



HAL
open science

Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' "absentéisme" dans un hôpital local

Sophie Divay

► **To cite this version:**

Sophie Divay. Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' "absentéisme" dans un hôpital local. Sociétés contemporaines, 2010, 77, pp.87-110. halshs-00473976

HAL Id: halshs-00473976

<https://shs.hal.science/halshs-00473976>

Submitted on 17 Apr 2011

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.

Les précaires du *care* ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local

Résumé

Les établissements publics de santé sont confrontés à une pénurie récurrente de personnel soignant ; ils mettent en place différents modes de remplacement des absences qui s'avèrent mal connus, notamment faute de données quantitatives globales. L'enquête que nous avons menée au sein d'un hôpital local lève un coin du voile sur cette face inexplorée du monde hospitalier. Le travail de terrain ethnographique réalisé permet, d'une part, de mettre au jour les causes de l'augmentation des absences et l'émergence du problème de l'« absentéisme » et, d'autre part, de décrire les effets du recours à un personnel précaire sur l'organisation du travail dans les unités de soin.

Abstract

The shortage of health personnel is one of the major challenges facing French public hospitals. Nowadays, the lack of global figures on health personnel makes the problems of implementation of temporary replacement jobs unknown. Our ethnographic fieldwork conducted in a little hospital – or “Hôpital local”- brings to light two main results: first, the causes of absence increase and the emergence of the issue of “absenteeism” ; secondly, the impact of casual workers on the team work in care units.

Introduction

Si le recours au travail précaire est massif dans l'industrie, et rendu visible par des travaux comme ceux de Michel Pialoux et Stéphane Beaud (1993), il demeure mal connu et pourtant répandu dans le secteur tertiaire, en particulier dans le milieu hospitalier. Les établissements de santé font en effet appel à des travailleurs temporaires volants, afin de combler un manque chronique de personnel soignant qui résulte de la combinaison de facteurs multiples (ARHIF, 2002 ; Le Lan, Baubeau, 2004 ; Berland, 2002) réduction du temps de travail, accroissement de la charge de travail, alourdissement des tâches, protocolisation des soins, spécialisation de l'activité médicale, multiplication des formations obligatoires, usure physique et mentale des agents, demandes de temps partiel, arrêts maladie de durée variable, etc.

Il est à ce jour difficile de prendre la mesure exacte de cette forme de précarité. Comme le souligne un récent rapport de la Cour des comptes, les données chiffrées sur les effectifs hospitaliers se révèlent lacunaires parce qu'« *elles proviennent de sources diverses, parfois peu fiables, et dont les périmètres variables ne recourent pas toujours celui des établissements publics de santé* » (Cour des comptes, 2006). On peut toutefois établir qu'en 2004, le personnel non titulaire remplaçant représentait 6.4% des effectifs de la fonction publique hospitalière (voir tableau n°1, ci-dessous), soit plus de 53 000 personnes. Ce chiffre est très certainement sous-estimé car il ne prend notamment pas en compte le personnel employé sous contrat aidé dont les hôpitaux font largement usage.

Tableau n°1 : Effectifs réels de la fonction publique hospitalière au 31.12.2004

Hôpitaux	Effectif au 31.12.2004	% de titulaires	% de non titulaires sur emplois permanents	% de non titulaires sur crédits de remplacement
Personnel non médical	837 054	86.1	7.5	6.4

Source : DREES, DHOS, Insee, dans le Rapport annuel de la fonction publique, Faits et chiffres 2005-2006, Ministère de la fonction publique, p. 37.

Par ailleurs, les modes de gestion des remplacements demeurent encore plus obscurs que le volume réel du personnel temporaire. Dans le cadre d'une recherche que nous avons menée dans différents établissements de soins (voir encadré méthodologique), plusieurs dispositifs ont pu être identifiés. Certains établissements ont les moyens de recourir à des intérimaires, pendant que d'autres n'ont que la possibilité de constituer un carnet d'adresses ou vivier de remplaçant(e)s auquel(le)s ils proposent soit des contrats à durée déterminée, soit des contrats aidés. Les cas de figure varient selon les ressources financières de l'établissement, qui sont, entre autres, fonction de sa taille et de son appartenance au secteur public ou privé.

A la lecture de ces quelques lignes, tout bon gestionnaire ne manquerait pas d'indiquer que le problème fondamental à traiter est avant tout celui de l'« absentéisme », plutôt que celui du remplacement des personnels absents en congé de maladie. Alors que le terme d'« absence » pourrait être employé, c'est celui d'« absentéisme » qui est couramment utilisé, bien qu'il soit négativement connoté¹. En effet, d'après le Petit Robert (1994), ce terme signifie : « *Absence d'un salarié de son lieu de travail, non justifiée par un motif légal ; comportement de la personne qui est souvent absente.* » Un procès d'intention est ainsi fait incidemment aux salariés en arrêt maladie, soupçonnés d'être dans l'illégalité ou d'abuser de leurs droits sociaux. Les modalités de remplacement des absents ne sauraient ainsi se résumer à une simple affaire de planning et d'affectation de personnels temporaires selon des besoins ponctuels. Elles dépendent, plus largement, des orientations de la politique de santé publique, des principes de gestion du personnel soignant propres aux logiques des établissements, de l'évolution des facteurs générant des absences, mais aussi du rapport au travail et à l'emploi des agents.

¹ Voir à ce propos la présentation d'une étude intitulée « Analyse et Conjoncture », réalisée en 2007 par le groupe Dexia Sofcah, assureur des établissements de santé. (Informations consultables à l'adresse suivante : http://www.lagazettedescommunes.com/DRh/Events/pdf/analyse_conj_absences.pdf). Dans cette étude, les taux d'absentéisme passés au crible correspondent uniquement aux arrêts maladie, accidents du travail et maternité.

Il n'est pas concevable d'appréhender ici ces questions dans toute leur ampleur, le monde hospitalier public recouvrant une trop grande variété de structures (diversité des tailles, des spécialités, des localisations, des degrés de technicité, des statuts juridiques, etc.). Cet article poursuivra de plus modestes ambitions ; il sera consacré à l'étude du remplacement des agents absents et de la gestion des précaires dans un hôpital local public (baptisé « Hôpital local du littoral »), établissement qui occupe une position dominée dans le champ de la santé, puisqu'il cumule un ensemble de caractéristiques dévalorisantes². Situé en zone rurale, il ne comprend qu'une centaine de lits ; 80% de ces lits sont attribués à un service de gériatrie (une des spécialités peu prestigieuses en médecine) et 20% à un service de médecine ; il est dépourvu de plateau technique et, de ce fait, autorisé à ne dispenser que des soins médicaux de base, non spécialisés.

Depuis une dizaine d'années, la catégorie agrégée des aides-soignantes et des agents de service hospitalier (ASH) compte, dans cet hôpital, autant d'agents titulaires que de remplaçantes. L'augmentation du nombre de personnels en contrat précaire vient remettre en question la norme dite d'emploi classique et s'inscrit dans une tendance de fond qui fait que « nous nous déplaçons sans doute vers un au-delà ou un en deçà, de la forme quasi hégémonique de la relation salariale moderne qui s'était construite sous le capitalisme industriel. » (Castel, 2007, p. 416-417). Les soignantes de l'Hôpital local du littoral subissent, plus précisément, une double précarisation (Paugam, 2007) : précarisation de l'emploi, d'une part, à travers l'embauche systématique de nouvelles recrues en contrat à durée déterminée ou en contrat aidé, sans garantie de titularisation ; précarisation du travail, d'autre part, due au déséquilibre induit par la présence constante de remplaçantes, dont le fort *turn over* bouleverse l'organisation du travail, la définition des tâches et les relations entre agents. Les plus fortement touchées sont de toute évidence les « anciennes » titulaires qui perdent progressivement leurs repères et une part de leur prestige. Leur malaise est le produit d'un mécanisme de « déstabilisation des stables » (Castel, 2007), d'autant plus perturbant que ces agents se considéraient comme définitivement à l'abri de l'insécurité, concrètement, depuis leur titularisation, et, symboliquement, du fait de leur ancienneté.

