

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document  
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES

N° 132 • NOVEMBRE 2014

Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps  
des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier

Synthèse

Julie MICHEAU, Éric MOLIERE





Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES

N° 132 • NOVEMBRE 2014

Étude qualitative sur le thème de l'emploi  
du temps des infirmières et infirmiers du  
secteur hospitalier

Synthèse

Julie MICHEAU, Éric MOLIERE



Cette étude est une synthèse de travaux de recherche financés par la Drees  
et réalisés par la société Plein Sens.

Cette publication n'engage que ses auteurs



## Sommaire

---

■ PRÉAMBULE.....	9
■ LE TEMPS DE TRAVAIL : HORAIRES ET PLANNINGS .....	11
Des formules d'emploi du temps hétérogènes.....	11
Des accords locaux pour définir le temps de travail.....	11
Des rythmes déterminés par des choix d'établissement et le type de service.....	12
Une gestion des plannings chronophage et délicate .....	16
Le planning prévisionnel .....	16
La gestion des effectifs au quotidien .....	18
Des plannings qui dessinent des cadres d'emploi très variés .....	20
Horaires et cycle de vie .....	20
■ LE TEMPS AU TRAVAIL COMME RÉVÉLATEUR DES MÉTIERS D'INFIRMIÈRE .....	22
Infirmière : Un emploi, des métiers .....	22
Le monde du travail programmé.....	22
Le monde du travail jalonné .....	23
Un monde professionnel « à part » : les métiers de l'urgence.....	25
Intensité : charge structurelles et/ou conjoncturelle et aléas .....	25
La charge perçue.....	25
Pauses et coupures : des temps et des lieux pour se « reconstituer ».....	26
L'inégale intensité des postes .....	27
Une éthique qui s'exprime dans la responsabilité mais aussi...dans le décalage.....	28
Bilan : La charge de travail : est-elle évaluée ? évaluable ?.....	29
■ CONCLUSION .....	31



## ■ PRÉAMBULE

En 2012, on estimait à 332 000<sup>1</sup> le nombre des infirmières qui travaillaient dans un établissement de santé, dont 242 000 dans un établissement public. Les infirmières représentent près du quart des effectifs des hôpitaux.

Le travail et l'identité professionnelle des infirmières fait l'objet de travaux d'étude sociologiques relativement nombreux. Leur activité au cœur de l'hôpital est souvent décrite comme la chambre d'écho des transformations de l'institution. Cependant, si le terme d'infirmière (que nous avons utilisé au féminin dans le rapport d'étude), semble référer à un métier assez spontanément connu, c'est au prix d'une relative occultation des formes réelles et détaillées tant de l'emploi qu'elles occupent que du travail qu'elles réalisent. Le diplôme fait l'unité de la profession mais masque une réalité d'emploi et de travail très diverse.

En commanditant une étude qualitative sur l'emploi du temps des infirmières, la Direction de la Recherche, de l'évaluation, des études et de la statistique du Ministère de la Santé a souhaité disposer d'un panorama raisonné des formes concrètes de l'emploi et du travail de cette profession numériquement importante, centrale dans l'organisation hospitalière, mais somme toute relativement peu décrite dans ses déclinaisons multiples.

Ce travail s'appuie sur un dispositif d'étude qualitative qui a consisté à entendre en entretiens 63 infirmières exerçant dans 10 établissements de santé de taille, de statut et de localisation différentes.

L'étude donne à voir les emplois du temps : à la fois sous l'angle de l'organisation des rythmes de travail, de ses saisonnalités et du contenu des journées de travail. Elle propose des explications de ces organisations du temps : contraintes liées à l'établissement ou au service et contraintes liées à des choix personnels. Elle décrit surtout les façons dont se négocient les ajustements de temps de travail ou de contenu de tâche en réponse aux besoins des établissements et des infirmières. C'est ainsi non pas une gestion du temps de travail mais bien une régulation qui est analysée.

L'analyse de la qualité perçue des temps, qu'il s'agisse des horaires comme du contenu des heures, restitue le point de vue subjectif des professionnels et éclaire en particulier en quoi ces aspects qualitatifs guident les choix de carrière et de postes.

L'emploi du temps est donc ici considéré comme un objet double. Dans une première acception, le terme d'emploi du temps concerne les conditions d'emploi : il décrit ainsi l'alternance entre les temps travaillés et les temps non travaillés, soit l'articulation entre le temps quotidien de vie personnelle et de vie professionnelle. Sous cet angle, il est souvent appelé *planning* et c'est l'élaboration et la gestion des *plannings* que nous nous sommes attachés à décrire.

Dans une seconde acception, l'emploi du temps concerne les conditions du travail et les contenus d'activité des journées de travail. L'emploi du temps est alors celui de la journée de travail, de son cadencement et de son organisation.

<sup>1</sup> Source SAE 2012, Drees

## ENCADRÉ – MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée entre avril et septembre 2013. 10 établissements ont été choisis dans trois régions (tableau 1). Dans chacun d'eux ont été rencontrés le ou la DRH et la Directrice des soins pour des entretiens de cadrage sur la gestion des temps de travail infirmiers au sein de l'établissement (contexte réglementaire et pratique opérationnelle). Puis un panel de 4 à 8 infirmières a été constitué dans chaque établissement pour représenter des cadres d'exercice (horaires et services) différents.

53 infirmières et 10 infirmiers ont ainsi été entendus dans le cadre d'entretiens d'une heure à une heure trente, réalisés sur leur lieu de travail (dans une salle isolée et dédiée à l'entretien). Les entretiens ont porté sur 3 champs de questionnements :

Le parcours professionnel jusqu'au poste occupé aujourd'hui.

Le planning actuel et la gestion de ce planning ; l'articulation entre-temps de travail et vie personnelle.

Le déroulement de la dernière journée de travail et l'analyse du contenu et de l'intensité du travail.

Le panel ainsi constitué comptait 11 infirmières de moins de 30 ans, 24 de 30 à 39 ans, 15 de 40 à 49 ans et 13 de 50 ans et plus. 17 d'entre elles travaillent à temps partiel et 46 à temps plein. Sans viser l'exhaustivité des spécialités, les différents types de services de soins ont pu être représentés avec 19 entretiens réalisés en MCO, 12 en hôpital de jour, 7 en bloc, 7 en psychiatrie, 4 en urgences, 3 en pool de remplacement, 2 en SSR, 3 en réanimation ou soins intensifs, et deux en équipes mobiles.

Au total 17 des infirmières interrogées avaient un planning de travail à jours fixes (Lundi à Vendredi), 27 étaient sur des horaires postés de jour ; 12 sur des postes alternant jour et nuit et 7 en travail de nuit exclusif.

Chaque entretien a donné lieu à un cours portrait retraçant succinctement les grandes caractéristiques des parcours professionnels et de l'activité des infirmières rencontrées. Ils sont restitués en annexe du rapport complet d'étude accompagnés d'une représentation schématique du planning de travail de chaque soignante sur 3 ou 4 semaines.

Tableau 1 - Statut / Territoire / Effectifs infirmiers des établissements enquêtés

ETAB.	REGION	Type de territoire	Statut	Catégorie	Effectifs		ETP	
					IDE	Inf. Spécial.	IDE	Inf. Spécial.
ETAB. 1	région A	Métropole	public	CHR	2 663	545	2538,86	500,39
ETAB. 2	région B	Aire Urb. 160 000 hab	public	CH	635	70	596,57	65,24
ETAB. 3	région C	Métropole	public	CH	974	132	954,52	129,09
ETAB. 4	région C	Métropole	public	CH	452	87	444,50	83,90
ETAB. 5	région A	rural	public	CH	66		62,77	
ETAB. 6	région C	Métropole	public	EPSM	679	13	665,29	12,40
ETAB. 7	région A	Métropole	privé non lucratif	ESPIC	298	29	236,67	25,73
ETAB. 8	région B	Métropole	privé non lucratif	CLCC	193	21	158,79	17,53
ETAB. 9	région B	rural	privé lucratif	clinique	129	3	106,51	2,80
ETAB. 10	région C	Métropole	privé lucratif	clinique	38		25,58	

SOURCE : SAE 2012, DREES

## ■ LE TEMPS DE TRAVAIL : HORAIRES ET PLANNINGS

Le temps de travail annuel n'est pas le même pour toutes les infirmières, la forme et les modalités de gestion des horaires de travail sont également tout à fait hétérogènes. Le planning est le terme le plus souvent employé pour désigner le schéma de programmation des temps travaillés. C'est un objet compliqué dont la gestion est soumise à des choix d'établissement mais aussi, pour beaucoup, à des contraintes et des arrangements liés au service. Cette gestion occupe une grande part du travail des cadres et préoccupe légitimement les infirmières qui doivent organiser leur vie en conséquence. La construction et l'ajustement quotidien des plannings représentent un travail de régulation central pour le climat social des services.

### Des formules d'emploi du temps hétérogènes

#### Des accords locaux pour définir le temps de travail

Si toutes les infirmières hospitalières « sont à 35 heures », se cache derrière cette formule des rythmes de travail tout à fait variables et un temps de travail annualisé également légèrement variable. Que l'établissement relève de la fonction publique hospitalière, de la convention collective des établissements d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) ou de la convention collective unique des établissements privés à but lucratif, la durée légale du travail est effectivement à 35 heures hebdomadaires.

Le cadre conventionnel prévoit ainsi une durée annuelle de travail de 1607 heures, réduite dans la fonction publique à 1568 heures s'il y a plus de 20 fériés ou dimanches travaillés et 1582 heures s'il y en a 10, et à 1476 heures pour les agents de nuit. Dans la fonction publique ou les établissements à but non lucratifs, il est prévu une durée maximale quotidienne de travail de 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit, et de 10 heures pour le jour ou la nuit dans les établissements lucratifs. Dans tous les cas, ces durées peuvent être portées jusqu'à 12 heures par accord local. Les repos hebdomadaires doivent dans tous les cas être au nombre de 4 pour deux semaines de travail.

Cependant, tant la durée quotidienne du travail, que le décompte annualisé des heures et le nombre de jours dits de RTT sont localement définis dans chaque établissement selon les termes d'un accord local qui vaut pour tout le personnel non médical. Pour les postes de jour, les amplitudes horaires varient selon les établissements et plus l'amplitude est importante, plus le nombre de jours dits RTT sont importants. Ainsi, pour des postes en 7h30, il y a en théorie (sans tenir compte de la réduction du temps de travail annuel lié à l'éventuelle sujétion des fériés et dimanche) 214 jours travaillés, pour des postes en 8h00 il y en a 201 et pour des postes en 12h00, 133.

Dans les 10 établissements rencontrés, cet accord local sur le temps de travail n'a pas évolué depuis 2002. Il est généralement (dans les plus gros établissements en tous cas, et donc dans la fonction publique) un peu plus avantageux que le minimum légal. Le bénéfice des « avantages » liés au passage aux 35 heures est cependant ancien et jamais évoqué par les infirmières interrogées.

