASH : ici, les deux premiers cas évoqués sont ceux de diplômés de l'enseignement supérieur, l'un est marié à un médecin hospitalier, l'autre a une deuxième emploi, tous deux sont promis à un avenir professionnel qui les situera plus « haut » dans la hiérarchie sociale. L'usage stratégique est aussi davantage le fait de titulaires du diplôme d'aide-soignant dont on a vu qu'ils sont moins contraints par la précarité, ou encore de personnes en couple avec un conjoint à la situation professionnelle stable.

On pourrait ajouter aussi les cas de doubles emplois, même s'ils existent peu dans ce corpus : l'un des titulaires rencontré à Fpriv faisait des remplacements ailleurs ; à H priv, ont été évoqué des croisements entre deux cliniques (titulaire dans l'une remplaçante dans l'autre et vice versa).

2.2.2. Le récit indifférent du passage par un contrat atypique

Exercer dans le cadre d'un contrat atypique apparaît parfois comme un simple mode d'attente de libération d'un poste, normal, éventuellement contraint par le droit du travail mais sans pour autant que l'on puisse parler d'inscription dans une file au temps d'attente incertain. Les trajectoires sont alors rapportées sans commentaires, comme succession des types de contrats avec leurs durées respectives. Il ne s'agit aucunement du point de vue des salariés en question d'une situation de précarité. La continuité entre le contrat précaire et le CDI est d'ailleurs parfois parfaite

> « J'ai dû être diplômée en 1998, je suis rentrée avant le résultat de mon diplôme. Je suis restée en CDD un an parce que j'étais sur un poste qui n'était pas libéré, j'ai remplacé

une fille qui faisait une dépression donc on ne pouvait pas prendre le poste. Et quand elle a donné vraiment sa démission, je suis passée en CDI ». (AS1 Gpriv 60 ans)

D'autres récits se font sur le même mode, moins circonstanciés, mais présentant l'enchaînement entre CDD et CDI comme une évidence réalisée (AS4 Gpriv,) : c'est en particulier le mode de récit commun des quelques employés de la première génération distinguées plus haut, ou même de la deuxième lorsque le temps total passé en CDD a été relativement court et que les différents contrats se sont succédés sans être entrecoupés de chômage. Ce discours se construit à la fois sur la réalité du moment où l'embauche directe semble la règle et sur le futur réalisé pour celles qui sont interrogées aujourd'hui : une stabilité dans l'emploi acquise rapidement. C'est aussi le cas pour les employées recrutées récemment et dont l'embauche sous CDI s'est réalisée rapidement à leurs yeux : par exemple (ASH1, Gpriv, 53 ans) explicitement à la recherche d'une stabilité (un employeur unique, lui évitant les déplacements qu'elle faisait jusqu'ici comme femme de ménage ou aide à domicile), accepte facilement la succession de remplacements offerts par Gpriv pendant 8 mois en CDD, sachant qu'elle a fini par y être embauchée sous CDI. La faible durée de la période d'emploi sous contrat atypique en fait un non-événement « J'ai tourné pendant un mois et puis j'ai eu la place tout de suite » (ASH4, Gpriv). Ce moment n'apparaît pas, du point de vue des salariés interrogés, comme un temps d'inscription dans une file d'attente mais quasiment un non-événement, rapporté à l'enquêteur à sa demande, décrit de manière objective et relativement neutre, sans commentaire.

Dans tous ces cas, la situation n'est pas vécue comme précaire mais au contraire comme stable, sans rupture associée dans la vie personnelle, soit du fait du renouvellement régulier des contrats sans longue interruption soit du fait de la certitude d'une issue rapide. Ces salariés s'appuient sur le constat *a posteriori* qu'« elles ont toujours travaillé (ASH1, Gpriv) ou que « ça n'a pas duré longtemps » (ASH2, Gpriv, 18 mois de CDD). Ces salariés se sont construit une perception de ce mode d'entrée sur le marché du travail comme tout à fait normale.