Comme nous le verrons dans une première partie, les conditions de travail et d'emploi ont toutefois évolué dans cet hôpital. La question de l'« absentéisme » ne s'est ainsi guère posée avant les années 1980. Auparavant, l'usage de ce terme était rare ; par ailleurs, le remplacement des absent(e)s s'opérait de façon quasi automatique, grâce à des arrangements ponctuels entre personnels titulaires. Ces différences avec la situation actuelle trouvent en partie une explication dans les propriétés du personnel soignant de l'époque : « Par comparaison avec l'infirmière actuelle, l'infirmière "religieuse" (...) était sans doute mieux armée pour transformer symboliquement l'expérience de la mort, de la souffrance ou de la misère en une expérience valorisante. » (Loriol, 2000, p. 149). Les bonnes sœurs pouvaient, en effet, s'appuyer sur des croyances qui les rendaient moins vulnérables à l'épuisement professionnel et donc moins enclines à s'absenter de leur poste de travail.

Dans un deuxième temps, l'étude de la période des années 1990-2000 mettra au jour un tournant dans l'histoire de l'Hôpital local du littoral. Au cours de ces décennies, l'« absentéisme » devient un problème auquel l'équipe de direction fait face en instaurant un

² A l'appui de nos observations, on citera ce constat établi par une spécialiste du travail des soignants, médecin du travail à l'Hôpital Hôtel Dieu de Paris : « L'hôpital local concentre un certain nombre de difficultés : faible prestige, recrutement essentiellement composé de personnes âgées à faible revenu, remise en cause au nom de nouvelles normes de sécurité ou de qualité des petits établissements, part plus importante qu'ailleurs de personnels faiblement qualifiés (aides-soignants et agents de service). » (Estryn-Behar, 2006, p. 53)

pool de remplaçantes contractuelles, dispositif qui perturbe de façon imprévue l'organisation du travail et les relations entre différentes générations de soignantes. C'est à ce moment que les titulaires perdent, comme on l'a déjà évoqué, une part de leur capital symbolique, alors que les soignantes précaires sont parallèlement confrontées aux contraintes inhérentes à leur statut.

Mais l'histoire ne s'arrête pas là. A partir de 2006, les restrictions budgétaires s'alourdissent et celle de janvier 2009, émanant du Conseil général (un des deux financeurs avec la DDASS), s'avère la plus sévère. Simultanément, la perspective de la mise en œuvre de la Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » suscite bien des inquiétudes. Prévoyant notamment le regroupement des petits établissements ou leur rattachement à une structure plus importante, elle comporte un fort risque de suppression de postes. Le directeur choisit de faire face aux contraintes budgétaires en « allégeant » le pool des contractuelles et de faire porter les conséquences de l'« absentéisme » sur les titulaires qui seront rappelées sur leur temps de repos en cas de besoin. Ces mesures ne peuvent que contribuer à dégrader les conditions de travail des soignantes. Ces dernières décisions prises par le directeur de l'Hôpital local du littoral montrent, s'il en était besoin, à quel point les personnels précaires sont utilisés comme des « variables d'ajustement », leur grande flexibilité d'emploi laissant toute liberté à l'employeur d'adapter ses effectifs aux besoins du moment.

Méthodologie d'enquête

Cet article s'appuie sur une recherche financée, entre 2005 et 2008, par l'ANR dans le cadre du programme « Santé-environnement et santé-travail ». Centrée sur le rapport des professionnels du soin aux risques professionnels, elle a donné lieu à un travail de terrain de nature qualitative et à la réalisation de monographies d'établissements (plusieurs services d'un CHU, une clinique et un hôpital local) en procédant à des observations, non participantes ou participantes, du travail des soignantes au sein de leur équipe. Ont également été menés des entretiens semi-directifs auprès de ce personnel, des encadrants et des membres de la direction.

Au sein de l'Hôpital local du littoral, le recueil des données s'est effectué sur une période de plus de deux années, à raison d'une semaine par mois d'observation. Une centaine d'entretiens (approfondis, enregistrés et retranscrits) ont été réalisés auprès des différentes catégories de personnels de l'établissement.

1- L'Hôpital local du littoral : un petit établissement ancré dans le passé

L'Hôpital local du littoral est implanté sur un site où fut, tout d'abord, construit un couvent au 17^e siècle, transformé en ferme à la Révolution française. Cette ferme fut convertie en caserne, avant de devenir un hôpital en 1870. Cent ans plus tard, l'établissement, qui comprend une petite maternité, un service de médecine et un hospice pour vieillards, ne répond plus aux normes sanitaires en vigueur. Une succession de changements intervient alors : les services de l'ancien bâtiment sont transférés dans des locaux neufs qui ouvrent leurs portes en 1981 ; au début des années 1990, l'établissement se voit octroyer le statut d'hôpital

local³ ; son activité tend à se recentrer sur la gériatrie, notamment avec la fermeture de la maternité en 1992. Les deux services restants aujourd'hui comprennent au total 107 lits, dont 22 sont alloués en médecine et 85 en EHPAD⁴.

Un hôpital local a pour vocation principale d'offrir une plate-forme sanitaire et sociale de proximité⁵. Ce type d'établissement ne compte pas de personnel médical parmi ses salariés. Dans cet « hôpital sans médecins », les malades sont suivis par leur généraliste qui se déplace à leur chevet dans le cadre de visites régulières ou à la demande des infirmières.

Le personnel soignant de l'Hôpital local du littoral se répartit entre quatre grandes catégories : la première est composée d'infirmières, la seconde d'aides-soignantes, la troisième d'agents de service hospitalier (ASH) faisant fonction d'aides-soignantes, et la dernière de remplaçantes. La possibilité accordée aux ASH d'avoir un statut officiel de « faisant fonction d'aide-soignante » est particulièrement répandue en gériatrie où les soins dispensés présentent une faible technicité (comparés, par exemple, à ceux d'un service de réanimation ou encore de cardiologie) et relèvent avant tout du « nursing » ou de l'entretien préventif et curatif de l'état de santé des patients. Cette caractéristique des soins gériatriques explique la part relativement faible dans ces unités de personnel qualifié⁶ (Estryn Behar, 2006), ainsi que le glissement et le partage des tâches qui s'opèrent entre catégories professionnelles. En l'occurrence, les aides-soignantes et les ASH font le même travail, et cette indifférenciation vaut pour la plupart des remplaçantes qui sont également chargées de tâches théoriquement réservées à des aides-soignantes.

Toutefois, si le partage des tâches est concrètement en vigueur, symboliquement, les distinctions entre les niveaux hiérarchiques ne sont pas brouillées. Elles sont institutionnellement marquées par l'obligation du port de blouses de couleurs différentes. Le jaune a été attribué aux remplaçantes qui sont par association d'idées surnommées « les poussins ». Ces contractuelles utilisent elles-mêmes cette dénomination, souvent avec ironie, pour souligner leur enfermement dans un statut d'agent « immature » et leur position subordonnée par rapport aux titulaires.

Tableau n°2 : Effectifs du personnel soignant de jour et de nuit

Catégories	Effectif de jour	Effectif de nuit	Total	Couleur de blouse
Infirmières titulaires	8	3	11	Blanche
Infirmières contractuelles	2	1	3	Blanche
Aides-soignantes (AS) ASH	30	5	35	AS : rose ASH : bleue
Remplaçantes (des AS et des ASH)	27	1	28	Jaune
Total	67	10		

³ Les hôpitaux locaux succèdent aux hôpitaux ruraux qui avaient été créés par l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958. Depuis la loi n°91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les hôpitaux locaux sont des établissements publics de santé conformément à l'alinéa un de l'article L 6141-2 du code de la santé publique.

