

DOCUMENT DE TRAVAIL

LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN ÉQUIPE

MIHAI DINU GHEORGHIU, FRÉDÉRIC MOATTY

N°43

juillet 2005



**CENTRE
D'ETUDES
DE L'EMPLOI**

«LE DESCARTES I»
29, PROMENADE MICHEL SIMON
93166 NOISY-LE-GRAND CEDEX
TÉL. 01 45 92 68 00 FAX 01 49 31 02 44
MÉL. cee@cee.enpc.fr
<http://www.cee-recherche.fr>

Les conditions du travail en équipe

Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (3/5)

MIHAÏ DINU GHEORGHIU

mihaidg@yahoo.fr

Centre de sociologie européenne/Conseil général de Seine-Saint-Denis

FREDERIC MOATTY

frederic.moatty@mail.enpc.fr

CNRS/Centre d'études de l'emploi

DOCUMENT DE TRAVAIL

N° 43

Juillet 2005

ISSN 1629-7997
ISBN 2-11-094602-4

Sommaire

Synthèse des résultats de la post-enquête sur les conditions de travail en équipe.....	5
I. INTRODUCTION	15
1. Les objectifs de la post-enquête sur les relations de coopération au travail en milieu hospitalier et sa mise en œuvre	15
2. Problématiques des relations de coopération au travail, aperçu de littérature.....	16
A. Les sens multiples de la coopération.....	16
B. Coopération et organisation du travail.....	18
C. Le fordo-taylorisme intensifié ?	19
D. La formalisation de l’informel	20
E. Une approche culturaliste de l’esprit d’équipe	20
F. Nouveaux modèles organisationnels et crises d’identité	21
G. Les formes de travail collectif et l’autonomie dans les collectifs de travail.....	22
3. Quelques hypothèses générales	24
A. La progression du travail collectif et ses effets	24
B. Les positions de médiation	24
C. L’esprit d’équipe	25
4. Méthodes et terrain	26
A. La construction de l’échantillon	26
B. Le guide d’entretien.....	27
C. Comparaison des réponses aux questionnaires et aux entretiens.....	28
D. Le test du guide d’entretien et l’enrichissement de la problématique	30
E. Les situations d’entretien	31
II. LA VALIDATION DES RÉSULTATS.....	33
1. Réponses au questionnaire et réponses en entretien	33
A. Coopérer dans la formation	33
B. La polyvalence.....	37
C. Chefs et positions hiérarchiques	39
D. Coopérer avec les malades	39
E. Coopérer avec le public et les familles	43
F. Communication et coopération : l’informatique	49
G. La coopération contrainte : le rythme de travail imposé par les collègues et/ou les médecins ...	49
H. Coopération hiérarchique et entraide médecins : faire intervenir le personnel médical.....	50
I. Entraide et collègues suffisants.....	52
J. Les différentes formes d’aide : médicale, des chefs, des collègues, autres, extérieure – et Les responsabilités dépassées.....	53
K. TENSIONS dans les relations de travail : public, chefs, collègues.....	55
L. Réunions	56
M. Les accords sur le temps de travail.....	58

2. Les hypothèses confirmées.....	59
A. La progression du travail collectif. Effets de position et effets de trajectoire	59
B. Les changements des conditions de travail en milieu hospitalier et leur incidence sur la coopération	64
C. L'amélioration globale des conditions de travail matérielles	67
D. Les relations de coopérations instituées	71
E. La délégation des tâches et l'entraide	72
F. Coopérer avec le malade	74
G. Faire équipe et partager le travail	75
III. TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET RAPPORTS DE COOPÉRATION.....	77
1. Le corps médical.....	77
A. Parcours d'anesthésistes – réanimateurs	78
B. Les chirurgiens	95
C. Chefs de clinique, autres positions intermédiaires.....	109
D. Les précaires attachés	141
2. Personnels intermédiaires.....	152
A. Cadres infirmiers et assistante sociale chef de service	152
B. Trajectoires d'infirmières expérimentées	180
C. Trajectoires d'infirmières jeunes et précarités de statut	222
3 Aides soignantes, auxiliaires et agents hospitaliers	248
IV. LES ANNEXES DU RAPPORT	267
(1) Tableau des personnes interviewées	267
(2) Entretiens réalisés hors échantillon.....	268
(3) Le guide d'entretien.....	280
(4) Bibliographie sélective	286

Le même texte est consultable à la Drees dans la série « études », document de travail n° 49, juin 2005 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud49.htm>)

Synthèse des résultats de la post-enquête sur les conditions de travail en équipe

Réalisée dans le cadre de l'enquête nationale sur les conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé menée par la Drees en 2003, cette post-enquête menée à partir de 40 entretiens semi-directifs vise à valider et à approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail dans les établissements de santé.

I.1. Définition de la coopération, hypothèses

LE SENS DE LA COOPÉRATION AU TRAVAIL (travail en équipe, travail collectif...) renvoie tant à l'organisation en équipe des professionnels, qu'à des échanges spontanés entre des partenaires engagés dans des activités liées aux soins médicaux. Les frontières qui séparent l'organisationnel « formalisé » de l'entraide « informelle » ne sont ni fixes, ni établies selon les mêmes critères dans les différents collectifs de travail. Travailler en équipe ne suppose pas forcément coopérer lorsque les relations sont conflictuelles ou limitées à des aspects purement fonctionnels. Mais l'intérêt du patient exige, au moins en principe, que tous les participants à l'acte médical coopèrent pour le guérir ou améliorer sa santé. Au-delà de la maladie, le malade devient un point central pour l'articulation de la coopération dans cet univers. Ainsi, les formes de coopération au travail « débordent » le cadre des équipes constituées, que ce soit vers le haut de la hiérarchie, avec les médecins, ou vers le bas, avec les femmes de ménage, les brancardiers ou les secrétaires.

(a) Sur la base de nos travaux antérieurs, nous avons retenu une définition préalable de la coopération comme fondement de nos hypothèses de recherche. Les relations de coopération ne se réduisent aux seuls membres des équipes organisées ou des collectifs institués. LE GROUPE DE TRAVAIL SE DISTINGUE DE L'ORGANISATION dans la mesure où il constitue pour ses membres une réalité *sui generis*, dotée d'une forme de SOCIABILITÉ propre (« l'esprit d'équipe ») et de VALEURS ÉTHIQUES partagées. Le respect d'autrui et la résolution des conflits en interne sont les principales conditions exigées pour « faire équipe ». La diversité des situations de coopération et des liens entretenus est fonction de la position dans le groupe, du degré de RECONNAISSANCE par les pairs (les membres du groupe) et/ou par la hiérarchie. Toute POSITION ÉLEVÉE ouvre vers d'autres horizons, et de nombreux responsables de collectifs de travail passent une bonne partie de leur temps à l'extérieur des équipes. Les échanges avec l'extérieur sont pour tous une source D'AUTONOMIE et favorisent les RECONVERSIONS.

(b) Les relations de coopération au travail s'établissent DANS LE TEMPS et elles ne sont pas réductibles aux formes d'interaction déterminées par une situation donnée. Elles s'appuient sur des DISPOSITIONS DURABLES, attachées au mode de socialisation des personnes, qu'il s'agisse de la socialisation « primaire », antérieure à l'entrée dans la vie active, ou d'une SOCIALISATION « secondaire », liée à l'expérience professionnelle et à l'ancienneté. On est plus ou moins « disposé » à coopérer dans la mesure où une habitude ou une routine sont installées avec le temps.

(c) La représentation dans la durée des relations de coopération suppose également la prise en compte des TRAJECTOIRES des membres du groupe de travail et l'estimation des chances individuelles de carrière associées au travail en groupe. L'ENGAGEMENT dans le groupe ou la DISTANCIATION dépendent aussi de la reconnaissance escomptée ou des profits attendus de cet investissement particulier : en termes de formation ou de qualification, de promotion ou de reconversion. Autrement dit, L'HABITUDE de coopérer n'exclut pas le calcul de L'INTÉRÊT à coopérer. La disposition pour coopérer est particulièrement apparente à certains moments de la trajectoire professionnelle, au début, quand on a intérêt à « évoluer », et vers la fin, quand le partage de l'expérience est une condition pour être reconnu.

Le choix des personnes interviewées

Les 40 entretiens ont été réalisés en région parisienne parmi le personnel soignant : 10 entretiens ont été réalisés avec des employés, 19 avec des professions intermédiaires et 11 avec des cadres. La surreprésentation du personnel soignant « professions intermédiaires » est liée au fait qu'il s'agit de la strate la plus diversifiée, qui regroupe infirmiers en soins généraux, spécialistes de la rééducation, cadres infirmiers, infirmiers psychiatries et autres infirmiers spécialisés. Le personnel médical cadre est également surreprésenté dans la mesure où les tâches de ce personnel sont plus complexes en raison des fonctions d'encadrement et de leur responsabilité dans la chaîne de soins ou encore en raison de la diversité des spécialités. L'échantillon a été construit à partir des personnes ayant accepté d'être interviewées de nouveau lors de l'enquête par questionnaire. La sélection des personnes suit le modèle d'échantillonnage utilisé par l'enquête principale en fonction des strates et des secteurs public ou privé, de manière raisonnée. Mais les trajectoires des personnes interrogées sont souvent complexes et rendent compte d'expériences dans des différents établissements et équipes médicales, les entretiens permettant l'objectivation d'expériences cumulées pendant des longs parcours.

I.2. L'incidence des changements des conditions de travail sur la coopération

(a) Une première série de transformations concerne LE MODE DE GESTION DES ÉTABLISSEMENTS de santé, avec plusieurs concentrations de cliniques et d'hôpitaux et la remise en cause de l'hôpital public dans la perspective d'une adaptation aux règles du management moderne, d'une nouvelle gouvernance : contrats d'objectifs, regroupements de services en pôles d'activité, contractualisation interne, accréditation, etc. Au niveau de l'exercice au quotidien des professions médicales et paramédicales, ces changements sont à l'origine d'une plus grande mobilité du personnel et de recompositions des collectifs de travail qui les fragilisent, en accentuant les inégalités entre leurs membres. La gestion de l'hôpital comme une entreprise, la réduction du temps de présence des patients sur des critères de rentabilité, leur sortie accélérée, affaiblissent les relations de confiance entre le personnel et les malades, et font l'objet de plusieurs critiques dans les entretiens.

Une POLARISATION se dégage ainsi à travers l'ensemble des entretiens, entre ceux qui se montrent préoccupés par la préservation de la qualité propre du travail médical et de soins, qui défendent les acquis du secteur public en termes de conditions de travail, et ceux qui défendent la spécificité du secteur privé, son efficacité, ses performances professionnelles, malgré le fait qu'il serait défavorisé par les politiques publiques.

(b) Une autre série de transformations majeures concerne directement LA PROFESSIONNALISATION DES ACTES DE SOINS, sous plusieurs aspects. Il s'agit d'abord de la reconnaissance acquise par les professions de soins, détachées sur le plan administratif des professions médicales, un changement de statut ayant des incidences sur les rapports entre les différents corps professionnels, sur les stratégies de carrière des membres des professions concernées et implicitement sur leurs relations de coopération.