L'accord définit en outre le temps d'habillage et de déshabillage (10 à 15 minutes généralement) et le statut des temps de pause et de repas : inclus dans le temps de travail ou exclus. Ces choix sont significatifs d'un point de vue budgétaire et certains établissements, en difficulté financière, sont sur le point de renégocier leur accord sur le temps de travail (un seul dans le panel d'enquête).

En tout état de cause, aucune des infirmières rencontrées n'a fait référence au temps de travail annualisé et in fine, à la durée totale de travail, comme un argument de choix pour travailler dans tel ou tel établissement. Il faudrait une étude statistique pour établir si le statut détermine un écart significatif de temps de travail. Dans

notre panel, il semble que la taille d'établissement soit déterminante, indépendamment du statut : les gros établissements offrant un accord sur le temps de travail relativement plus favorable.

## Des rythmes déterminés par des choix d'établissement et le type de service

La forme du planning d'une infirmière résulte principalement de 3 facteurs. Le premier est lié à la permanence des soins et tient au fait de travailler dans un service de soins en continu (24h sur 24 et 7 jours sur 7) ou dans un service de soins de journée. Le second tient au choix de l'établissement en matière d'organisation des services continus : qu'il s'agisse de l'amplitude horaire des postes ou de la façon d'imposer au personnel le roulement sur tout ou partie des horaires. En dernier ressort, il existe des choix propres aux services et surtout des arrangements au sein du service.

### *Le cas atypique des horaires normaux*

---

Il n'y a pas de données statistiques pour quantifier le nombre de postes relevant de services de soins ouverts uniquement en journée, en semaine, le cas échéant le samedi. Avec le développement de l'hospitalisation de jour, ces services se multiplient, mais ils ne constituent encore qu'une part très minoritaire des emplois hospitaliers. Nous les avons volontairement sur-échantillonnés dans le panel d'enquête pour ce qu'ils représentent une forme tout à fait clivée de l'emploi infirmier à l'hôpital.

Ces emplois concernent : les services de soins ambulatoires (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, consultation, secteur psychiatrique extra-hospitalier), des fonctions d'appui comme les équipes mobiles qui ne concernent qu'une poignée d'infirmières à l'échelle d'un grand hôpital (soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie, alcoologie), ou des services annexes à l'hospitalisation.

Ils proposent des horaires de semaine parfois fixes, parfois variables mais sur une amplitude proche des horaires « normaux » de travail généralement entre 7h30 et 18h30. Dans tous ces postes, les plannings de travail varient donc en ce que les horaires ne sont pas toujours les mêmes d'un jour à l'autre mais dans le cadre d'une amplitude totale « normale », en revanche les week-ends sont des repos fixes et seuls les jours de RTT font varier le rythme des semaines.

### *Le cas général des services de soins en continu*

---

Les services de soins en continu doivent organiser la continuité des soins en faisant deux types de choix : le choix de découper la journée de 24 heures en 2 ou 3 postes d'une part, le choix de faire tourner les équipes sur tout ou partie des horaires d'autre part. Dans tous les cas, la permanence des soins signifie aussi travail 7 jours sur 7, ce qui signifie que les horaires que nous allons évoquer concernent tous les jours de la semaine, samedi, dimanche et fériés compris.

Le découpage en 3 postes reste majoritaire même si le découpage en 2 postes (soit le travail en 12 heures) tend à se développer. Dans le roulement en 2 postes, les horaires sont à une heure près assez standard (cf. tableau 2) ; la journée est coupée en 2 avec relève à 7h00/19h00, 7h30/19h30, ou 8h00/20h00.

Dans le découpage en trois postes, les postes de jour sont plus courts que les postes de nuits, et les horaires de chacun connaissent une infinité de variations locales (tableau 2). La durée des postes est définie par l'établissement dans l'accord local sur le temps de travail, il peut exister plusieurs durées de référence. Dans l'ensemble, les postes de jour ont une durée qui varie majoritairement entre 7h30 et 8h00. Les postes de nuit sont généralement en 10h00 (plafond légal) sauf dans un établissement rencontré où la nuit était en 10h15 (suite à accord local).

Enfin, il faut noter qu'aux horaires de référence des postes du matin et de l'après-midi, peuvent s'ajouter des postes dits de coupure, de journée ou d'entre deux qui recouvrent partie du poste du matin et partie du poste d'après-midi (ex : 8h00-16h30, ou 10h00-18h00). Ils permettent d'affecter du personnel qui vient renforcer à la fois l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi.

Si la durée des postes est normée par l'accord local, en revanche les horaires de prise de poste et de fin de poste varient souvent d'un service à l'autre.

**Tableau 1 - Exemples d'organisation de la continuité des soins**

	Matin	Après-midi / soirée	Nuit	Durée cumulée par 24h
<b>3 POSTES</b>				
Cas 1	6h40-13h10	13h00-21h00	20h45-7h00	24h45
Cas 2	6h45-14h30	13h45-21h30	21h00-7h00	25h30
Cas 3	6h00-14h00	13h15-21h00	20h15-6h15	25h45
Cas 4	6h45-14h23	13h45-21h23	21h00-7h00	25h13
<b>2 POSTES</b>				
Cas 5		7h00-19h00	19h00-7h00	24h
Cas 6		7h30-19h30	19h30-7h30	24h
Cas 7		8h00-20h00	20h00-8h00	24h

Chaque service fonctionne ainsi selon ses propres horaires de début et de fin de service pour les postes de matin/après-midi et nuit ou de jour/nuit. Ils sont assez proches ou uniformes dans les petits établissements et variables dans les grands établissements. Mais dans tous les cas, on voit que la journée commence tôt pour les postes du matin (entre 6h00 et 7h00 généralement) et finit tard pour les postes du soir (21h ou 21h30).

Ce qui est déterminé par l'établissement c'est, nous l'avons dit, l'amplitude des postes (ceux de jour et ceux de nuit) mais aussi les principes qui régissent le roulement du personnel sur tout ou partie des postes. Ainsi, il existe des infirmières qui :

- ne travaillent que du matin, ou que d'après-midi/soirée ;
- travaillent en alternance sur les postes de journée (matin et après-midi) ;
- ne travaillent que de nuit ;
- travaillent en alternance sur les postes de journée et de nuit.

Si en particulier en Île-de-France, il fut un temps où le personnel était affecté à un poste du matin ou à un poste de soirée, ce cas de figure ne semble plus exister qu'à titre résiduel pour des agents ayant gardé le bénéfice d'un horaire anciennement défini. La règle pour le personnel de jour semble être désormais celui de la *grande équipe* c'est-à-dire d'un roulement de tout le personnel sur les matins et les après-midi.

Ce qui va distinguer les établissements c'est alors le choix de dédier du personnel à la nuit ou pas. Ce choix est présenté comme un principe de gestion, pouvant être remis en cause si le recrutement du personnel de nuit devient délicat. Cependant, même dans les établissements où le principe retenu est celui d'un personnel dédié à la nuit, certains services sont toujours organisés comme des services avec alternance jour et nuit sur les postes : il s'agit des urgences, de la réanimation, des soins intensifs, de la néonatalité.

Les arguments en faveur de la non alternance jour/ nuit sont ceux de la pénibilité avérée de cette alternance, du souhait affiché de certains personnels de ne travailler que la nuit pour convenance personnelle ou par préférence pour la nature du travail de nuit. Les arguments adverses qui prônent l'alternance sont ceux de l'équité (il faut alors faire l'hypothèse que tout le monde a la même aversion pour le travail de nuit), et de façon plus affirmée, ceux de la compétence : le travail de nuit de longue durée conduirait à une perte de compétence liée à la désocialisation professionnelle induite par l'absence la nuit de médecins, de cadres et souvent de pairs. Ces arguments ne valent pas dans les services où le travail est le même de jour comme de nuit, c'est-à-dire les services de soins médicaux intenses en continu.

Quand les emplois alternent postes de jour et de nuit, le dernier paramètre qui caractérise le planning est la façon dont est rythmée l'alternance des périodes de travail de nuit et les périodes de travail de jour. La fréquence de la nuit est liée à la taille des équipes de nuit au regard des équipes de jour. Si les effectifs sont les mêmes en réanimation (et définis légalement au prorata du nombre de patients), aux urgences si le flux de la nuit est aussi

important que celui de journée, en revanche dans les services de soins qui n'ont pas ce caractère vital, les effectifs sont bien moindre la nuit et le ratio effectif de nuit/effectif de jour est propre à chaque service. Il est donc rare qu'à l'échelle d'un établissement ce ratio soit stable et il est normal que les formules d'alternance soient propres à un service. Nous avons pu observer des rythmes comme : 4 semaines de jour / 2 semaines de nuit ; 6 semaines de jour / 2 semaines de nuit ; 6 semaines de jour / 2 semaines de nuit puis 4 semaines jour / 4 semaines nuit ; 6 semaines de jour, 2 semaines de nuit (une de deux nuits et une de 5 nuits), 8 semaines de jour, 4 semaines de nuit.

### Les horaires de bloc

Il faut s'arrêter sur le cas spécifique des postes de travail au bloc opératoire. On peut hésiter à les catégoriser en horaires à repos fixes car le travail le dimanche y est exceptionnel et ne concerne que quelques blocs attachés aux urgences fonctionnant avec un principe de garde. Le travail le samedi est fréquent au sens où il concerne la plupart des blocs mais à raison d'une sujétion assez faible (tableau 2). Ce qui caractérise ces postes en revanche c'est la grande diversité des variantes horaires : les journées ont des durées variables le plus souvent et les heures d'embauche sont échelonnées. Cette souplesse est liée à la façon dont est programmé le bloc, qui dépend elle-même de la présence des effectifs de chirurgiens. Les logiques de planning sont donc très différentes de celles d'un service de soin en continu. Reste que l'on peut hésiter à catégoriser ces horaires dans la classe des horaires postés de jour, car si effectivement ils varient d'un jour à l'autre et donnent lieu à des repos variables en semaine, il n'en demeure pas moins que les horaires de travail sont le plus souvent cantonnés à des horaires de journée se rapprochant d'une norme sociale standard, en particulier la fin de journée est rarement tardive et les week-ends sont assez préservés : pas de travail le dimanche et rarement le samedi.

