

Métiers Santé Social

Collection dirigée par **François-Xavier Schweyer**

Soignantes dans un hôpital local

**Des gens de métier confrontés
à la rationalisation et à la précarisation**

Sophie Divay

2013

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

DANS LA MÊME COLLECTION

Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale
Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer (dir.), 2010

Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession
Laurence Tain (dir.), 2007

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 2013, Presses de l'EHESP, av. du Pr. Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes Cedex
www.presses.ehesp.fr
ISBN : 978-2-8109-0090-9

PRÉFACE

YVONNE KNIBIEHLER,

professeur honoraire à l'université de Provence

Il n'est pas fréquent qu'une sociologue, qui adopte ici une démarche ethnographique, présente son travail sous une forme chronologique. Sophie Divay a choisi cette option parce que le groupe social qu'elle étudie est contraint, actuellement, de s'adapter à des réformes récentes : les comportements et les rapports humains y sont plus ou moins bouleversés. Ce choix est non seulement légitime, mais convaincant, parce que l'investigation ethnologique éclaire en profondeur les épreuves que ce changement impose aux personnes.

La population étudiée est le groupe social des soignantes dans un hôpital local. L'auteur distingue dans leur histoire récente trois étapes, brèves, mais bien caractérisées.

La première étape – des années 1960 à la fin des années 1970 –, évoque le temps où les religieuses soignantes gouvernaient un établissement encore proche des hospices de l'Ancien Régime. La deuxième – en gros les années 1980 – montre comment le directeur de l'établissement, aidé par un sponsor providentiel, assure à la fois la laïcisation et la rénovation des lieux et des services, conformément aux lois de l'hygiène moderne. La troisième étape – à partir des années 1990 – précise la mise en œuvre des réformes institutionnelles qui « rationalisent » la gestion des hôpitaux publics et décrit la transformation des comportements et des relations par l'effet de cette rationalisation.

Je ne m'attarde pas sur les méthodes : « observation participante » et enquête orale. Sophie Divay en est visiblement experte. Un historien (notamment du passé proche) apprendrait beaucoup en la suivant sur le terrain. Je retiens seulement quelques observations pénétrantes qui ont vivement stimulé ma réflexion. L'une porte sur la persistance de « l'autochtonie ». Les petits « pays », les terroirs restent bien vivants en France, à l'âge de la mondialisation, surtout pour les milieux modestes. À l'hôpital, « tout le monde se connaît », tant parmi les soignantes que parmi les résidents. Sur les avantages et les inconvénients de cette proximité, l'auteure fait des remarques instructives. Une autre observation, très attachante, concerne les fondements de l'autorité et du pouvoir. Ici, le « pouvoir médical » n'existe pas, car les médecins, des généralistes de ville qui suivent leurs patients hospitalisés, ne font pas partie du personnel. De même, les infirmières, peu nombreuses, restent en marge. Les soignantes observées dépendent des responsables

administratifs. Au temps des sœurs, le pouvoir émanait de l'instance religieuse : il était de nature essentiellement symbolique, et quasi absolu. Après leur départ, le directeur de l'hôpital et l'unique « cadre de santé » se sont imposés sans peine : « autochtones », proches du personnel et des malades par leurs origines sociales, ils savent écouter et faire preuve d'empathie. Leurs portraits sont fouillés, vivants, sensibles.

Les aides-soignantes et les agents de service hospitalier, quant à elles, constituent deux catégories modestes et non hiérarchisées de soignantes. Aucune hiérarchie n'existe entre ces deux catégories. Elles s'entraident volontiers et se sentent solidaires. Leurs tâches relèvent de savoirs féminins acquis dans la sphère domestique, et leur dévouement ressemble à de l'abnégation maternelle. Toutes sont marquées par leur contact quotidien avec la maladie, le vieillissement, la mort. En fait, la véritable hiérarchie a toujours été informelle : elle s'organisait spontanément, entre les « anciennes », très respectées, et les nouvelles, qui avaient tout à apprendre ; c'était essentiellement un rapport de générations. Ce type de relations a longtemps permis la régulation interne des conflits.

L'analyse, minutieuse et perspicace, présente deux parenthèses tout à fait bienvenues. L'une, émouvante, compare les soins donnés en maternité (la maternité de l'hôpital local a été fermée en 1992) aux soins que requièrent les vieillards : comparaison qui éclaire bien des comportements. L'autre parenthèse raconte un conflit qu'aucune régulation interne n'a pu résoudre : où faut-il ranger les couches nécessaires aux patients incontinents ? Dérisoire en apparence, il est révélateur de « l'ambiance » qui règne dans une équipe. L'expérience montre que l'ambiance reste bonne tant que l'équipe, peu nombreuse, conserve une certaine homogénéité, et tant que la transmission intergénérationnelle peut fonctionner. Ces deux conditions se font de plus en plus rares. En effet, le recrutement, de moins en moins autochtone, devient hasardeux ; les diplômés légitiment de nouvelles hiérarchies ; le recours aux travailleurs précaires se généralise.

La « rationalisation » s'impose aujourd'hui dans le domaine organisationnel et dans le domaine économique. Elle apporte de nouvelles valeurs et de nouvelles dispositions, souvent très contraignantes, sans tenir compte de la sensibilité des personnes. Les transformations accélérées qu'elle exige, si justifiées soient-elles, ne s'opèrent pas facilement. La collaboration entre les ethnologues et les historiens permettra au moins de comprendre les échecs, et peut-être d'atténuer les souffrances.

L'historien voit à ce propos différentes pistes de travail qu'ouvre cet ouvrage. De tels travaux incitent à relier l'histoire administrative des hôpitaux et celle des femmes à l'histoire générale. Quelle a été l'importance de la création des Agences régionales de l'hospitalisation et de leur transformation en Agences régionales de santé ? Quelle est l'importance pour les femmes (soignantes) de leur accès aux diplômes et leurs revendications récurrentes de reconnaissance ? Ce livre nous propulse également vers l'avenir et soulève des questions sur la condition des personnes âgées en institution, les « résidents », parfois dépendants et sans ressources, dont l'espérance de vie tend à croître à mesure que les soins s'améliorent. Leur place dans la société n'est-elle pas intimement suspendue à celle que l'on octroie aux soignantes ainsi qu'aux évolutions de leur métier ? Comme on le voit à travers ce travail sur un hôpital local, l'accroissement récent du nombre des « remplaçantes », personnel précaire, éjectable à volonté, réduit la stabilité et la solidarité du groupe. Quelle qualité de soins peut-on garantir dans ce cas à des patients aussi vulnérables ? C'est donc bien un problème fondamental de modèle de société que ce livre interroge, sans en avoir l'air...

INTRODUCTION

«Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part de personnes jeunes en âge de travailler ne cessera pas de décroître jusqu'en 2020. La part de personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. Cela signifie qu'il y aura de plus en plus de patients à soigner. On peut craindre de disposer de moins de soignants pour le faire» (Estryn-Behar, 2006).

Le monde professionnel des soignantes¹ fait l'objet de nombreux questionnements, notamment en ce qui concerne ses évolutions démographiques². Les inquiétudes portent principalement sur les difficultés de recrutement de certains de ces personnels, entre autres dues au manque d'attractivité de ces emplois. Cette préoccupation se situe au cœur d'une enquête subventionnée par l'Union européenne au début des années 2000 sur les conditions de travail des soignantes dans les établissements de santé et médico-sociaux privés et publics. Intitulée Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail-Nurses' Early Exit Study (PRESST-NEXT³), cette recherche au niveau européen s'est déroulée par questionnaire dans une dizaine de pays⁴, dont la France. Elle avait pour objectif concret d'identifier les causes d'abandons dits prématurés des professions paramédicales afin de prévenir ce phénomène.

En France, le travail d'enquête a été conduit par Madeleine Estryn-Behar (2008), praticienne hospitalière en médecine du travail à l'AP-HP. L'ampleur et la richesse des données recueillies ont permis de dresser un tableau des causes de ce que l'auteure appelle «le mal-être des soignants» et de livrer un ensemble de solutions pratiques aux problèmes analysés. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des données de cette étude européenne et laissons

1. Le féminin est utilisé étant donné le fort taux de féminisation des professions des personnels paramédicaux.

2. Dès 1966, l'Institut national des études démographiques (INED) a mené une enquête sur les effectifs et «l'instabilité du personnel infirmier». Les abandons prématurés de la profession représentaient une des causes identifiées du manque d'infirmières dans les hôpitaux publics (Baudot et Vimont, 1968).

3. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un programme de recherche sur la qualité de vie et de gestion des ressources humaines et a reçu en France le soutien de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) (disponible sur www.prest-next.fr).

4. Les pays enquêtés entre octobre 2002 et juin 2003 ont été les suivants : Allemagne, Belgique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie et Suède. Le questionnaire a été envoyé à 69 902 soignants de toutes qualifications ; le taux de retour s'est élevé à 53,2 %, représentant 37 161 répondants (Estryn-Behar, 2006).

le soin aux lecteurs intéressés de prendre connaissance des informations livrées sur un milieu mal connu car trop souvent occulté, notamment au profit de groupes professionnels plus visibles et prestigieux comme celui des médecins.