⁴ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

⁵ Circulaire : DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local.

⁶ Au sein du personnel soignant titulaire ou contractuel, on compte ici plus de quatre fois plus d'AS et ASH (N = 63) que d'infirmières (N = 14) – voir tableau n°2 des effectifs.

Les évolutions de la structure du personnel de l'Hôpital local du littoral, aujourd'hui composé d'une part croissante d'agents non titulaires, constituent un fil conducteur permettant de retracer les changements qui se sont produits sous l'effet de facteurs institutionnels et conjoncturels. Les trois grandes dernières étapes de l'histoire de l'établissement⁷, qui ont pu être dégagées, correspondent à trois états successifs de l'organisation du travail du personnel soignant et du mode de transmission intergénérationnelle des savoirs professionnels.

La description des caractéristiques et des logiques propres à chacune de ces périodes s'est appuyée sur la prise en compte de plusieurs dimensions transversales qui comprennent les statuts attribués à l'hôpital, les types de patients accueillis, les règles organisant la division du travail soignant, le rapport au travail des agents, le mode dominant de transmission intergénérationnelle des savoirs, la figure soignante centrale et enfin la gestion du remplacement des absences. L'application de cette grille de lecture a fait apparaître trois catégories de modèle organisationnel qualifié pour la période la plus ancienne d'« asilaire », pour la suivante de « moderne » et pour la contemporaine de « rationalisé ». L'ensemble de ces dimensions analytiques et leur actualisation, selon les trois périodes délimitées, sont présentées schématiquement dans le tableau n°3.

Tableau n°3 : Caractérisation des trois dernières périodes de l'histoire de l'Hôpital local du littoral

Dimensions Transversales d'analyse	Antépénultième période Le modèle organisationnel asilaire [60'-fin 70']	Avant-dernière période Le modèle organisationnel moderne [80'-fin 90']	Période actuelle Le modèle organisationnel rationalisé [2000']
Statut d'établissement	Hospice	Maison de retraite	EHPAD
Catégories de patients	Vieillards indigents valides	3 ^{ème} âge, personnes âgées valides	4 ^{ème} âge, personnes âgées dépendantes
Axe de division du travail soignant	Entre sacré et profane	Entre catégories professionnelles	Entre titulaires et précaires
Rapport identitaire au travail	Abnégation, sacerdoce, dévouement religieux	Dévouement domestique	Individualisme
Degré d'investissement dans le travail	Total	Centralité du travail bien fait	Arrêts maladie nécessaires
Mode de transmission intergénérationnelle	Don de soi, transmission d'un ethos religieux	Don contre don, transmission d'un ethos de métier	Don contraint, transmission empêchée
Figure centrale de la soignante	La « bonne sœur »	L'aide-soignante	L'infirmière
Mode de gestion du remplacement des absences		Auto-remplacement	Remplacements organisés

Cette trame chronologique a servi de point d'appui à l'agencement des paragraphes suivants, consacrés à une analyse de la situation passée et actuelle de l'Hôpital local du littoral, dont l'histoire récente est marquée par des évolutions et des tournants au détour desquels on voit émerger la question de l'« absentéisme ».

⁷ Cette remontée dans le temps a été limitée faute d'éléments disponibles. Deux événements ont notamment contribué à la disparition des archives et traces du passé de cet hôpital : une inondation dans les années 1960 et la construction du nouveau bâtiment en 1981, une grande partie du mobilier et du matériel ayant été détruite au moment du déménagement des services.

2- Au temps où les absences du personnel ne faisaient pas question

2- 1- Antépénultième période ou le modèle organisationnel asilaire (années 1960 - 1970)

Afin de reconstituer la période des années 1960 et 1970, on s'appuiera plus particulièrement sur les témoignages de trois personnes (voir tableau n°4, ci-dessous) occupant ou ayant occupé des positions nettement différenciées dans leur univers professionnel. Mr A., directeur jusqu'en 1994, peut prendre, du haut de ses 75 ans⁸, un grand recul sur les évolutions de l'hôpital qu'il a dirigé pendant 21 ans. René, interviewé trois mois avant son départ en retraite, achève sa carrière au grade de « maître ouvrier principal », en catégorie C. En 38 ans de service, il a participé aux restructurations et aménagements successifs de ce qu'il appelle « la maison ». Enfin, Coco, est entrée en 1974 à l'hôpital à l'âge de 18 ans, en tant qu'agent hospitalier de service et a réussi le concours d'aide-soignante en 1979. En 32 ans de carrière dans le domaine du soin, elle a connu de nombreux changements jusqu'à la récente mise en place de la démarche qualité à travers les procédures d'accréditation et de certification.

Tableau n°4 : Caractéristiques des « trois informateurs »

Nom	Fonction	Date d'embauche, date de départ, ancienneté	Age à l'embauche	Age actuel
Mr A.	Directeur	1973-1994 / 21 ans	34 ans	75 ans
René	Agent d'entretien	1969-2007 / 38 ans	19 ans	57 ans
Coco	Aide-soignante	1974 / 32 ans	18 ans	52 ans

D'après nos trois informateurs, les années 1960 et 1970 constituent une époque radicalement révolue. Les récits de la vie quotidienne de l'établissement sont souvent livrés avec force exclamations, rires et parfois sur un ton scandalisé. Nos interlocuteurs signalent ainsi qu'ils se mettent à distance de pratiques d'un autre temps, qu'ils ont pour les uns subies et pour les autres fait évoluer. Mr A. dit avoir été profondément choqué par l'insalubrité qui régnait dans l'hôpital à son arrivée, en 1973 :

« Il y avait la maternité à l'étage. Alors, vous vous rendez compte : personnes âgées au rez-de-chaussée et maternité à l'étage ! Et puis, après, il y avait tous les bâtiments, là, les vieux bâtiments que vous apercevez de la rue où il y avait que ce qu'on appelait « l'hospice » à l'époque. C'était de l'hospice, hein ! Y avait pas de chambres particulières du tout ! Y en avait une ou deux, le reste, c'était des grands dortoirs, comme on voyait autrefois dans les hôpitaux ! C'était comme ça, des grandes salles avec dix lits, vingt lits ! Y avait bien vingt lits dans une pièce, hein ! Et alors, les lits étaient les uns à côté des autres, y avait des sœurs à l'époque, les sœurs Saint Vincent de Paul, et au fur et à mesure que l'état des personnes âgées se dégradait, elles changeaient de lit, et les deux derniers lits, c'était avec un rideau... Vous avez compris pourquoi ! C'était l'horreur absolue ! Donc, j'ai fait enlever les rideaux. J'ai fait enlever aussi les camisoles de force parce qu'il y avait des camisoles de force, que j'ai brûlées comme un feu de la Saint Jean, au vu et au su de tout le monde ! C'était inimaginable ! Inimaginable ! Les urinos pour les hommes, on leur attachait avec des ficelles entre les jambes, les ficelles leur bouffaient la peau, hein ! » (Mr A.).

Les résidents, ou selon le vocabulaire du moment les « pensionnaires », étaient pour la plupart valides et sans ressources, et de ce fait participaient aux activités domestiques :

⁸ L'âge indiqué est celui que les enquêtés avaient au moment de l'entretien.

« Parce que c'était les bonnes sœurs, elles avaient leur... les personnes âgées qui travaillaient ici, si vous voulez, elles avaient des vaches, des lapins, des poules, des cochons. Elles avaient tout ça, j'ai connu tout ça. (...) Et puis les personnes qui venaient à la maison, on disait l'hospice, eh bah, ils travaillaient au jardin. » (René).