**Tableau 2 - Horaires des postes en bloc**

Entretien	Week-end travaillés	Nuit	Amplitude	Poste standard début	Poste standard fin	Variante
9.1	1 astreinte / 12 semaines	0	7h30, 10h	7h30	17h30	7h30-15h00, 7h00-14h30, 12h30-21h00
3.1	quelques samedi	0	9h, 10h et 12h	7h30	16h30	fin à 17h30 ou 19h30
8.2	0	0	10h	7h30	18h00	
10.1	0	0	6h30, 7h, 12h	7h30	14h00	7h30-15h00, 7h00-19h30
4.4	1 samedi sur 2	1 garde 24h / quinzaine	8h30, 10h, 24h	7h30	16h00	8h00-18h00
1.5	0	0	7h45	7h45	16h15	7h00-14h30, 9h30-18h00, 12h00-19h00, 13h00-21h00
7.6	1 samedi / 4 mois	0	8h00	8h00	16h00	9h00-12h00

### Quelques cas particuliers

Quelques infirmières peuvent avoir des plannings hybrides mêlant plusieurs formules d'horaires quand elles travaillent dans plusieurs services en temps partagé. Et plus nombreux, les infirmiers des équipes de pool sont selon les choix de l'établissement dans des pools de nuit, de jour ou alternant. La spécificité de leur planning ne

tient pas tant à leurs horaires qu'à la relative stabilité de la programmation, contrairement aux équipes de soins, comme nous allons le voir.

### *Retour sur le travail en 12h*

---

Le travail en 12 heures est une forme d'emploi dérogatoire tant pour la nuit (durée maximale légale de 10h) que pour le jour (9h dans la fonction publique). Il est cependant manifeste qu'il se développe même si en l'absence de statistiques il est difficile de savoir avec quelle ampleur<sup>2</sup>. La demande sociale, particulièrement chez les jeunes serait soutenue.

Un des établissements enquêté (privé de petite taille) a organisé tous ses services de soins en 12 heures. Dans tous les autres établissements, le travail en 12 heures soit n'a pas cours, soit est le fait de quelques services en particulier : la réanimation, le SAMU, les soins intensifs. Le travail en 12 heures fait débat. Certaines organisations syndicales font état de leur opposition de principe tandis que d'autres préfèrent s'accorder sur les demandes des services. Cette forme d'emploi présente en effet des avantages et des inconvénients.

Les avantages tiennent à la réduction considérable de journées de travail qu'elle permet, puisque cela conduit à avoir près d'un jour travaillé pour deux jours de repos en moyenne sur l'année. La durée de la journée au travail permettrait une meilleure continuité des soins et une plus grande autonomie dans l'organisation des soins sur la durée du poste, cependant que la fatigue en fin de poste pourrait être porteuse de risques.

Enfin, d'un point de vue gestionnaire : le temps en 12 heures est source d'économies pour l'établissement. Un poste de travail complet de 24 heures est en effet couvert avec deux postes de 12 heures c'est-à-dire sans aucun temps de recouvrement. Cela signifie en particulier que le temps de transmission n'est en réalité pas compté comme un temps travaillé. Il faut en effet en étant « en 12h » accepter que cela soit en réalité un 12h15 ou un 12h30.

### *L'autocontrôle des horaires*

---

Dans aucun des établissements rencontrés nous n'avons vu de badgeuse. Cela ne veut pas dire qu'il n'y en a jamais, mais que le fonctionnement de l'hôpital ne le rend pas nécessaire. Le contrôle des horaires procède avant tout d'un contrôle par l'équipe et le non-respect des horaires ne saurait être systématique sans entraîner une condamnation par le collectif. Les établissements de santé peuvent donc aisément fonctionner sans contrôle des horaires dès lors qu'il existe cette régulation collective autonome.

<sup>2</sup> S'agissant d'un horaire dérogatoire, il est généralement analysé dans le bilan social. Une analyse statistique sur un ensemble de bilans sociaux pourrait conduire à une estimation à faible coût.

## Une gestion des plannings chronophage et délicate

Élaborer un planning c'est, pour le ou la cadre, affecter à des postes les effectifs requis, c'est aussi en « négatif » décider des jours de repos du personnel. Il y a pour chaque plage horaire un effectif cible, il s'agit de trouver les ressources en personnel pour qu'il soit effectivement en place. Cette élaboration comprend deux moments : une programmation prévisionnelle et une régulation quotidienne pour pallier les aléas.

### Le planning prévisionnel

Un planning *soignants* c'est un tableau sur lequel figurent tous les noms des infirmières et aides-soignantes du service et qui indique pour chaque date du calendrier les horaires de travail de chaque agent et les jours de repos. Ce planning est affiché dans la salle de soins. Il est parfois très propre et parfois largement annoté. C'est un objet le plus souvent mouvant qui fait l'objet d'intenses remaniements en fonction des aléas de l'équipe.

Dans la fonction publique, il est règlementairement prévu que le planning (tableau de service) qui précise les horaires de chaque agent pour le mois, doit être porté à la connaissance des agents au plus tard 15 jours avant son application. Ce délai de prévenance n'est pas encadré dans la convention FHP et la convention Fehap prévoit un tableau pour au moins deux semaines avec un délai de prévenance réduit à 4 jours.

La littérature ayant trait au travail des cadres (études d'organisation, audits) témoigne de ce que le travail de programmation est une charge en temps importante pour le cadre. Nos observations confirment largement ce constat, même si le travail de programmation n'a bien sûr pas le même niveau de complexité dans tous les services. Toutefois, même dans les services où le planning est relativement « stable », il est nécessairement remis en cause dès lors qu'il y a une modification de la composition de l'équipe soignante : augmentation ou réduction des effectifs, passage d'un agent à temps partiel, retour au temps plein... Selon que les modifications sont considérées comme définitives ou conjoncturelles, le planning fait l'objet d'un passage en comité au niveau de l'établissement ou pas. Au-delà du travail des cadres de proximité, les plannings peuvent donc aussi représenter une charge significative pour la direction des soins et les instances.

Le service dispose selon les cas des effectifs nécessaires – et parfois de façon assez large – ou au contraire est « juste », et parfois « en sous-effectif » temporaire qui dure. Il faut donc comprendre que la difficulté à faire le planning est aussi le signe d'une tension sur les effectifs. Quand les agents sont mécontents de leur planning, on ne peut exclure que dans certains cas, soit en cause un « piètre manager », mais le plus souvent, on constate surtout que ce sont des services où il y a un manque durable de personnel présent.

L'exercice de la programmation consiste à définir les jours non travaillés : les repos hebdomadaires (4 par quinzaine) et les différents jours de récupération (RTT, repos compensateurs de fériés, d'heures supplémentaires). Il se met ici en œuvre une comptabilité complexe comprenant un grand nombre de « compteurs » pour chaque agent.

Dans tous les statuts d'emploi, la programmation du travail est encadrée en prévoyant la définition de cycles de travail. Le cycle de travail est une période de référence définie pour chaque service et allant de 1 à 12 semaines (8 pouvant être portées à 12 par accord d'entreprise dans le privé non lucratif). Ce cycle se répète à l'identique. Sur chaque cycle est assuré l'équilibre de la durée moyenne hebdomadaire de travail dans la limite de 39h dans la fonction publique et de 35 heures dans les deux autres cadres d'emploi. Les heures qui excèdent ces durées ont statut d'heures supplémentaires.

On se reportera au rapport complet et surtout aux annexes qui présentent des schémas de planning pour observer les formes de planning des infirmières dans toute leur diversité. Schématiquement, on retiendra que le rythme des repos hebdomadaires prend les formes suivantes pour les postes de journées (et les périodes de journée des postes alternant) :

- Repos fixes les samedi et dimanche pour les services de soins de jour et les blocs opératoires (en dehors des services qui assurent les urgences), complété par les RTT ou les jours de temps partiel.

- Repos fixes avec un week-end sur deux en repos et deux autres jours de repos sur la quinzaine, mais posés sur des jours fixes : par exemple semaine 1, repos le mardi, samedi et dimanche, et semaine 2, repos le jeudi.
- Repos variables avec une programmation mouvante respectant simplement le week-end sur deux non travaillé, mais les deux autres jours de repos hebdomadaires varient selon les semaines.

Pour les postes ou les périodes de nuit en 10heures, deux rythmes semblent assez fréquemment retenus :

- Un rythme sur deux semaines avec alternance de la petite semaine (2 nuits travaillées) et de la grande semaine (5 nuits travaillées).
- Un rythme alternant 4 nuits travaillées et 4 nuits de repos.

À ce planning des repos hebdomadaires s'ajoute celui des repos compensateurs (RTT et autres récupérations) qui là est tout à fait variable tant en fréquence qu'en modalités de programmations. Dans les faits, les délais de programmation, les règles de gestion, mais surtout les pratiques d'élaboration varient d'un service à l'autre. Est tout à fait déterminante la façon dont l'encadrement associe le collectif à l'élaboration du planning : en prenant en compte des préférences exprimées par les unes ou les autres pour tel jour de repos, voire en créant de véritables régimes spécifiques pour des collègues qui ont des contraintes personnelles reconnues comme légitimes par le collectif (enfant handicapé, mère isolée...).

Au total, l'élaboration des plannings est donc selon les cas un travail relativement sans surprise, de reproduction de rythmes de travail connus et relativement stables ou un travail de réorganisation intensif et de recalcul mensuel des rythmes, mais aussi soit un exercice très directif qui s'impose aux agents soit un exercice qui laisse une large part à la régulation au sein de l'équipe.

On comprend qu'un système qui gérerait le planning en ne tenant compte que du simple calcul des droits serait sous optimal et sans doute intenable. Le système tient, l'emploi est tenable, l'absentéisme est contenu parce que les souhaits du personnel sont en grande partie pris en compte. Formulés ainsi, la situation semble un peu idéalisée. Il faut bien comprendre que les souhaits exprimés sont des souhaits raisonnables et raisonnants, c'est-à-dire que les infirmières ont intégré ce que sont les contraintes collectives. Il y a bien une règle du jeu, ce sont dans les marges d'ajustement de ce jeu qu'interviennent la discussion et la recherche d'un accommodement collectif. Et la question des arrangements est encore plus importante dans la gestion quotidienne des horaires.

Le caractère délicat de cet équilibre entre souhait personnel et contrainte de service se manifeste très visiblement dans la fixation des congés annuels. Dans tous les établissements rencontrés, les congés annuels sont au nombre de 25, complétés de deux jours de fractionnement le cas échéant. La fixation des congés annuels est une source de conflit potentiel important, plus particulièrement pour la période d'été et pour les congés de fin d'année.

Leur programmation est le plus souvent très anticipée, en mars pour l'été et en octobre pour la fin d'année. Généralement, une règle d'équité est posée au service : choix d'une des deux semaines pour les fêtes de fin d'année, et durée maximale de congé donnée pour l'été et alternance si nécessaire de l'octroi de juillet ou août. La force de l'habitude, les contraintes intériorisées de la contrainte de service conduisent les infirmières à nous décrire généralement un processus de conciliation sans problème.

Cependant dans certains cas, l'encadrement attend que les agents dont les demandes ne concordent pas trouvent un arrangement entre elles, et s'il ne vient pas, les infirmières sont laissées durablement dans une forme d'incertitude relativement nocive. Non seulement elles ne peuvent pas organiser leurs vacances (louer, annoncer aux grands-parents qu'ils seront ensemble à Noël, etc...) mais surtout elles dénoncent l'indécision de l'encadrement qui s'en remet à l'autogestion collective. Ces cas sont rares dans le panel interrogé mais ils donnent à voir le caractère extrêmement sensible de cette négociation.