2.2.3. S'accommoder du passage par la file d'attente

L'accès au premier emploi hospitalier se fait, pour les salariés interrogés ici, par demande spontanée auprès de l'établissement (lettres, CV, appels téléphoniques…), généralement en même temps qu'auprès d'autres établissements publics ou privés de la région, ou bien en réponse à une annonce, ou encore par une démarche auprès de l'ANPE. Les demandes spontanées ne mentionnent pas forcément d'exigence sur la nature du contrat. S'il s'agit de répondre à une annonce, où le type de contrat est spécifié, le salarié a alors décidé d'accepter, quelle que soit sa volonté initiale, d'accepter ce type de contrat. Ce qui est attendu, c'est d'abord un emploi et le revenu qui lui est associé. On peut cependant parler de file d'attente lorsque le salarié attend explicitement autre chose que le statut d'emploi qui lui est offert et il espère l'obtenir par cette voie, ayant pris conscience que le passage par le contrat atypique est un moyen d'accéder à autre chose. Pour se placer dans une file d'attente, le salarié peut être prêt à se déclarer disponible pour travailler sous n'importe quel statut alors même qu'il est en situation d'attente forte d'une sécurité comme le sont, dans notre corpus, les femmes élevant seules des enfants. C'est le cas de cette ASH, divorcée au cours de son premier CES à l'hôpital qui rapporte sa démarche à l'issue de ce contrat :

« Je suis venue voir le directeur de l'époque ; alors il m'a dit : « écoutez, pour le moment je ne peux rien faire, parce que je n'ai pas besoin de quoi que ce soit ; mais je retiens votre candidature »….Alors je lui ai dit : « même si c'est quoi que soit, pour 8 jours, même 15 jours, je m'en fous, moi il faut que je travaille… » » (ASH2, Bpub, 46 ans).

De fait, elle enchaîne les contrats depuis 8 ans, dans des postes très différents (services divers, blanchisserie, pool de remplacement), affichant ainsi sa disponibilité et sa capacité d'adaptation. Inscrit dans la file d'attente, le salarié n'est pas en position de force pour négocier ses horaires, ses services même s'il peut exprimer ses préférences. Il « attend » donc du CDI, le choix d'un poste, pour son contenu ou pour ses horaires : en CDD, le sentiment, du moins pour ceux qui accumulent les CDD courts de « boucher les trous » ou de ne pas pouvoir choisir est fréquent, sans que cela entraîne forcément de contestation ouverte auprès de l'encadrement :

« Un CDD de 6 mois il me semble…mais je n'avais pas forcément le service de mon choix : on m'appelle, j'ai un entretien, et on me dit " ben vous irez 6 mois normalement en chirurgie "…. "bon, ben d'accord "…et on me rappelle juste deux jours avant de commencer

et on m'a dit en fait "" on, vous irez de nuit en pédiatrie "....sur ma lettre j'avais demandé jour ou nuit, ça m'était égal....enfin c'était pour dire " surtout prenez-moi... ". Et en fait donc, j'ai travaillé de nuit une semaine, en pédiatrie ; ça m'a plu, mais bon, je savais que je ne resterai pas de nuit en pédiatrie. Du coup, après je suis passée de jour...j'ai rien demandé : on m'a dit "vous êtes une semaine de nuit ", et puis après " vous passez de jour "...non, je n'avais rien qui me retenait d'être de jour ou de nuit, donc j'ai dit " ça m'est égal "....Donc je suis passée de jour en chirurgie, où j'ai fait un an de chirurgie : j'ai fait 4B et 4C, donc j'ai fait deux services, mais j'y suis restée 6 mois et 6 mois, je ne changeais pas de service. Et puis ensuite je suis allée deux ans en médecine ; on m'a changé carrément, sans me demander, là....j'étais toujours en contrat... ça, on ne vous demande pas, on vous dit " vous allez passer maintenant sur le pool de médecine..... "...oui, j'étais encore CDD » (AS3, Dpub).

Ce qui est également attendu, c'est d'avoir une rémunération qui progresse et qui ne soit pas soumise aux aléas de l'organisation de la file d'attente.

La situation d'attente et l'incertitude qui lui est associée se perçoivent de manière particulièrement aiguë auprès des salariées hors CDI au moment de l'enquête. Ainsi, cette aide-soignante a exercé dans un hôpital public pour un CDD de trois mois non renouvelé avant d'adresser un CV à Fpriv. Deux CDD se sont enchaînés pour elle, au gré d'un départ en formation puis d'une mutation mais l'avenir ne lui semble pas très clair :

« En ce moment tout le monde revient, y en a beaucoup qui étaient en congé maternité, elles reviennent alors, je sais pas […] Ouais là je sais pas, j'ai encore quatre mois devant moi, ils disent rien , hein ! » (ASH1, Fpriv)