Coco a beaucoup pleuré pendant les quelques jours qui ont suivi son embauche : « *Oh, le plus dur, c'était les bonnes sœurs ! Oui, elles nous glaçaient, oh là, là !* » Elle a été plongée dans un milieu hospitalier digne de la fin du XIX^e siècle, où les religieuses régnaient en maîtresses sur les « filles de salle » auxquelles il revenait d'effectuer le « sale boulot » (Hughes, 1996). Les sœurs imposaient à ce personnel, plutôt servant que soignant (Knibiehler, 1984), le respect de leurs règles de vie fondées sur le dévouement religieux et l'abnégation – relevant du don de soi – en leur apprenant à s'occuper des vieillards indigents ayant trouvé asile dans cet hospice. De telles valeurs morales ou spirituelles imprégnaient également la transmission de savoirs pratiques et tacites qui s'opérait sur le tas. L'exigence du travail bien fait, s'il représentait pour les religieuses une offrande faite à Dieu, valorisait les travailleuses laïques :

« Les bonnes sœurs, elles savaient travailler, on savait travailler avec elles, hein ! Elles nous prenaient au départ, elles nous montraient... C'est vrai qu'il y a eu quand même des bases et quand même des choses... Tout n'était pas négatif ! Pour ensevelir les malades, pour le respect de tout, bon bah, elles savaient quand même faire des... On les emmaillotait quand même pas n'importe comment, on faisait quand même des petits plis, les trois plis, les... quand même. (...) Par rapport à tout ça, c'est quand même, à tenir le service, bon c'est sûr qu'on était quand même maintenues, puis on savait quand même faire du ménage. Une fille qui arrivait, elles te la collaient au ménage, une salle à fond ou une chambre à fond ! Elles expliquaient comment faire, et après elles regardaient si c'était pas fait ! Ah non, là, tu étais obligée de travailler, autrement, tu étais tout de suite virée ! » (Coco).

Ces filles de salle, main-d'œuvre sans ressources bon marché, héritaient des religieuses non seulement un savoir-faire d'ordre professionnel, mais également une valorisation symbolique à travers leur passage par un apprentissage, pour ne pas dire un dressage corporel et mental, qui les transformaient en filles bien éduquées par des formatrices de grande valeur spirituelle. L'investissement dans le travail se devait d'être total, et ce d'autant plus que pour leur part les sœurs résidaient sur place. Les « arrêts maladie » étaient rarissimes, d'une part parce qu'ils étaient tout simplement inconcevables et, d'autre part, parce que la charge de travail était d'une autre nature que celle des aides-soignantes ou ASH d'aujourd'hui. L'hospice accueillait moins de pensionnaires et ces derniers ne requéraient pas des soins aussi lourds que ceux dispensés de nos jours aux résidents en EHPAD. La quarantaine d'agents de service ou filles de salle travaillaient sous les ordres d'une petite dizaine de religieuses, chefs de service. Du fait de leur statut d'infirmières, les soins techniques leur revenaient. Les filles de salle étaient quant à elles chargées d'un travail d'ordre domestique (lessive, entretien des sols, vaisselle, couture, etc.) et effectuaient toutes indifféremment les mêmes tâches.

Le personnel soignant faisait également l'objet d'un encadrement en dehors de l'hôpital. Les familles veillaient de près sur ces jeunes filles qui par nécessité économique étaient mises au travail bien avant leur majorité, parce qu'on comptait sur elles pour « ramener une paie à la maison ». Pas question, de ce fait, de prendre le risque de « perdre une place » faute d'ardeur à la tâche. Les absences ou les refus de travailler, quelles qu'en soient les raisons, n'étaient pas envisageables ; les conditions matérielles de vie étaient trop rudes pour prendre en compte les états de santé ou psychologiques individuels. Ainsi, Coco a-t-elle été poussée par sa mère, couturière à domicile élevant seule ses enfants, à supporter les conditions de travail auxquelles elle a été confrontée à son arrivée à l'hôpital :

« Ah bah j'ai pleuré ! Les deux premiers jours ! Alors, ma mère m'a dit : 'T'inquiète pas, tu pourras revenir à la maison, on mangera des pommes de terre, on verra, on s'arrangera.' Mais comme j'avais

quitté mon travail pour venir ici, elle me dit : 'Ecoute, patiente un tout petit peu, tu verras.' Alors bon, premier jour, deuxième jour, troisième jour, puis ma foi, après bah... On s'y fait, mais les premiers temps... » (Coco, aide-soignante).

2- 2- Avant dernière période ou le modèle organisationnel moderne (années 1980 - 1990)

Le tournant que les hôpitaux ont connu à la fin du XIX^e siècle, à travers un net développement de leur activité, une augmentation du nombre des malades solvables, la laïcisation et de nombreux progrès techniques et médicaux (Petitat, 1994), ne se produit à l'Hôpital local du littoral qu'au début des années 1980. L'asile pour « vieillards indigents » se transforme en Maison de retraite pour personnes âgées valides, notamment sous l'effet de la loi de 1975⁹ sur l'humanisation des hospices qui vise leur modernisation.

Le départ progressif des religieuses s'accompagne d'une redistribution du pouvoir entre les catégories d'agents. Après avoir reposé sur une séparation entre la sphère du sacré et celle du profane au temps de l'hospice, la division du travail s'agence, dans le cadre de la Maison de retraite, en fonction de l'appartenance à une catégorie professionnelle. Une conversion et une réhabilitation du groupe des « filles de salle » s'opèrent avec l'affirmation du corps des aides-soignantes et agents de service hospitaliers (faisant fonction d'aides-soignantes). Leur reconnaissance est favorisée par trois facteurs : elles sont plus nombreuses que les quelques nouvelles jeunes infirmières diplômées d'État, embauchées pour remplacer les sœurs ; elles bénéficient d'une grande légitimité du fait de leur ancienneté dans l'établissement ; enfin, elles prodiguent les services les plus adaptés aux attentes de résidants en relativement bonne santé qui ont, de ce fait, assez peu besoin de soins infirmiers.

Les aides-soignantes incarnent la figure centrale dans leur milieu de travail. Elles assurent la formation sur le tas des débutantes en leur transmettant non pas un *ethos* religieux, mais un *ethos* de métier qui recouvre la valorisation de l'effort, le respect dû aux « anciennes », l'amour du travail bien fait et qui s'appuie sur des savoir-faire domestiques. La logique du don de soi, propre à l'abnégation des « bonnes sœurs », a laissé la place à une forme de don contre don entre gens de métier. Les « anciennes » transmettent le métier aux nouvelles qui en contrepartie symbolique leur apportent une reconnaissance de leurs compétences professionnelles. Cette source de respect et de légitimité, même si elle provient d'agents débutants de la même catégorie professionnelle¹⁰, n'est pas sans importance pour ce « petit personnel » si peu considéré au sein de l'univers médical et hospitalier.

Telle une « mère courage », une bonne soignante « ne s'écoute pas », « est dure au mal » et par conséquent ne s'arrête pas au moindre « bobo ». Les absences du personnel soignant sont rares conformément à ces normes dominantes, mais aussi parce que les résidants sont encore assez valides pour ne pas demander trop de manipulations physiques aux agents. Toutefois, lorsqu'une soignante est contrainte de s'arrêter, ses collègues compensent spontanément son absence, sans que la direction n'ait à organiser ce remplacement, comme l'explique le directeur de l'époque qui pouvait compter sur une forme d'auto-remplacement de la part son personnel titulaire :

⁹ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

¹⁰ Dans le prolongement des constats d'Anne-Marie Arborio (2001, p. 133), qui souligne que les aides-soignantes ne peuvent déléguer du sale boulot qu'à d'autres aides-soignantes, on peut dire qu'il leur est également plus facile d'obtenir des gratifications de la part de leurs pairs que de leur hiérarchie.

« Question : Quand il y avait quelqu'un d'absent, par exemple, comment faisiez- vous pour le remplacer ?

Directeur : Alors, encore autre chose qui n'existe plus non plus ! Là, le personnel me disait : 'Bon, écoutez monsieur A., je vais venir, vous inquiétez pas, je vais venir, je vais la remplacer !'