## La gestion des effectifs au quotidien

Ainsi chaque service est doté d'un planning propre lié aux horaires de travail de base retenus, et à la configuration de l'équipe (part des temps partiels, contraintes individuelles propres à certains agents le cas échéant). Avec plus ou moins d'avance, les agents connaissent leurs jours et leurs horaires de travail. Reste que ce programme anticipé connaît deux types de modifications : un « troc » entre collègues pour que le planning soit mieux adapté aux contraintes (permanentes ou ponctuelles) de chacune, et des modifications nécessaires de dernière minute pour faire face aux aléas (maladie, enfant malade, décès d'un proche). Nécessités personnelles et nécessités de services appellent une régulation permanente des plannings.

En droit, les infirmiers sont soumis à une exigence de flexibilité très importante : qu'il s'agisse des horaires, mais aussi de leur affectation à un service, il faut comprendre que tant dans la fonction publique au nom de l'intérêt du service que dans le privé au nom des impératifs de continuité des soins, les agents sont soumis à des obligations de service très importantes. En toute rigueur, un agent peut être changé de service (définitivement comme temporairement), de même qu'il peut être sollicité pour prendre un poste en dernière minute pour nécessité de service dès lors que les 12 heures de repos ont été respectées. C'est là la théorie. En pratique, il est nécessairement fait un usage raisonnable de cette flexibilité.

Le remplacement du personnel absent de façon imprévue s'analyse à 3 échelons :

- Le niveau du service est celui qui est mobilisé en première instance. Il s'agit de trouver des collègues présentes ou acceptant de l'être pour faire face aux absences. Cette sollicitation est là encore variable selon que les congés de longue durée sont régulièrement remplacés ou pas, selon que les effectifs peuvent être dégradés ou pas, et selon le niveau d'absentéisme observé.
- Le niveau du pôle est plus récent et constitue un échelon réel de gestion très inégalement actif selon les établissements. Ce qui semble se dessiner dans les établissements que nous avons enquêtés c'est l'obligation faite à l'encadrement de trouver des solutions de lissage de la charge entre services du pôle. Loin d'être une évidence, une telle politique vient redessiner fortement « les règles » de l'emploi infirmier. Dans un établissement nous a été signalée l'existence de postes volants attachés au pôle.
- Au niveau de l'établissement, des règles et des moyens sont décidés pour octroyer ou non des ressources de substitution à un service en cas d'absence d'un agent. Les établissements se sont tous dotés d'une équipe de personnel de remplacement, généralement rattachée directement à la direction des soins et parfois scindé par unité géographique si l'établissement a plusieurs sites éloignés. Les appellations en sont diverses (pool, équipe de remplacement, volants). L'autre modalité de remplacement est le recours à l'intérim, très inégal selon les établissements : absent à certains endroits, faisant l'objet d'une politique de réduction ailleurs tant la dépense semble importante.

Ainsi, selon les services et les établissements, la garantie pour une équipe de voir un personnel absent remplacé est très variable. Si certains services les plus sensibles (urgences, réanimation, néonatalité) sont « protégés » par des normes d'effectifs, d'autres vont pouvoir se trouver parfois durablement en sous-effectif par rapport au budget prévu (qui procède lui-même d'un certain arbitraire).

Les sollicitations adressées au personnel présent pour pallier les manques sont tout aussi variables. Au total, chaque infirmière est confrontée à des demandes de l'encadrement, à des demandes de collègues, de même qu'à son tour, elle peut être en demande d'arrangements. Pour une infirmière donnée, il y a deux, voire trois « marchés d'échange » : le premier est avec la cadre, le second est avec le groupe des collègues, et parfois, il y a parmi ce groupe un sous-groupe d'échange plus restreint et privilégié.

Il s'agit donc tout au long de l'année :

- D'une part de trouver des arrangements personnels pour ne pas exécuter le planning tel qu'il a été programmé et l'adapter au mieux aux contraintes personnelles ;
- De répondre aux besoins du service et d'assurer la continuité des soins.

Ces deux types d'échange sont loin d'être indépendants car comme on l'entend souvent en entretien c'est *donnant/donnant* et ce qui se donne au cadre est en fait aussi donné aux collègues. L'enjeu est que chacun fasse « sa part » en fonction de ses moyens.

Plus le service est grand, plus il offre des ressources d'échange, plus il offre de chance que les contraintes personnelles soient diversifiées et in fine complémentaires les unes des autres. Certains services donnent l'impression de fonctionner en « deal » permanent. Des services d'urgence en particulier, de réanimation, des services qui sont dans l'ensemble assez jeunes. Cette autogestion est très importante : elle renouvelle régulièrement l'épreuve de test de la solidarité du collectif. Elle atteste de la souplesse de l'encadrement et renforce le sentiment d'autonomie. Le plus souvent, il va de soi pour les infirmières de répondre favorablement aux sollicitations de la cadre, mais on le voit ici avec de possibles réserves sur les disponibilités qui sont clairement exprimées à la cadre. Donc cette dernière sollicite avec discernement les soignantes en fonction de ce qu'elle sait de leurs contraintes mais aussi de leur propension à répondre favorablement. Dans certains services, les cadres essayent de tenir à jour une liste des infirmières disponibles en particulier pour chaque week-end.

Mais surtout il va de soi qu'assurer un effectif minimum est à terme, pour soi-même, un objectif qui a de la valeur. Le pire étant d'entrer dans des périodes où les ajustements ne se font plus et où on se trouve devoir travailler en sous-effectif. Accepter le remplacement, c'est donc à la fois donner un gage positif à l'encadrement dont on attendra en retour la souplesse voulue en cas de demande de modification de planning venant de soi, et soutenir un objectif collectif d'avoir des équipes au complet préservant la qualité de vie au travail. Si on ne le fait pour la cadre, on le fait au moins pour les collègues.

Il est en revanche une autre forme d'ajustement qui paraît problématique par essence. Dans l'ensemble, la gestion des remplacements semble évoluer vers une recherche de mutualisation inter-services de sorte d'optimiser les ressources soignantes. Il est plus souvent qu'auparavant fait appel à la flexibilité de droit des agents, ce qui n'est pas sans poser question. Les services sont appelés à trouver de plus en plus à l'échelle du pôle des moyens de mutualiser les ressources, la scène de l'échange s'en trouve élargie.

En cas d'absence dans un service il est demandé en priorité à un autre service du pôle de « prêter » du personnel. Si l'on comprend la rationalité économique de cet échange, on entend qu'il est souvent dénoncé par les infirmières car il pose deux problèmes : il renvoie les soignants à une image de personne substituable, une simple « ressource humaine » indifférenciée, mais aussi il étend la sphère du remplacement au-delà de ses frontières naturelles qui sont celles du service.

Pour le premier motif, ce qui est contesté par les infirmières rencontrées qui ont été confrontées à ces demandes et qui ont dû aller travailler dans un service voisin, c'est avant tout le déni de la compétence attachée au service et au métier qui lui est propre. Mais plus au fond, nous sommes tentés de croire que ce qui pose problème, c'est d'entamer un échange dans une sphère qui ne garantit aucunement le contre-don.

Pour l'instant, ces pratiques sont émergentes, et il y a un risque que les échanges soient « orientés » vers des services structurellement en demande. Les services « prêteurs » ont le sentiment que le don est à sens unique et ces premières expériences ne donnent pas à voir que comme dans le cas des arrangements au sein du service, c'est « donnant/donnant ».

Ainsi, l'échange pour tenir les effectifs est un échange qui engage. Quand il se passe bien, il conforte le sentiment de responsabilité individuelle et collective, il signe la cohésion de l'équipe et la qualité des relations faites de confiance et de reconnaissance avec l'encadrement. L'extension de cet échange au-delà du service est en soi problématique, et même si notre étude ne vise pas à formuler de recommandation, il faut sans doute acquiescer à la prudence de l'IGAS qui de façon très diplomatique, indique au terme de sa mission de *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé* (février 2010) qu'il conviendra de « ne pas pousser la mutualisation des équipes soignantes au-delà de ce qui est socialement soutenable ».

## Des plannings qui dessinent des cadres d'emploi très variés

Tant la diversité structurelle des horaires, que la très grande variabilité des modes de gestion liés aux choix des établissements, à la façon de définir les effectifs par service et de les réguler face aux aléas, conduisent in fine à ce que le métier d'infirmière hospitalière s'exerce selon des conditions concrètes d'emploi tout à fait hétérogènes.

Si certaines vont désormais se trouver avoir des horaires « normaux » selon un planning conventionnel de travail du lundi au vendredi d'autres vont connaître des horaires et des jours de travail tout à fait variable, connus en théorie quinze jours à l'avance, mais possiblement réajustés en dernière minute pour assurer la continuité des soins.

Être disponible fait souvent partie de l'éthique professionnelle, mais cette disponibilité de principe est cependant régulée par les infirmières qui évaluent si la sollicitation est acceptable ou non. Elle l'est quand il s'agit de faire face à des impondérables, elle ne l'est plus quand elle est vue comme la conséquence de choix de gestion de l'établissement ou de la cadre insuffisamment respectueux du personnel.

## Horaires et cycle de vie

On ne peut considérer d'emblée que les horaires « atypiques » sont une qualité négative de l'emploi infirmier. La question de la conciliation entre horaires de travail et vie personnelle se transforme tout au long du cycle de vie.

Très schématiquement, on observe que pendant les années « de jeunesse », le caractère variable des horaires est un fort levier de développement de l'identité professionnelle en même temps qu'il est assez apprécié pour les marges de manœuvre qu'il offre, le sentiment de relative liberté qu'il permet de développer. Cette appréciation positive ne vaut que si la gestion des plannings est souple et signe la bonne entente au sein du service entre collègues comme avec la cadre. Il s'agit alors d'une contrainte consentie qui offre en retour des avantages qu'on ne trouverait pas dans un emploi standard.

Plus qu'avec la mise en couple c'est avec l'arrivée du premier enfant, et le cas échéant des suivants que de véritables tensions se font jour sur l'organisation horaire. Sans grande surprise, ce sont les conditions de garde des enfants qui rendent tenables ou pas le maintien d'horaires décalés. Les situations sont alors inégales selon qu'il y a des tiers aidants, selon qu'il y a une crèche (et en particulier celle de l'hôpital dans certains grands établissements), selon que la « nounou » est souple ou ne l'est pas.

Mais ce qui semble le plus déterminant, c'est finalement la normalité des horaires du conjoint. Il faut en effet signaler l'extrême difficulté que rencontrent les infirmières (ou infirmiers) dont le conjoint travaille également en horaires atypiques en soirée, la nuit ou le week-end, c'est-à-dire à tous les moments où il n'y a pas de système de garde. Ces situations sont loin d'être rares. Si cela tient c'est au prix d'une organisation où les parents « se croisent ».