Des soignantes mal connues

Si nous disposons dorénavant d'informations précieuses sur les soignantes, un pan entier de cet univers reste encore dans l'ombre, même s'il n'a pas totalement échappé à l'analyse de Madeleine Estryn-Behar. Il s'agit des personnels soignants qui exercent leur métier dans les établissements de soins dits de proximité appartenant à la catégorie des hôpitaux locaux. Ces personnels représentent 383 des 5 376 répondants au questionnaire de l'enquête (soit 7 % de cet échantillon). Dans un article publié en 2003 dans la revue *Gestions hospitalières*, Madeleine Estryn-Behar et ses collègues comparent la situation des soignantes des hôpitaux dits de proximité à celle de leurs homologues embauchées dans d'autres structures du système sanitaire français⁵. Ils mettent au jour le fait que les soignantes des hôpitaux locaux ne connaissent pas des difficultés différentes de celles de leurs collègues des autres structures, mais des difficultés accentuées (voir tableau synthétique ci-contre, réalisé à partir de l'article cité).

Il ressort des réponses aux questions fermées que les soignantes des hôpitaux locaux manquent davantage de temps que leurs collègues exerçant dans d'autres structures ; de ce fait, près de 60 % d'entre elles estiment ne pas pouvoir donner de soins adéquats aux malades, plus de 51 % ne peuvent pas faire tout ce qu'elles ont à faire et 40 % jugent faire un travail relationnel très insuffisant ou « ne jamais avoir le temps de parler aux patients ». Leur activité est plus qu'ailleurs marquée par la routine, puisqu'elles sont moins nombreuses que les autres répondantes à déclarer prendre des initiatives, apprendre de nouvelles connaissances ou mettre en œuvre leurs compétences. Ces résultats chiffrés corroborent, selon Madeleine Estryn-Behar, certaines des réponses aux questions ouvertes dans lesquelles sont pointés le manque de temps et de personnels ainsi que ses effets, qui se traduisent par une forte impression de « mal faire son travail » ou de « faire un travail à la chaîne ». À cela s'ajoutent des conditions de travail particulièrement pénibles : les soignantes en hôpital local sont trois fois plus nombreuses qu'ailleurs à travailler en horaires coupés, ce qui n'est pas sans lien avec le manque de personnel dont elles se plaignent. Enfin, les relations avec les médecins semblent poser des problèmes accrus dans les hôpitaux locaux, puisque les soignantes y sont presque deux fois plus nombreuses à souligner le manque fréquent ou très fréquent de médecins en cas d'urgence. À cette insuffisante présence médicale s'ajoutent des relations jugées plus tendues

5. L'échantillon des établissements était composé des structures suivantes : hôpitaux locaux (6,5 %), maisons de retraite et établissements pour personnes handicapées (6,8 %), cliniques (7,3 %), centres hospitaliers généraux et établissements privés non lucratifs (31,9 %), centres hospitaliers spécialisés (12,3 %), centres hospitaliers universitaires (35,2 %).

entre soignantes et médecins dans ces hôpitaux qu'ailleurs (28 % contre 16,9 %) et le sentiment plus fort que les prescriptions médicales sont inadéquates aux besoins des patients (15,2 % contre 8,9 %). Enfin, les relations entre soignantes sont dites moins amicales en hôpital local.

Tableau 1. Comparaison des points de vue des soignantes sur leur travail selon leur établissement d'appartenance

Les soignantes déclarent...	dans les hôpitaux locaux	dans les autres établissements de l'échantillon
– prendre « beaucoup d'initiatives » dans leur travail	28,7%	37,4%
– avoir la possibilité d'apprendre de nouvelles choses dans leur travail	50,0%	68,4%
– pouvoir mettre en œuvre leurs compétences dans leur travail	Taux le plus faible, mais non précisé	
– ne jamais avoir le temps de parler aux patients	40,0%	28,3%
– souvent ou toujours manquer de temps pour réaliser toutes les tâches	51,7%	39,5%
– être insatisfaites ou très insatisfaites de ne pouvoir donner des soins adéquats	59,2%	49,7%
– se plaindre de l'absence fréquente, voire très fréquente, d'un médecin lors d'une urgence	44,3%	25,3%
– que les prescriptions médicales sont fréquemment ou très fréquemment inadéquates	15,2%	8,9%
– que les relations soignants-médecins sont hostiles ou tendues	28,0%	16,9%
– que les relations avec les collègues sont amicales et détendues	Taux le plus faible, mais non précisé	
– travailler en horaires coupés*	47,4%	15,3%

* Travailler en « horaires coupés » consiste à être présent aux moments de la journée où la charge de travail est la plus lourde, par exemple, pour une infirmière, de 9 h à 12 h puis de 15 h 30 à 20 h, c'est-à-dire le matin pour assurer les prélèvements sanguins à jeun et les autres premiers soins après la nuit, et en soirée pour la distribution des médicaments et les derniers soins avant la nuit. Les soins étant allégés entre 12 h et 15 h 30, peuvent être présentes uniquement des aides-soignantes ou même des ASH. Cette répartition du travail permet principalement de faire des économies mais s'avère très pénible pour le personnel concerné.

Source : tableau constitué à partir de l'article d'Estryn-Behar M., Le Nézet O., Lorient M., Ben-Brik E. et Caillard J.-F. (2003), « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles », *Gestions hospitalières*, n° 429, p. 603-611.

Les hôpitaux locaux consacrant de manière générale une grande partie de leur activité à la gériatrie, on aurait pu s'attendre à ce que les soignantes de ces établissements aient des réponses similaires à celles de leurs collègues de maisons de retraite. Or, leurs conditions de travail s'avèrent plus pénibles. En effet, les hôpitaux locaux offrent une prise en charge plus médicalisée et accueillent de ce fait des patients plus ou moins valides, atteints de pathologies (ou polyopathologies) plus lourdes que ceux hébergés dans des maisons de retraite.

Malgré ces résultats, mettant au jour les difficultés accrues des soignantes des hôpitaux locaux, ces dernières expriment un rapport très positif à leur travail qui « a beaucoup de sens » pour 75,5 % d'entre elles, contre 70,5 % pour les soignantes des autres établissements.

Finalement, comme le souligne Madeleine Estryn-Behar, « peu de travaux portent sur le travail et le rôle de soignants dans ces petites structures où

il n'y a pas de médecins à demeure » (Estryn-Behar et al., 2003, p. 603)⁶. L'enquête que l'auteure a réalisée présente le mérite d'accorder une place réduite à ces établissements, dont elle pointe une des spécificités, celle de la faible présence médicale.

De l'hôpital local en général...

Le terme d'hôpital est, *a priori*, sans équivoque. Son fort pouvoir évocateur fait, en effet, immédiatement venir à l'esprit diverses images d'infirmières ou de médecins en blouse blanche, de malades alités, ou encore d'instruments et d'appareils sophistiqués. Toutefois, derrière ces représentations spontanées se cachent des distinctions institutionnelles et juridiques entre différentes catégories d'établissements de santé qui s'avèrent obscures pour le non-initié. Si, dans cet ensemble, les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont facilement identifiables, il est probable que les hôpitaux locaux soient beaucoup moins connus, et ce, au sein même du milieu hospitalier.

Leur nombre est pourtant loin d'être insignifiant. En 2000, les hôpitaux locaux représentaient un tiers des hôpitaux publics⁷, soit 355 établissements. Ils ont, par ailleurs, une longue histoire derrière eux ; après avoir succédé en 1972⁸ aux hôpitaux ruraux institués en 1958⁹, ils ont obtenu une reconnaissance officielle en 1991¹⁰. Depuis cette date, leur « mission réglemентаire » spécifique a été redéfinie à plusieurs occasions jusqu'en 2003¹¹.

Sans entrer dans le détail de ce texte, long d'une dizaine de pages, on retiendra, en tout premier lieu, que la vocation de l'hôpital local est de fournir une offre de soins de proximité (ce que souligne l'adjectif « local »). Ces soins sont en priorité destinés à des personnes âgées dont la mobilité

6. En ce qui concerne les recherches plus qualitatives menées dans le milieu hospitalier et s'intéressant plus ou moins directement au personnel soignant, on constate qu'elles ont pour la plupart été réalisées dans de grands établissements, et souvent au sein de services très techniques. Voir à ce propos la liste non exhaustive de travaux des auteurs suivants : Acker, 2004 (établissement spécialisé en cancérologie, plus de 2000 employés dans le personnel médical et paramédical) ; Arborio, 2001 (deux établissements, l'un de l'AP-HP, l'autre de l'AP de Marseille, et une clinique) ; Belorgey, 2010 (services des urgences de grands centres hospitaliers dont un CHU) ; Bourret, 2006 (services de médecine et de chirurgie dans un CHU) ; Castra, 2003 (service de soins palliatifs au sein d'un CHU) ; Kuty, 1994 (service de dialyse dans un centre hospitalier) ; Lorient, 2000 (deux hôpitaux de taille moyenne dont l'un appartenait à l'AP-HP) ; Paillet, 2007 (services de réanimation pédiatrique et pour adultes dans un grand centre hospitalier) ; Peneff, 1992 (services des urgences d'un grand hôpital de l'ouest de la France) ; Sainsaulieu, 2003 (douze établissements hospitaliers publics de l'AP-HP) ; Vega, 2005 (service de neurologie d'un des plus grands hôpitaux parisiens).

7. Source : Association nationale des hôpitaux locaux. Toutefois, leur nombre est en diminution. On compte, en effet, 340 hôpitaux locaux en décembre 2007. Cette baisse est à mettre en relation, d'une part, avec le rattachement de certains de ces établissements à des centres hospitaliers et, d'autre part, avec une tendance générale à la fermeture de lits qui touche tous les établissements de santé : « Entre 1998 et 2006, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à 448 500 » (Brocas, 2008, p. 16).

8. Décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972.

9. Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958, (Mouras, 2004).