Question : Parmi les titulaires ?

Directeur : Oui : 'Je vais venir et puis vous me rendez ça, ou vous me paierez des heures supplémentaires, mais bon, je viens parce qu'il faut que le service tourne !'. C'était ça.

Question : Donc, vous n'aviez pas un volant de remplaçantes comme aujourd'hui ?

Directeur : Non, j'avais pas de remplaçantes et ça tournait. Je peux vous assurer, vous pourrez demander à F. en bas : personne [pas de remplaçantes] ! Et ça tournait bien, ça tournait vraiment bien !

Question : Mais, il y avait moins d'arrêts qu'aujourd'hui alors ?

Directeur : C'est difficilement comparable ! » (Mr A., ancien directeur de l'hôpital).

3- La période actuelle ou le modèle organisationnel rationalisé (années 1990 - 2000)

3-1 - Emergence du problème de l'« absentéisme » et mise en place d'une réponse

A partir de la fin des années 1990, le profil des personnes âgées placées en institution change rapidement. Au niveau national, une enquête de la DREES (2006) montre ainsi que si 57% des résidents étaient considérés comme dépendants en 1998, leur part s'élève à 80 % en 2003 : « *L'augmentation de la dépendance s'explique en partie par le vieillissement de la population accueillie. Les personnes âgées entrent en effet souvent en institution à un moment où la perte d'autonomie ne peut plus être compensée par l'entourage ou les services du secteur d'aide à domicile.* » (Tugores, 2006, p.2). Ce vieillissement se traduit par un accroissement du nombre des résidents de plus de 75 et 90 ans, très net entre 1994 et 2003 comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°5 : Vieillissement de la population des résidents

Age des résidents	1994	2003
Plus de 75 ans	79 %	84 %
Plus de 90 ans	20 %	30 %

Tableau constitué sur la base des résultats présentés dans *Etudes et Résultats*, n°485, 2006.

Une évolution semblable s'est produite à l'Hôpital local du littoral. D'après les données fournies par les services administratifs, on constate que l'âge moyen des résidents d'EHPAD augmente de 5 ans entre 1998 et 2008, passant de 74.5 ans à 79.5 ans. Le vieillissement des résidents explique entre autres l'augmentation de la part des femmes qui ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes.

Tableau n°6 : Evolution de l'âge moyen des résidents de l'Hôpital local du littoral

Années	1998	2008	1998	2008
	Pourcentage	Pourcentage	Age moyen	Age moyen
Hommes	51%	36%	72 ans	77 ans
Femmes	49%	64%	77 ans	82 ans
Ensemble	100%	100%	74.5 ans	79.5 ans

Si les nouvelles caractéristiques des résidents ont accentué la pénibilité physique du travail des soignantes, elles ont également modifié la nature des relations que les agents entretiennent

avec les personnes âgées dont l'état mental s'est fortement détérioré. A titre d'exemple, le cuisinier de l'établissement, embauché en 1992, regrette de ne plus pouvoir discuter avec les pensionnaires de leurs préférences culinaires :

« Cuisinier : Parce que quand je suis arrivé ici, tout S1¹¹, tout S2, plus un petit bout de S3, c'était que des valides !

Question : Il y a 15 ans de ça vous dites ?

Cuisinier : Oui, quand je suis arrivé, hein !

Question : Donc, ça a changé très vite ?

Cuisinier : Ah oui, donc il n'y avait à l'époque que S3 qui était du Long séjour, on va dire, avec des gens plus dépendants.

Question : Et donc des gens qui venaient vous voir à la cuisine ?

Cuisinier : Oui, ou que nous on allait voir, on connaissait, parce qu'ils nous connaissaient, enfin, on montait au moins deux, trois fois la semaine.

Question : Ah oui, dans l'ancien hôpital ou ici ?

Cuisinier : Ici, c'était déjà ici. Mais on passait, tandis que, là, maintenant, on les connaît plus ! Ou c'est eux qui vont pas nous reconnaître. Nos relations ont vraiment changé avec les résidents. » (Chef cuisinier de l'hôpital).

L'évolution du profil des résidents permet au directeur d'acquérir le statut juridique d'EHPAD en 2005, statut qui facilite notamment une reconnaissance institutionnelle de l'augmentation des besoins en soins médicaux liés à la grande dépendance. Il obtient des moyens supplémentaires pour l'embauche de nouvelles infirmières. Parallèlement, toutefois, la charge de travail des aides-soignantes s'intensifie à cause de l'alourdissement des pathologies des résidents qui n'est pas compensé par de nouvelles embauches. Comme le mettent en évidence les résultats d'une enquête réalisée en Europe, les aides-soignantes sont beaucoup plus touchées que les infirmières par les conséquences des manipulations répétées des patients, et ce surtout en milieu gériatrique : « *Leurs plaintes les plus fréquentes concernent le travail physique. Manutentionner des malades dépendants, faire des changes ou des toilettes à la chaîne, favorisent un vécu douloureux avec peu d'espoir d'améliorations. Dans de nombreux questionnaires d'aides-soignantes, on ne trouve qu'une seule réponse à la question : "Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ?" Cette réponse, laconique, est : "Soulever les malades" » (Estryn-Behar, 2006, p. 55).*

Fatigue, stress temporel et troubles musculo-squelettiques font monter le taux des arrêts maladie de courte durée dans cette catégorie de personnel. Pour pallier ces nombreuses et fréquentes absences, la cadre de santé choisit de mettre en place, à la fin des années 1990, un pool de remplaçantes dont les effectifs vont s'accroître rapidement.

3- 2- Dégradation des conditions de travail, poids de la « mauvaise ambiance »

Le développement du pool des remplaçantes entraîne une augmentation de l'effectif global du personnel (cf. supra, tableau n°2). Avec l'ajout des remplaçantes, le nombre des agents de la catégorie des aides-soignantes et ASH est multiplié par deux. La cadre de santé n'a toutefois pas seulement davantage de personnel à gérer ; la réalisation des plannings se complique et s'alourdit avec le fort *turn over* de la plupart des remplaçantes¹². Il lui faut, de ce fait, sans cesse trouver de nouvelles recrues, et à, chaque fois, les accueillir, les informer, tenter de les fidéliser, résoudre leurs difficultés d'intégration, etc.

¹¹ S1, S2, S3 : noms d'emprunt donnés aux unités du service de gériatrie de l'établissement.

¹² Les chances de titularisation étant très faibles, la plupart des contractuelles quittent l'hôpital dès qu'elles ont trouvé une situation plus stable ailleurs.

Le remède qu'elle a trouvé pour combler les absences vient en fait complexifier le travail relationnel qui incombe à tous les responsables : « *Au cours de leur activité, les cadres ont souvent à amortir les rigidités du cadre de travail. Ils manipulent en conséquence la règle prévue pour tous et tentent d'en faire quelque chose pour chacun. Ils essaient d'éviter une cristallisation du mécontentement des membres de l'équipe soignante ou médicale en cas de tension entre les personnes ou de difficultés pour réaliser le travail. L'objectif du maintien de la cohérence d'ensemble se traduit avant tout dans des actions qui visent à réparer, à colmater des brèches, à rattraper des situations qui sont en train d'échouer ou de se dégrader.* » (Bouret, 2007, p. 9).

Après la constitution de ce pool de contractuelles, la cadre de santé se trouve rapidement débordée par un cumul de responsabilités qui comprend une part croissante de gestion des tensions et conflits naissant de façon imprévisible dans les services entre les titulaires et les remplaçantes. Les premières, devant prendre en charge et former le flux continu des secondes, font le constat que ce mode de remplacement génère une augmentation de leur charge de travail, travail qui s'avère en outre insatisfaisant ; elles sont, en effet, amenées à recommencer, sans fin, ce qu'elles appellent l'« encadrement des nouvelles », auxquelles elles consacrent du temps pour un faible « retour sur investissement » puisqu'une grande part de ces dernières resteront peu de temps à l'hôpital.