Quand le conjoint a des horaires normaux, une organisation a l'air beaucoup plus accessible et ce d'autant que les infirmières sont nombreuses à passer à temps partiel (le plus souvent 80 %) au moins pour le temps de la prime enfance. Cependant, il faut que le conjoint accepte d'assurer seul une part du temps de garde (week-ends et parfois nuits).

Il faut ici constater que ce n'est pas toujours le cas et que les situations où une infirmière doit quitter un service de soins classiques en raison des horaires sont celles où elle doit assurer seule (avec les services socialisés de garde) la permanence auprès de ses enfants : soit qu'elle est effectivement seule (en particulier suite à une séparation), soit qu'elle l'est en pratique pour cette fonction de garde dont le conjoint a démissionné. Le passage à temps partiel et plus encore le passage en horaires « standards » acte l'engagement tacite de l'infirmière, à non plus partager, mais assurer la responsabilité de la continuité des soins aux enfants.

On observe ainsi une double inégalité de répartition de la charge domestique : les travaux domestiques sont assez souvent le fait des femmes (certaines indiquent que leur conjoint les « aide », et quelques-unes soulignent l'exception d'un conjoint qui « fait sa part »), mais surtout la présence (au-delà des tâches) auprès des

enfants revient aussi inégalement aux femmes. Il faut donc comprendre que le passage en horaires partiels et plus encore standards signe une charge maximale dans la sphère domestique.

Quand les enfants sont plus grands ou partis, les critères d'évaluation de ce qui est conciliable ou pas évoluent : une attention plus grande peut être portée à rechercher un peu de confort ou de temps pour soi. Il arrive aussi que le passage en horaires de semaine soit envisagé pour accéder à une forme de normalité sociale : être moins limité dans les échanges et les rencontres avec la famille et les amis.

Ce qu'il est important de souligner c'est que les horaires de travail peuvent pour partie être adaptés aux contraintes individuelles : la mobilité professionnelle est assez importante à l'hôpital, plus encore à l'hôpital public, et plus encore dans les grands établissements. Si tout n'est pas possible, il existe la plupart du temps (et en particulier dans les situations critiques) des ajustements possibles pour poursuivre une activité professionnelle. Comme nous le verrons, le changement d'horaire peut cependant être synonyme de transformation complète du contenu du métier.

## ■ LE TEMPS AU TRAVAIL COMME RÉVÉLATEUR DES MÉTIERS D'INFIRMIÈRE

À quoi les infirmières passent-elles leur temps quand elles sont au travail ? De quoi est fait ce temps ? Qu'est-ce qui permet de le caractériser ? Qu'est-ce que l'analyse du temps au travail nous dit-il du ou des métier(s) d'infirmière ? La question du « temps au travail » est – contrairement aux apparences et sans doute du fait de son caractère abstrait - un objet complexe à caractériser.

### **Infirmière : Un emploi, des métiers**

Les descriptions faites par les infirmières de leur journée de travail font apparaître, en dehors de quelques exceptions sur lesquelles nous reviendrons, deux grandes typologies d'organisation du travail qui induisent deux manières relativement différentes d'exercer le métier. Nous les décrivons comme : les journées programmées et les journées jalonnées. À ces deux catégories échappent une exception remarquable : le service des urgences et des formes plus rares d'emploi spécifiques qui n'existent qu'en très faible nombre (équipes mobiles...).

### **Le monde du travail programmé**

Ce monde du travail hospitalier correspond pour l'essentiel à l'activité en hôpital de jour (consultations, soins de jour, exploration fonctionnelle) ou en chirurgie ambulatoire. L'activité a pour caractéristique de faire l'objet d'une programmation : consultations, administration des soins, des traitements ou opérations pour un patient donné sont fixés à une heure donnée, de sorte que les patients ne restent pas au-delà d'une journée à l'hôpital voire ne font que passer quelques heures.

La première conséquence de ce type d'organisation concerne les horaires de travail. Ils ne sont pas décalés. On est le plus souvent comme nous l'avons vu en première partie sur des journées « classiques » (amplitude horaire entre 8h-18h) avec des variations sur les heures d'embauche et de fin de journée. Les infirmières ne travaillent ni les week-ends, ni la nuit.

La seconde conséquence est davantage liée au métier. Un des enjeux principaux pour les infirmières dans ce type d'organisation est la gestion du temps en même temps que l'entrée et la sortie des patients (les flux). Les qualités d'organisation sont souvent convoquées par les personnels qui travaillent dans ces services. L'infirmière a donc une place établie dans un process de travail qui varie peu et si elle a souvent le sentiment d'une large autonomie dans la façon de faire son travail, c'est en réalité dans un cadre très prescrit qu'elle le réalise.

Dans tous les cas (chirurgie, consultations, examens, soins), les patients ont une relative bonne autonomie (ils ne sont pas alités). Le besoin de nursing est plutôt faible et les personnels infirmiers émettent généralement un jugement très positif sur l'organisation de leur service.

Plusieurs événements sont bien sûr susceptibles de faire varier le programme attendu. Des retards pris au bloc, un bug informatique, des interventions déprogrammées, des patients absents, des patients (et des familles) qui attendent depuis longtemps et qui s'impatientent, des examens à refaire, des opérations tardives qui nécessitent des hospitalisations pour la nuit, des accompagnants injoignables, des brancardiers qu'on cherche, des patients qui souffrent ou dont l'état est inquiétant, une collègue absente et non remplacée etc... Tout ce qui vient empêcher la fluidité dans le « passage programmé » des patients draine avec lui son lit de désordre ou du moins nécessite des adaptations rapides.

Le rythme est plutôt décrit comme dense notamment en chirurgie ambulatoire mais il varie fortement d'un service à l'autre et d'une période à une autre. L'intensité semble en réalité très corrélée aux facteurs de désordre

susceptibles de produire du retard. C'est plutôt une course contre le temps qui se joue parfois et qui oblige à accélérer pour garantir la fluidité attendue.

In fine, le monde du travail programmé se caractérise par des entités de travail relativement autonomes et d'une certaine façon, « assez déconnectées » de l'hôpital. Le temps y est un peu à part. Les flux sont importants, le rythme souvent dense et la répétition est la règle. D'une certaine façon, on pourrait dire que le travail des personnels infirmiers dans le monde du travail programmé est avant tout de faire en sorte que le « service tourne » ; dit autrement il faut s'assurer que ce qui est programmé est effectivement accompli et ce dans le laps de temps imparti. La maîtrise du temps et de l'organisation du travail apparaissent ici primordiales.

C'est cette caractéristique organisationnelle du travail programmé tel qu'il s'entend dans les postes de l'hôpital de jour qui conduit à ne pas confondre un autre type d'emploi programmé : le travail du bloc opératoire. Les métiers d'infirmières spécialisées de bloc se distinguent en effet par la dominante avant tout technique du métier. Si le travail y est programmé (parfois bien et parfois mal entend-on), il reste que l'infirmière subit la programmation et un ensemble de facteurs organisationnels qui rendent le flux des opérations conforme au programme ou au contraire non conformes. Mais en aucun cas, elle n'est redevable de l'organisation des flux. Le rapport au temps est donc fondamentalement différent. Le travail consiste à exécuter un programme et relativement peu à en éviter les dérives temporelles.

## Le monde du travail jalonné

Le monde du travail que nous appelons « jalonné » correspond davantage aux services d'hospitalisation à temps complet où le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit. L'organisation dans les services d'hospitalisation est assez différente de ceux que nous avons décrits précédemment dans le monde du travail programmé. Ce qui caractérise en premier lieu ces services c'est qu'ils ne ferment pas. La continuité des soins est assurée 24 heures sur 24, week-end et jours fériés compris. Le personnel y travaille avec des horaires différents selon les services. Nous avons vu qu'ils alternent soit sur les postes de jour, soit sur les nuits soit sur les deux selon les lieux. Dans tous les cas les semaines types n'existent pas vraiment. Elles ne se comprennent pas du lundi ou vendredi mais plutôt selon des logiques de cycles qui se répètent et qui induisent des périodes de repos non réservées à la fin de semaine. Ainsi le personnel qui travaille dans les services d'hospitalisation se vit-il comme ayant des rapports « asociaux » mais fortement porteur d'identité professionnelle.

Ainsi la prise de service est d'abord un passage de relais. Le personnel du matin laisse place à celui du soir (avec des personnels « en coupure » sur les créneaux horaires les plus chargés) qui laisse place à celui de la nuit qui laisse place à celui du matin. Dans les interstices, les transmissions permettent les passages de relais et garantissent la continuité des soins. Contrairement à l'hôpital de jour, les flux sont moindres.

Dans cette organisation du travail, le médecin prescrit les soins (et examens) et le personnel infirmier est chargé de les administrer tout au long de sa « journée » de travail. La forme prise par la prescription médicale (la posologie et principalement le rythme des prises de médicaments) va participer du rythme de la journée de travail. Ainsi généralement, les infirmières prennent connaissance - après le « passage de relais » - des soins qu'elles vont devoir effectuer et « préparent » leur chariot de soins. Débute alors leur 1<sup>er</sup> tour. Il correspond au premier jalon. Un second tour puis parfois un troisième tour viendront poser deux autres jalons. Les tours peuvent se ressembler dans les contenus des actes ou au contraire différer. En outre, il n'y a pas de règle concernant le nombre de tours. Il semble dépendre des habitudes prises au sein du service et de l'intensité des soins (un tour toutes les deux heures en réanimation).

Le 1<sup>er</sup> tour peut être celui des médicaments tandis que le second est consacré aux pansements. Dans ce cas, chaque tour correspond à un type de soins. Mais les tours peuvent aussi – selon les services et les types de soins – se répéter et correspondre essentiellement, par exemple, à des prises de constantes et à l'administration des traitements.

Dans le monde du travail jalonné, les tours semblent appartenir à un rituel immuable. Ils séquencent la journée et obligent à un passage régulier dans toutes les chambres. On commence sa journée par « le premier tour » et on la finit par le « dernier tour ».

La bonne organisation du travail est ici jugée à l'aune de la durée passée à « faire son tour ». Soit il est fait dans de bonnes conditions alors il permet tout à la fois l'administration des traitements mais aussi les échanges avec les patients (et donc les soins relationnels) dans un enchaînement qui garantit un déplacement sans entrave de chambre en chambre. Soit, et c'est ce qui est souvent décrit, il est régulièrement entravé. Les infirmières évoquent des journées (ou une chronicité) où les tours ne se déroulent pas comme prévus, où le rituel est rompu et où « il faut courir » pour terminer son tour voire – au pire – le laisser inachevé. On observe les mille et un ajustements du quotidien qui s'imposent dans le « travail réel » et qui viennent détourner les infirmières du « travail prescrit » qui est le leur.