10. Loi n° 91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

11. Circulaire conjointe de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la Direction générale de l'action sociale (DGAS), DHOS/O3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, *Bulletin officiel*, n° 2003-26.

est souvent réduite. Les hôpitaux locaux ont pour mission de développer deux sortes d'activités :

– la première relève d'une activité sanitaire concernant des patients vivant chez eux qui sont pris en charge soit dans un service de médecine ou dans un service dit de soins de suite et de réadaptation, soit par des services d'hospitalisation ou de soutien à domicile¹² ;

– la seconde activité, d'ordre médico-social, s'inscrit dans le long terme à travers l'hébergement de personnes âgées dépendantes nécessitant un accompagnement rapproché et qui sont le plus souvent accueillies dans un service d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)¹³.

Ces deux activités sont placées sous la responsabilité de deux médecins coordonnateurs, rémunérés au prorata d'un nombre fixe d'heures qu'ils consacrent à cette fonction. Mis à part ces deux médecins, aucun des praticiens intervenant auprès des patients ne fait partie du personnel de l'établissement. Tous exercent en tant que généralistes libéraux et sont installés dans des cabinets privés. Dépourvus de médecins à demeure et de plateau technique¹⁴, les hôpitaux locaux sont tenus d'établir un conventionnement avec un hôpital dit « pivot », mieux équipé et de plus grande taille, vers lequel il est possible de diriger les patients qui ont besoin d'examens approfondis ou de soins spécialisés.

À ces activités internes viennent s'ajouter d'autres tâches davantage tournées vers l'extérieur, comme la mise en place *in situ* de « consultations avancées » de spécialistes indépendants de l'établissement, s'adressant autant aux patients hospitalisés qu'aux habitants du secteur géographique d'implantation de l'hôpital local. La circulaire prescrit encore, d'une part, l'organisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé dans des domaines tels que l'alcoolologie, le sevrage tabagique, la surveillance de grossesse et de préparation à la naissance, et, d'autre part, la coordination et l'animation de réseaux locaux, par exemple dédiés aux soins palliatifs ou à la lutte contre la toxicomanie.

Les missions statutaires de ces petits hôpitaux s'avèrent donc relativement vastes, dépassant de beaucoup une stricte prise en charge de premier niveau et de proximité d'une population souvent âgée. Il n'est, de ce fait, pas étonnant qu'un établissement ne parvienne pas à lui seul à suivre toutes ces orientations, ce que souligne d'ailleurs le premier paragraphe de la circulaire : « La réalité de l'hôpital local est très diverse et contrastée, et sa place dans le SROS¹⁵ de 2^e génération très variable. » Un rapport de l'Observatoire

12. Tels que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services d'hospitalisation à domicile (HAD).

13. Nous reviendrons sur les modalités de conventionnement qu'implique l'obtention de ce statut d'établissement.

14. L'expression « plateau technique » désigne l'ensemble des équipements biomédicaux, techniques, informatiques, ainsi que les blocs opératoires et le personnel spécialisé (biologistes, laborantins, radiologues, pharmaciens, chirurgiens...) qui réalisent des examens ou des analyses, prescrivent des médicaments ou procèdent à des interventions chirurgicales.

15. Schéma régional d'organisation sanitaire.

régional de santé de Bretagne, publié en 2000, livre quelques indications sur cette hétérogénéité des situations. Les auteurs de ce document observent une répartition géographique inégale des hôpitaux locaux. Ils sont surreprésentés dans six régions¹⁶ de France où leur activité constitue 40 % de l'offre de santé en hôpitaux publics, et sous-représentés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Île-de-France. Trois hôpitaux sur dix environ ne disposent pas (ou plus) de lits de médecine, lits qu'ils ont en partie perdus à la suite de décisions de fermeture prises par les autorités régionales. Cette enquête révèle encore que quelques directeurs ont dégagé des moyens suffisants pour embaucher du personnel médical (médecins, biologistes et pharmaciens), en majorité à temps partiel. Cette particularité s'observe dans quatre régions¹⁷ où plus de 40 % de ce personnel médical de l'ensemble des hôpitaux locaux de France est employé.

Jean-Mathieu Defour (2008), alors président de l'Association nationale des hôpitaux locaux, et également directeur d'hôpital local, apporte des éléments complémentaires en indiquant que le nombre des hôpitaux locaux s'élevait à 357 en 2004 et qu'à cette date leur capacité d'accueil est de 66 000 lits environ, répartis dans différents types de services. La quasi-totalité de ces hôpitaux dispose de lits d'hébergement, occupés pour la plupart par des personnes âgées; ils sont par ailleurs dotés de lits de soins de suite et de réadaptation, avec environ 23 lits en moyenne par établissement. Ils sont enfin équipés pour 71 % d'entre eux de lits de médecine, avec une capacité moyenne de 14 lits par établissement en ce domaine. La gériatrie représente ainsi la principale activité développée en hôpital local.

Leur personnel est composé de soignantes et d'agents administratifs et techniques. On dénombrait en janvier 2000, un total de 26 052 agents soignants, représentant moins de 6 % de l'ensemble des soignantes des établissements publics de santé (tableau 2).

Dans tous les établissements publics, les infirmières, les aides-soignantes et les ASH représentent en équivalent temps plein (ETP) la très grande majorité des soignantes, soit 95,2 % dans les hôpitaux locaux, et 86,1 % dans les autres établissements publics, où il y a notamment davantage de cadres de santé. La différence la plus marquante se situe dans la distribution des personnels selon leur niveau de qualification. En hôpital local, les aides-soignantes et les ASH représentent 78,6 % des soignantes, contre 50,5 % dans les autres établissements. Les infirmières, quant à elles, constituent 16,6 % des soignantes en hôpital local et 35,6 % dans les autres établissements. Une telle composition du personnel soignant concorde avec le type de patients accueillis relevant majoritairement de la gériatrie. Les soignantes des hôpitaux locaux doivent la pénibilité physique de leur travail aux nombreuses manipulations des patients dépendants qu'elles doivent effectuer (Estryn-Behar *et al.*, 2003). Ces mêmes soignantes sont, par ailleurs, deux fois plus nombreuses que la moyenne de l'échantillon des établissements enquêtés

16. Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Auvergne et Pays de la Loire.

17. Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Bretagne et Languedoc-Roussillon.

à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour. Elles sont également 59,9 % à prendre en charge plus de 15 patients contre 46,1 % en moyenne pour leurs homologues des autres établissements de santé.

Tableau 2. Effectifs comparés des différents personnels de soins entre les hôpitaux locaux et l'ensemble des autres hôpitaux publics en France au 1^{er} janvier 2000

Fonction	Hôpitaux locaux			Autres hôpitaux publics		
	Effectifs	ETP	Répartition*	Effectifs	ETP	Répartition*
Personnel d'encadrement	691	669	2,8%	25 665	25 231	5,4%
IDE**	4 433	3 982	16,6%	177 340	164 633	35,6%
Infirmiers spécialisés	5	5	—	17 123	15 973	3,5%
Autres personnels des services de soins***	626	451	1,9%	13 892	11 482	2,5%
Aides-soignants	11 544	10 697	44,7%	167 759	158 965	34,4%
ASH****	8 695	8 118	33,9%	78 081	74 586	16,1%
Psychologues	54	28	0,1%	6 165	4 987	1,1%
Sages-femmes	4	3	—	7 478	6 690	1,4%
Total	26 052	23 953	100%	493 503	462 547	100%

* Répartition calculée par rapport à l'ETP.

** IDE : infirmier diplômé d'État.

*** La catégorie « autres personnels » comprend les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les diététiciens, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

**** ASH : agent de service hospitalier.

Source : ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Statistique annuelle des établissements de santé (DREES-SAE), in ORS Bretagne (2002, p. 16).

Pour résumer, les hôpitaux locaux cumulent un ensemble de caractéristiques peu valorisées qui en font des établissements médicalement déclassés, c'est-à-dire pâtissant d'un faible prestige symbolique. Leur activité est centrée sur la prise en charge des affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des malades âgés, voire très âgés. Ces patients souffrent de pathologies liées au vieillissement qui entraînent différentes formes de dépendance dont le traitement relève de la gériatrie, une spécialité dévalorisée¹⁸, « aux limites – voire aux marges de la médecine hospitalière, par opposition à la triade cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie » (Vega, 2005). L'offre de soin, dite de premier niveau, s'inscrit dans un continuum entre le domicile et l'hôpital, comme le souligne Dominique Héroult (2004), qui a été l'un des présidents de l'Association des généralistes des hôpitaux locaux. Ces petits établissements accueillent des malades en soins de suite ayant subi une intervention chirurgicale ou un traitement médicamenteux lourd à l'hôpital ou en clinique, ou encore dans l'attente d'une solution d'hébergement après une perte de leur autonomie. Ces derniers sont pris en charge par du personnel soignant moins qualifié que dans d'autres hôpitaux, et uniquement

18. Clément Bastien et Olivia Rick (2009) soulignent à ce propos la place mineure accordée à la gériatrie dans la formation des infirmières et des médecins.

par des médecins généralistes qui sont peu présents sur place. En raison du faible degré de technicité des soins, les hôpitaux locaux sont rattachés à un établissement de référence vers lequel sont dirigés les patients qui doivent passer des examens médicaux ou subir des soins curatifs nécessitant l'existence d'un plateau technique et l'intervention de spécialistes. Car la situation des hôpitaux locaux en zone rurale leur donne certes un rôle important dans le maillage des réseaux de soin de proximité, mais les tient à distance des centres urbains où sont implantés les institutions administratives et les grands hôpitaux à la pointe du progrès technique.