Par ailleurs, les remplacements se faisant la plupart du temps dans l'urgence, en réponse à une absence imprévue, la durée des encadrements est réduite au minimum ; les nouvelles sont très rapidement obligées de remplir les mêmes tâches qu'un agent expérimenté. Une telle précipitation ne permet pas aux titulaires d'apprécier les compétences des arrivantes qui se trouvent propulsées dans les services, au plus près des résidents. Nombre d'aides-soignantes et d'ASH titulaires, très attachées à « leurs » pensionnaires, regrettent de ne pas avoir le temps de s'assurer de la fiabilité des nouvelles remplaçantes avant de leur confier des résidents. Elles redoutent avant tout que ces dernières n'adoptent des comportements relevant à leurs yeux de formes de maltraitance. Enfin, l'accroissement de la pression temporelle¹³ (impression de devoir faire toujours plus, en moins de temps) n'est pas sans tendre les relations entre titulaires qui ne tardent pas à faire grief de leurs insatisfactions et frustrations aux remplaçantes. Comme disent celles-ci : « *Faut pas chercher, c'est toujours de notre faute !* »

Enfin, la médicalisation des soins (avec l'augmentation du nombre des infirmières) et la précarisation de l'emploi du « petit personnel » soignant sont venues bouleverser l'équilibre du système de relations en vigueur entre les agents. Les anciennes aides-soignantes (et ASH) perdent leur assise professionnelle, ainsi qu'une part de leur pouvoir au sein de l'organisation. Les soins médicaux se complexifiant, elles ont progressivement vu les infirmières monopoliser la réalisation des actes techniques. Comme on l'a vu, la prise en charge incessante de nouvelles remplaçantes les épuisent. Elles ne disposent plus du temps suffisant pour leur transmettre les ficelles du métier et se limitent à leur inculquer les quelques

¹³ L'augmentation de cette pression temporelle est en partie due à l'introduction de nouvelles normes de travail imposées par la démarche qualité qui a introduit un ensemble de micro-tâches dans le travail habituel (par exemple, l'obligation d'utiliser des chiffons de couleurs différentes pour chaque type de surface nettoyées : une lavette bleue pour l'évier, une rose pour les toilettes, une jaune pour les chromes des lits, etc.) A ces micro-tâches, il faut ajouter un travail d'écriture, d'enregistrement des tâches réalisées qui sont consignées dans des classeurs ou dans des fichiers informatiques, afin d'assurer une « traçabilité » nominative des opérations effectuées.

connaissances indispensables avant de leur confier des malades. Les remplaçantes, ainsi traitées, développent tout à la fois crainte et rancœur vis-à-vis de ces titulaires qui leur accordent si peu de considération.

La logique du don contre don entre gens de métier est remise en question et la transmission intergénérationnelle empêchée. Seule prévaut l'obligation du don d'un savoir galvaudé et réduit à sa plus simple expression. Cette contrainte est d'autant plus détestable qu'elle fait naître chez les « anciennes » l'impression culpabilisante de mal faire leur travail.

Ces conditions de travail dégradées génèrent des tensions au sein des unités et une « mauvaise ambiance » entre collègues (Pialoux, 1995). Elles fragilisent le collectif des soignantes, renforçant les replis protecteurs et individuels. L'introduction d'un personnel précaire se révèle être un des facteurs d'insécurisation qui touche autant les remplaçantes que les titulaires, dont le désarroi peut être résumé à travers ce constat d'Yves Clot : « *C'est dans la transmission qu'au fond on reconnaît sa place et sa fonction. En effet, quand on ne peut plus transmettre, on n'existe plus.* » (Clot, 2001, p. 35).

Cette notion de « mauvaise ambiance » est évoquée tant par les titulaires que par les contractuelles. Elles disent devoir faire face à un désordre organisationnel croissant, une confusion notamment due à une mauvaise circulation des informations. Depuis les 35 heures, la plupart des temps d'échanges informels au sein des équipes et entre équipes ont disparu. Les soignantes pouvaient, par exemple, manger au moins une fois par semaine toutes ensemble, avec la cadre, et ainsi faire le point sur de nombreux détails de l'organisation du travail. Elles profitaient de ces moments pour questionner la cadre sur certaines décisions prises par le directeur et pour lesquelles elles n'avaient pas eu suffisamment d'explications. Sans ces rencontres, les changements et petits réaménagements ne sont désormais plus signalés aux collègues des autres équipes et les malentendus se multiplient. Certaines titulaires, excédées par cette désorganisation, prennent parfois des décisions sans consulter leurs collègues, afin de débloquer ponctuellement une situation, mais de telles initiatives sont mal interprétées et vues comme une marque d'autoritarisme provenant de « petits chefs » autoproclamés.

A tout cela s'ajoute le *turn over* des remplaçantes qui accentue cette confusion quotidienne. On comprend pourquoi, dans ces conditions, les « nouvelles » peuvent être rendues responsables de dysfonctionnements dont elles subissent elles aussi les effets. Une telle mise en défaut abusive des plus vulnérables est confortée par certaines mesures récemment arrêtées par le directeur qui a instauré, début 2007, une pénalisation financière des agents absents et une surprime pour les soignantes n'ayant eu aucun arrêt maladie au cours de l'année, au motif qu'elles ont dû subir les conséquences de ces absences. A travers l'extrait d'un entretien mené avec un représentant syndical de l'hôpital, on découvre de quelles conséquences il s'agit aux yeux du directeur :

« - Représentant syndical : Le directeur en a remis une couche, là, cette année, avec la prime de service, hein ! Donc, il y a eu une surprime, apparemment de plus de 200 euros, pour les gens qui ne tombent pas malades... pas absents, c'est-à-dire que si vous n'êtes pas du tout absent, vous avez 200 euros de plus sur votre prime.

- Question : Sur l'année ?

- Représentant du personnel : Oui, et qui est issue de tous ces arrêts... Parce que, à chaque fois que vous allez tomber malade, on perd 1/140^{ème} de notre prime. Donc, tous ces 140^{èmes} sont mis dans une petite enveloppe qui est redistribuée à tous les agents qui n'ont pas été absents dans l'année, mais pas du tout hein, faut pas du tout être absent, sous prétexte que c'est eux qui ont subi l'absentéisme des autres. En plus on indique, on montre du doigt ! C'est comme ça que c'est écrit, hein. Parce que les agents n'ayant

pas été malades, ils ont 'subi l'absentéisme', par le fait d'avoir travaillé avec des contractuelles, hein ! » (Représentant du personnel).

Les absences sont désormais sanctionnées et la justification officielle de cette sanction désigne comme coupables, non seulement les absentes, mais également les remplaçantes qui ne sont pas jugées totalement efficaces puisqu'il faut récompenser les agents titulaires qui ont dû travailler avec elles.

Fin 2007, la cadre de santé a atteint les limites du système qu'elle a mis en place afin de protéger au mieux les titulaires, en leur assurant la possibilité de remplacer les absentes par des agents précaires. Ce mode de remplacement leur évite, en effet, d'être rappelées sur leur temps de congé ou encore de devoir empiéter sur leur temps partiel, souvent demandé pour pouvoir continuer à travailler et supporter les effets de l'usure physique qui se font sentir à l'approche de la quarantaine, après 20 ans de service. Unique cadre de l'établissement, la surveillante parvient de moins en moins à assumer toutes ses tâches. Contrainte de gérer tout à la fois les demandes des familles, les entrées et les sorties des résidants, l'activité des médecins, les relations institutionnelles locales, les vagues successives d'accréditation, la prise en charge des stagiaires et leur évaluation (élèves infirmières ou en BEP sanitaire et social), elle tente de réaliser au mieux les plannings des soignantes, mais ne dispose pas de suffisamment de temps et de disponibilité mentale pour, en outre, veiller au maintien d'une bonne ambiance dans les services. De ce fait, on peut entendre nombre d'agents réclamer la ferme intervention d'un chef qui viendrait remettre un peu d'ordre dans les équipes :

« - Sonia : Moi, je le dis franchement, haut et fort ! Même le directeur, même le directeur ! Il devrait, à un moment donné, dire basta ! Stop ! On arrête ! Là, on a l'impression que tout le monde commande, on fait tout et n'importe quoi ! » (Sonia, aide-soignante).