Les attentes pesant sont exprimées encore plus nettement lorsque l'employée a le sentiment qu'elles risquent d'être déçues. Ainsi, ayant accepté une succession de « petits remplacements », sous forme de CDD parfois réduits à un jour, cette ASH (ASH2, Fpriv) espérait un CDI avec un projet à plus long terme :

« Et bien j'avais espoir jusqu'à ce matin ! […] On m'a dit que si je trouve ailleurs, il valait mieux que j'aille ailleurs […] donc je vais chercher parce que c'est vrai que si j'avais un CDI, si je reste deux ans en CDI, ils peuvent me payer la formation en aide soignante » (ASH2, Fpriv, 18 ans).

Face à ces doutes, l'employée peut partir, ou bien, dénoncer sa situation, comme cela a été fait à Epriv. Entrée d'abord comme intérimaire, cette ASH enchaîne 5 années de CDD dans le même établissement, avant de porter son cas – avec deux autres collègues – devant l'inspection du travail :

« J'avais des contrats d'un an ; je remplaçais quelqu'un qui était parti en congé de mater, et comme elle était en arrêt depuis le début de sa grossesse, donc au tout début on faisait des contrats mois par mois par rapport à elle, et après qu'elle a accouché, j'ai eu des contrats d'un an. Là, j'étais toujours à la même place, je remplaçais cette personne là.....elle n'est pas revenue. Elle a donné sa démission, donc je pensais avoir le poste ; mais en fin de compte non....Donc c'est de là que je suis allée à l'inspection du travail, avec tous mes contrats, toutes mes fiches de paie, tout....il m'a dit " c'est pas normal ", parce que sur mon contrat, on me mettait " restructuration des blocs " et ça ne voulait rien dire, et nous on ne le savait pas....Et le jours de mon embauche, on a été trois embauchées. […] C'est l'inspection du travail qui a fait bouger les choses ; il a appelé devant mois. Parce que moi deux jours après mon contrat se terminait, donc je n'avais pas le choix...mais je vous avoue que je tremblais quand même..... Ils savaient très bien que je voulais du travail parce que j'avais des enfants en études [...] Je crois que c'est en mars 1999 que j'ai eu mon contrat....en CDI » (ASH2, Epriv)..

Il semble que le salarié prend conscience peu à peu d'être inscrit dans une file d'attente. Ou peut-être construit-il progressivement lui-même une attente (de CDI) – après ses premières expériences de l'emploi comme positives ou en prenant conscience des possibilités d'embauche – et s'inscrit ainsi dans la file. Concrètement, cela peut le conduire à relancer l'établissement qui l'a embauché une première fois ou à répondre oui à ses sollicitations ultérieures. L'entrée en file d'attente se repère aussi par l'abandon des autres formes d'activité gardées un temps :

« Au début je travaillais autre part quand je commençais à venir ici, parce que j'ai dit vacataire on ne peut pas compter trop sur eux, on m'appelait une fois dans le mois, ce qui fait que je faisais de l'intérim à côté. Mais comme là ça fait à peu près 8 mois que je suis ici, je peux compter sur eux. Je sais qu'après l'accouchement je peux revenir et là j'aurais un poste ou quelque chose » (ASH3, Gpriv).

Pour ceux qui connaissent déjà l'établissement et ses pratiques, l'accès à une file d'attente se fait en pleine

conscience : cette ASH choisit l'hôpital éloigné de son domicile plutôt que le lycée proche – qui ont tous deux accepté sa candidature pour son premier CES – avec l'idée que l'hôpital a plus de chances de lui offrir des contrats ultérieurs, voire de lui permettre d'accéder à une formation (ASH1,Apub). Entrée à la clinique Epriv, même si elle préférait a priori un emploi à l'hôpital, cette AS y accepte un CDD de 6 mois avec la quasi-certitude qu'une embauche suivrait : « ça m'a pas fait peur 6 mois, hein ! Je savais qu'il y avait sans doute une embauche derrière » (AS4, Epriv). Elle loue dès ce premier contrat un appartement avec son ami, sans crainte apparente pour l'avenir, s'appuyant, il est vrai, sur la situation professionnelle plus stable de son ami.