Les résultats présentés ici s'inscrivent dans une période d'enquête qui s'est achevée fin 2008. Les évolutions ultérieures ne sont de ce fait pas prises en compte. On peut cependant signaler, à titre indicatif, que la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de juillet 2009 a modifié le statut des établissements de santé publics, regroupés depuis cette date sous le statut unique de centres hospitaliers, faisant ainsi disparaître l'entité « hôpital local ». Devenus des centres hospitaliers de proximité, les hôpitaux locaux ont pu temporairement conserver leur financement par dotation globale et bénéficier d'un sursis jusqu'en 2012, avant d'être soumis à la tarification à l'activité (T2A) issue de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007.

La loi HPST a instauré une logique de communauté hospitalière de territoire visant à une meilleure allocation des ressources. Des conventions entre établissements d'un même territoire peuvent être établies afin d'organiser une complémentarité dans l'offre de soins et une mise en commun de la prise en charge des patients. Nombre d'hôpitaux locaux ont ainsi été rattachés à un plus gros centre hospitalier qu'eux et, dans un objectif de mutualisation des moyens, ont été amenés, par exemple, à perdre leurs lits de médecine et à se spécialiser dans la gériatrie.

... à l'Hôpital local du littoral en particulier

Comme nous l'avons souligné plus haut, les hôpitaux locaux offrent un tableau contrasté. S'ils se rapprochent sans doute à peu près tous de la description générale que nous venons de dresser, chacun d'entre eux présente des particularités liées notamment à leur histoire, qui peut être longue puisqu'ils ont pour beaucoup un passé d'hôpital dit rural, voire d'ancien hospice qui accueillait des indigents. L'Hôpital local du littoral¹⁹, où nous avons mené notre enquête, porte bien les traces d'un tel passé.

Fait de grès, de briques et de pierres de taille, l'hôpital-couvent, datant du milieu du XVII^e siècle, offre encore aujourd'hui un lieu de promenade aux touristes. Derrière ses murs et ses grilles se tiennent une chapelle et un cloître naguère occupés par des moines qui soignaient les malades, notamment à l'aide de plantes. D'autres bâtiments, que l'on nommera l'Ancien Hôpital, ont été construits au XIX^e siècle pour héberger un hospice de vieillards, un service de médecine et une maternité. Inauguré en 1982,

19. Tous les noms utilisés dans ce livre, à commencer par celui de l'Hôpital local du littoral, sont des noms d'emprunt.

l'actuel Hôpital local du littoral se dresse à proximité du cloître et de l'Ancien Hôpital, bâtiment muré depuis sa fermeture. Trois générations d'hôpitaux sont donc aujourd'hui visibles sur le même site, où continuent d'être accueillis des malades et de travailler des soignantes.

Dernier de sa lignée hospitalière, l'Hôpital local du littoral est recouvert d'une peinture couleur bois de rose, il présente des formes arrondies et s'élève sur un seul étage. Sa façade, percée de nombreuses baies vitrées, donne l'impression au visiteur d'être déjà entré dans l'hôpital avant d'en avoir franchi le seuil. L'intérieur est lumineux et spacieux, agrémenté par la vue qu'offrent les portes-fenêtres ouvrant sur la verdure et les fleurs d'un vaste jardin.

L'hôpital compte plus d'une centaine de lits. Le rez-de-chaussée est divisé en deux services distincts. À gauche du hall d'entrée, un long couloir mène vers le service d'EHPAD « Terre et mer », où sont hébergées une vingtaine de personnes âgées capables de se déplacer seules, mais qui ont besoin d'être assistées dans les activités de la vie quotidienne (toilette, repas, prise de médicaments, surveillance médicale, etc.). À droite, deux portes battantes s'ouvrent sur le service de médecine, composé de 18 lits²⁰. Ici, 20 % des patients hospitalisés souffrent d'un cancer. Les autres pathologies sont diverses, mais les patients les plus jeunes (âgés de 35 à 50 ans) sont souvent pris en charge dans le cadre d'un épisode dépressif sévère ou pour un sevrage alcoolique. Nichées tout au fond d'un des couloirs de ce service, derrière plusieurs lourdes portes coupe-feu, se trouvent les cuisines, dont l'équipe est composée d'un chef cuisinier et de quelques agents de service.

Un peu plus loin dans le hall, au-delà des accès qui conduisent à ces deux services, le visiteur trouve sur sa droite l'accueil, fait d'un grand guichet vitré derrière lequel sont situés les bureaux de la direction et du personnel. S'il poursuit son chemin, s'ouvre face à lui un large escalier et sur sa gauche une porte avec un panneau sur lequel est inscrit « Services économiques ». Lors de notre enquête, les effectifs des services administratifs comptaient une adjointe des cadres, une secrétaire, une hôtesse d'accueil et deux agents de bureau en contrat à durée déterminée (CDD).

À l'étage, 66 lits d'EHPAD sont répartis en deux services nommés « Horizon » et « Altitude ». Les résidents ont pour la plupart perdu leur autonomie ; ils souffrent presque tous d'incontinence, et plus de la moitié d'entre eux ne peuvent plus manger seuls. Au sein de ces deux services se situe la pharmacie générale, dont le fonctionnement est placé sous la responsabilité d'une pharmacienne, assistée d'une préparatrice en pharmacie hospitalière. À l'autre bout du couloir, un salon de coiffure accueille les résidents, dont s'occupent une coiffeuse professionnelle, agent de l'hôpital, et une jeune femme contractuelle. Enfin, toujours dans ce couloir, on peut passer sans s'en apercevoir devant une porte discrète qui donne accès au funérarium.

20. Le nom de ce service masque une réalité un peu plus complexe : sur les 18 lits, 9 sont effectivement dédiés au service de médecine, mais les 9 autres sont réservés aux soins de suite et de réadaptation (SSR).

Tableau 3. Effectif et identification vestimentaire du personnel soignant de jour et de nuit par catégorie en 2008

Catégories de personnel	Effectif	Couleur de la blouse
Infirmières titulaires	11	Blanche
Infirmières contractuelles	3	Blanche
Aides-soignantes (AS) ASH	35	AS : rose ASH : bleue
Remplaçantes (des AS et des ASH)	28*	Jaune
Total	77	

* L'effectif du pool des remplaçantes varie au gré du fort turnover de ce personnel, des besoins ponctuels de remplacement et des moyens financiers dont le directeur dispose pour payer ces salaires, c'est-à-dire en fonction du volume annuel des mensualités de remplacement qui lui est alloué.

Source : chiffres établis à partir des plannings de chaque service et constitués par la cadre de santé.

L'étage comprend également une grande salle de kinésithérapie où deux kinésithérapeutes (dont le temps de travail correspond à 1,5 ETP) et une ergothérapeute à plein-temps prennent en charge les résidents. Un peu plus loin, un petit bureau est réservé au médecin coordonnateur de l'EHPAD et un autre, de dimensions semblables, à la cadre de santé. Un peu en retrait, un autre espace semble destiné à « absorber » de grands sacs rayés de couleurs différentes et à « déverser » un cortège de hauts chariots recouverts de tentures bleu marine qui dissimulent leur contenu. Il s'agit de la blanchisserie-lingerie, à partir de laquelle les agents régulent la circulation du linge sale et du linge propre, qui ne doivent jamais se croiser, par mesure d'hygiène. L'intense activité de triage, de lavage, de séchage, de pliage, de repassage et de rangement du linge dans les armoires mobiles est assurée par deux lingères, une titulaire et une contractuelle.

Enfin, que ce soit à l'étage ou au rez-de-chaussée, tous les services sont équipés d'un office, d'un bureau des infirmières et d'une salle de soins. Ils abritent également de vastes salles de bains qui permettent aux résidents de se baigner ou de se doucher seuls ou avec l'aide d'une soignante.

Le personnel de l'hôpital est composé à 80 % d'agents de catégories C et D²¹. Les infirmières (de catégorie B) sont une dizaine. La hiérarchie se résume à sa plus simple expression puisque seule une cadre de santé assume la responsabilité de tous les services de soins. Le directeur est son unique responsable hiérarchique. Les médecins, ne faisant pas partie du personnel de l'établissement, ne sont pas positionnés dans l'organigramme et n'ont, par conséquent, aucune responsabilité hiérarchique.

Le personnel soignant se répartit en quatre grandes catégories : la première est composée d'infirmières (catégorie dans laquelle on peut classer la cadre de santé, en tant qu'ex-infirmière, même si elle ne dispense quasiment plus de soins), la deuxième d'aides-soignantes, la troisième d'ASH faisant fonction d'aides-soignantes, et la dernière de remplaçantes contractuelles des aides-soignantes et ASH. La possibilité accordée aux ASH d'avoir un statut officiel de « faisant fonction d'aide-soignante » est particulièrement

21. La catégorie D de personnel figure encore dans le projet d'établissement 2007-2012.

répandue en gériatrie, où les soins dispensés présentent une faible technicité (comparés, par exemple, à ceux d'un service de réanimation ou de cardiologie) et relèvent avant tout du *nursing*²², de l'entretien préventif et curatif de l'état de santé des patients. Ce personnel soignant comprend ainsi des agents plus ou moins qualifiés et qui font, pour certains, partie de professions réglementées dont l'exercice suppose la détention d'un diplôme d'État (cf. Annexe IV sur la formation des personnels soignants, p. 196).

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 réel, symboliquement, les distinctions entre les niveaux hiérarchiques sont institutionnellement marquées par le port de blouses de couleurs différentes (tableau 3).

En 2007 et en 2008, seize médecins généralistes libéraux étaient autorisés²³ à exercer à l'Hôpital local du littoral. Certains ne sont que des noms sur cette liste, et ne donnent jamais de consultations dans cet établissement, mais la petite dizaine de ceux qui participent réellement à l'activité de l'hôpital sont souvent les médecins de famille des patients hospitalisés qu'ils continuent de suivre presque comme si ces derniers étaient encore à domicile. Ils interviennent à leur chevet dans le cadre de visites qui sont la plupart du temps planifiées par les infirmières. Celles-ci éprouvent souvent des difficultés à obtenir des médecins qu'ils se déplacent, tant ceux-ci sont pris par l'activité de leur cabinet en ville.