Les soignantes ont l'impression d'être livrées à elles-mêmes dans une organisation où les différentes formes de « régulation autonome, de contrôle et conjointe » (Reynaud, 1988) sont comme en panne. Les aides-soignantes et ASH ne parviennent pas à maintenir l'existence d'une « régulation autonome » au sein des équipes. Trop accaparées par la lourdeur de leur charge de travail, le poids d'une pression temporelle intériorisée, la présence d'un personnel contractuel de passage qu'il faut encadrer, elles sont difficilement en mesure de prendre des décisions collectives. Elles sont, par ailleurs, confrontées à une « régulation de contrôle » défaillante qui les prive de points de repère. Les infirmières, qui sont leurs supérieures hiérarchiques immédiates, peinent à se mêler de l'organisation de leur travail, non seulement parce qu'elles sont en effectif minimal, mais aussi parce que leurs « subordonnées », plus anciennes qu'elles dans l'établissement, souvent plus âgées et plus nombreuses, résistent aux intrusions dans l'espace de leurs prérogatives. Le directeur, pour sa part, délègue à la cadre de santé la plus grande partie des tâches de gestion du personnel, alors qu'elle n'est plus en mesure d'accorder toute l'attention qui serait nécessaire au fonctionnement des équipes. Enfin, les moments de régulation conjointe, qui se déroulent dans le cadre d'instances comme les CTE ou CHSCT¹⁴, sont réservés à l'examen de questions ne concernant pas directement l'organisation quotidienne du travail des services et les relations entre agents.

3- 3- Nouveau mode de gestion de l'« absentéisme » : vers la suppression des contractuelles et la sur-exploitation des titulaires

¹⁴ CTE : Comité Technique d'Établissement ; CHSCT : Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail.

Le mois de juillet 2008 restera pour longtemps gravé dans la mémoire des agents de l'hôpital. C'est, en effet, à cette date que la cadre de santé, unanimement appréciée, a pris sa retraite, alors qu'elle atteignait ses 54 ans¹⁵. Elle a fait le choix de partir dès que possible, se sentant au bord de l'épuisement, avec tout de même l'amer sentiment d'« abandonner son personnel », alors que les équipes n'avaient, d'après elle, jamais été autant en difficulté. La suite des événements n'a fait que confirmer cette impression.

En février 2009, le directeur apprend en effet que le Conseil général, l'un de ses deux financeurs avec la DDASS, diminue le montant des crédits annuels attribués à l'établissement. La décision est prise de faire des économies sur la masse salariale, l'emploi représentant la part la plus importante du budget de l'hôpital. Dans ce but, le directeur s'attelle à la révision des règles de réalisation des plannings : les horaires coupés sont réintroduits¹⁶ ; la pose d'une partie des congés annuels et de tous les jours fériés est imposée ; les agents ne peuvent plus prendre qu'un seul RTT par mois ; obligation est faite de travailler le week end précédant les congés annuels ; un nombre fixe de titulaires (11) et de contractuelles (3) est arrêté par service et par roulement ; enfin, un « allègement du pool des contractuels » (selon l'expression du directeur) est programmé.

La cadre de santé n'ayant pas été remplacée, les soignantes ont reçu ces nouvelles directives par le biais d'une note de service, sans plus d'explications. Elles en perçoivent cependant immédiatement les conséquences. Leurs conditions de travail, qu'elles jugeaient déjà très mauvaises, vont encore se dégrader. La reprise des coupes ne fera qu'alourdir leur charge de travail, puisqu'elles seront présentes aux deux moments les plus forts de la journée, c'est-à-dire le matin pour le lever et les toilettes des résidents et le soir pour leur coucher et les changes pour la nuit. Par ailleurs, la diminution annoncée des remplaçantes signifie que les absences seront désormais de plus en plus compensées par des agents titulaires rappelées sur leur temps de congé ou jours de RTT. Les soignantes ont d'ores et déjà fait leurs comptes et anticiper les effets pervers d'un tel mode de gestion des plannings : quantitativement, si le « taux d'absentéisme » de 2009 se révèle équivalent à celui de 2008, le « patron » leur devra, en fin d'année, un grand nombre de congés et de RTT dont il aura dû les priver pour remplacer les absentes. Qualitativement, un tel régime ne peut qu'épuiser un peu plus les soignantes qui devront subir les horaires coupés, tout en disposant de moins de jours de repos.

La cadre de santé, qui prend régulièrement des nouvelles du personnel, est épouvantée lorsqu'elle découvre le contenu des dernières mesures prises par le directeur. Par expérience, elle sait qu'un tel système aboutira à la situation engorgée que connaissent les CHU, c'est-à-dire d'une part, une sur-exploitation du personnel, à travers l'application de cette « flexibilisation » des horaires et des emplois du temps, et, d'autre part, une accumulation, année après année, d'heures supplémentaires non payées et non récupérées.

Si les soignantes sont pour certaines prêtes à riposter, envisageant d'aller jusqu'à faire grève, elles savent toutefois que leur marge de manœuvre est faible. Le directeur fait face aux restrictions budgétaires en optant pour les solutions les plus simples, sans essayer, comme

¹⁵ Cette cadre de santé est née en 1954, en région parisienne où ses parents étaient ouvriers. Elle obtient son diplôme d'infirmière d'État en 1980 et son diplôme de cadre en 1988. Elle enseigne pendant 5 ans dans une école d'infirmières, puis occupe un poste de cadre dans un CHU, en pneumologie. Ses relations étant très tendues avec sa supérieure hiérarchique, elle décide de quitter le CHU pour un plus petit établissement public. Elle est embauchée en septembre 1992 à l'Hôpital local du littoral où elle restera jusqu'à la fin de sa carrière.

¹⁶ En EHPAD, l'emploi du temps des aides-soignantes et ASH comprenait trois horaires : 9 h.-15 h.30 / 7 h.30 - 15 h./13 h.45-21 h.15. Les nouveaux horaires prévoient des coupes allant de 7 h.30 à 11 h.15 pour le matin et de 16 h.30 à 20 h. pour le soir.

l'aurait fait la cadre de santé, de trouver des « arrangements » permettant de mieux préserver les intérêts des soignantes. En l'occurrence, les titulaires connaissent désormais non seulement une précarisation de leurs conditions de travail, mais également de leurs conditions d'emploi à travers l'utilisation abusive de leurs jours de repos et temps partiel en cas d'arrêts maladie à remplacer. Quant aux remplaçantes, elles sont aujourd'hui confrontées à un risque imminent de chômage, mais à des degrés différents, la précarité se déclinant en plusieurs niveaux d'insécurité. Parmi les 27 remplaçantes de jour, les 18 embauchées en CDD d'un mois, renouvelé en fonction des besoins de l'établissement, sont davantage menacées que les 9 autres personnes ayant signé un CAE (Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi)¹⁷, contrat aidé d'une durée de 12 mois. Puisque la volonté du directeur est de diminuer le nombre des contractuelles, les plus vulnérables seront les premières touchées. Celles-ci en sont bien conscientes et les pronostics angoissés vont bon train sur les résultats du tri auquel le directeur va procéder lors de la première vague d'« allègement du pool des remplaçantes ».

Conclusion

L'enquête ethnographique, que nous avons menée pendant plus de deux années à l'Hôpital local du littoral, a permis d'explorer indirectement le passé de cet établissement, grâce aux récits de certains agents ayant entre 52 et 75 ans, mais également de suivre directement le déroulement d'une tranche de son histoire, et, enfin, d'entrevoir certains aspects de son futur proche, à travers l'observation de la mise en place de nouvelles orientations concernant le remplacement des absences du personnel.