Lorsque c'est une politique d'établissement affichée (cf. hôpital public B plus haut), les salariées perçoivent bien la succession de contrats précaires comme obligatoire pour obtenir un poste ultérieurement :

> « Au départ c'était des contrats de 5 mois.... Séparés....oui, il fallait que j'attende, je crois que le minimum c'était 9 mois qu'il fallait que j'attende avant d'être rappelée. [...] alors après bon, je trouvais des villages vacances, ou des petits trucs de 2 mois... » (ASH4, Apub, 45 ans)

Du point de vue des salariés, la file d'attente peut sembler organisée suivant un principe d'ancienneté, comme l'explique cette AS ayant exercé d'abord comme ASH en CES puis en CDD, ayant suivi la formation d'aide-soignante puis ayant été reprise sous ce titre mais sous CDD (au total 6 années depuis sa première embauche à sa titularisation) :

> « Ah ben non quand je suis arrivée [comme AS], en CDD donc en remplacement. Et puis après ben j'ai été la plus ancienne sur les remplaçantes, donc quand j'ai eu la priorité sur les postes, quand il s'est libéré, je l'ai pris. Il y a une note d'information, quand il y a un poste qui se libère, même maintenant c'est comme ça, une note d'information dans chaque service en disant : « il y a un poste à temps plein dans tel service » et on postule, voilà. » (AS3, Epriv).

Une théorie du temps d'attente normal et nécessaire se construit ainsi sur la base des faits constatés :

> « Il faut deux ans et demi avant d'être stagiairisé et après il faut un an à temps plein et comme je suis à 80 %, donc il me fallait 18 mois à attendre. […] Oui c'est compliqué, deux ans et demi sous contrat, enfin moi c'était ça, hein ? » (AS3, Dpub).

Cela peut conduire à accepter en plus de la précarité un déclassement dans l'objectif d'obtenir ensuite un CDI pour sa « vraie » qualification. C'est ce que fait cette titulaire du diplôme d'aide-soignante en acceptant un CES en 1992 (AS4, Apub) : elle l'occupe en faisant fonction d'aide-soignante et dans l'attente incertaine qu'un « vrai »poste se libère, ce qui arrive au bout de sept mois.

La publication d'un poste d'ASH titulaire sur lequel l'employée sous contrat atypique postule est à la fois le moyen de révéler cette attente (ce qu'on attend) et un moyen d'objectiver sa « place » dans la file d'attente :

> « Non....non....Il y a beaucoup de contractuelles, hein....Il y en a qui finissent par être titularisées? Oui, mais ça dure, quoi...c'est long, quoi....Donc, il y a un moment où il faut bien s'inscrire sur la liste d'attente, non? Mais là, dernièrement, ils avaient fait un recrutement....enfin, il y avait 15 postes d'ASH ; donc sur ces 15, j'avais été retenue..; enfin, ils en avaient retenus 30 et quelques....donc je suis vingtième, donc je suis sur liste d'attente....mais bon, je suis sur une liste d'attente, encore je ne me plains pas, parce que.... » (ASH2, Bpub, 40 ans)

Mais même lorsqu'elle est très longue, pour autant qu'elle se termine par l'embauche, elle n'exclut pas la tenue d'un discours de résignation, sans mise en cause de l'établissement. Cette ASH (ASH3, Hpriv), après avoir exercé divers emplois d'agent de nettoyage dans les cliniques ou les hôpitaux, en CDD – « on n'était pas embauché, on était agent de nettoyage » – est recrutée à Hpriv en 1998 pour y exercer 5 années durant en CDD, de une semaine à un an chacun, avec des intermittences, avant d'y être embauchée sous CDI en 2003. Bien qu'étant à la recherche d'une stabilité dans l'emploi, elle ne tient pas de discours négatif sur cette période. Tout au plus émet-elle l'hypothèse que ce parcours qui lui semble spécifique tient à son origine (elle a migré depuis la Portugal et n'a pu faire valoir en France sa compétence de cuisinière). Le point de vue sur l'emploi ou sur le statut d'emploi est intrinsèquement lié au parcours antérieurs et en particulier aux expériences professionnelles antérieures (dans d'autres établissements, dans l'hôtellerie-restauration, dans l'industrie textile) : satisfaite de sa situation actuelle, elle n'a qu'un seul regret, répété au cours de l'entretien : celui de ne pas s'être « présentée un peu plus tôt ». Pour cette autre ASH (ASH1, Bpub), l'exercice pendant 9 ans sous CDD (correspondant à 7 années pleines d'exercice en excluant les temps de chômage) vient de se terminer par sa « stagiairisation ». Elle perçoit sa situation par rapport à celle de