Une « bizarrerie » n'aura peut-être pas échappée au lecteur dans la description topographique faite ci-dessus de l'Hôpital local du littoral : il n'est mentionné aucun cabinet de consultation médicale. À part le bureau du médecin coordonnateur, aucun lieu n'est réservé aux médecins. Les visites médicales se déroulent dans les chambres des patients, et les médecins s'installent dans le bureau des infirmières pour rédiger leurs ordonnances, remplir les dossiers médicaux, lire les résultats d'examen ou encore remplir certains documents administratifs, comme les certificats de décès ou encore leur état mensuel de soins²⁴. Aucun d'entre eux ne revendique l'aménagement de lieux qui

22. Ensemble de soins d'hygiène, de surveillance de l'état de santé du patient, de prévention et de maintien de son autonomie totale ou partielle. Ces actes sont plus proches de l'activité des aides-soignantes que de celle des infirmières, certaines d'entre elles estimant parfois « perdre la main » ou « perdre leur technicité » en gériatrie.

23. En hôpital local, les médecins généralistes exercent à titre libéral (on en dénombrait 2 400 en 2004). « Ils doivent être autorisés par le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) après délibération du Conseil d'administration de l'hôpital et avis de la commission médicale d'établissement, à la double condition d'exercer dans la zone géographique délimitée pour permettre la permanence des soins et de s'engager à respecter le règlement intérieur. L'autorisation est accordée pour cinq ans et renouvelable. Elle est valable également pour les remplaçants, avec l'accord du directeur de l'hôpital » (*Tout prévoir*, octobre 2007, n° 385).

Depuis la promulgation de la loi HPST n° 2009-879, en juillet 2009, les modalités d'intervention des médecins libéraux à l'hôpital ont été modifiées. Nous ne prendrons pas en compte ces nouvelles dispositions, car leur apparition est ultérieure à la période de notre enquête.

24. L'hôpital local verse des honoraires aux médecins sur la base de ces états mensuels. Le montant de ces honoraires est défalqué d'une redevance de 10 % pour une participation aux frais de structure, de personnel et d'équipement de l'établissement.

leur seraient réservés. Ils demandent en revanche qu'une infirmière soit immédiatement disponible à leur arrivée pour pouvoir au plus vite être guidés auprès des patients et avoir des informations sur leur état de santé. De ce fait, la cadre de santé joue un rôle essentiel de coordination et d'organisation des soins médicaux, presque semblable à celui d'un chef de service.

Une enquête empirique originale

Comme nous l'avons vu, les résultats que livre Madeleine Estry-Behar s'avèrent assez limités, et posent davantage de questions qu'ils n'apportent de réponses : pourquoi les relations entre soignantes sont-elles moins bonnes en hôpital local qu'ailleurs ? Comment s'arrangent-elles au quotidien avec l'impression qu'elles disent avoir de « mal faire leur travail » ? Que signifie « mal faire son travail » ? Cette impression est-elle aussi forte pour toutes les soignantes et a-t-elle évolué dans le temps ? Pourquoi les soignantes des hôpitaux locaux entretiennent-elles un rapport aussi positif à leur travail, malgré des conditions de travail jugées pénibles ? Par ailleurs, leur situation n'est-elle que le « miroir grossissant²⁵ » de celle de toutes soignantes en milieu hospitalier ou n'existe-t-il pas des spécificités propres aux hôpitaux locaux qui expliqueraient mieux leurs difficultés ?

Ces interrogations ont ouvert une piste de travail qui a été poursuivie à travers la mise en œuvre d'une approche différente et de moins grande envergure que celle de l'enquête PRESST-NEXT, mais qui permet une contextualisation des constats généraux établis sur la base de données quantitatives. Dans le cadre du programme « Santé-environnement et santé au travail » lancé par l'Agence nationale de la recherche (ANR) fin 2005, nous avons mené une recherche sur la santé des soignantes intitulée : « Conditions de travail et rapports aux risques professionnels des personnels soignants » (cf. Annexe II, p. 193).

Le travail de terrain a été effectué dans plusieurs établissements : un CHU, deux cliniques et un hôpital local, l'Hôpital local du littoral dont il vient d'être livré une description. La recherche de nature ethnographique menée dans ce dernier établissement a offert l'opportunité d'appréhender le groupe professionnel des soignantes à un niveau microsociologique, c'est-à-dire *in situ*, et elle a permis d'analyser plus précisément les multiples facteurs sociaux structurants de leur activité professionnelle. Une approche monographique empêche certes toute forme de généralisation et de représentativité, mais elle gagne dans sa capacité à comprendre les situations complexes et à éclairer les résultats statistiques.

Les pages qui suivent se fondent sur les résultats de ce travail de terrain, mené en 2007 et en 2008, il a permis de donner chair à des individus jusqu'à présent uniquement considérés à travers leur appartenance à une catégorie professionnelle, celle du personnel soignant, et d'observer leurs pratiques,

25. Pour reprendre le titre de l'article de Madeleine Estry-Behar *et al.* (2003) dans lequel elle présente les résultats de son enquête.

d'entendre leurs discours ou plus précisément « de tenir compte des mots avec lesquels les indigènes pensent leur univers social » (Weber, 2009, p. 49). L'immersion dans un milieu propre à des travailleuses de la santé a donné à voir, en même temps, différentes dimensions de leur contexte qui s'entremêlent dans la réalité quotidienne.

La description livrée ici de cette réalité tentera de ne pas séparer artificiellement ces aspects intriqués. Dans cette introduction, on s'arrêtera toutefois un instant sur l'importance de deux de ces dimensions contextuelles, l'une externe et l'autre interne, que sont, d'une part, les différentes orientations et décisions politiques et économiques nationales qui ont eu un impact sur cet établissement, et, d'autre part, le poids du passé récent propre à cet hôpital, qui constitue une sorte de bien commun aux soignantes contribuant à structurer leur présent.

L'hôpital est, de façon récurrente, touché par des réformes successives, promulguées notamment dans le but d'atteindre une plus grande maîtrise des dépenses. L'économiste de la santé Jean-Paul Domin souligne que « l'annonce d'une loi de modernisation du système hospitalier semble clore [...] un cycle de réformes entamé dans le courant des années 1980 avec la mise en place du budget global et de la départementalisation » (Domin, 2008, p. 65). Ces changements relèvent d'une logique gestionnaire qui vise à importer des règles propres à la « gouvernance d'entreprise » (Domin, 2004) dans le fonctionnement des établissements publics de santé. Ces orientations se sont dernièrement concrétisées par l'instauration de modalités et d'outils comptables comme le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI²⁶) ou la tarification à l'activité (T2A), qui privilégient la rentabilité des actes médicaux²⁷.

Comme le note Valérie Boussard (2008), l'approche gestionnaire et managériale se diffuse à tous les types d'institutions, même celles qui ne relèvent

26. L'« ancêtre » du PMSI est le *Diagnosis Related Groups (DRG)* : « Inventés par un chercheur en gestion de l'université de Yale à la fin des années 1960, les DRG cherchent à définir et à mesurer l'activité médicale des établissements hospitaliers à partir de catégories statistiques dont la pertinence se veut à la fois économique et médicale. Cette innovation gestionnaire a été récupérée par Medicare, organisme public d'assurance destiné aux personnes âgées et handicapées, afin de mettre en concurrence les hôpitaux et les inciter à maîtriser leurs coûts. Les DRG ont été importés en France par Jean de Kervasdoué, directeur des Hôpitaux au ministère de la santé au début des années 1980, sous le nom de Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). La T2A, ou tarification à l'activité, est directement issue des DRG et du PMSI et vise à ajuster les dotations reçues par les hôpitaux sur leur activité réelle, sur le fondement de coûts moyens calculés sur un échantillon d'hôpitaux » (Pierru, 2007, p. 313).

« Le PMSI, opérationnel depuis 1996, est une synthèse des informations administratives et médicales relatives aux séjours hospitaliers qui permet de valoriser l'activité d'un établissement par un indice synthétique d'activité (ISA) » (Kerleau, 2003, p. 31).

27. La T2A conduit les établissements de santé à faire des calculs relevant de la logique du secteur privé : « Le séjour devient l'élément central de la facturation. En effet, la tarification repose désormais sur un indicateur appelé indice synthétique d'activité (ISA) et calculé sous forme de points. À chaque pathologie soignée correspond un volume de points. Plus celui-ci est important, plus le financement est élevé. Les équipes de direction ont donc intérêt, pour recevoir un surcroît de financement, à maximiser leur nombre de points tout en favorisant les malades dont le coût de prise en charge est faible par rapport à la moyenne des malades atteints d'une pathologie similaire » (Domin, 2008, p. 69).

pourtant pas de la logique de marché et du profit. Si tous les hôpitaux sont concernés, ils ne le sont cependant pas de la même manière. Les plus petits sont particulièrement interpellés au sujet de leur niveau d'activité. Le discrédit (Paugam, 2000) s'abat sur certains qui se trouvent parfois publiquement (*via* la presse) montrés du doigt pour leur taux d'activité insuffisant et menacés de fermeture de lits ou de services.