Le poids des ajustements est décrit comme variable d'une journée à l'autre mais quoiqu'il en soit un personnel manquant dans le service, une absence ou plus encore des patients plus « lourds » qu'à l'habitude peut rendre la place prise par de ces ajustements particulièrement difficile à gérer. C'est la multiplicité des sollicitations et le caractère relativement imprévu de ces dernières qui vont rompre le rythme des tours et obliger à des accélérations jugées plus ou moins préjudiciables aux soins et en particulier aux soins relationnels. Pour le dire autrement, aux yeux des infirmières, c'est le temps passé avec et à l'écoute des patients qui devient la variable d'ajustement.

Ces mille et un ajustements ne sont pas confondus par le personnel infirmier avec les tâches réalisées avant ou après les tours. Ces « temps de césure » participent d'un autre rythme de la journée. Ils peuvent même être considérés comme des coupures tant ils imposent un rythme différent. C'est par exemple le temps des transmissions (on se pose pour noter les soins sur le logiciel ou le dossier patient quand cela n'est pas fait directement dans la chambre avec l'ordinateur sur le chariot), le temps des commandes de matériel ou de produits ou celui lié à l'entretien, au nettoyage ou à la stérilisation du matériel, le temps du staff ou de la visite avec le médecin...

Ainsi le travail jalonné de l'hospitalisation se distingue-t-il assez nettement du travail programmé de l'hôpital de jour. Si les deux modes d'organisations conduisent à des tâches et à des actes en termes de soins parfois assez éloignés, ils semblent surtout répondre à des perceptions du temps relativement différentes pour les personnels. Là où les uns doivent prodiguer les soins tout en garantissant la gestion des flux sur des temps courts (avec des horaires classiques), les autres gèrent la continuité des soins sur des temps plus longs en passant le relais (avec des horaires décalés).

On comprend que le monde du travail jalonné, malgré la ritualisation des tours, offre de relatives marges de manœuvre. Le temps des tours peut être un peu modifié. Ce changement n'aura pas de réelles incidences (ça ne produira pas de désordre). Cela va décaler certaines tâches prescrites et demander des ajustements mais le continuum des soins assuré par le service d'hospitalisation complète protège, d'une certaine façon, des ruptures possibles dans l'accompagnement du patient.

En revanche dans le monde du travail programmé, les marges de manœuvre sont moindres (en tout cas lorsque cette programmation impose un rythme soutenu et un nombre important de patients). Les rendez-vous sont pris à heure exacte et s'enchaînent, les consultations ont lieu toutes les X minutes, les opérations sont programmées à une heure précise. Le continuum imposé tolère assez mal les retards et la « pression temporelle » fait partie du métier.

D'une certaine manière les services de réanimation constituent une figure limite du travail jalonné : le rythme des tours est très rapproché, le niveau de prescription des actes est très poussé et le travail se trouve presque programmé tant il s'agit de respecter avec minutie le protocole des soins et du contrôle des patients tout en exerçant cependant un travail d'interprétation et d'alerte permanent.

À l'inverse, la psychiatrie avec des patients qui pour beaucoup déambulent, une part des soins qui se jouent dans une interaction non programmée avec les soignants pourrait constituer l'autre forme polaire du travail jalonné. L'infirmier en psychiatrie s'il observe et surveille des troubles comportementaux, est aussi dans une position d'aide et de soutien thérapeutique qui l'oblige à une relation régulière et encadrée avec les patients. Le soin relationnel ou la technique thérapeutique est au cœur du dispositif de soins. Les tours, même s'ils existent ne semblent pas avoir le même caractère structurant du temps de la journée.

## Un monde professionnel « à part » : les métiers de l'urgence

Les urgences par nature ne sont ni programmées, ni jalonnées. L'organisation des soins ne vise ni la maîtrise de l'exécution d'un programme de soins, ni la maîtrise de la continuité des soins, mais la bonne orientation des patients qui arrivent selon des flux aléatoires (bien qu'ayant une certaine saisonnalité bien sûr).

Les infirmières des urgences décrivent un « univers à part ». Les horaires se rapprochent des services d'hospitalisation mais ce sont surtout le rythme, le type d'actes assuré par les infirmières et la perception du temps qui diffèrent fortement dans ces services.

Les urgences c'est d'abord la gestion de l'imprévisible. L'activité est en pic et en creux, elle est non spécialisée et chaque patient est un cas nouveau. Pour autant, « les coups d'adrénaline » ne sont pas confondus, par les infirmières, avec le désordre. C'est consubstantiel au métier et c'est même pour certaines d'entre-elles, ce qui fait « le sel » du métier d'infirmière aux urgences. C'est ce qui est recherché. L'organisation règlementaire avec un poste d'accueil et d'orientation intègre cette notion de régulation permanente.

## Intensité : charges structurelles et/ou conjoncturelles et aléas

Chaque environnement de travail donne donc forme à des métiers réunis dans l'emploi d'infirmier. Et chaque environnement de travail produit une organisation de travail dédiée à un type de soins. Au sein de ces « mondes professionnels », le personnel infirmier se construit avec l'expérience une représentation relativement objectivée de ce qu'est la charge « normale » de travail dans son service (à défaut d'outils précis permettant de la mesurer). Par rapport à cette mesure étalon, nous le disions précédemment, la journée (ou la nuit) est décrite selon trois formes :

- Soit c'est **une journée comme les autres** y compris avec son lot de petits dysfonctionnements ou d'aléas habituels, elle représente la journée type conformément à ce qui est attendu au sein du service en question ;
- Soit c'est **une journée calme**. Dans ce cas, c'est une journée sans pics d'activité, sans urgence, avec un nombre de personnels en nombre suffisant pour faire face aux besoins ou avec un nombre de patients peu important dans le service.
- Soit c'est une **journée particulièrement intense** (voire « horrible » dans certains cas).

## La charge perçue

D'emblée, il apparaît nécessaire de dire que le ressenti de l'intensité comprend nécessairement une part de subjectivité. Certains ressentent l'intensité là où d'autres ne perçoivent qu'une activité normale. Deux facteurs individuels vont agir pour comprendre les ressentis de ces modulations dans le travail. Le premier est l'expérience. Ainsi, plus l'équipe présente dans le service est jeune et moins il est possible de convoquer l'expérience des plus anciennes, plus les situations peuvent être vécues comme intenses et insécurisantes. Le second facteur que les infirmières convoquent souvent pour expliquer les modulations vécues de l'intensité au travail est le « niveau » de l'infirmière. Cette explication est sans doute moins consensuelle que la précédente et pourtant elle apparaît relativement évidente. Les infirmières vivent plus ou moins leur travail comme intense selon qu'elles sont en pleine maîtrise de leurs gestes professionnels et en possession de leurs moyens au sens des capacités à agir. Or, et quand bien même l'unanimité prime en la matière, les infirmières ne sont pas égales du point de vue professionnel. Certaines rencontrent des difficultés dans l'effectuation de certaines tâches et mettent objectivement plus de temps que d'autres (voire n'y parviennent pas). Elles sont toujours pressées par leur environnement et vivent leur métier avec le sentiment d'une charge de travail très importante.

Ces facteurs individuels ne doivent cependant pas cacher les facteurs plus organisationnels ou structurels. La raison la plus souvent avancée par le personnel infirmier pour évoquer l'intensité du travail est le manque d'effectifs et donc une charge de travail supplémentaire.

Pour certains, ce manque d'effectifs est chronique et il entraîne une charge de travail excessive. Dans ce cas, l'intensité ne baisse jamais ou presque jamais. Certains services se vivent comme structurellement moins dotés que d'autres (long et moyen séjour en particulier) et, de façon plus conjoncturelle, il arrive que des absences de longue durée ne soient pas remplacées.

Les aléas peuvent également de façon conjoncturelle participer de l'intensité vécue au travail. C'est du matériel qui dysfonctionne, une commande qui n'a pas été faite à temps, des examens qui se font attendre, un soin délicat qui ne se passe pas très bien et qui prend beaucoup plus de temps que prévu, un décès dans le service (qui n'est jamais vécu comme un événement banal et qui va demander une mobilisation particulière avant et après le décès), etc...

Face à ces variations de charge, il est portée une appréciation sur la « qualité » de l'équipe, au-delà du nombre et des compétences individuelles, il est fait référence à un principe de solidarité qui accroît, ou au contraire quand il fait défaut, empêche l'efficacité.

### **Pauses et coupures : des temps et des lieux pour se « reconstituer »**

Dans la plupart des situations rencontrées, les temps de pause du personnel infirmier sont comptés dans le temps de travail. Ce sont des temps de pause-café, déjeuner, « goûter » ou dîner dont l'amplitude est assez variable. Ils vont de quelques minutes à environ 20 à 30 mn pour les repas du midi et du soir et s'ajustent avec la nécessaire conduite des soins dans le service. Les temps consacrés à ces diverses pauses font systématiquement l'objet d'accords locaux et varient à la marge d'un établissement à l'autre. Quelques postes de travail comprennent des « vraies pauses » pour la prise des repas de midi et du soir. Dans ce cas, ils sont généralement hors temps de travail. Si l'infirmière doit rester dans son service pendant la pause, il s'agit de temps de travail, si elle peut sortir (ce qui est plus souvent le cas dans les activités programmées), il s'agit d'un temps hors travail. Toutefois, les contraintes matérielles pour sortir (la tenue, l'éloignement possible du lieu de restauration) font que certaines font le choix de « manger sur place ».

Les pauses sont un bon indicateur de la charge. Selon les jours, les personnels parviennent ou ne parviennent pas à prendre leurs pauses. Pour une infirmière, réussir à prendre « ses pauses » permet de qualifier la densité d'une journée de travail. Généralement une journée sans « vraie pause » est une journée difficile, une course perpétuelle après le temps. En revanche, la journée de travail ponctuée de moments de détente n'est pas seulement appréciée pour le souffle qu'elle permet ; c'est aussi un temps d'échange entre personnels soignants. C'est un moment où s'expriment une des modalités de « faire équipe ».

Ainsi ce qui semble manquer le plus quand les pauses ne sont pas prises c'est moins le repos (jugé bien entendu salvateur lorsque les journées sont qualifiées de difficiles) que le temps pris dans la convivialité pour réguler les micro-tensions, pour « se retrouver » tout en consolidant le collectif de travail.

La salle de repos est à ce titre un lieu important. C'est le lieu des attentions (anniversaires et autres) et du réconfort (en cas de difficultés rencontrées avec un patient, une famille, un médecin...). C'est aussi le lieu de l'entre soi qui permet au groupe des infirmières et souvent des aides-soignantes de se « reconstituer » pour faire face au travail à venir.

## L'inégale intensité des postes

Dans les services de soins continus, le contenu des postes, la façon dont ils sont jalonnés, mais aussi et surtout le contexte dans lequel ils se déroulent sont très notablement différents. Ainsi se distingue l'intensité du matin et le calme de la nuit, tandis que les postes en 12heures permettent de s'interroger sur ce que permet l'allongement du temps de travail en continu. Les mots les plus souvent associés par le personnel infirmier travaillant le matin à l'hôpital sont : rapide et dense.