Certaines spécialisations médicales sont nouvelles (comme les urgentistes), ou disposent d'une reconnaissance qu'elles n'avaient pas avant (les anesthésistes). La transformation des hiérarchies médicales se répercute dans les rapports à l'intérieur du corps paramédical, dans le fonctionnement de l'équipe du bloc opératoire, par exemple. Si la tendance générale est vers plus d'autonomie et de spécialisation, celle-ci n'est pas en contradiction avec l'augmentation de l'interdépendance observée au niveau de l'exécution des tâches. Les médecins anesthésistes sont plus souvent tenus d'exercer une fonction de contrôle sur les pratiques des chirurgiens.

La professionnalisation des actes de soins est considérée comme une des formes d'amélioration générale des conditions de travail : la formation de base et continue (les stages) des professionnels, la présence de psychologues dans certaines équipes (bien que cela reste plutôt rare) sont citées dans ce sens. Des représentants des professions intermédiaires, infirmières en particulier, prêtent une attention notable à la dimension intellectuelle de leur activité (être dans la réflexion, pas seulement dans l'exécution), bien que cela soit plus spécifique pour ceux qui exercent à l'extérieur de l'hôpital, qui ont une vision plus large de l'environnement et coopèrent avec des partenaires très variés (secteur psychiatrique). Ils accordent généralement à l'expérience, acquise par l'ancienneté, le rôle prééminent dans la création d'une zone propre d'expertise, comme le formule un infirmier cadre, y compris pour ce qui concerne l'aptitude à coopérer. L'éventualité de pousser encore plus loin la professionnalisation, par exemple en situant la formation des infirmières à un niveau universitaire, est dans ce sens vue avec réserve.

La MULTIPLICATION DES PROCÉDURES ET DES FORMULAIRES d'enregistrement des traitements et des interventions, la « traçabilité », confirme cette professionnalisation et en même temps témoigne de la remise en cause du pouvoir médical par les usagers. Autour de la question des communications plus généralement (informatisation, accès à l'information par les professionnels et les patients, constitution du dossier infirmier en parallèle au dossier médical, etc.), il y a polarisation des opinions entre ceux qui relèvent surtout l'amélioration nécessaire du circuit de l'information et ceux qui soulignent surtout la surcharge de travail que les opérations d'enregistrement peuvent représenter. Les derniers considèrent ce système comme responsable de la réduction du temps des soins et de présence auprès du patient. Il est certain que cette bureaucratisation constitue en même temps un instrument de contrôle administratif et un de ses effets est le renforcement de la coopération hiérarchique, nombre de ces procédures étant déléguées par les cadres à leurs subordonnés.

(c) Une troisième série de transformations ayant une incidence globale sur les conditions de travail concerne L'ENVIRONNEMENT DE L'HÔPITAL ET SON PUBLIC : l'apparition de nouvelles pathologies, liées en particulier au vieillissement de la population, et l'étendue des « problèmes sociaux » (précarité, exclusion, immigration). Si, dans certains cas, ces changements peuvent perturber des pratiques de soins (problématiques méconnues, difficultés de communication), c'est surtout l'accès inégal aux soins qui constitue un sujet d'inquiétude – à cause de l'imposition des critères de rentabilité des établissements et des soins, supposant la réduction des temps de séjour et des coûts, un turn-over accéléré des patients qui modifie l'équilibre des actes de soins et met mal-à-l'aise le personnel soignant.

Les transformations de l'environnement de l'hôpital et de son public sont aussi mentionnées à propos de deux phénomènes qui affectent conjointement bien que différemment l'autorité

médicale vis-à-vis des patients qui sont aussi des clients : la *judiciarisation* qui menace tout échec, susceptible de faire l'objet d'une plainte, voire d'un procès, et le *consumérisme*, effet de l'inscription des thérapies dans une logique de marché et en même temps de la raréfaction des institutions sociales, défaillantes, dans les zones défavorisées où l'hôpital reste premier et dernier recours. Les rapports entre les champs médical et social ont été dans ces nouvelles circonstances redéfinies, à la fois pour ce qui concerne le partenariat institutionnel et les rapports de coopération entre professionnels. Les représentants des professions intermédiaires du social revendiquent plus d'autonomie et sont plus souvent intégrés dans les équipes thérapeutiques.

(d) L'AMÉLIORATION GLOBALE DES CONDITIONS MATÉRIELLES ET RELATIONNELLES DE TRAVAIL est le principal constat de la majorité des personnes interviewées sur les changements intervenus dans les établissements de santé qu'ils ont connu bien que cette opinion soit contredite par une minorité. Dans certains cas, même des personnes victimes de mauvaises conditions et ayant subi des accidents de travail, formulent un jugement positif sur les évolutions. Cette amélioration concerne généralement l'hôpital public, dans le secteur privé les différences pouvant être importantes d'une clinique à une autre.

Pour ce qui concerne les tâches physiques les plus lourdes qui reviennent au personnel moins qualifié, aides soignantes et agents hospitaliers, plusieurs solutions semblent avoir été adoptées, par l'acquisition d'un matériel approprié techniquement (lits réglables, chariots...) ou l'embauche de personnel supplémentaire (homme pour faire la plonge dans une équipe féminine de cuisine, par exemple). Cela ne signifie pas que pour un certain nombre de métiers les charges physiquement pénibles ont disparu, les situations de handicap, car les douleurs de dos chroniques ne semblent pas toujours avoir trouvé de réponse appropriée pour l'aménagement des conditions de travail. De plus, la pénurie de personnel a pu par exemple conduire le personnel soignant à être seul pour lever un patient.

Dans l'ordre des conditions techniques de travail, plusieurs témoignages concordent pour constater l'amélioration des conditions de sécurité pour les patients dans les blocs opératoires et les services d'anesthésie réanimation.

L'actuel système d'organisation du temps de travail bénéficie aussi de l'appréciation de la majorité des infirmières et des aides soignantes interviewées. L'époque n'est pas si éloignée où il n'y avait pas de véritables horaires fixes, où le personnel pouvait être obligé de rester au-delà de la fin du programme. L'introduction du régime des 35 heures semble aussi largement appréciée, de même que la répartition des horaires entre activité et temps libre à l'intérieur des équipes, bien qu'elle soit toujours un sujet sensible, faisant objet de négociations et parfois de conflits.

Plusieurs personnes interrogées sont cependant pleinement conscientes que les RTT ont été une mesure imparfaite. N'ayant généralement pas été accompagnées par des recrutements en nombre suffisant, leurs effets sur les conditions de travail ont été le plus souvent contradictoires avec des incidences sur l'intensification du rythme de travail. Elles sont considérées aussi à l'origine de l'aggravation de la pénurie de personnel, avec l'emploi plus fréquent d'intérimaires, etc. S'il est difficile de trouver une aide soignante ou une infirmière qui soit hostile aux RTT, les avis des médecins sont beaucoup plus partagés voire réservés sur

les « dégâts » qu'elles ont pu produire dans l'univers hospitalier et plus particulièrement sur la « dévalorisation du travail » qu'elles auraient apporté.

Une amélioration constante, bien qu'inégale, semble avoir eu lieu dans l'exercice des rapports d'autorité, à la fois à l'intérieur du corps médical que dans les équipes de soins. Les cadres infirmiers sont plus formés pour un travail de proximité, sensibilisés aux besoins de formation des membres de leurs équipes, ne se limitant pas à une simple fonction de contrôle comme les anciens surveillants. Mais plusieurs critiques sont aussi adressées au personnel d'encadrement, incapable de créer une « dynamique de groupe ».

Des appréciations quasi unanimement négatives sont formulées par contre sur l'augmentation des charges de travail et sur l'accélération du rythme de travail, en lien direct avec la pénurie de personnel, ayant des incidences directes sur les relations de coopération dans les équipes et avec les patients.

I.3. Effets de position et structures de compromis

Il est difficile de parler globalement des caractéristiques du travail collectif sans décliner les résultats selon les positions occupées dans les collectifs et les représentations des situations de coopérations. Les significations et les enjeux du travail collectif (institué, formalisé, hiérarchique, d'entraide ou de solidarité, contraint...) diffèrent selon les groupes considérés. Les relations de coopération au travail sont ainsi déterminées à la fois par les positions occupées par le personnel dans l'espace médical (positions de domination ou dominées, d'exécution, positions intermédiaires ou de médiation) et par les trajectoires des membres des équipes, à partir desquelles se définissent les dispositions et les intérêts à coopérer. Si l'institution définit le cadre général de la coopération, à la fois pour ce qui concerne l'espace, le temps ou le contenu des échanges, c'est le background social et professionnel des personnes impliquées, ainsi que leur projection dans un devenir professionnel qui constituent le possible et le probable de toute relation de coopération.

(a) LES NÉGOCIATIONS SUR LES HORAIRES occupent une place importante dans le fonctionnement des équipes et LES REMPLACEMENTS sont considérés comme des FORMES DE COOPÉRATION CONTRAINTE, vécue souvent comme une frustration par les autres membres de l'équipe ou par les patients. L'appel fréquent à des INTÉRIMAIRES pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans ce secteur, et l'obligation de leur montrer le travail, ainsi que les obligations de garde, astreinte ou les remplacements sont des exemples des différentes formes de coopération contrainte. Les heures supplémentaires, la réduction forcée du temps libre dans des situations d'urgence (remplacement de collègues absents), le partage des tâches entre les membres d'une équipe travaillant à effectifs réduits, sont souvent évoqués comme étant à l'origine de situations conflictuelles ou de tensions à l'intérieur des équipes ou entre les équipes. L'hypothèse de la multiplication des formes de coopération contrainte pour les occupants des positions d'exécution dans l'espace des institutions de soins s'appuie sur des observations concernant les données constitutives de ce métier et sur les effets prévisibles de l'enchaînement de la délégation des tâches entre les groupes de professionnels des soins. La position qui revient ici aux aides soignantes est exemplaire : catégorie constituée pour décharger les infirmières des tâches les moins qualifiées, elles ne peuvent valoriser leur travail qu'en assumant des tâches d'exécution déléguées par les infirmières ou en surinvestissant les contacts privilégiés avec les patients. La pénurie de personnel les menace doublement, à la

fois à cause des surcharges de travail (être en bout de chaîne exclut toute possibilité de déléguer le travail propre) et des situations de risque de violence dans les rapports avec les patients et leurs familles. Malgré des bénéfices incontestables apportés par les 35 heures et par des améliorations ponctuelles des conditions matérielles de travail, les situations d'isolement ou d'exclusion dans cette catégorie semblent relativement nombreuses.

Accusant une certaine « invisibilité », le manque de reconnaissance de la hiérarchie comme des pouvoirs publics (par exemple pour une diminution de l'âge de départ à la retraite au même titre que d'autres groupes professionnels travaillant dans des conditions éprouvantes), craignant la suppression d'acquis récents, comme les ARTT, les aides soignantes se sentent menacées aussi du côté de la principale forme de reconnaissance qu'elles pouvaient revendiquer, celle des patients et de leurs familles. La dégradation des conditions de travail et, de façon plus générale, les changements des rapports professionnels en milieu hospitalier les exposent davantage qu'auparavant. La question des conditions de travail se pose de façon encore plus aiguë pour une bonne partie d'entre elles en fin de parcours, avec le coût cumulé des nombreux efforts physiques, des accidents et des maladies professionnelles. De plus, l'accès à un poste aménagé de travail est souvent difficile malgré les recommandations de la médecine du travail, ce qui peut conduire à des exclusions professionnelles liées au handicap.