D'une manière générale, les différentes réformes, souvent justifiées par une nécessaire modernisation des institutions, répondent à la même tendance globale de rationalisation de la société décrite par Max Weber : « La rationalisation, telle qu'il [Weber] la comprend, qu'il associait parfois à la notion d'intellectualisation, est le résultat de la spécialisation scientifique et de la différenciation technique propre à la civilisation occidentale. Elle consiste en l'organisation de la vie, par division et coordination des diverses activités, sur la base d'une étude précise des rapports entre les hommes, avec leurs instruments et leur milieu, en vue d'une plus grande efficacité et rendement. Il s'agit donc d'un pur développement pratique opéré par le génie technique de l'homme. Weber caractérise encore cette rationalisation comme une sublimation, c'est-à-dire comme un raffinement ingénieux de la conduite de la vie et une maîtrise croissante du monde extérieur » (Freund, 1968, p. 16). Si Max Weber distingue deux formes de rationalisation, théorique²⁸ et pratique, on s'intéressera ici plus particulièrement à cette dernière, qui correspond à l'activité pratique, intégrant le calcul de plus en plus précis des moyens adéquats pour atteindre un but donné (Gadea, 2003, p. 242).

L'observation des conditions de travail du personnel soignant de l'Hôpital local du littoral a permis de repérer les nombreuses incidences concrètes de ce courant rationalisateur : utilisation récurrente d'outils informatiques d'enregistrement de l'activité, élaboration et application de protocoles standardisant les tâches de travail, comptabilisation de la durée moyenne de séjour des patients, relevés réguliers d'indicateurs pour évaluer la conformité aux normes établies, etc.

Toutefois, les entretiens menés avec les enquêtés n'ont pas uniquement été centrés sur le présent comme a pu l'être l'observation de leurs activités. Souvent, dans le but d'établir des comparaisons, il était fait mention d'événements passés véritablement charnières, qui marquaient une rupture : « Avant la fermeture de la maternité... », « après le départ des bonnes sœurs... » ou « depuis les 35 heures... ». Ces récits laissaient apparaître le partage d'une mémoire collective dont les souvenirs les plus nets étaient ceux d'épisodes uniques, sortant de l'ordinaire ; ils constituaient souvent une rupture, un tournant dans l'histoire de l'Hôpital local du littoral et avaient notamment affecté le quotidien de travail des agents.

Ces constats ont fait naître l'idée d'accorder un intérêt particulier au passé de cet établissement en recensant les événements clés de son histoire, tels qu'ils étaient énoncés par les membres de l'organisation étudiée :

28. La rationalisation théorique relève d'une « mise en cohérence théorique du monde, qui s'assimile à l'activité des savants, des juristes, des théologiens, spécialisés dans la formalisation et le perfectionnement des doctrines et des représentations du monde » (Gadea, 2003, p. 242).

« Aussi peut-on dire [...] que l'événement prend également tout son sens à partir de la façon dont les individus le perçoivent, l'intériorisent, finissant à travers des expériences très différentes par lui donner un tracé aux contours repérables. Il n'y a pas d'événement sans qu'un sens lui soit offert par sa réception. Il n'y a pas de sens *a priori* d'un événement » (Farge, 2002). Ces discours ne livrent pas une pure description factuelle du passé, balisée par des dates et des séries de faits. Ils contiennent des reconstructions rendant compte des points de vue d'individus situés dans une des catégories professionnelles hiérarchisées de l'établissement, et ce sont bien souvent ces différences de position qui ont permis de donner sens aux différences ou décalages repérables entre plusieurs versions d'un même fait. L'« humanisation des hospices », la « laïcisation des hôpitaux publics » et la « technicisation des soins²⁹ » sont autant de processus inscrits dans le temps, que seul un retour sur le passé permet de questionner.

L'accumulation des réformes nationales, décrétées au plus haut niveau des instances de décision au nom d'une régulation toujours plus efficiente du système hospitalier (Moison, Tonneau, 1999), tend à masquer les autres sources de rationalisation pratique, plus modestes, moins visibles et émanant d'un niveau local, mais qui sont tout autant, voire parfois davantage, susceptibles d'avoir des incidences sur le personnel d'un établissement de santé. C'est bien de ces incidences dont il s'agit lorsque les soignantes de l'Hôpital local du littoral évoquent certaines de leurs difficultés liées à des événements n'appartenant qu'à leur établissement, telles que « la réorganisation des services », la création d'un poste de surveillante, la construction de nouveaux locaux ou « l'ouverture du nouvel hôpital³⁰ », etc.

Le processus de rationalisation de l'Hôpital local du littoral s'est déployé à travers l'application de politiques hospitalières, de décisions locales organisationnelles et financières, et de réformes hospitalières nationales. Ces trois dimensions ont façonné le contexte quotidien des soignantes, dans lequel leurs pratiques, leurs logiques et leurs croyances prennent sens.

L'analyse des données recueillies a été guidée par la déclinaison de différents axes de questionnements. On s'est attaché notamment à identifier les différentes origines des rationalisations qui se sont produites dans cet hôpital, ainsi que les motifs mis en avant pour fonder leur légitimité. Par ailleurs, on s'est interrogé sur le degré ou le défaut d'homogénéité existant entre ces évolutions : des tensions sont-elles nées de la confrontation de tendances contradictoires ? Comment ont pu se résoudre d'éventuels conflits (entre autres de valeur ou d'intérêt) entre agents porteurs de différents processus de rationalisation ? Il convient également d'être attentif à l'irrationalité qui réside au cœur même du rationnel, suivant en cela les préconisations de Max Weber, qui « insiste de manière récurrente sur le caractère contradictoire de certaines évolutions – par exemple les “mouvements pendulaires” de la “raison” et du “charisme” pour ce qui concerne la domination.

29. Expressions institutionnelles ou issues du jargon professionnel.

30. Les expressions placées entre guillemets dans cette phrase sont des expressions indigènes.

Ceci devrait suffire pour convaincre que Weber n'est rien moins qu'un apôtre du progrès. C'est d'ailleurs l'in vraisemblable, le "fortuit", survenant au cours même du processus qu'il nomme "rationalisation", et en même temps sa constante interruption par des évolutions "non rationnelles", qui ont fasciné Weber sa vie durant et ont largement déterminé l'orientation de sa recherche » (Kaesler, 1996, p. 198).

Enfin, a été prise en compte la caractéristique dite « locale » de cet hôpital³¹, caractéristique liée à son ancrage dans une zone rurale et qui se traduit notamment par l'existence d'un fort degré d'autochtonie ainsi que d'un réseau dense d'interconnaissance mêlant les sphères du travail et du hors-travail (milieux où, selon une expression indigène, « tout le monde connaît tout le monde »). L'attention portée aux propriétés locales de l'établissement conduira à observer « un des éléments essentiels de la "rationalisation" de l'activité [qui] consiste précisément dans la substitution d'une adaptation méthodique commandée par les situations à l'insertion intime dans une coutume familière » (Weber, 1971, p. 63). Seront, de ce fait, tout particulièrement étudiées les incidences de ces liens sur les rapports sociaux établis entre les agents du personnel de l'hôpital, mais également entre les personnels et les patients et leur famille, et enfin entre les patients eux-mêmes. La question des effets du processus de rationalisation a été de ce fait mise à l'épreuve des dimensions traditionnelles propres au collectif des soignantes et qui imprègnent leurs pratiques professionnelles et leur rapport au travail. Comment se rencontrent, se heurtent, s'imbriquent rationalisation et tradition ? Tel est un des apports de ce travail ethnographique mené au plus près des soignantes d'un petit établissement de santé dont les caractéristiques seront ainsi un peu mieux connues.

Ces questionnements ont donc servi de trame à une investigation prenant en compte le temps dans lequel se sont inscrits les événements qui ont participé à la construction de plusieurs générations d'un collectif de soignantes. Leur histoire est attachée à un lieu dont seul le présent est directement observable, qui ne se réduit pas au contemporain, mais « se saisit à la conjonction d'effets d'héritage et d'effets d'innovation. Nécessité donc de faire une "histoire du présent" qui comprend l'actualité comme le point d'aboutissement provisoire d'une dynamique plongeant ses racines dans le passé » (Castel, 2009, p. 62-63).

Croisement des témoignages oraux avec des données d'archives institutionnelles

L'économie de cet ouvrage obéit à un ordre chronologique qui se déroule en trois grandes périodes successives. Ce découpage temporel linéaire a été effectué en fonction de moments de rupture, plus ou moins précisément

31. 60% des patients (hospitalisés temporairement en médecine ou définitivement hébergés en EHPAD) habitent ou habitaient dans le canton où est situé l'Hôpital local du littoral ; 23% proviennent des deux cantons voisins, et seulement 17% du reste du département. La même appartenance au milieu local s'observe pour le personnel soignant, nous y reviendrons.

CONCLUSION

En quelques décennies, un petit établissement de santé a été secoué par différentes transformations, sans que ces bouleversements n'aient eu de réelles incidences et/ou ne soient perçus au-delà de ses murs. Au cours de la tranche de son histoire étudiée ici, qui va des années 1960 à 2008, l'Hôpital local du littoral a, silencieusement, vu son organisation, sa composition, ses missions, sa topographie, ses temporalités ou encore ses modes de gestion touchés et redéfinis par des vagues successives de rationalisation. Une telle révolution silencieuse a été le lot de centaines de ces petits établissements qui ont en commun de constituer la face cachée de l'hôpital.

En l'occurrence, l'avancée de ces vagues rationalisatrices de nature, de force et de durée variables a été appréhendée à travers les récits rapportés par les témoins de ces évolutions. La synthèse de leurs souvenirs et de leur interprétation des événements, durablement inscrits dans leur mémoire, a fait apparaître des moments de rupture, des tournants plus ou moins précisément datés. Trois périodes ont été dégagées, parce qu'elles recouvraient des moments bien distincts. Le tableau ci-dessous, certes très schématique et simplificateur, présente l'avantage de mettre en regard les évolutions des dimensions structurantes de l'établissement et d'objectiver une cohérence interne propre à chaque période.