Dans le monde du travail programmé (en hôpital de jour et en ambulatoire), un rythme intensif imprime généralement le début de la matinée. Les infirmières accueillent les patients, administrent les traitements ou préparent les patients pour le bloc avec un rythme généralement très soutenu. Lorsque les premiers patients convoqués se sont vus administrer leur traitement ou sont au bloc, la journée s'installe avec la nécessité pour le personnel infirmier de gérer les flux de façon à ne faire attendre ni les patients ni les médecins.

Dans le monde du travail jalonné c'est-à-dire en hospitalisation continue, le matin est à la fois le temps des toilettes, le « temps des médecins » et le « temps des soins », c'est aussi en chirurgie, le temps des départs aux blocs et de tout ce qui le conditionne.

Malgré les contraintes relativement structurelles des matinées, certaines infirmières privilégient cet horaire de travail en échangeant volontiers « leurs coupures ou leurs soirs » contre des matinées. Il permet d'avoir les après-midi libres et permet, le cas échéant, d'aller chercher les enfants à l'école ou à la crèche.

À l'inverse, les postes-d'après midi sont tout à la fois moins intenses (en moyenne) mais aussi moins simples à décrire car moins ritualisés en dehors des tours.

À entendre les infirmières, les postes d'après-midi sont moins faciles à décrire du point de vue de leur intensité. Si les médecins sont moins présents et si les protocoles de soins sont généralement réputés stabilisés jusqu'au lendemain (hors les services de soins intensifs ou de réanimation), en revanche les familles sont plus présentes.

La charge de nursing est plus faible. D'une façon générale il nous semble entendre qu'il y a « moins de choses à finir » en poste d'après-midi. Après le repas du soir (18h ou 18h30) il reste un temps de transition vers la nuit qui est déjà marqué par un net ralentissement, par une baisse du niveau sonore.

Enfin, reste la nuit et comme le résume une infirmière de nuit : « de nuit, rien n'est pareil ». Comme l'a montré la description des horaires, le travail de nuit ne concerne pas toutes infirmières et il prend des formes relativement différentes. Du point de vue du temps au travail, deux catégories émergent : celle du personnel infirmier qui travaille de nuit par période – les diurnes plus ou moins contrariés par le travail de nuit – et celle qui ne travaille qu'exclusivement de nuit : les noctambules.

Pour la première catégorie, celle des diurnes, les périodes de nuit sont vécues très différemment. Une première sous-catégorie est représentée par celles et ceux qui vivent ce travail de nuit très difficilement. Ils font tout pour échapper à cette contrainte : changement avec les collègues et aménagement spécifique de leur temps de travail. Une seconde sous-catégorie est représentée par celles et ceux qui vivent ce travail de nuit comme une contrainte mais relative car l'univers du travail de nuit est alors jugé comme « plus calme ». C'est souvent pour cette raison que les « noctambules » ont fait ce choix de pratique. Il peut être un choix temporaire et « intéressé », un choix de vie mais aussi et le plus souvent un choix professionnel guidé par une envie de faire son métier dans des conditions particulières.

En effet, le peu de sollicitations internes (pas de médecins, pas de cadres ou peu) et externes (pas d'exams, pas de relations interservices, pas de famille) permet de « prendre le temps pour bien faire les choses » et notamment pour, malgré le nombre de patients en charge (généralement deux fois plus qu'en journée), prendre son temps avec eux.

Au moment le plus calme de la nuit (généralement entre 1h ou 2h et 4h ou 5h), il peut être difficile de lutter contre la fatigue et le sommeil. Ce temps peut être présenté comme une épreuve physique par ceux qui s'interdisent le repos ou au contraire comme un temps de pause normale. Le calme, le temps pour le patient sont souvent au rendez-vous, mais les noctambules mettent aussi en avant le fait que la nuit, ils ont le temps « de finir », de

transmettre et de laisser la place aux collègues dans de bonnes conditions. En contrepartie, pour les mêmes raisons que les infirmières sont presque seules face au patient, la nuit est aussi un temps qui peut être jugé insécurisant ou inquiétant en cas de problème.

Enfin, il faut revenir sur le travail en 12 heures qui a court dans certains services et qui conduit donc à des postes plus longs (de 3 à 4 heures de plus pour les postes de jours, à 2 heures de plus pour la nuit). S'il est d'abord apprécié pour le nombre de jours de repos qu'il permet, le travail en 12 heures est aussi apprécié parce qu'il permet d'organiser, de penser et de réguler sa journée de travail autrement : il modère « la course après le temps » pour terminer ses soins et ses transmissions, terminer à l'heure mais aussi et surtout pour « rendre le service » dans de bonnes conditions.

## Une éthique qui s'exprime dans la responsabilité mais aussi...dans le décalage

Comme dans tous les métiers, la question du temps « pour faire le travail » ne s'aurait être interprétée par les acteurs autrement que sous le prisme du « travail bien fait ». L'intensité n'est acceptable que si elle permet de satisfaire les exigences que chacun associe personnellement à la bonne réalisation de sa mission. Les infirmières n'échappent pas à la règle et convoquent une éthique de responsabilité qui s'entend dans deux registres : l'objectif de passer du temps avec les patients » et (en particulier pour les services en hospitalisation complète) celui de « passer le relais aux collègues dans de bonnes conditions ».

La question du « temps à passer avec les patients » est une question fondamentale. Confrontée à la souffrance, l'infirmière se sent un devoir d'être là, au-delà des soins prescrits. Cette question se pose à toutes les infirmières mais avec des impératifs très différents. Elle se pose, en particulier, dans des services où la part des « soins relationnels » apparaît comme consubstantielle au métier : en contact avec les enfants, avec les patients très âgés et ceux en fin de vie ou avec des traitements lourds et douloureux (en hôpital de jour ou en hospitalisation complète), ou plus généralement avec des patients esseulés. Dans ces contextes, l'éthique de la responsabilité impose aux infirmières de dégager le temps nécessaire à la parole, à l'accompagnement, au traitement de la douleur, à la présence, au contact et à l'empathie. Ce qui vient entraver, empêcher ou hypothéquer la part de ces soins n'apparaît pas simplement comme un aléa ou une perturbation mais davantage encore comme « un coup porté à l'éthique professionnelle ». Ainsi ne pas avoir le temps de s'occuper de ses patients dans ces contextes n'est pas uniquement « un temps mal vécu », c'est le sentiment profond que le métier perd de son sens et de son intérêt... et qu'au bout du compte il ne mérite peut-être pas d'être vécu.

Dans le second registre, l'éthique de responsabilité est celle du devoir envers les collègues : il n'y aura pas de choses « en retard » à faire à la fin du poste, on ne se décharge pas du travail en le différant sur l'équipe qui prend la suite. Cet objectif – celui de finir – est extrêmement déterminant dans le rapport au temps des soignants dans les services de soins en continu. Par opposition à un certain nombre de postes en hôpital de jour, il n'y a pas de modèle de travail autonome en services d'hospitalisation. Le travail s'inscrit dans une chaîne qui pour fonctionner appelle la responsabilité de chacun mais aussi une relative indifférenciation des personnes qui l'exécutent. Les tours, la protocolisation des soins sont les supports de cette indifférenciation. La responsabilité de la bonne effectuation de ce qu'il y a à faire a pour corollaire ambivalent de ne pas laisser de place (en apparence) à une approche personnalisée du soin.

En tout cas : laisser un service en ordre, des chariots propres, des tours achevés, des transmissions claires, avoir pris sa part dans des tâches d'intérêt collectif, autant de choses qui sont à achever dans le délai imparti du poste. Ainsi, il semble qu'en général, on ne part pas parce que c'est l'heure mais parce que le travail est fini.

Mais l'éthique s'exprime aussi au travers le caractère qu'on peut qualifier d'assez exceptionnel du métier. Les infirmières sont confrontées et exposées – bien plus que les « gens normaux » – à des situations difficiles et des moments essentiels de l'existence (notamment la fin de vie et la mort). À ce propos, un infirmier nous dira : « c'est pas normal de passer sa vie avec des gens malades ».

Elles travaillent, pour une majorité d'entre elles, avec des horaires atypiques (la nuit, le soir, les week-ends et jours fériés). Elles côtoient et participent de près aux exploits (aux miracles) de la médecine moderne. D'une

certaine façon, on peut dire qu'elles ont – dans les représentations collectives – des qualités jugées rares et qu'elles jouissent, à ce titre, d'une forte reconnaissance.

Les aspects singuliers et distinguant de leur métier (de ce qui en fait son attractivité autant que sa difficulté) produisent à n'en pas douter une éthique où les manières d'être et d'agir cultivent un certain décalage (auxquels les horaires répondent) et une forte autonomie. Ainsi les infirmières possèdent-elles une grande légitimité à exercer leur métier et l'expriment également au travers la volonté d'avoir une certaine maîtrise de leur temps. Ainsi le temps trop contraint, sans marge de manœuvre, processé ou « réduit à l'application des procédures » apparaît contraire à une éthique au sein de laquelle la qualité des soins s'exprime aussi par la liberté d'apprécier « le bon moment pour les administrer ».

## Bilan : La charge de travail : est-elle évaluée ? Évaluable ?

Finalement la question du temps au travail rejoint inévitablement la question de la charge de travail (et de sa mesure objective). Si quelques services obéissent à une norme légale d'effectifs présents en fonction du nombre de patients (urgences, réanimation, néo natalité), la règle générale est que cette norme n'existe pas. On observe ainsi une très forte variation d'effectifs à charge par soignant d'un type de service à l'autre bien sûr, mais aussi entre services de même type d'un établissement à l'autre, et aussi au sein d'un même service selon les moments de la semaine ou de l'année.

Certains établissements expérimentent des outils normatifs d'évaluation de la charge en soins. S'il n'est pas attendu une réponse totalement satisfaisante par le recours à de tels outils, ils sont néanmoins vus comme intéressants pour sortir de situations manifestement inéquitables entre services.

Reste que l'évaluation de la charge ne résout pas la question de la disponibilité effective du personnel. Si certains services se disent structurellement sous-dotés (comme le gériatrie, les soins de longue durée), ce sont plus souvent les non remplacements qui sont déplorés. Mais surtout, on comprend que ce qui est attendu de la part des soignantes c'est qu'il soit aussi tenu compte de la part « inestimable du travail ». Cette part est celle qui engage la personne au-delà de ce qui est fait : la relation, les émotions.