(b) L'AUTONOMIE ACCRUE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES, amorcée par la mise en place d'un métier comme celui des aides soignantes, a été consacrée par la dotation de ce corps intermédiaire d'une administration propre, les cadres infirmiers. Le détachement relatif du corps médical, s'il s'est traduit par plus d'autonomie, ne semble pas avoir apporté la reconnaissance souhaitée. La demande de reconnaissance reste une des plus fortes revendications pour ce qui concerne l'amélioration des conditions de travail. Plusieurs témoignages dans les entretiens font état d'absence de communication (et de reconnaissance) entre les différents échelons de la hiérarchie. UNE DIVISION DU TRAVAIL PLUS ACCENTUÉE a rendu dans de nombreux cas le partage des tâches entre infirmières et aides soignantes potentiellement plus conflictuel. Les représentants des positions intermédiaires sont aussi porteurs des représentations les plus contrastées sur l'univers médical et sur les relations de coopération, entre les plus satisfaits de leur parcours, ayant dépassé leurs attentes, et les plus critiques, souvent en position d'abandon.

(c) LA COOPÉRATION HIÉRARCHIQUE. Pour les occupants des positions les plus élevées, la question des rapports statutaires entre les différents corps de métiers composant la profession et celle de la reconnaissance sociale sont au centre de la problématique de la coopération au travail. On parle ainsi beaucoup dans les entretiens des différents types de pouvoir (médical, infirmier, de l'administration...), de délégation et moins d'exécution des tâches.

Chez les médecins, la vision sur les conditions de travail et les relations de coopération est très contrastée. On peut observer ainsi TROIS CAS DE FIGURE. Le premier est celui de l'investissement professionnel et rationnel dans la coopération, qui constitue une dimension centrale du secteur d'activité du médecin concerné : c'est le cas du chef de services des urgences, confronté au quotidien avec une diversité de formes de coopération, et qui en dresse dès le début de l'entretien la typologie.

Le second cas est celui des médecins préoccupés par le déclin relatif de leur profession, ou des « marginaux » de la profession, vacataires et attachés, sans contrat de travail, exposés en

permanence à l'exclusion, pour lesquels l'accès à l'information et la coopération comme service rendu sont des formes de survie dans le milieu professionnel. Ces positions sont homologues, à un autre niveau hiérarchique, à celles des infirmières et des aides soignantes menacées d'exclusion, dont la disponibilité à coopérer est comparable. Un statut marginal peut déterminer des conduites opposées, de surinvestissement dans la coopération ou d'isolement.

Troisième cas de figure, LA DÉLÉGATION DES TÂCHES, forme de coopération hiérarchique par excellence, se distingue des autres dans le sens où aide et contrôle sont étroitement associés, étant à l'origine d'une ressource particulière, d'un capital social spécifique. La délégation des tâches conforte les aspirations professionnelles et encourage la mobilité à l'intérieur du corps paramédical : plusieurs personnes interrogées ont commencé leur carrière comme agent hospitalier, pour suivre ensuite une formation d'aides soignantes, ou sont devenues infirmières après avoir été aides soignantes. À cette première dimension, formative (remise symbolique à niveau, encouragement de la promotion professionnelle, objectivation des rapports de confiance établis, reconnaissance de l'expérience, de l'ancienneté, de la fiabilité professionnelle d'une personne) s'ajoute une dimension contraignante, toute délégation constituant aussi une obligation (on ne peut pas refuser la demande d'un supérieur), qui peut limiter l'autonomie d'une équipe. La multiplication des activités « déléguées » peut empêcher l'exécution des tâches propres, renforcer les rapports hiérarchiques à l'intérieur d'un groupe et accroître les difficultés du personnel se trouvant en bas de l'échelle.

(d) ENTRAIDES ET SOLIDARITÉS. Les relations d'entraide sont des manifestations de solidarité à l'intérieur de l'équipe qui contribuent à l'affirmation de l'identité professionnelle d'un groupe déterminé par rapport à d'autres. Elles peuvent constituer des formes de résistance à la coopération contrainte, imposée par la hiérarchie. L'entraide permet une distribution équitable des tâches à l'intérieur d'une équipe, en tenant compte des différences objectives entre leurs membres, de leurs ressources physiques ou de leurs compétences : une des définitions données de la coopération est de « *savoir passer la main* ». Les conflits autour d'opérations supposant habituellement l'entraide des membres d'une équipe interviennent dans des situations de dysfonctionnement institutionnel malgré les manifestations de bonne volonté de la part de ceux qui sont disposés à coopérer.

L'entraide a lieu habituellement au même niveau hiérarchique, bien que cela puisse se passer aussi entre aides soignantes et infirmières. Plusieurs témoignages concourent cependant à indiquer que les opérations communes aux deux groupes professionnels (faire les lits) sont des sources potentielles de conflits, et que le partage équitable des tâches dans les situations de travail « en binôme » (par exemple l'usage du « beep » la nuit) suppose le rappel de la règle par celui qui est en position subordonnée (l'aide soignante), qui « ne doit pas se laisser faire ».

Les surveillants tiennent souvent compte dans l'organisation des équipes des chances de coopération et d'entraide entre leurs membres, regroupés « par caractères », afin d'éviter ou limiter les conflits. Cependant, plusieurs facteurs objectifs peuvent faire obstacle à l'entraide des collègues : les surcharges de travail en cas de personnel insuffisant (vacances, absences...); les inégalités de compétences ou les incompatibilités de statut entre les membres de la même équipe, qui obligent une minorité à aider les autres ; les désajustements entre des « générations » formées à des périodes différentes et habituées à des techniques de

travail différentes ou entre des permanents et des intérimaires, remplaçants ou professionnels étrangers. La période d'initiation des intérimaires est l'équivalent d'une véritable formation, mais sans qu'elle puisse profiter au collectif, étant donné le statut « volant » de l'intérimaire. La délégation des tâches, la professionnalisation des activités (à travers des stages et des études diplômantes, la formalisation et la standardisation des opérations), ainsi que la mesure stricte du temps sont à l'origine d'un déclin des solidarités et de l'entraide, multipliant conflits et stratégies de rupture du collectif.

(e) COOPÉRER AVEC LE MALADE. Les formes de coopération avec le malade, parfois avec sa famille, constituent un type à part de coopération : essentielle pour l'accomplissement de l'acte médical, la coopération d'un patient n'est pas soumise aux mêmes règles de contrôle du travail ou de contrainte organisationnelle que la coopération interne des corps professionnels. Le malade « coopérant » facilite généralement les traitements et les interventions, par son accord de principe et par le suivi des prescriptions. Il peut aussi soutenir moralement un professionnel en difficulté. Cette coopération suppose l'établissement d'un rapport de confiance (souvent à long terme), voire de la croyance dans les vertus thérapeutiques de l'institution. Confiance et croyance qui ne sont pas également distribuées entre tous les représentants de l'institution médicale et tous ses établissements. Les limites de la coopération du patient sont données dans le temps par les résultats des traitements et dans l'immédiat par la qualité des services, et c'est sur ces deux dimensions que les patients seraient devenus « moins coopérants » qu'avant. La judiciarisation des rapports médicaux constitue ainsi un indicateur des limites de l'ancien pacte de confiance qui réglait cette coopération. La défense des droits et les menaces de procès ont amené un certain nombre de modifications dans la prise en charge d'un malade. La formalisation et l'enregistrement systématique des actes de soins ayant eu comme principal effet en retour la diminution du temps de présence auprès du patient. Des rapports conflictuels avec le personnel des équipes de soins sont aussi souvent évoqués dans les entretiens, les patients et leurs familles étant plus souvent mécontents de la baisse de qualité des services, essentiellement à cause de l'indisponibilité d'un personnel insuffisant. Le patient peut ainsi devenir un enjeu des luttes entre équipes et groupes professionnels à l'intérieur d'un établissement, de manière symbolique, ou directement instrumentalisé, même dans des situations où il n'est pas en mesure d'intervenir personnellement.

I.4. Esprit d'équipe et esprit de corps

Coopérer suppose une forme de croyance dans le collectif – l'équipe, le groupe ou le corps professionnel, l'institution (l'hôpital) –, dans ses qualités professionnelles et éthiques, dans sa mission de salut (humaniste, humanitaire). Les discours sur la coopération nécessaire ne sont pas réductibles à une philosophie managériale, ne constituent pas que des stratégies de façade, dissimulant les « vraies » stratégies cachées. Dans leur diversité, ils dévoilent les rapports au groupe de référence (enchantement ou désenchantement par rapport à une croyance d'origine, à la vocation ou à la mission, à la reconnaissance sociale), une vision pragmatique ou « professionnelle », la nécessité de formaliser ou de rationaliser la coopération, etc. La coopération est ainsi traitée comme une « ressource », substantialisée, disponible ou manquante, et des experts peuvent être convoqués pour stimuler sa production. Et on peut retrouver plus de discours sur la coopération aux deux extrêmes de la hiérarchie professionnelle, chez ceux qui ne se justifient professionnellement que par leur capacité de

mobilisation du travail des autres, et chez ceux dont la précarité de statut rend la dimension symbolique de la profession encore plus précieuse (n'être rien en dehors de l'institution).

En milieu hospitalier, c'est l'esprit de corps qui est souvent évoqué comme constituant un principe d'union et d'alliance supérieur à l'esprit d'équipe. C'est dû très probablement à l'histoire des différentes professions médicales et paramédicales représentées dans une équipe, aux effets structurants forts des hiérarchies et des rapports de concurrence entre le secteur libéral et l'hôpital « bureaucratique ». La principale caractéristique de l'esprit d'équipe est, comme ailleurs, la résolution des problèmes en interne, et les défaillances de l'encadrement, l'incapacité des cadres infirmiers à régler ces conflits « en interne » peuvent le mettre à mal.

L'intérêt suprême du malade (patient, client) peut être invoqué en toute circonstance et opposé à l'intérêt individuel ou de groupe, pour mobiliser une équipe et ses membres : refuser de remplacer un collègue ou de coopérer peut porter tort au malade avant tout, et cela signifie aussi manquer à la mission propre à la profession, placée symboliquement au-dessus des autres. La force de l'identification à cette mission et de la revendication d'une telle vocation peut l'emporter sur celle de la hiérarchie sociale et professionnelle, et une aide soignante peut revendiquer en toute légitimité sa présence dans la proximité du malade et l'opposer comme fondement de sa vocation à la mission essentiellement technique de l'infirmière.

I. Introduction

1. Les objectifs de la post-enquête sur les relations de coopération au travail en milieu hospitalier et sa mise en œuvre

Réalisée dans le cadre de l'enquête nationale de la Drees sur les conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé (2003), cette post-enquête vise à valider et à approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail dans les établissements de santé. La recherche que nous avons effectuée sur le travail collectif, travail en groupe, travail en équipe dans le cadre d'une autre enquête, sur les changements organisationnels et l'informatisation (COI 1997), articulant dimension statistique et entretien (voir Gheorghiu et Moatty, 2001, et l'ensemble des travaux de l'équipe), nous a servi de modèle préalable. La reconstitution de la dimension historique des représentations sur les conditions de travail en fonction des types de trajectoires identifiés dans la population ayant répondu à l'enquête est ainsi un des axes d'analyse de ces représentations dans un secteur spécifique, où l'efficacité repose souvent sur la coordination entre différentes équipes. Étudier les relations de coopération au travail signifie aborder simultanément les questions relatives aux conditions et à l'organisation du travail dans les établissements de santé, la mobilisation et l'entraide au sein des équipes pour faire face aux changements intervenus dans leur environnement immédiat, notamment par la mise en place des 35 heures et par l'évolution générale des conditions de travail.