La période allant des années 1960 à 1981, à laquelle nous avons pu remonter grâce aux témoignages des membres les plus âgés de l'hôpital, est encore empreinte de l'atmosphère et des mœurs de l'hospice qui donnait asile aux pauvres et, notamment, aux vieillards indigents, relativement valides, c'est-à-dire capables d'effectuer les gestes de la vie quotidienne, même s'ils souffraient de certaines pathologies réduisant leur autonomie. La prise en charge de ces pensionnaires relevait de la charité ou de l'assistance, et incombait concrètement aux religieuses qui encadraient les équipes des « filles de salle ». Cette catégorie de « petit personnel » était placée sous la domination professionnelle et morale des sœurs, domination qui instaurait ainsi une nette séparation entre le sacré et le profane. Ces sœurs imposaient

leurs valeurs spirituelles et leur rapport au travail, fondé sur un investissement et un dévouement total envers les pensionnaires. Elles se chargeaient de la formation professionnelle des « filles de salle » (dont le métier était davantage celui d'une servante que d'une soignante) en leur inculquant l'esprit du sacrifice, du don de soi, suivant en cela les principes de leur ethos religieux. L'abnégation prônée par les sœurs a certainement contribué à rendre inconcevables les arrêts de travail ; pour leur part, les « filles de salle » ont d'autant plus docilement admis ce principe qu'elles étaient socialement prédisposées à valoriser le courage et l'effort.

Tableau 16. Caractérisation des trois dernières périodes de l'histoire de l'Hôpital local du littoral

Dimensions transversales d'analyse	Antépénultième* période Le modèle organisationnel asilaire (années 1960 – 1981)	Avant-dernière période Le modèle organisationnel modernisé (1982 – milieu des années 1990)	Période actuelle Le modèle organisationnel rationalisé (milieu des années 1990 – 2008)
Statut d'établissement	Hospice**	Hôpital local	Hôpital local/EHPAD
Mission de l'établissement	Charité ou assistance	Modernisation, humanisation	Prise en charge de la dépendance
Catégories de patients	Vieillards indigents (relativement) valides	« 3 ^e âge », personnes âgées (relativement) valides	« 4 ^e âge », personnes âgées dépendantes
Axe de division du travail soignant	Entre sacré et profane	Entre anciennes et débutantes	Entre titulaires et précaires
Rapport identitaire au travail	Abnégation, sacerdoce, dévouement religieux	Investissement fondé sur un habitus domestique et le métier	Désinvestissement et épuiement dans les grands services
Degré d'investissement dans le travail	Total	Centralité du travail bien fait	Temps partiels et 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
Formes de rationalisation	Laïcisation ; humanisation des hospices	Modernisation matérielle, technicisation des soins	Rationalisation organisationnelle : RTT et restructuration. Rationalisation gestionnaire, managérialisation

* L'expression « antépénultième période » a été choisie de préférence à celle de « première période », afin d'éviter de donner l'impression que nous considérons naïvement que l'histoire de l'Hôpital local du littoral démarrait à partir du repère temporel que nos investigations nous ont amené à déterminer, comme si nous ignorions son inscription dans une temporalité beaucoup plus étendue.

** Cf. Annexe II, p. 198. Le terme « hospice » disparaît dans les catégories institutionnelles pour laisser la place à celui d'« hôpital local », ainsi dénommé par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : les hôpitaux locaux deviennent des centres hospitaliers « de droit commun ».

La figure centrale de la religieuse ou de la « bonne sœur » laisse place à celle de la soignante, ou plus exactement de l'aide-soignante, catégorie qui, en pratique, englobe les ASH. Celles-ci sont en effet, en gériatrie, assimilées à leurs collègues un peu plus qualifiées qu'elles (à la différence près qu'elles

perçoivent un salaire inférieur à celui des aides-soignantes). Le transfert, en 1982, des services de soins dans de nouveaux bâtiments, situés sur le site d'origine, ouvre l'ère de l'hôpital modernisé et humanisé. Cet établissement de santé se trouve doté d'un équipement matériel de pointe, parce qu'il a pu satisfaire les attentes d'un financeur providentiel. Il comprend des unités de gériatrie, mais également un service de médecine et une maternité. Cette période peut être considérée comme une embellie dans le cours de l'histoire de l'Hôpital local du littoral, notamment pour les aides-soignantes. Leur groupe s'autonomise après le départ des religieuses. Les deux infirmières laïques en poste ne sont, pour leur part, pas à même d'assurer l'encadrement d'un groupe de subordonnées numériquement beaucoup plus important que le leur. Les aides-soignantes sont, en outre, en mesure d'auto-organiser leur travail, notamment parce que leurs pensionnaires, appartenant à la classe du « troisième âge », ne requièrent que des soins de base. Le clivage sacré/profane disparaît et est remplacé par une distinction structurante entre la catégorie des « anciennes » et celle des débutantes. L'apprentissage du métier s'opère dans le cadre d'une transmission intergénérationnelle obéissant à la logique du don contre don. Selon cette logique, les débutantes héritent des savoirs professionnels de leurs aînées, tandis que ces dernières retirent du don du métier une gratification et une reconnaissance sociale qui les assoit dans le statut d'« anciennes ». Les savoirs professionnels sont fortement liés à ceux que ces femmes mobilisent à la maison, leur habitus domestique leur fournissant les dispositions pratiques utiles à la réalisation de leurs tâches de soignantes. Par ailleurs, la pénibilité physique du travail demeure supportable dans le sens où les pensionnaires ne demandent qu'une prise en charge légère qui tend, toutefois, progressivement à s'alourdir à partir du milieu des années 1990. Jusqu'à cette date, les arrêts maladie demeurent suffisamment limités pour que les soignantes parviennent à s'organiser spontanément entre elles, afin de pallier les absences des collègues souffrantes.

Le milieu des années 1990 voit un retournement de conjoncture s'amorcer. La caractéristique la plus marquante, et la plus lourde de conséquences, au cours de cette nouvelle période, est sans doute l'évolution du profil des pensionnaires. Nominale, ils se métamorphosent en résidents et se retrouvent classés parmi les personnes du « quatrième âge ». L'ère de la (grande) dépendance commence et produit ses premiers effets sur le personnel soignant, qui sera de surcroît bientôt touché par la réduction du temps de travail et une restructuration des services de l'étage. La charge de travail s'intensifie, la main-d'œuvre s'épuise, le manque de personnel se fait de plus en plus sentir. Le « pool des remplaçantes » grossit, les chances d'intégration des personnels précaires s'amenuisent. Les collectifs de travail subissent de lourds préjudices ; les individus aussi, notamment à travers la disparition de la figure de l'ancienne. Les débutantes ou remplaçantes sont face à des titulaires qui n'ont plus la possibilité de jouer leur rôle socialisateur. La transmission des rudiments du métier se fait de manière contrainte et sans bénéfices secondaires, tant pour les formatrices, que pour les destinataires de la formation. Les aides-soignantes sont confrontées à

une technicisation des soins qu'implique la dégradation de l'état général des résidents. Le nombre des infirmières augmente et leur intervention devient de plus en plus nécessaire. Si elles n'ont pas encore totalement « volé la vedette » aux aides-soignantes, elles prennent cependant davantage de place. Il ne serait ainsi plus envisageable que les services de l'étage ne soient pas en permanence dotés d'un poste d'infirmière.

L'Hôpital local du littoral est aujourd'hui en difficulté. Le directeur est aux prises avec des restrictions budgétaires grandissantes. La logique du contrôle des dépenses pèse entre autres sur l'activité médicale et sur les conditions d'accueil des patients, dont la durée moyenne de séjour doit être réduite au minimum ; les résidents pâtissent des conséquences du manque de personnel et de la détérioration de ses conditions de travail. Il est ainsi tout à fait contradictoire de voir les soignantes soumises à une pression temporelle croissante, alors qu'elles prodiguent des soins à des personnes âgées fragiles et handicapées par un ralentissement de leur motricité générale. Les soignantes appartenant aux grands services, c'est-à-dire plus de 70 % du personnel soignant, sont les plus durement touchées, leurs collègues des petits services parvenant encore à préserver une bonne ambiance au sein de leurs équipes.

La reconstitution du passé récent de cet hôpital livre les clés des déséquilibres et des troubles de l'organisation du travail et du fonctionnement des collectifs de soignantes. Comme on l'a vu, la cadre de santé a été contrainte de rationaliser le rationnement de la main-d'œuvre. La solution retenue, parce qu'adaptée aux moyens financiers de l'établissement, a été celle de la mise en place et du développement d'un « pool de remplaçantes précaires ». À la fin des années 2000, la catégorie agrégée des aides-soignantes et des ASH compte autant d'agents titulaires que de remplaçantes. L'augmentation du nombre de personnels en contrat précaire (CDD de durées variables, contrats aidés) vient remettre en question la norme 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).

Il ne faudrait toutefois pas tirer de ces constats des conclusions trop hâtives et généralisatrices. La réalité est plus subtile, et tenir compte de ses nuances permet de mettre en lumière les spécificités d'un hôpital local. Si la majorité des aides-soignantes de l'Hôpital local du littoral (celles des grandes équipes) sont actuellement en mauvaise posture, elles ne connaissent toutefois pas le sort de leurs collègues employées dans des grandes structures comme les centres hospitaliers ou les CHU : « Les aides-soignantes interrogées travaillent dans une bureaucratie professionnelle décrite finalement comme une vaste machine : administration de professionnels, division du travail, hiérarchie, gestion par des règles impersonnelles, évaluation par des agents de grades supérieurs. [...] C'est leur situation au bas de la hiérarchie hospitalière qui s'impose d'abord dans leur discours. À ce titre, les aides-soignantes sont particulièrement sensibles à la hiérarchie qui les confronte

au mépris des médecins et à celui des infirmières. Par rapport aux médecins, elles se considèrent invisibles. Pour les unes, ce sont les internes qui les ignorent le plus car ils ne sont que de passage. [...] Pour les autres, les professeurs en poste sont les plus méprisants » (Dubet, 2006, p. 333-334).