collègues : « il y a en a d'autres qui ne le sont pas et il y a 25 ans qu'ils y sont, alors… » et voit bien dans la sécurité (mais pas vraiment dans le différentiel de revenu) l'intérêt principal de sa situation récemment acquise. L'accommodement se fait donc, du point de vue du salarié, par considération de la trajectoire passée – avec d'autres expériences de la précarité, ou de conditions de travail rudes –, de caractéristiques « personnelles », notamment l'échec scolaire ou l'acquisition de titres (CAP, BEP) qu'elles n'ont pu valoriser sur le marché du travail, ou encore par considération de l'expérience de ceux qui leur succèdent dans la file d'attente.

La question n'a pas été posée à tous les enquêtés de connaître les ajustements personnels face aux contrats atypiques. L'une d'elles les évoque :

> « Je m'étais mariée, je voulais avoir des enfants, et c'est vrai qu'on appréhende quand même de faire un bébé parce qu'on ne sait pas si après ils vont nous garder ou pas ; on a un pied, mais pas posé carrément quand même à l'hôpital...j'ai décidé d'en faire un quand même...tant pis pour l'avenir...Et en fait, oui, le jour où on est titularisée, c'est vrai que bon, on a les deux pieds ; c'est la sécurité de l'emploi ; et pour tout, après.. pour les organismes financiers ou autres aussi...Voilà, j'ai fait un enfant en étant contractuelle...ça ne m'a pas empêchée d'être titulaire ensuite… » (ASH3, Bpub)

D'autres évoquent le déficit en rémunération, accepté en vue d'un CDI ultérieur. Revenue sur le marché du travail à 45 ans après la séparation d'avec son mari, cette femme trouve un CES Apub :

> « J'ai commencé par des CES, je suis rentrée en 97 comme CES, donc au début j'avais un service fixe, c'était cardio, je suis restée deux ans. Après j'ai participé à un concours, j'ai réussi le concours, donc j'étais stagiaire en 99 et j'ai adhéré au pool, vous savez nous avons eu un pool, voilà. […] Donc j'ai tourné sur les 3 étages avec la possibilité de postuler pour un 75% parce que c'était très difficile à 50 %.[*A Apub, les stagiaires sont contraints d'accepter des postes à mi-temps*] Voilà, surtout entre temps j'ai perdu mon mari, donc je me suis retrouvée veuve. Avant il me donnait une petite pension, donc avec le CES ça allait, mais après je me suis retrouvée sans rien, donc j'ai eu la possibilité de passer à 75 %, donc avec espoir d'avoir un 100%, donc voilà. Après le pool, donc je suis restée deux ans à 75% et depuis deux ans je suis à 100%. Donc je suis comblée au niveau financier, ça a été dur mais voilà ! […] Maintenant il y a des CEC, des CIS, c'est quand même mieux à 75 %, parce que vous savez, je suis quand même resté 2 ans à 50%, 3200 Francs par mois, c'était dur hein, bon après j'ai passé le concours j'ai été embauchée mais c'était dur aussi parce que j'étais stagiaire à 50 % aussi, donc il a fallu quand même attendre pour postuler, bon j'en parle maintenant comme ça mais les étapes ont été longues quand même, hein ! » (ASH4, APub)

Le récit laisse percevoir pour certaines un accommodement à l'incertitude sur le coup difficile, notamment lorsque la recherche d'emploi fait suite à un « accident biographique », un divorce, le licenciement … Mais la forte attente vis-à-vis de l'emploi dans ces situations-là fait que l'emploi hospitalier, même sous statut précaire est un pis-aller tout à fait accepté.

On voit que la stratégie d'établissement est rendue possible parce qu'elle rencontre soit des stratégies, soit des dispositions de ces femmes peu qualifiées, à s'accommoder de l'attente de postes qui restent attractifs pour elles parmi l'ensemble de ceux qui sont offerts à des femmes peu qualifiées.