Les principales conclusions de notre enquête précédente ont constitué les hypothèses de cette nouvelle enquête, tout en tenant compte des différences majeures qui existent entre l'industrie et le milieu hospitalier comme cadres de l'activité professionnelle. Il faut préciser cependant que nous ne nous pas proposé des comparaisons systématiques, au moins dans cette étape de la recherche, entre les deux catégories de résultats obtenus.

Dans la partie introductive de ce rapport, nous proposons d'abord plusieurs angles d'approches de la problématique des relations de coopération au travail : (a) les sens multiples de la coopération (organisationnelle et d'entraide, médicale et paramédicale, autour du patient et avec lui et sa famille), (b) la coopération vue dans la perspective de l'organisation du travail (les suites du taylorisme), (c) les critiques des effets des nouvelles formes d'organisation du travail (« le fordo-taylorisme intensifié »), (d) la *régulation autonome* dans la perspective de la sociologie du travail (Daniel Reynaud), (e) une approche culturaliste de l'esprit d'équipe (Michèle Lamont), (f) les nouveaux modèles organisationnels et les crises d'identité (Claude Dubar et Richard Sennett), (g) la question des rapports entre le travail collectif et l'autonomie posée dans certaines enquêtes (TOTTO, COI, recherches ergonomiques).

Une autre partie de l'introduction est consacrée aux principales hypothèses de travail, formulées par rapport à la littérature disponible et à partir des résultats de notre étude antérieure, sur la coopération en milieu industriel : (a) la progression du travail collectif et ses effets (la figure paradoxale de l'autonomie encadrée) ; (b) la multiplication des positions de médiation ; (c) « l'esprit d'équipe » (la sociabilité propre des collectifs de travail). La troisième partie de l'introduction est consacrée à la présentation des méthodes et du terrain : le guide d'entretien, son test, les différences spécifiques par rapport au questionnaire.

2. Problématiques des relations de coopération au travail, aperçu de littérature

A. Les sens multiples de la coopération

Le double sens de la famille de mots liés aux relations de coopération au travail (travail en équipe, travail collectif...) existe aussi bien dans l'espace médical que dans l'espace industriel, l'un relevant de l'organisation des activités professionnelles, l'autre des échanges spontanés entre des partenaires engagés dans ces mêmes actions. La polysémie attachée à ces mots prête souvent à des confusions et indique en même temps que les frontières qui séparent l'organisationnel « formalisé » de l'entraide « informelle » ne sont ni fixes, ni établies selon les mêmes critères dans les différents collectifs de travail. Cette observation peut paraître banale, mais elle soulève des problèmes d'ordre empirique qui peuvent s'avérer redoutables dans l'interprétation des données¹.

Le sens très connoté du mot « équipe » en milieu ouvrier – où il renvoie presque en exclusivité aux « équipes horaires », par opposition au travail en « journée normale » – existe également en milieu médical. L'« équipe de soins » renvoie habituellement au personnel paramédical travaillant sur un secteur ou dans une section déterminée, alors que l'« équipe médicale » se réunit autour du ou des médecins². Dans ces conditions, « travailler en équipe » ne suppose pas forcément coopérer. L'organisation du travail peut ainsi limiter, volontairement mais aussi indirectement (par les relations conflictuelles instaurées entre les membres des équipes), la coopération au travail.

Dans l'univers médical, la séparation formelle nette entre le corps médical et le personnel paramédical indique aussi le sens particulier pris habituellement par les collectifs de travail. Les équipes sont composées essentiellement d'infirmières et d'aides soignantes, leur autonomie est formellement reconnue depuis que ces deux professions ne sont plus subordonnées directement aux médecins. Mais l'intérêt du patient exige, au moins en principe, que tous les participants à l'acte médical coopèrent pour le guérir ou améliorer sa santé. Au-delà de la maladie, le malade devient un point central pour l'articulation de la coopération dans cet univers. Ainsi, les formes de coopération au travail « débordent » le cadre des équipes constituées, que ce soit vers le haut de la hiérarchie, avec les médecins, ou vers le bas, avec les femmes de ménage, les brancardiers ou les secrétaires.

Les relations de coopération ont un sens plus étendu – la coopération du patient ou de sa famille en étant la principale preuve –, à la différence du partenariat (qui suppose d'habitude un accord formel entre des services ou des institutions) ou de l'équipe, structurée par des rapports d'espace (services, étages, chambres ou secteurs, comme le bloc opératoire ou la salle de réveil), de temps (équipes de jour et équipes de nuit), de compétences (spécialités médicales) ou de fonctionnalité (les « pools » infirmiers). Presque toutes ces équipes peuvent fonctionner sans que la présence d'un médecin soit permanente (le bloc opératoire est une des

¹ Dans l'étude précédente, nous avons attiré l'attention sur le fait que les représentations et les pratiques des membres des différents corps professionnels ne sont pas identiques et que l'homonymie est souvent trompeuse. La polysémie des mots ne facilite pas la compréhension du sens sous-entendu et des références implicites, soit à une culture « populaire » ou ouvrière des modalités de coopération dans le travail, soit à une culture savante ou « professionnelle » alors qu'il n'y a jamais de frontière absolue entre les deux et que la culture ouvrière conserve la mémoire des anciennes modalités d'organisation du travail.

² Mais elle peut aussi bien désigner le corps médical, c'est-à-dire les médecins, en exclusivité.

exceptions³), et certaines fonctions d'encadrement reviennent aux surveillants ou aux cadres infirmiers. Ce qui ne signifie pas que le médecin se désintéresse du suivi de ses prescriptions ou qu'il n'effectue pas de contrôle sur leur exécution. La présence du médecin est souvent un élément mobilisateur de l'équipe, si on ne pense qu'au moment hautement symbolique de la visite, surtout dans les endroits (comme les cliniques universitaires) où le cortège peut être nombreux.

L'opposition entre le travail collectif des personnels paramédicaux et le travail individualisé du médecin a fait depuis longtemps l'objet d'observation sociologique. Pour ceux qui ont fait de la médecine le modèle par excellence d'une profession libérale⁴, « le médecin à son compte » travaille d'habitude « à l'abri des regards indiscrets »⁵. Cela ne signifie pas que son travail serait solitaire, le développement de la profession l'obligeant à coopérer. Pour Freidson, les formes de coopération dans la pratique médicale sont essentiellement de l'ordre de l'association entre des spécialistes (ou des généralistes et des spécialistes), ayant comme principal objectif la constitution et le partage d'une clientèle. Il s'agit dans son esprit de formes de coopération contrainte par la concurrence. L'organisation en réseau des médecins est une des formes d'évolution de cette coopération : « Le réseau des confrères (*partnership*), parce qu'il est totalement informel, représente le monde de coopération le plus élémentaire ». Considéré comme faible et vulnérable, il n'offre pas de garantie pour trouver toujours des médecins dignes de foi. Pour cette raison, l'*association* entre des médecins du même rang pour se confier la clientèle pendant les vacances, serait plus répandue, ainsi que d'autres formes plus complexes d'association, pour faire diminuer les risques. Cette « médecine coopérative », à un niveau supérieur de complexité associative, permet d'accéder à une clientèle plus étendue, mais ses développements tendent vers une « médecine de type bureaucratique » où l'institution médicale, privée ou publique, prend en charge la gestion des différentes clientèles. Sans faire ici de comparaison entre le système américain ou anglo-saxon et le système français, réalisée déjà par Freidson, mais ayant évolué depuis vers un certain rapprochement notamment pour ce qui concerne les méthodes de gestion, il est possible d'affirmer que les questions de coopération au travail ont été portées à l'ordre du jour à la fois sous l'impulsion des logiques gestionnaires et par les revendications d'autonomie et les « crises d'identité » des professionnels du soin.

Suite aux transformations des vingt dernières années dans le monde des cadres, « équipe » et « travail collectif » sont associés aux diverses modalités de mobilisation des collectifs pour assurer leur cohésion et les rendre opérationnels. Les cadres infirmiers constituent un groupe particulier, distinct de leurs prédécesseurs d'abord par leurs études spécialisées, qui certifient ce type de compétence nouvelle, puis par la position charnière qu'ils occupent entre leur groupe professionnel d'origine (les équipes qu'ils encadrent), le corps médical et l'administration. « Faire équipe » pour eux, comme pour leurs homologues du monde industriel, est autrement une condition statutaire que pour les autres membres des équipes de soins. Les cadres infirmiers ont suivi plus souvent des formations spécifiques de management ou de communication, et leur discours reproduit plus aisément des représentations qui leur sont spécifiques.

³ Mais dans certaines cliniques un seul médecin peut intervenir dans plusieurs salles du même bloc, de même que le personnel de soins.

⁴ Eliot Freidson, *La profession médicale*, trad. franç. Paris, Payot, 1984 (1^{ère} édition New York, 1970).

⁵ Idem, p. 100 et les suivantes pour ce qui concerne les formes de coopération au travail des médecins.

B. Coopération et organisation du travail

La question de la coopération dans les activités de travail a toujours été une question cruciale. Ainsi, le développement d'une coopération harmonieuse, venant remplacer des intérêts antagonistes entre les travailleurs et la direction, a été l'essence de l'Organisation scientifique du travail prônée par F. W. Taylor (1911). Mais comme le remarquait un précurseur de la gestion, Chester I. Barnard, le succès de la coopération dans et grâce à des organisations formelles est plutôt l'exception, que la règle (1938, p. 5). Aussi, le thème de la coopération est-il lié à la négociation – de la résolution des conflits, à l'évitement des grèves et du freinage – ainsi qu'au partage des savoirs et à la résolution des aléas productifs. De ce point de vue, la sociologie du travail montre que la régulation de contrôle des directions s'appuie sur la régulation conjointe émanant des opérateurs qui peuvent aussi mettre en place une régulation autonome (Reynaud, 1989).

La coopération fait partie des mots clés de la littérature moderne du management, parmi d'autres outils supposés du succès compétitif comme la confiance, la culture d'entreprise ou la loyauté. Dans les années 1990 apparaît le modèle d'une « entreprise en réseau », structurée de manière flexible et soumise à des changements accélérés de ses marchés, des technologies et des formes de concurrence. En son sein, « *les travailleurs doivent être organisés en petites équipes pluridisciplinaires dont le véritable patron est le client et qui se dotent d'un coordinateur mais pas d'un chef* » (Boltanski, Chiapello, 1999, p.117).

Le modèle coopératif, théorisé en économie par Aoki (1991), s'est révélé en effet plus souple dans la période récente pour s'adapter aux fluctuations de marchés portant sur des produits différenciés. Dès les années 1970, les travaux de la sociologie de la contingence structurelle avaient mis en évidence que le modèle traditionnel de la coordination hiérarchique était surtout adapté à un environnement stable et prévisible, tandis que le modèle de la coordination horizontale, basé sur la coopération, se révélait plus organique et plus adapté à des changements continus dans la mesure où il concilie les impératifs de flexibilité et d'intégration (Piotet, 1992).

Le travail collectif a été largement analysé dans le cas de la production dans l'industrie automobile en particulier à travers la coopération au sein de collectifs de travail, tels qu'une équipe, une équipe autonome ou semi-autonome, etc. Les formes du travail collectif ont aujourd'hui une portée beaucoup plus large que le cadre de l'atelier de production avec des formes d'organisation par projet et concernent désormais l'ensemble du réseau, interne et externe, de l'entreprise.