Mis à part leur petite taille, les hôpitaux locaux sont également caractérisés par la présence ponctuelle de médecins extérieurs à l'établissement. Si la hiérarchie du personnel soignant est inscrite au sein de l'organigramme de l'hôpital, les praticiens, quant à eux, n'y figurent logiquement pas. Cette particularité explique en partie la marge de manœuvre dont disposent les différentes catégories de personnel.

Si le pouvoir médical a longtemps fait face à celui du directeur, notamment lorsque la présidence du conseil d'administration était assurée par un médecin, de surcroît impliqué dans l'hôpital, sa force s'est amoindrie avec la mise en place de l'ARH, qui intervient en tant qu'instance de décision concrètement située à l'extérieur et à distance de l'établissement. Le poids de cette instance détermine fortement les orientations stratégiques que peut prendre le directeur actuel, mais celui-ci dispose tout de même dans son quotidien d'une marge de manœuvre suffisamment grande. Ce qui explique en partie pourquoi il refuse les promotions proposées par la DDASS : il préfère demeurer le « numéro un » d'un petit établissement, plutôt que de devenir le « numéro deux ou trois » d'une grande structure.

L'unique cadre de santé, aussi surchargée de travail et épuisée qu'elle a pu l'être jusqu'à son départ en retraite, disposait malgré tout d'une marge de manœuvre confortable. Elle bénéficiait d'une délégation de pouvoir de la part du directeur, et n'avait de compte à rendre à aucun autre supérieur hiérarchique ou collègue du même grade. Elle avait choisi de prendre ce poste en 1992, parce qu'elle fuyait alors ses conditions de travail au sein d'un CHU et ce qu'elle appelait « le harcèlement » de sa cadre supérieure.

Les infirmières se plaignent souvent de l'absence des médecins, des difficultés qu'elles rencontrent pour les joindre pendant leurs consultations en ville, ou encore des prescriptions faites au téléphone qui ne les rassurent guère. Cependant, elles apprécient les rapports peu protocolaires qu'elles peuvent établir avec ces généralistes. Parallèlement à ces contacts peu hiérarchisés avec les médecins, elles entretiennent de très bonnes relations professionnelles avec leur cadre, leur seul regret étant que celle-ci ne puisse leur consacrer davantage de temps.

Enfin, sans revenir sur la situation des aides-soignantes, déjà examinée en détail, on retiendra que celles-ci luttent actuellement pour préserver leur autonomie en partie mise à mal, sans que personne n'ait toutefois vraiment l'intention de la leur retirer. Elles sont au contraire trop livrées à elles-mêmes et leur cohésion de groupe est menacée par un manque de régulation de contrôle dû à la non-disponibilité de l'unique cadre de santé.

La spécificité de l'Hôpital local du littoral semble donc résider dans le relatif espace de liberté qu'il offre à ses personnels, soustraits aux effets du pouvoir médical qui agit dans les plus grands établissements de santé où

des médecins, de statuts divers, sont employés (pour les établissements publics) ou interviennent en tant que libéraux (dans les établissements privés). La limitation de la ligne hiérarchique à deux niveaux de responsables (composée du directeur puis de la cadre de santé) évite également la multiplication des postes de pouvoir que l'on observe dans les grands hôpitaux, où hiérarchies médicales et soignantes se déploient parallèlement à de nombreux échelons.

Le travail ethnographique dont nous avons rendu compte ici constitue l'ébauche d'un chantier à mettre en œuvre. Les informations de cet ouvrage demandent à être complétées, affinées et confrontées à celles que livrerait l'étude d'autres hôpitaux locaux, afin d'en mieux cerner les spécificités. La production d'une telle vue d'ensemble s'inscrirait dans le prolongement de rares travaux d'historiens déjà menés sur ce que certains d'entre eux appellent les « petits hôpitaux ». Leurs résultats sont à ce propos fort intéressants parce qu'ils insistent sur la pérennité d'établissements dont l'existence semble menacée depuis fort longtemps : « Les petits hôpitaux, qui résistent jusqu'à nos jours, ont donc bien connu aux XIX^e et XX^e siècles un apogée paradoxal. Fondés en grand nombre dans les campagnes par des personnes charitables, desservis par des religieuses omnipotentes, largement voués à l'accueil des vieillards et même des enfants, les petits hôpitaux voient leur rôle, pourtant essentiel, mis en cause à partir de la fin du XIX^e siècle, dans le cadre d'une politique nationale qui, obnubilée par le déclin démographique, met délibérément l'accent sur l'entretien et la réparation des forces productives. Destinés dans ce cadre à devenir de petites infirmeries ou des centres de santé primaires, les petits hôpitaux échappent à ce destin et continuent aujourd'hui à imiter les grands hôpitaux qui privilégient de plus en plus le "plateau technique" » (Faure, 2007, p. 166).

On ne saurait toutefois suivre cet auteur jusqu'au bout : notre enquête démontre qu'il n'est pas question pour des établissements comme l'Hôpital local du littoral de singer « les grands hôpitaux ». Par ailleurs, on ne peut pas affirmer non plus qu'ils connaissent une situation semblable, mais plus difficile que celle des grandes structures (comme le font certains auteurs cités en introduction). Il reste maintenant à suivre leur évolution afin d'observer jusqu'où leur capacité de résistance peut aller.

TABLE DES MATIÈRES

Préface de Yvonne Knibiehler.....	5
INTRODUCTION	7
Des soignantes mal connues.....	8
De l'hôpital local en général.....	10
... à l'Hôpital local du littoral en particulier.....	14
Une enquête empirique originale.....	18
Croisement des témoignages oraux avec des données d'archives institutionnelles.....	22
Méthodologie d'enquête de terrain.....	25
Une donnée facilitatrice pour l'enquête: la place prépondérante des soignantes	32
Chapitre 1. Les dernières heures de l'hospice (des années 1960 à 1981)	41
Faut-il croire les témoignages des enquêtées?.....	41
Le déclassement de l'hôpital rural dans l'espace hospitalier.....	42
Soignantes et pensionnaires du temps de l'hospice.....	44
Les conditions de travail dans l'Ancien Hôpital.....	47
La formation des « filles de salle ».....	51
La carrière d'un directeur.....	54
Humanisation et laïcisation des hospices.....	58
Chapitre 2. L'hôpital local modernisé (de 1982 jusqu'au milieu des années 1990)	63
Une modernisation grâce à une aubaine locale.....	64
Cohésion autour de la figure centrale de l'aide-soignante.....	65
Avoir et être du métier grâce à un habitus domestique.....	70
Transmission intergénérationnelle du « genre social du métier ».....	75
Amorce d'une dégradation des conditions de vie et de travail à l'hôpital.....	81
De la titularisation assurée à la précarité sans issue.....	81
Des pensionnaires « de plus en plus lourds ».....	85
Technicisation des soins et embauche de soignantes qualifiées.....	87

Chapitre 3. L'ère du rationnement (du milieu des années 1990 à 2008)...	91
Entrée en scène de deux nouveaux protagonistes.....	92
1992 : embauche de la première surveillante de l'Hôpital local du littoral.....	92
1994 : prise de poste du nouveau directeur: M. Legrand succède à M. Jourdain	98
Intensification et accélération du processus de rationalisation.....	104
Rationalisation des outils de travail et des normes procédurales des soignantes	104
Dépersonnalisation des relations avec les financeurs, multiplication des instances de concertation et/ou de décision.....	110
Effets du processus de rationalisation sur l'organisation du travail.....	114
Conséquence de la restructuration interne: la mauvaise ambiance.....	116
Comment rationaliser le rationnement du personnel soignant: précarité et effets pervers.....	127
Le développement des formes de précarité au travail.....	127
Les conséquences de la rationalisation du rationnement de la main-d'œuvre: la transmission empêchée du métier.....	136
La régulation sociale des services de soins: une charge trop lourde pour une seule cadre.....	139
Des principes généraux de régulation toujours efficaces dans les petits services	140
Le traitement d'une crise: « l'histoire des couches ».....	143
Fin du récit d'une tranche de l'histoire de l'Hôpital local du littoral.....	147
Épilogue: les dernières nouvelles de l'hôpital.....	148
 Chapitre 4. La condition des soignantes en hôpital local : les traits constants dans le temps	151
Des soignantes sans médecins.....	151
Travail des soignantes, « travail de femme », entre femmes.....	159
Des soignantes face à la mort et à la souffrance de vieux malades.....	163
« Ils vont tous mourir ».....	164
Des soins qui font souffrir le patient et les soignantes.....	168
« Ici, c'est familial: tout le monde connaît tout le monde ».....	170
Les liens entre agents du personnel.....	171
Les liens entre patients.....	173
Les liens entre patients et agents.....	173
Inconvénients de l'autochtonie et de l'entre-soi.....	175
Avantages de l'autochtonie et de l'entre-soi.....	177
Un compromis salarial et social en péril.....	180
 CONCLUSION	185
 Annexes	191
 Bibliographie	207

Maquette couverture : V. Hélye
Achevé d'imprimer en janvier 2013
sur les presses de l'imprimerie Jouve
à Mayenne
N° d'impression :
IMPRIMÉ EN FRANCE