Au cours de la période considérée, allant des années 1960 à nos jours, a émergé la question de l'« absentéisme », notamment sous l'effet d'une intensification de la charge de travail des soignantes, d'une évolution de leur rapport au travail, de changements dans le mode de gestion des absences, et d'une accentuation de la pression gestionnaire émanant des tutelles ministérielles. La combinaison de ces facteurs a contribué à construire une qualification connotée des absences du personnel soignant, sous le terme d'« absentéisme », qui a en partie implicitement justifié l'application de sanctions à l'égard du personnel « fautif ».

Dans cet établissement, les conditions de travail des agents – titulaires et précaires – se dégradent au fil du temps. Lors de la plus ancienne période à laquelle nous avons pu remonter, le phénomène des absences n'existait quasiment pas, pas plus d'ailleurs que le statut d'agent précaire, comme en témoigne une remarque de Mr A., directeur à cette époque :

« - Question : Mais peut-être qu'à l'époque, vous aviez moins de contractuelles qu'aujourd'hui ?
- Mr A. : On n'en avait pas !

¹⁷ « Le contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CAE) est un contrat de travail à durée déterminée, destiné à faciliter l'insertion professionnelle des personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi. Ce contrat s'adresse aux employeurs du secteur non marchand (collectivités territoriales, associations loi 1901, etc.). La durée des conventions de CAE ne peut excéder le terme du contrat de travail. Ces conventions sont renouvelables deux fois, dans la limite de 24 mois au total. Le CAE est un contrat à temps partiel ou à temps complet. Le bénéficiaire du CAE a un statut de salarié à part entière. Sous réserve de clauses contractuelles ou conventionnelles plus favorables, sa rémunération est égale au SMIC. La conclusion d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi ouvre droit, pour l'employeur, à différentes aides : exonération de cotisations sociales, dans certaines limites, aide de l'État fixée en pourcentage du SMIC. Ces aides ne sont pas cumulables avec d'autres aides de l'État à l'emploi. » (Site du ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la fille : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques/fiches-pratiques/contrats-travail/contrat-accompagnement-emploi.html>).

- Question : Tout le personnel était titulaire ?
- Mr A. : Stagiairisé, titularisé, point. Un an de stage et titularisé !
- Question : Donc, toutes les ASH, AS... ?
- Mr A. : Ah oui, ça j'y mettais un point d'honneur, c'était mon côté communiste ! » (Mr A. directeur de l'hôpital de 1973 à 1994).

Dans un second temps, face à l'augmentation des absences du personnel, la cadre de santé a constitué un « pool de remplaçantes » tentant de limiter l'épuisement des titulaires tout en parvenant à faire accepter ce système au directeur quelque peu récalcitrant. Ce faisant, elle a introduit la précarité au sein du personnel soignant de l'hôpital, ce qui a en partie bousculé la stabilité du collectif de travail. Elle a également pâti d'un alourdissement de sa charge de gestion du personnel, se privant ainsi du temps nécessaire à la régulation des équipes de soignantes. Après le départ de cette cadre de santé, le directeur prend les rênes de la gestion du personnel et des absences. N'ayant jamais complètement approuvé l'existence du « pool des remplaçantes » qui prenait trop d'ampleur à ses yeux, il décide de l'« alléger » tout en rigidifiant les règles d'élaboration des plannings. Comme on l'a vu, toutes les soignantes sont perdantes, les titulaires voient leur charge de travail s'intensifier encore un peu plus, pendant que les contractuelles sont menacées de perdre leur emploi.

Ces nouvelles dispositions ne font qu'accentuer le poids d'inégalités sociales et économiques qui pesaient déjà fortement sur les agents avant leur application. Cet hôpital était, en effet, déjà le théâtre de la rencontre de deux types de « misère » (Bourdieu, 1993) : les remplaçantes étant aux prises avec une « misère de condition » subie à travers l'insécurité de leur situation d'emploi et les faibles revenus qu'elle génère ; les titulaires appartenant à la catégorie du « petit personnel », méprisé ou invisible (Arborio, 2001), qui les enferme dans une « misère de position » au sein d'une institution très hiérarchisée. Avec l'instauration des nouvelles règles de gestion des plannings, les conditions d'emploi de ces agents s'en trouvent grandement détériorées, au point qu'il ne leur reste plus que l'assurance de garder leur emploi. Dans le même temps, les remplaçantes risquent de « s'enfoncer » dans leur misère de condition, renvoyées sur le marché du travail où elles seront peut-être obligées d'accepter des emplois de plus mauvaise qualité que les CDD renouvelables d'un mois que leur proposait l'hôpital.

Si, comme le souligne Robert Castel (2007), nous allons vers une société de « pleine activité » plutôt que de plein emploi, dans laquelle tout individu est poussé à occuper un emploi quelle qu'en soit la nature, les sociologues ont le devoir d'analyser les formes de déséquilibres et de déstabilisation que produit cette évolution dans les organisations de travail, tant elle peut être destructrice pour les individus et les groupes, mais aussi pour les clients d'autant plus vulnérables qu'ils sont ici des patients, autre question qui devra faire l'objet d'un développement ultérieur.

Sophie Divay
sophie.divay@univ-paris1.fr

Bibliographie

- ARBORIO A.-M., 2001 *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- ARHIF (Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France), 2002 *Plan régional de formation et de recrutement d'infirmières*. Paris.
- BERLAND Y., 2002 *Mission "démographie des professions de santé"*. Rapport pour le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Paris, novembre.
- BOURDIEU P., 1993 *La misère du monde*. Paris : Seuil.
- CASTEL R., 2007 Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précaire. In Paugam S. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris : PUF, p. 413-433.
- COUR DES COMPTES, 2006 *Rapport thématique. Les personnels des établissements publics de santé* Paris.
- BOURET P., 2007 Encadrer c'est assurer un travail de lien invisible. Les cadres de santé dans la fonction publique hospitalière. *Journées d'études GDR CADRES, Encadrer sous contrainte. Les encadrants des organisations publiques*. Annecy, 6 et 7 décembre.
- CLOT Y., 1995 De l'autre côté du miroir, les chômeurs. In Crouzet S., Daucé N. (dir.). *Des passeurs hors du commun*. Paris Editions Syllepse, p. 25-35.
- ESTRYN-BEHAR M., 2006 *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Résultats de l'enquête PRESST-NEXT*. <http://www.next.uni-wuppertal.de/download/fr/BrochurePRESSTNEXT2005french.pdf>
- HUGHES E. C., 1996 *Le regard sociologique*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- KNIBIEHLER Y. (dir.), 1984 *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*. Paris : Hachette.
- Le Nouveau Petit Robert. Dictionnaire de la langue française, 1994. Paris, Dictionnaires Le Robert.
- LE LAN R., BAUBEAU D., 2004 Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. DREES, *Etudes et résultats*, août, n°335.
- LORIOU M., 2000 *Le temps de la fatigue*. Paris : Anthropos.
- PAUGAM S., 2007 La solidarité organique à l'épreuve de l'intensification du travail et de l'instabilité de l'emploi. In Paugam S. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris : PUF, p. 379-395.
- PETITAT A., 1994 La profession d'infirmière. In Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos, pp. 227-259.
- PIALOUX M., 1995 L'ouvrière et le chef d'équipe ou comment parler du travail ? *Travail et Emploi*, n°62, pp. 4-39.
- PIALOUX M., BEAUD S., 1993, Permanents et temporaires, in Bourdieu P., *La misère du monde*, Paris, Seuil, p. 317-329.
- REYNAUD J.-D., 1988 Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, XXIX, p. 5-18.
- TUGORES F., 2006 La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003. *Etudes et Résultats*, DREES, n° 485, avril.