Les évolutions récentes du travail se sont déroulées dans un contexte de diffusion rapide des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui, en modifiant le cadre temporel et spatial des interactions dans les groupes, rendent possible des articulations inédites entre des formes de coordination « en présence » et « à distance » (Moatty, 1995). La question de la transformation des collectifs de travail et des formes de coopération rencontre

ainsi celle du progrès technique comme le soulignait déjà Pierre Naville en 1961 à propos du passage du travail parcellisé à l'automatisation⁶. L'usage d'une technique comme l'informatique nécessite ainsi la mise en œuvre de formes de coopération et d'entraide entre les utilisateurs (Gollac, 1996). La *solidarité technique* s'ajoute ainsi aux solidarités mécanique et organique et constitue « une forme de conscience collective qui soude durablement » salariés et dirigeants (Dodier, 1995).

C. Le fordo-taylorisme intensifié ?

Une critique radicale des nouvelles formes d'organisation qui prétendent abolir les frontières entre contrôle et autonomie est formulée par Thomas Coutrot à plusieurs endroits⁷. Il rappelle opportunément que l'organisation du travail est le résultat de luttes et de compromis inscrits dans l'histoire, et distingue logique sociale et logique économique, où collectif de travail et entreprise se trouvent opposés (1999 : 16).

Cette opposition rend particulièrement difficile l'établissement d'une cohérence entre la stratégie de compétitivité et les stratégies organisationnelle et sociale, malgré la créativité recherchée en particulier par la renonciation aux méthodes de commandement autoritaire et bureaucratique. Il évoque dans ce sens les coopérations horizontales, au sein des équipes ou entre des services comme le marketing, la production et la recherche pour éviter le développement des esprits de chapelle, tout en favorisant le développement des spécialisations (1999 : 19).

Dans son enquête sur les modes d'organisation du travail (1998), Thomas Coutrot constate que les nouveaux modèles ne font que perfectionner et intensifier le *fordo-taylorisme*⁸, dans la majorité des établissements⁹ la forte prégnance des modes taylorien et fordiste d'organisation du travail, dans le cadre de relations de travail encore largement conflictuelles. Il s'agit même plutôt d'une « *inflexion des méthodes tayloro-fordistes que de leur dépassement. Au total, apparaît un grand décalage entre les principaux modèles d'organisation annoncés dans la littérature et la réalité des entreprises* ». Ce qui accentue l'isolement d'un « *noyau dur de salariés permanents, privilégiés, dans un océan de précarité* » (1998 : 8). Et, plus loin (p. 15) : « Le régime *néo-libéral* se caractérise par le concept paradoxal de *coopération forcée* (...) ». Les directions décentralisent l'organisation, accordant aux équipes de travail une grande autonomie. Les organisations par projets, les équipes autonomes imposent aux salariés une mobilité interne extrême, qui limite les possibilités d'émergence de collectifs de travail stables. La coopération est alors forcée directement par l'accentuation des contraintes systémiques – en provenance des marchés financiers et du marché du travail, où règne un chômage de masse. L'autonomie accordée aux équipes est contrôlée par le jeu de ces contraintes et par la pénétration des exigences de la clientèle dans le cœur de la production.

⁶ « Les équipes ou groupes de travail tendent alors à prendre une figure nouvelle, qui exprime le nouveau système de répartition des tâches. Aux équipes additives se substituent les équipes fonctionnelles. Les collections d'ouvriers de niveau voisins réunis dans l'atelier font place à l'équipe intégrée de personnels variés, dont la *coopération immédiate est nécessaire* (...) Ainsi donne-t-on à ces équipes, dans les pays anglo-saxons, le nom de *crew*, d'*équipage*, dont la *solidarité doit être aussi effective que celui d'un navire*. » (Naville, 1961, p. 381-382).

⁷ Thomas Coutrot, *L'entreprise néo-libérale, nouvelle utopie capitaliste ? Enquête sur les modes d'organisation du travail*. Paris, Editions la découverte, 1998, et *Critique de l'organisation du travail*. Paris, La découverte, coll. Repères, 1999.

⁸ Voir aussi le constat de Claude Dubar sur la coexistence du post-taylorisme et du néo-taylorisme.

⁹ Cf. *Travail et Emploi*, n° 66, mars 1996.

Ce modèle de l'autonomie contrôlée permet de dépasser l'opposition entre *néo* et *postfordisme* qui polarisait jusqu'à présent les débats autour des nouveaux modèles productifs : il marie le contrôle et l'autonomie, qui font respectivement la force du premier et du second. »

D. La formalisation de l'informel

Jean-Daniel Reynaud¹⁰ rappelle ainsi la distinction, historiquement fondée dans la sociologie de l'organisation, entre règles explicites et règles implicites, renvoyant à des logiques et des sources différentes de régulation, logique économique, logique technique et logique des sentiments¹¹.

Reynaud propose une nouvelle définition, distinguant cette fois les *règles de contrôle* (règles qui viennent de la direction, qui descendent du sommet vers la base) des *règles autonomes* (produites par le groupe d'exécutants eux-mêmes dans l'entreprise). Il ne s'agit pas pour lui d'opposer organisations formelles et informelles du travail, dans la mesure où les organisations modernes comme les cercles de qualité ont été à l'origine d'un retournement du principe de distinction antérieur : les pratiques des exécutants ne sont pas ou plus des formes de résistance au changement mais une ressource précieuse à mobiliser, un gisement d'intelligence et de productivité¹².

Dans la définition qu'il donne de la *régulation autonome*, Reynaud précise que celle-ci s'établit contre d'autres régulations venues d'en haut, qu'elle n'est pas officieuse ou informelle, qu'il s'agit de la construction d'un ensemble de normes sociales, avec ce que cela comporte de contrainte et d'apprentissage, enfin qu'elle est fondée par des élaborations rationnelles (en rapport au droit, à l'économie, à la technologie) et que les deux régulations sont par conséquent rationnelles. La construction théorique proposée par Reynaud, bien que cherchant à placer au centre l'interaction entre ces deux formes de régulation par l'invention d'une troisième, la régulation réelle, produite par la négociation et le compromis, évacue finalement toute part d'informel ou d'irrationnel de ces interactions, comme l'arbitraire qui revient aux décisions de pouvoir.

E. Une approche culturaliste de l'esprit d'équipe

Pour Michèle Lamont¹³, « les Français attachent moins d'importance que les Américains à des marques de moralité comme la convivialité, l'esprit d'équipe et l'évitement du conflit. Ils valorisent en revanche au plus haut point un certain type d'humanisme qui fait partie intégrante de la culture bourgeois » (p. 68). Cet auteur reprend les observations de Michel Crozier dans *Le Phénomène bureaucratique*, qui constatait, dans les années 1950, que l'esprit

¹⁰ Jean-Daniel Reynaud, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », in *Revue Française de Sociologie*, XXIX, 1988, pp. 5-18. Voir aussi Jean-Daniel Reynaud, *Les règles du jeu*, Paris, A. Colin, 1989.

¹¹ Classification établie par F.J. Roethlisberger et V. Dickson dans leur présentation des études dirigées par Elton Mayo à la Western Electric (in *Management and the Worker*, Cambridge, Harvard University Press, 1939). Cf. aussi Pierre Desmare, *La sociologie industrielle aux États-Unis*. Paris, Armand Colin, 1986.

¹² Jean-Daniel Reynaud, art. cité.

¹³ Michèle Lamont, *La morale et l'argent. Les valeurs des cadres en France et aux États-Unis*. Paris, Métailié, 1992, en particulier le chapitre « Travail d'équipe, évitement du conflit et pragmatisme dans le monde du travail français », pp. 68-75.

d'équipe serait incompatible avec la culture organisationnelle française : préférence accordée aux règles formelles plutôt qu'informelles, évitement des relations de face-à-face, peu de relations entre niveaux hiérarchiques, une attitude distante et un faible esprit collectif de la part de l'individu soumis à une compétition permanente entre les différents niveaux hiérarchiques, ceux qui détiennent les positions d'autorité restant distants et formels dans leurs relations avec leurs subordonnés. Une quarantaine d'années plus tard, s'appuyant sur les résultats des enquêtes *European values* et sur sa propre recherche, Michèle Lamont observe des différences entre le secteur public et le secteur privé comme entre les entreprises nationales et les entreprises internationales sur cette question. Elle constate que les Français font de la résistance à l'égard de la flexibilité et de la coopération en entreprise, que le travail collectif est plus valorisé en France dans les entreprises du secteur privé et notamment dans les grandes entreprises internationales, que, toutefois, « dans le contexte français le 'travail d'équipe' se traduit souvent en termes de loyauté envers des réseaux professionnels tissés à l'intérieur de l'entreprise, aussi bien qu'en termes de fidélité envers l'entreprise elle-même et ses traditions » (p. 69). Notamment la convivialité et l'évitement du conflit seraient moins valorisés chez les Français que chez les Américains, les premiers manifestant plus de loyauté envers l'entreprise. Elle conclut que le contraste entre les deux modèles d'action est dû essentiellement au modèle culturel français, un humanisme d'inspiration socialiste et athée.

F. Nouveaux modèles organisationnels et crises d'identité

Claude Dubar et Richard Sennett sont parmi ceux qui considèrent que la diffusion des nouveaux modèles organisationnels se trouve à l'origine d'une « crise d'identité » (Dubar), d'une « vision ironique de soi » (Sennett). Pour Claude Dubar, la conversion contrainte à des formes nouvelles de coopération et la dévalorisation conjointe des anciennes identités collectives, de métier ou de classe, sont à l'origine d'une crise des identités au travail¹⁴.

Pour Richard Sennett¹⁵, les changements au niveau des organisations, l'adoption de réseaux flexibles et lâches et l'affaiblissement des liens sociaux peuvent être observés jusqu'au fonctionnement des équipes, où la loyauté ne joue plus le rôle d'avant, car « celle-ci passe d'une tâche à l'autre tandis que le personnel de l'équipe elle-même se renouvelle en cours de route » (p. 28). Ainsi, l'accent mis sur le travail en équipe et la libre discussion, propre à un lieu de travail éclairé et flexible, a eu des effets destructurants sur la vie intime des agents, sur leur caractère principalement, comme Sennett a pu le constater dans ses entretiens. « Le régime temporel du néocapitalisme a créé un conflit entre le caractère et l'expérience, l'expérience d'un temps disjoint menaçant l'aptitude des gens à se forger un caractère au travers des récits continus » (p. 37). L'instabilité de la demande et la spécialisation flexible de la production sont considérées à l'origine d'une situation paradoxale, où « la flexibilité engendre le désordre sans pour autant libérer des contraintes »

¹⁴ Voir Claude Dubar : *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris, PUF (« Le lien social »), 2000, en particulier le chapitre 3, « La crise des identités professionnelles », pp. 95-128. Voir également les autres publications qui lui servent de référence, Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*. Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985 (1^{ère} ed. 1977), ainsi que J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot, D. Linhart (éd.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, J. De Bandt, C. Desjours, C. Dubar, C. Gadéa, C. Teiger, *La France, malade du travail*, Paris, Bayard, 1995, Manuel Castells, trad., *La société en réseau*, Paris, Fayard, 1998, etc.

¹⁵ Richard Sennett : *Le travail sans qualités. Les conséquences humaines de la flexibilité*. Trad. de l'anglais par Pierre-Emmanuel Dauzat, Paris, Albin Michel, 2000 (Titre original *The Corrosion of Character. The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. W.W.Norton & Compagny, New York, 1998).