Conclusion

Nous insisterons brièvement sur 4 points.

a) Les marchés internes restent une caractéristique forte tant du public que du privé. Il se sont toutefois érodés (diversification des portes d'entrées -par le passé, une bonne part des AS étaient d'anciennes ASH-, rôle du diplôme et réduction des mobilités verticales). Pour des raisons démographiques (la forte croissance de l'emploi hospitalier dans les années 70), ils se sont aussi « fermés » du fait des faibles départs à la retraite et de la faible mobilité externe pour ces catégories dans un contexte de fort chômage. Mais ils déteignent sur le mode de fonctionnement de leur périphérie. Ceux qui réussissent à s'inscrire durablement dans la file d'attente sont sur des quasi marchés internes...le salaire et le statut d'emploi en moins.

b) Le rôle des politiques publiques, en période de faibles recrutements de remplacement, apparaît déterminant dans l'allongement (et le gonflement) de la file d'attente : rôle des emplois aidés (en nombre, mais aussi en étape supplémentaire), impact des différentes mesures de congés, RTT et autres, dans un

contexte général de surveillance budgétaire accrue, de benchmarking sur le volume d'emploi, mais aussi d'obsolescence des outils de gestion. Ce rôle est plus prégnant dans l'hôpital public, qui en « profite » d'autant plus qu'il est attractif, que dans les cliniques privées, et ce malgré (à cause ?) du statut de la fonction publique.

c)La stabilité de ce modèle est évidemment liée à son acceptabilité sociale, elle même dépendante des pressions internes et externes. A de rares exceptions, les pressions syndicales (internes) sont faibles. Il s'agit moins ici d'une défense de l'emploi des insiders que d'une difficulté à se saisir des conditions des salariés de la périphérie (faible implantation dans ces catégories, peu d'informations) et, surtout, à proposer des solutions « techniques » compatibles avec des principes auxquels sont attachés les insiders (règle de choix des postes dans les mobilités, prévisibilité des plannings...). En externe, dans le contexte actuel de chômage et vu leur attractivité, les hôpitaux n'ont aucun mal à constituer leur armée de réserve. Et cette armée de réserve est finalement prête, en « second best », à composer avec le modèle de la file d'attente dès lors que des règles implicites laissent entrevoir la porte de la stabilisation. Et contrairement au modèle d'Atkinson, l'éventuelle perspective de ce passage garantit un engagement fort de ces salariés (qui explique probablement aussi le faible usage du travail temporaire). Toutefois, la perspective démographique pourrait sensiblement changer la donne.

d) Si la sécurisation des parcours émerge fortement dans le débat socio-politique, avec d'ailleurs des interprétations et des solutions très hétérogènes, elle est cependant souvent entendue comme sécurisation accrue pendant le chômage. A travers le cas ci-dessus, on mesure combien les questions de contrat de travail, mais aussi d'organisation et de division du travail débordent ce seul problème.

Bibliographie

Arborio A-M. (2004), "Climbing invisible ladders : how nurse's aides craft lateral careers", *Ethnography*, march , vol. 5, n° 1, pp. 75-105.

Arborio A.M (2001), *Un personnel invisible. Les aides soignantes à l'hôpital*, Anthropos, Paris.

Askénazy P., Caroli E. Gautié J. (2007), Low wage work in France, rapport pour la fondation Russel Sage, à paraître en 2008 aux éditions R Sage.

Atkinson J. and Meager N., (1986), *Changing work patterns : how companies achieve flexibility to meet new needs*, London, National Economic Development Office.

Chevandier C.(1997), *Les métiers de l'hôpital,* Paris, La découverte, collection repères, n°218.

Collet M,. (2005), *Les rémunérations dans les établissements de santé*, Dress, série études, n°45.

DHOS (2004), *Données sociales hospitalières 2003.* Paris, DHOS.

Doeringer P. and Piore M,.(1971), *Internal Labour Market and Manpower analysis*, D.C Heath : Lexington

Gautié J. (2000), *Destabilisation des marchés internes et gestion des âges sur le marché du travail : quelques pistes*, Document de Travail n°15, CEE, Mars.

Germe,J.-F. (2001), « Au-delà des marchés internes : quelles mobilités, quelles trajectoires ? »,*Formation Emploi,* n° 76, pp 129-146

Le Lan R, Baubeau D. (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et résultats*, n° 335, 11 p.

Maillard C.(1986), *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris Dunod.

Méhaut Ph., Arborio A.M., Bouteiller J., Causse L., Mosse Ph. (2007), "Goods Jobs, Hard Work, the paradoxical position of NA and cleaners in the French hospitals", à paraitre in Askenazy, Caroli, Gautié, *Low wage work in France*, New York, Russell Sage.

Sainsaulieu Y. (2003), *Le malaise des soignants, Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'harmattan, Logiques sociales, Paris.