On serait tenté de reformuler la question de la charge de travail en des termes assez simples : les infirmières ont-elles le sentiment d'avoir le temps de faire ce qu'elles ont à faire ? En formulant la question de cette façon, on se rend compte que toutes les infirmières ne partagent pas (au sens n'échangent pas de façon structurée) avec leur cadre de santé, l'équipe soignante (et plus particulièrement les médecins) ou leur direction des soins, de réflexion sur le contenu du travail et plus encore sur ce qui fait « la qualité des soins » dans le service qui est le leur. Or les points de vue sans être nécessairement divergents peuvent exprimer des besoins importants ou à tout le moins des points de vue légitimes. Or, le sentiment de ne pas être entendu au cœur de son unité de travail est sans doute l'une des charges qui pèsent le plus pour les infirmières.

Au sein des mondes professionnels dans lesquelles elles évoluent et où les tensions peuvent être vives, la première des reconnaissances attendues est celle de l'écoute et de la prise en compte des difficultés rencontrées pour mener à bien leurs tâches. Or, la pluri-professionnalité (et donc la pluralité des points de vue) de l'équipe soignante s'exprime rarement dans des temps sanctuarisés et prévus pour penser l'organisation du travail. L'absence de temps arrêté pour « penser collectivement ce qui fait qualité des soins dans le service » semble redoubler le sentiment que la course est effrénée et que les priorités s'effacent au profit de l'immédiateté voire de la rentabilité.

Ainsi pourrions-nous formuler la réponse à la question posée en ces termes : dans de nombreux cas (quand il n'y a pas de déficits structurels en matière de personnel), les infirmières ont le sentiment « d'avoir le temps de faire ce qu'elles ont à faire » quand elles disent être dans une équipe soignante solidaire, avec un cadre de santé présent et un personnel médical à l'écoute. En revanche, le sentiment d'être empêché dans la réalisation pleine et entière de ses missions semble particulièrement corrélé à l'absence de dialogue structuré et concerté dans le service. Cette absence produit le sentiment de n'être – pour les infirmières – qu'un simple agent d'exécution interchangeable. Lorsque que cette absence est criante (et cela n'est pas rare), toutes les manifestations de

changement apparaissent comme des remises en cause de l'éthique professionnelle des infirmières et notamment celle de la responsabilité.

Loin de négliger l'objectivation nécessaire de la charge de travail dans certains services hospitaliers, et notamment là où les cadences ont changé (par une augmentation des flux) et là où les patients demandent des « soins lourds » (autant techniques, de nursing que relationnels), il semble aussi important de tenir compte et de « manager » (au sens d'écouter et d'accompagner) les subjectivités qui expriment « ce qui compte au travail ».

## ■ CONCLUSION

Si les infirmières sont identifiées pour avoir un métier exceptionnel par les sujétions qu'il impose, on comprend en les écoutant qu'il ne faut pas préjuger du caractère contraignant de ces sujétions.

En début de carrière, à la sortie de l'école, on entre à l'hôpital sans se poser la question des horaires. On choisit si on le peut une orientation professionnelle en fonction de ses appétences, on prend surtout les postes qui sont au recrutement, et on choisit aussi un lieu de travail à proximité de son domicile ou sur le territoire où l'on souhaite s'installer. On peut affirmer que l'entrée dans le métier à l'hôpital se fait en se pliant à la norme professionnelle des horaires atypiques.

Si l'hôpital public offrait et offre encore, et surtout ses établissements les plus importants en taille, des conditions d'emploi plus avantageuses en termes d'heures travaillées, de droit à repos et à congés, ces critères ne sont jamais présentés comme déterminants. Le statut vaut en soi bien d'avantage avec à la clé la possibilité de changer d'établissement à terme, la perspective aussi d'une évolution salariale jugée sur le long terme plus favorable que dans le privé.

Une fois en poste, l'appréciation de la qualité des horaires de travail se fait selon deux registres complémentaires : la compatibilité des horaires avec la vie personnelle d'une part, l'appréciation portée sur les modalités de gestion des horaires d'autre part.

Au premier registre, on voit que c'est au fil des ans que peut émerger le besoin ou l'envie de rechercher des horaires mieux adaptés à la vie personnelle que l'on souhaite mener ou que l'on a à mener. Nous ne revenons pas sur les effets de cycle de vie qui rendent l'appréciation des horaires variables selon les étapes de son parcours de vie. Le recours au temps partiel reste la modalité la plus universelle d'adaptation du travail aux contraintes familiales. Ensuite, si une infirmière souhaite changer de poste, le champ des possibles est très différent selon sa position : grand ou petit établissement, territoire rural isolé ou zone urbaine.

Demeure un deuxième registre d'appréciation des horaires : il s'agit de juger convenable les modalités de la gestion des plannings. Ainsi, face aux aléas du service, la gestion collective des arrangements et les modes d'organisation retenus par l'encadrement renforcent ou entament l'attachement au poste. Ainsi, même dans des établissements où il n'y a pas de possibilité de rompre avec certains horaires, il peut être recherché des services où ils sont respectés ou régulés de façon plus satisfaisante.

Dans l'ensemble, les infirmières rencontrées sont assez satisfaites de leurs horaires. Deux phénomènes jouent dans le sens de cette satisfaction : la possibilité toujours ouverte pour le plus grand nombre de changer de poste et quand ce n'est pas le cas, on peut penser qu'il y a une forme de résignation intégrée qui ne porte pas à souhaiter une alternative qui n'existe pas. Ensuite, le second critère d'appréciation qui porte sur la façon dont se font les arrangements et les rappels éventuels, conduit à une appréciation le plus souvent positive.

Par ailleurs, les 35 heures sont depuis longtemps considérées comme normales, mais elles ont eu pour vertu d'augmenter sensiblement le nombre de jours non travaillés. Si cela a été concomitant d'une réelle intensification du travail, il n'en reste pas moins que la répétition des temps de coupure (journées non travaillées) semble apporter de véritables bénéfices. La qualité des horaires peut donc aussi s'apprécier à l'aune du nombre de jours de repos. À ce titre, l'attractivité des horaires en 12 heures est évidente.

Ainsi, il semble établi que la multiplication des temps de repos, mais aussi et surtout la possibilité d'avoir des séquences longues de repos régulièrement répétées (3, 4, 5, 8 jours), a un double avantage. D'une part, comme l'explique Ch. Gadbois<sup>3</sup>, l'extension des plages de temps hors travail est dans de nombreuses études repérée comme particulièrement bénéfique dès lors que le temps hors travail compte des périodes longues, ce qui permet une « activité autonome » du sujet. D'autre part, dans une analyse ayant trait cette fois-ci à la psychodynamique du travail spécifique des métiers du soin, Pascale Molinier<sup>4</sup> suggère que quand le clivage entre-temps professionnel et temps personnel est renforcé, cela permet une meilleure distance avec les situations de soins et les ressources émotionnelles qu'elles mobilisent (Molinier (2009)).

Cette hypothèse invite à analyser la notion de sujétion dans toutes ses dimensions, pas seulement au regard d'une norme horaire de travail dominante, mais aussi au regard des facteurs d'agrément et de pénibilité induits par le contenu même du travail. Ce sont alors toutes les conditions requises pour « faire du bon travail » - intérêt pour la forme des soins dispensés, qualité perçue du collectif de travail, reconnaissance par les pairs et les médecins - et la charge émotionnelle induite par le poste qui entrent en jeu.

Il nous semble pouvoir avancer que l'hôpital a pour défaut de ne pas offrir beaucoup de temps solennisés pour discuter de ce qui fait « ce bon travail », de ce qui le conditionne matériellement, fonctionnellement et éthiquement, mais aussi de ce qui le rend supportable quand il expose régulièrement à la souffrance. Quand les infirmières décrivent leur activité, en dehors de quelques services ou de quelques cultures (psychiatrie, soins palliatifs), il n'est que des temps informels (la pause, les repas), pour se saisir de façon ouverte et collective, associant toutes les parties prenantes du soin, pour établir une convention sur le bon soin et évaluer cette convention à l'aune des pratiques réelles.

Enfin, et pour terminer sur une analyse stricto-sensu de l'emploi du temps, on peut se poser la question de la perspective qui est désormais ouverte d'un emploi infirmier à l'hôpital qui comptera de plus en plus de postes en horaires standards avec le développement de l'offre de soins ambulatoires.

Il y a, nous l'avons vu, plusieurs façons de travailler en horaires de travail standards (du lundi au vendredi en horaire de journée) : se spécialiser en devenant IBODE ou IADE, passer cadre, obtenir les rares postes de fonctions transverses (appui, équipes mobiles) ou rejoindre un service ambulatoire. Passer du service de soins classiques avec ses horaires variables, ses sujétions les week-ends et les jours fériés, à des horaires calés sur le rythme socialement « normal », c'est-à-dire mettre fin à une sorte de vie à contretemps, suppose donc nécessairement de changer de métier. L'arbitrage ne porte pas seulement sur les horaires, il met dans la balance le contenu du travail et donc une bonne part de l'identité professionnelle.

S'il est généralement admis qu'on gagne en prestige en devenant IADE ou IBODE, il en va tout autrement en quittant les services d'hospitalisation en continu pour les services ambulatoires. Comme nous l'avons vu, le travail programmé de l'hôpital de jour mobilise des compétences d'organisation et se déroule dans un cadre très prescrit d'ordonnancement du travail, les gestes de soins sont parfois limités, le relationnel sans être absent est limité par la durée même du séjour, en consultation, la position est une position d'auxiliaire du médecin. Si certaines trouvent goût à ce changement de métier, d'autres s'interrogent sur leur véritable position professionnelle avec un sentiment de perte d'identité.

Or ce changement de position professionnelle est forcé : obligé par la recherche d'une formule horaire compatible avec la vie personnelle. Et quand ce choix est fait, il est le symptôme d'un très haut niveau de charge et de contrainte dans la sphère domestique : femme seule avec enfant, conjoint non coopérant par force ou par choix. En tout état de cause, ces postes sont tenus par des personnes dont le double emploi est bien réel : emploi à l'hôpital et emploi domestique. Au fait de perdre pour certaines une grande part de l'intérêt intrinsèque du métier, s'ajoute que les heures « normales » au travail font perdre le bénéfice, car il y en a, des horaires décalés.

<sup>3</sup> Gadbois, Ch, Les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens, *Le travail humain*, 2004/1 vol. 67.

<sup>4</sup> Molinier, P, Temps professionnel et temps personnels des travailleuses du « care » : perméabilité ou clivage ? *Temporalités [n ligne]*, 9 | 2009

Ainsi, les postes « de jour » apparaissent en première instance comme une aubaine pour rendre compatible vie personnelle et vie professionnelle. Les directions des ressources humaines pourraient se réjouir de les voir se développer. Ils appellent cependant une vigilance que nous n'avons pas entendue énoncée envers les infirmières qui prennent ces postes : elles vivent une redéfinition importante de leur identité professionnelle « au travail » qui peut être vécue comme une déqualification en même temps qu'elles doivent assumer et assurer une charge de travail domestique plus importante que leurs collègues. Ce constat appelle une réflexion nécessaire sur la gestion de carrière de ces personnes.

---

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

---