(p. 81). Il insiste, lui aussi, sur les préjugés sur l'âge et sur la disqualification de l'âge et de l'expérience dans la nouvelle économie (pp.130-131), sur la place qui revient au travail en équipe dans l'éthique du travail moderne, « *aux antipodes de l'éthique du travail telle que la concevait Max Weber* », pour conclure que dans ces conditions « *les relations humaines tournent à la farce* » (p. 149, sq.). Cette farce consiste dans « *la fiction de la disparition de la concurrence à l'intérieur des équipes et la fiction de l'absence de rapports antagonistes entre les patrons devenus 'leaders', et les ouvriers* » (p. 156), dans « *les fictions qui nient les luttes individuelles pour le pouvoir ou les conflits mutuels [qui] ne servent qu'à renforcer la position des plus hauts placés.* » (p. 159), dans « *la répudiation de l'autorité et de la responsabilité dans le travail en équipe flexible* » (p. 161). Le principal effet au niveau des individus est, selon Sennett, que « *ce jeu de pouvoir sans autorité engendre en fait un nouveau type de caractère : à l'homme entreprenant se substitue l'homme ironique* » (p. 163-164).

G. Les formes de travail collectif et l'autonomie dans les collectifs de travail

Une post-enquête sur les questions d'organisation et de fonctionnement de l'unité de travail (Q 26 du questionnaire TOTTO) a abordé la question des formes actuelles du travail collectif¹⁶. On retient une double définition du travail collectif : en rapport avec l'existence de la division du travail interne à l'entreprise (avec la difficulté de percevoir les différences entre les activités individuelles et collectives, d'où le danger de contre sens), **le travail collectif** signifie 'contribuer avec d'autres à la mise en œuvre du produit final de l'entreprise ou du service' ; et la définition restrictive, retenue par l'étude, celle du travail collectif comme *élaboration commune*. La définition de **la coopération** est également restrictive : « *Par coopération nous entendons ici des relations entre des personnes de même niveau hiérarchique, par exemple entre employés, tantôt des relations entre la maîtrise et l'employé* » (p. 4-5). Communication et coopération apparaissent parfois confondues, comme dans le chapitre « Orientations vers des espaces différents », où il s'agit d'orientations vers l'intérieur de l'entreprise (coopération entre fonctions ou entre niveaux hiérarchiques en vue de l'élaboration d'action) et vers l'extérieur de l'entreprise : (a) élaborer des produits en coopération ; entre le concepteur, le sous-traitant et le chantier de réalisation (une pluralité d'interlocuteurs, le client étant un des acteurs parmi d'autres) ; (b) échanges avec le client et uniquement avec le client (relation spécifique des représentants ou des techniciens commerciaux, mais aussi des employés en administration, prestations de service, formation – être formé par le client).

On retiendra également une série d'observations sur les rapports entre travail collectif et autonomie, où la polyvalence est définie comme « *une aide : chacun sait qui aller voir en cas de difficulté, l'autonomie est conquise dans la polyvalence, progressivement avec l'aide des collègues.* »

Les rapports entre **travail collectif et autonomie** font l'objet d'une recherche pointue menée par Christophe Everaere¹⁷. L'auteur part d'une distinction formelle entre les notions d'autonomie, qui renvoie à la division du travail, au partage des tâches, tandis que les collectifs sont liés à la coopération, à l'articulation, à la coordination... (p. 8-9). Il constate la

¹⁶ Régine Bercot, Frédéric de Coninck, Laurence Dhaleine, *Les formes du travail collectif (post-enquête TOTTO)*, Rapport de recherche, Dares, AENPC, LATTs, juin 1995.

¹⁷ Christophe Everaere : *Autonomie et collectifs de travail*, ANACT 1999.

difficulté de mesurer l'autonomie et l'organisation collective du travail et cite dans ce sens l'enquête sur les conditions de travail (p. 17)¹⁸. Cependant, la progression simultanée de l'autonomie et de la dimension collective du travail est une observation générale, de la part de plusieurs auteurs, ainsi que le fait que l'équipe est devenue un leitmotiv des nouvelles formes d'organisation du travail¹⁹. Les collectifs de travail que l'auteur étudie sont en fait des « *collectifs expérimentaux à organisation informelle* » du même ordre que ceux étudiés par Mayo (p. 173).

Cherchant à approcher la variété sémantique et conceptuelle des groupes, l'auteur distingue entre *groupes primaires et groupes restreints* (cf. cette distinction en psychologie sociale, en énumérant plusieurs caractéristiques :

- Le *nombre restreint* : chacun peut avoir une perception individualisée de chacun des autres et être perçu réciproquement par lui, et de nombreux échanges inter-individuels peuvent avoir lieu ;
- La poursuite en commun et de façon active des mêmes buts ;
- Les relations affectives ;
- La forte interdépendance, les sentiments de solidarité ;
- La différenciation des rôles entre les membres ;
- La constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code de groupe)²⁰.

Une autre distinction utile est celle entre les *groupes d'appartenance* (le groupe dans lequel s'exerce la relation de travail, en l'occurrence *le collectif*) et les *groupes de référence* (le groupe qui fournit à l'individu ses valeurs, ses normes et ses modèles d'attitude, d'opinion et de comportement).

À la recherche de précisions sémantiques, Christophe Everaere mobilise également trois notions empruntées à la sociologie des organisations et à l'ergonomie, *l'interdépendance* (l'impossibilité de réaliser seul une activité donnée), *l'interaction* (la traduction de l'interdépendance en actes délibérément orientés vers une action collective) et *la co-activité* (la réalisation simultanée, unité de temps, et/ou contiguë, unité de lieu, d'une action commune qui nécessite une coordination) (p. 175).

Nous retenons aussi les différences observées entre *collectifs « prescrits » et collectifs « réels »* (avec l'exemple des équipes autonomes sur un site de production d'aluminium). Christophe Everaere procède à une « *démystification des collectifs de travail* » à partir de comparaisons menées dans l'industrie automobile, où l'organisation en groupes semi-autonomes de production n'a pas apporté les résultats escomptés ; les critères retenus pour

¹⁸ « Malheureusement un outil médiocre pour repérer le caractère collectif du travail et [qui] ne donne pas d'information sur les activités de communication », cf. M. Cézard, F. Dussert, M. Gollac, « Taylor va au marché. Organisation du travail et informatique », *Travail et emploi*, n°54, 4^e trimestre 1992.

¹⁹ Et donne comme exemple les UET (unités élémentaires de travail, chez Renault) ; les *Gruppenarbeit* (Mercedes) ; les équipes autonomes (Pechiney) ; les UER (Unités élémentaires de responsabilisation, dans l'industrie chimique), la ZAP (zone autonome de production), l'ERE (équipe de responsabilité élargie), les GR (groupes responsables, EDF-GDF), etc.

²⁰ Cf. Christophe Everaere, *op. cit.*, p. 171, sq.

distinguer l'équipe chirurgicale et l'équipe projet en tant que collectifs particuliers ; enfin, la synthèse des conditions nécessaires à la mise en œuvre des collectifs de travail.

3. Quelques hypothèses générales

A. La progression du travail collectif et ses effets

La progression du travail collectif est ambivalente pour les salariés : si elle peut aller de pair avec l'accroissement de leur autonomie, elle s'accompagne aussi d'un encadrement normatif du travail plus développé (évaluation des salariés, usages de l'écrit, de l'informatique, procédures qualité) ce qui aboutit à la figure paradoxale d'une « autonomie encadrée ». Les échanges entre salariés augmentent avec le travail collectif, tout particulièrement pour les professions intermédiaires dont les membres se retrouvent fréquemment à assumer des positions de médiation. Les travailleurs collectifs sont largement impliqués dans toutes les formes de communication et en utilisent volontiers les technologies.

Il est difficile de parler globalement des caractéristiques du travail collectif sans décliner les résultats selon les positions occupées dans les collectifs et les représentations des situations de coopérations. La relative variété des résultats statistiques selon les groupes socioprofessionnels est un indice de l'hétérogénéité de ces situations. L'approche de nature monographique permet de souligner les significations et les enjeux différents du travail collectif selon les groupes considérés.

L'intensification de la coopération au travail a eu comme effet pour les occupants des positions les plus dominées un isolement conflictuel ou stratégique, qui s'inscrit dans la suite des déchirures qui traversent le monde ouvrier. Les travailleurs collectifs, surtout dans les emplois d'exécution, sont davantage soumis à des contraintes de rythme de travail, l'encadrement par les contraintes temporelles s'accroît. Ils bénéficient néanmoins un peu plus souvent d'une aide en cas de surcharge de travail temporaire. Cependant, on constate également la présence de dispositions de coopération durables et de situations de forte identification avec « l'esprit d'équipe » en particulier chez des personnels en fin de parcours professionnel.

B. Les positions de médiation

D'autre part, les changements organisationnels sont à l'origine de la multiplication des positions de médiation, des remplaçants temporaires ou des coordinateurs de groupes dans la longue durée. Ils bénéficient d'une faible reconnaissance pour leur fonction (en terme de salaire ou de statut), doivent encadrer des groupes plus instables et régler les problèmes internes sans avoir l'autorité suffisante, former des stagiaires sans que du temps soit affecté. Ces substituts, médiateurs occasionnels ou professionnels, constituent une véritable couche à deux fronts, contraints d'intégrer une double vision sur le groupe, de se montrer solidaires de leur équipe, d'être « animateurs » et d'empêcher la polarisation entre « eux » et « nous » dans les collectifs. Ils sont placés en position de médiateurs dans les situations de coopération conflictuelle entre les équipes, soit dans les collectifs où il y a une très forte pression hiérarchique, soit là où les rapports de concurrence sont exacerbés. Ils sont paradoxalement

parmi les plus motivés à s'investir dans la coopération et à tenir un discours apologétique sur le groupe, car leur position, moins reconnue formellement, en dépend plus fortement.

Le rôle de la hiérarchie se modifie substantiellement en se déplaçant vers la régulation des problèmes relationnels. Les chefs des échelons supérieurs de la hiérarchie sont plus mobiles qu'avant, plus souvent remplacés, moins présents dans les collectifs qu'ils encadrent, plus jeunes et moins expérimentés, moins attachés à leurs collectifs. La coopération hiérarchique se distingue des autres par la manière où aide et contrôle sont étroitement associés. Le travail de mobilisation des groupes par la hiérarchie est à l'origine d'une ressource particulière, un capital social spécifique favorisant la mobilité et les reconversions.

C. L'esprit d'équipe

Les relations de coopération ne se réduisent pas aux seuls membres des équipes organisées ou des collectifs institués. Le groupe de travail se distingue de l'organisation dans la mesure où il constitue pour ses membres une réalité *sui generis*, dotée d'une forme de sociabilité propre (« l'esprit d'équipe ») et de valeurs éthiques partagées. Le respect d'autrui et la résolution des conflits en interne sont les principales conditions exigées pour « faire équipe ». La diversité des situations de coopération et des liens entretenus est fonction de la position dans le groupe, du degré de reconnaissance par les pairs (les membres du groupe) et/ou par la hiérarchie. Toute position élevée ouvre vers d'autres horizons, et de nombreux responsables de collectifs de travail passent une bonne partie de leur temps à l'extérieur des équipes. Les échanges avec l'extérieur sont pour tous une source d'autonomie et favorisent les reconversions.

Les relations de coopération au travail s'établissent dans le temps et elles ne sont pas réductibles aux formes d'interaction déterminées par une situation donnée. Elles s'appuient sur des dispositions durables, attachées au mode de socialisation des personnes, qu'il s'agisse de la socialisation « primaire », antérieure à l'entrée dans la vie active, ou d'une socialisation « secondaire », liée à l'expérience professionnelle et à l'ancienneté dans l'entreprise. On est plus ou moins « disposé » à coopérer dans la mesure où une habitude ou une routine se sont installées avec le temps.

La représentation dans la durée des relations de coopération suppose également la prise en compte des trajectoires des membres du groupe de travail et l'estimation des chances individuelles de carrière associées au travail en groupe. L'engagement dans le groupe ou la distanciation dépendent aussi de la reconnaissance escomptée ou des profits attendus de cet investissement particulier : en termes de formation ou de qualification, de promotion ou de reconversion. Autrement dit, l'habitude de coopérer n'exclut pas le calcul de l'intérêt à coopérer. La disposition pour coopérer est particulièrement apparente à certains moments de la trajectoire professionnelle, au début, quand on a intérêt à « évoluer », et vers la fin, quand le partage de l'expérience est une condition pour être reconnu.

4. Méthodes et terrain

A. La construction de l'échantillon

L'échantillon a été construit à partir des personnes qui ont accepté d'être interviewées de nouveau après l'enquête par questionnaire. La sélection des personnes suit le modèle d'échantillonnage utilisé par l'enquête principale en fonction des strates et des secteurs public ou privé, de manière raisonnée, 40 entretiens ayant été réalisés en région parisienne.

Dans la mesure où l'un des objectifs de l'enquête est de pouvoir comparer les conditions de travail suivant le type d'établissement, nous avons équilibré les entretiens entre le secteur public (16 cas), le secteur privé à but non lucratif (11 cas) et le secteur privé à but lucratif (13 cas).

Compte tenu de l'objet de notre étude, nous avons décidé de privilégier les relations de coopération au sein de l'équipe médicale soignante stricto sensu²¹, en retenant surtout le personnel soignant (employé, profession intermédiaire ou cadre), afin de mieux pouvoir analyser la complexité de leur travail. Au cours des entretiens, des questions portant sur l'importance des relations avec le personnel non soignant ou des personnes étrangères à l'établissement ont permis de cerner cette dimension.

Parmi le personnel soignant, nous avons réalisé 10 entretiens avec des employés, 19 avec des professions intermédiaires et 11 avec des cadres. Cette surreprésentation du personnel soignant « professions intermédiaires », est liée au fait qu'il s'agit de la strate la plus hétérogène, qui regroupe des infirmiers en soins généraux (49 %), des spécialistes de la rééducation (13 %), des cadres infirmiers (8 %), des infirmiers psychiatries (5 %) et des infirmiers spécialisés (4 %). Le personnel médical cadre est également sur-représenté dans la mesure où les tâches de ce personnel sont plus complexes en raison des fonctions d'encadrement et de sa responsabilité dans la chaîne de soins ou encore en raison de la diversité des spécialités.

Dans le secteur privé, où ces cadres sont généralement des médecins libéraux exclusifs, des entretiens ont été réalisés avec 1 anesthésiste et 2 chirurgiens. Dans le secteur public, il s'agit de médecins hospitaliers dans deux tiers des cas.

Compte tenu de la taille restreinte de l'échantillon, il n'a pas été possible de multiplier les critères de sélection permettant d'effectuer des comparaisons de nature monographique. Cependant, nous avons réussi à tenir compte de la diversité de la région parisienne (en termes centre périphérie, ce qui est reflété en partie par le type d'établissement et leur taille), mais aussi en termes de diversité des publics, un hôpital local de Seine-Saint-Denis ayant par exemple un recrutement de patientèle différent comparé à un hôpital parisien. À type de pathologie et à effectif égal, le type de public peut devenir un élément important pour les conditions de travail.

Chacun des groupes professionnels représentés dans notre échantillon a été divisé en deux sous-groupes en fonction de l'âge et de l'ancienneté, et nous nous sommes efforcés de

²¹ Strates 14, 15, 16, 24, 25, 26 des salariés.

contraster les discours de jeunes salariés de ceux tenus par les plus âgés et les plus expérimentés.

Observations sur les caractéristiques de l'échantillon des 40 personnes interviewées (cf. l'extrait de la base de données des réponses au questionnaire)

LA LOCALITÉ DE DOMICILE DES PERSONNES INTERROGÉES : 16 habitent Paris, les 24 autres les départements de la région parisienne (7 dans le 94, 6 dans le 77, 3 dans le 92, 3 dans le 93 et 3 dans le 95, 2 dans le 91). Les personnes interrogées habitent pour la plupart dans le département où elles travaillent.

LA DISTINCTION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS, ASSOCIATIFS ET PRIVÉS n'est pas toujours simple, des mutations ont eu lieu entre l'interview par questionnaire et l'entretien.

- 10 personnes travaillent dans un établissement de l'AP ;
- 6 personnes travaillent dans un centre hospitalier (HG) ou un établissement public de santé (d'une ville ou commune). Elles sont donc 16 à travailler dans le public.
- Pour les établissements privés à but non-lucratif, leur identification n'est pas toujours simple : il y a ainsi deux fondations dans l'échantillon, une est privée, l'autre associative. Au total, 11 personnes travaillent dans le secteur associatif.
- 13 personnes travaillent en clinique privée.
- Les noms des établissements sont parfois trompeurs ou indéchiffrables : « *La renaissance sanitaire* » ! La rubrique des observations n'a pas toujours été remplie.

CS1 → le code PCS regroupé

- Il n'y a pas de surprise à cette catégorie de réponses, sauf l'absence de réponse (de donnée enregistrée) pour trois personnes :
 - Il y a 8 cadres, 19 professions intermédiaires (infirmiers), 10 employés (aucune distinction entre aide soignante, auxiliaire, aide-laborantin et employée en cuisine)

CS2 → le code PCS INSEE regroupé

- 8 x 34 (professeurs, professions scientifiques)
- 18 x 43 (professions intermédiaires de la santé)
- 10 x 52 (agents de service de la fonction publique)

L'âge

- La distribution des âges correspond à la recherche d'interlocuteurs expérimentés : 7 ont moins de 35 ans (2 moins de 30), 18 ont entre 36 et 50 ans, 13 ont 51 ans et plus (4 entre 60 et 62).

La situation familiale

- 11 personnes vivent seules, 29 vivent en couple, 24 ont des enfants.
- On peut faire l'hypothèse (cf. plus loin le rapport à l'emploi) que la stabilité relative des emplois dans les établissements de santé a un effet sur la vie familiale (vie en couple et enfants), mais on a peu d'informations sur les histoires des familles et en particulier des 11 « personnes seules ». Il n'y a qu'un seul CDD (la pharmacienne) parmi les 40 personnes interrogées, les autres sont soit fonctionnaires (14) ou ont des CDI (22) – il y a de nouveau absence d'information sur les trois médecins du privé.

TPS → le travail à plein temps ou à temps partiel

- 33 personnes travaillent à temps plein, 7 à temps partiel (dont seulement deux à mi-temps, 3 autres étant à 60-75 %, 2 à 80 %).

TPSpart → la décision de travailler à temps partiel appartient à qui ?

- peu de réponses pour savoir si le travail à temps partiel est un choix ou une contrainte – 3 contraints, 5 par choix

B. Le guide d'entretien

Pour valider et approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail dans les établissements de santé, le guide d'entretien reprend l'ensemble des questions impliquant des rapports de coopération au travail du questionnaire. Il s'agit en particulier des questions 17-18 (formation et coopération), 21 (rapports hiérarchiques), 19-20, 22-23 (communication), 24-26-27-44-59 (gestion des risques et des conflits, relations au public), 28-29-30 (communication), 32-34 (informatique), 39-49, 50-52 (coopération et rythme de travail, résolution des problèmes, autonomie-responsabilité).

Ces questions²² n'ont pas le même « poids » dans la représentation construite du « travail collectif », s'agissant aussi de degrés d'intensité différents de la coopération au travail. Elles portent sur l'évaluation du temps occupé par le travail en équipe dans l'ensemble de l'activité de la personne interrogée, sur la composition du groupe des partenaires, sur l'inscription ou non de certaines activités comme la formation ou le remplacement parmi les activités « collectives », sur la part des relations hiérarchiques dans le travail collectif et leurs formes spécifiques de coopération, sur la place qui revient aux activités formelles (comme des réunions) ou informelles (auto-mobilisation) dans la constitution et le fonctionnement des « collectifs », sur le passage ou non par une formation spécifique pour ce type d'activité, sur la reconnaissance spécifique, etc.

Nous avons ajouté les questions suivantes : une question relative aux changements intervenus dans l'organisation du travail dans l'établissement et dans l'activité professionnelle de la personne interrogée pendant les dernières années. La personne interrogée a été mise ainsi en situation d'observateur de son propre milieu, et devait évaluer les changements intervenus de manière « subjective », en prenant position par rapport à ces changements. Une autre question ajoutée concerne les projets ou les possibilités de la personne interrogée d'avoir la même activité en travaillant seule, ainsi que sur ses éventuels projets de changement de poste ou d'activité. Il s'agit d'inscrire la trajectoire de chaque personne dans une perspective longue et de pouvoir réaliser des comparaisons avec d'autres trajectoires possibles dans le champ professionnel. Pour analyser les réponses, les évaluer et les différencier, elles ont été resituées dans le contexte de l'activité de la personne interviewée. Une partie du questionnement a donc nécessairement envisagé les conditions de travail dans leur globalité.

D'autres questions concernent l'hôpital et la clinique comme centres d'observation de leur environnement social à travers les transformations de leur public et des pathologies (si c'est le cas) ; les projets de carrière professionnelle des personnes interviewées ou des considérations rétrospectives sur leur propre parcours, par rapport à d'autres trajectoires possibles, celles d'anciens collègues, etc.

C. Comparaison des réponses aux questionnaires et aux entretiens

Les réponses obtenues des personnes interrogées par entretien semi-directif dans le cadre de la post-enquête diffèrent sous plusieurs aspects.

- (a) L'entretien fait appel à la mémoire, donc à une reconstruction sélective des événements passés, agencés en fonction du point de vue de la personne interrogée au moment de l'entretien. Il ne s'agit donc pas d'une comparaison entre deux points de vue de la même personne (le premier retenu par le questionnaire et le deuxième par entretien), mais d'une projection a posteriori où le point de vue actuel est déterminant.

Pendant l'entretien, les questions relatives aux formes de coopération dans le travail n'apparaissent plus dispersées parmi d'autres questions comme dans le questionnaire, mais regroupées autour de la seule problématique de la « coopération », du « collectif » et de « l'équipe », objectif annoncé d'emblée par l'enquêteur aux personnes interrogées. Celles-ci

²² Nous reprenons ici une série d'observations d'ordre général à partir de comparaisons entre les parties concernant la coopération au travail dans le questionnaire COI (1997) et le questionnaire actuel.

étaient par conséquent amenées à réfléchir, plus qu'elles n'avaient pu le faire avant, en répondant au questionnaire, aux différentes formes de coopération dans leur activité, les comparant et les hiérarchisant. L'imposition des règles du récit fait que le champ sémantique défini par le guide d'entretien est différent de celui du questionnaire. Le souci de cohérence de la personne interrogée est plus élevé en situation d'entretien, dans la mesure où elle doit expliciter sa position par rapport à la problématique énoncée, décrire, évaluer, argumenter, exemplifier ses propres modalités de travail.

Un autre effet induit par la situation d'entretien, moins présent au moment de la passation du questionnaire, est celui de *la comparaison rétrospective ou historique*. Le fait d'évoquer des changements intervenus dans l'organisation du travail – en particulier pour ce qui concerne les formes de coopération – permet de repérer des tendances, de répertorier les différentes formes d'activité collective et d'évaluer leur intensité. Cette dimension « historique » des réponses obtenues par entretien est absente des réponses obtenues au questionnaire.

- (b) L'accord d'être interrogé de nouveau a été obtenu généralement de la part de personnes ayant une certaine stabilité de l'emploi et / ou ayant connu un avancement dans leur carrière. Cette stabilité, et la disponibilité à l'égard de l'enquête, sont par elles-mêmes des indicateurs d'une meilleure intégration dans des « collectifs » de travail. Tout cela favorise a priori une vision plus « positive » des formes de coopération (les moins coopératifs seraient aussi plus réticents pour se laisser interviewer).

Le biais introduit par l'imposition d'une définition normative du « travail collectif » ne peut pas être totalement neutralisé ou contrôlé. L'intérêt manifesté par des autorités scientifiques et administratives pour le travail collectif, à l'origine d'une telle investigation (l'enquête), lui confère d'avance de l'importance (on ne s'intéresserait pas autrement « à ça »). Cet intérêt peut être associé à celui des partisans du travail en réseau, l'enquête considérée comme une forme d'incitation ou de mobilisation, voire de contrôle du travail collectif, et le sociologue sur le terrain perçu comme un inspecteur du travail. La situation d'entretien stimule ainsi des dispositions de bonne volonté culturelle de la part des personnes interrogées, des dispositions associées en général à la possession d'un certain capital culturel (cadres ou « classes moyennes »). Travailler en équipe constituerait ainsi une valeur en soi, au moins sous certaines conditions. Plusieurs sujets ont eu tendance à se rapporter à cette forme de travail comme à une *norme positive*, même s'ils ont pu répondre de manière différenciée en fonction de leur statut, des bénéfices ou des pertes enregistrés sur le plan personnel par le travail collectif. La définition normative du travail en commun est également présente à l'esprit des personnes qui expriment des points de vue critiques sur les modalités de coopération ou les formes d'appartenance à une équipe (les « bons » ou les « mauvais » collectifs) : un « mauvais collectif » (absence de coopération dans le groupe, conflits fréquents) ne constituerait pas une « véritable équipe » : chacun travaille « dans son coin », présente son activité propre comme distanciée de celle des autres, etc.

L'effet d'imposition normative d'une définition du travail collectif est dû à l'association de la problématique de l'enquête à un cadre discursif plus général, celui qui est donné par une

culture managériale, largement diffusée à travers des stages de formation, les discours des cadres, les médias, etc²³.

L'introduction dans le guide d'entretien d'une question relative aux projets de carrière de la personne interrogée (changement d'établissement, de secteur) cherchait à identifier le champ des formes d'activité possibles propres à une profession (par exemple, infirmière à l'hôpital et infirmière en entreprise) et les différentes définitions corrélatives du travail collectif et des modalités de coopération. Comparer son activité à celle des collègues exerçant la même profession dans un autre cadre, exprimer ses intentions de changement de poste ou de lieu de travail donne l'occasion à la personne interrogée de définir sa position cette fois non pas par rapport à son propre parcours, mais par rapport à ses chances objectives de carrière (impliquant ou non une reconversion) et de se situer par rapport à des trajectoires possibles ou comparables. Les réponses obtenues à cette question donnent la possibilité de classer ces activités en commun en fonction de leur degré de reconnaissance (par les pairs et/ou par la hiérarchie) et d'observer les stratégies individuelles et collectives qui leur sont associées (par exemple, le travail collectif favorisant l'accumulation de compétences ou d'expériences, c'est-à-dire une espèce de capital spécifique qui rend possible une singularisation de l'activité professionnelle, l'avancement et l'occupation de postes de responsabilité, la mise à son compte, le travail à domicile en cas de licenciement, etc.).

Si la réunion dans le guide d'entretien de plusieurs questions sur les différentes formes de coopération au travail oriente le discours des personnes interrogées vers des représentations plus cohérentes de la dimension collective de leur activité, avec des degrés différents d'ajustement aux attentes de l'enquêteur, cela n'exclut pas les contradictions entre ce qui est conçu ou perçu comme étant une définition standard de la coopération ou une représentation idéale d'un fonctionnement en équipe et le vécu en situation de travail et en temps réel. Cet écart est exprimé parfois sous la forme d'un double discours. Des contradictions apparaissent entre les formes les plus reconnues et les formes les moins reconnues de coopération, les dernières étant parfois éliminées de la sphère du travail « proprement-dit » : déjeuner avec des collègues ou mettre en contact des publics différents. Il peut apparaître ainsi dans les entretiens une contradiction entre la représentation « sociologique » des formes de coopération, globalisante, et les représentations « professionnelles », où la part du « social » est minimisée, occultée ou dévalorisée (car informelle, illicite, secondaire).

D. Le test du guide d'entretien et l'enrichissement de la problématique

Pour tester le guide d'entretien, nous avons au préalable réalisé une interview approfondie d'un médecin travaillant dans un Centre de santé et ne faisant pas partie de l'échantillon. Nous reproduisons cet entretien *in extenso* dans les annexes de ce rapport, ainsi que l'entretien réalisé avec une infirmière en entreprise, réalisé dans le cadre de la post-enquête sur les relations de coopération au travail (Gheorghiu, 2001). Ces entretiens semi-directifs nous ont permis d'aller au-delà des questions spécifiques du questionnaire :

²³ Sur l'imposition et la diffusion du modèle managérial de travail en réseau voir Luc Boltanski, Eve Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme, op. cit.*, en particulier « Les années 1990 : vers un modèle d'entreprise en réseau », pp. 111-132, et « La généralisation de la représentation en réseau », pp. 208-230.

- La nécessité de distinguer entre autonomie et isolement dans le travail : les personnes les plus autonomes disposent des degrés les plus élevés de qualification et de reconnaissance professionnelle, l'isolement étant plutôt un effet de déclassement ou de domination. Les personnes plus dominées ou plus « isolées » dans leur travail sont plus souvent à la recherche de modalités de coopération « secondaire » (avec des collègues de catégories inférieures, dans des structures multiprofessionnelles).
- Les changements organisationnels dans le secteur hospitalier (autonomisation de certains établissements, regroupement d'hôpitaux dans un super-hôpital « européen ») et les rationalisations du travail (timing des consultations) ont favorisé les formes de coopération contrainte que nous avons pu observer ailleurs (dans l'industrie).
- Le champ hospitalier, à la différence d'autres secteurs de l'univers médical, apparaît comme plus hiérarchisé et plus inégalitaire, car réunissant les catégories les plus reconnues et les moins reconnues du personnel (en particulier parmi les cadres). Les questions relatives à la coopération hiérarchique doivent par conséquent faire l'objet d'une attention particulière.
- Parmi les effets des changements intervenus en 1996 et après : la constitution de l'ARH, l'agence régionale d'hospitalisation, les regroupements d'hôpitaux, les réductions de personnel, les rapports de concurrence et de solidarité renforcés.
- L'itinéraire professionnel des personnes interrogées est révélateur des stratégies de carrière et de la structure du champ, entre médecine libérale et le secteur public. La même personne peut être présente dans plusieurs champs : l'hôpital, le cabinet privé ou la clinique, les facultés de médecine. Des stratégies de reconversion peuvent y être attachées pour changer de secteur ou de statut. De ce point de vue, la coupure entre public et privé, pertinente d'un point de vue institutionnel, ne recouvre pas forcément les parcours des personnes.
- La variété des formes de coopération doit être prise en compte : avec les pairs, avec la hiérarchie, avec le personnel subordonné, avec les partenaires, avec les patients et leurs familles.
- Les membres des professions médicales peuvent bénéficier de formes de coopération spontanée, apportant des gains symboliques, politiques, civiques..., à l'extérieur du champ professionnel.

E. Les situations d'entretien

La post-enquête a débuté en août 2003. La première étape a été consacrée à la documentation préalable, à la constitution de l'échantillon, à l'élaboration du guide d'entretien et à son test. Plusieurs entretiens ont été réalisés dès les premiers mois de l'enquête. La prise des contacts avec les personnes à interroger (rédiger et envoyer le courrier, téléphoner et relancer), la réalisation des quarante entretiens et leur retranscription ont duré jusqu'en avril 2004. Des rapports intermédiaires ont été remis en septembre 2003 et en mars 2004.

La grande majorité des entretiens avec des aides soignantes et des infirmières ont eu lieu au domicile des personnes interrogées. Deux ont préféré rencontrer le chercheur dans un café, une est venue au bureau du chercheur. La majorité des entretiens avec les cadres médicaux ont eu lieu sur leur lieu de travail, à l'exception de trois, les personnes interrogées à leur domicile étant une à la retraite et une autre en congé de maternité.

L'organisation du rapport

Dans la première partie du rapport, « La validation des résultats », on analyse d'abord les réponses au questionnaire des 40 personnes interrogées par entretien sur les principaux sujets de la coopération au travail : la formation, la polyvalence, les positions hiérarchiques, la coopération avec les malades, avec le public et les familles, la communication et la coopération (l'informatique), la coopération contrainte (le rythme de travail imposé par les collègues et/ou les médecins), la coopération hiérarchique et l'entraide des médecins, les rapports entraide / besoin de personnel (« collègues suffisants »), les différentes formes d'aide obtenue (médicale, des chefs, des collègues, autres, extérieure) et les responsabilités dépassées, les tensions dans les relations de travail (avec le public, les chefs, les collègues), les réunions et les accords sur le temps de travail. Par la suite, l'analyse des entretiens permet la validation des principales hypothèses, concernant en particulier la progression du travail collectif (comme double effet, de position et de trajectoire) et les changements des conditions de travail en milieu hospitalier dans la perspective de leur incidence sur la coopération (en particulier l'amélioration globale des conditions de travail matérielles et les relations de coopérations instituées).

Une seconde partie est consacrée à l'analyse des trajectoires professionnelles et des rapports de coopération des membres du corps médical (parcours d'anesthésistes – réanimateurs, de chirurgiens libéraux, de chefs de clinique et autres positions intermédiaires, et des « précaires »), de personnels intermédiaires (cadres infirmiers et assistante sociale chef de service, infirmières expérimentées, infirmières jeunes et précarité de statut) et d'aides soignantes, auxiliaires et agents hospitaliers.

Un travail substantiel a été réalisé pour l'isolement des principales variables figurant dans les retranscriptions des entretiens, permettant la comparaison entre les différents points de vue exprimés et leur croisement avec les trajectoires construites pour chaque personne interrogée. La trajectoire professionnelle de chaque agent peut être ainsi comparée aux caractéristiques de l'établissement où il travaille (mais aussi des établissements où il a travaillé antérieurement), aux changements intervenus dans son environnement, ainsi que le regroupement thématique de tous les items prévus par le guide d'entretien.

La fin de chaque chapitre réunit les recommandations adressées au ministère par les personnes interviewées pour l'amélioration des conditions de travail.

Dans les annexes du présent rapport figurent le tableau des personnes interviewées, le guide d'entretien, la bibliographie, ainsi que la retranscription de deux entretiens réalisés hors échantillon.

II. La validation des résultats

1. Réponses au questionnaire et réponses en entretien

Nous avons confronté de manière systématique les réponses données à l'interview par questionnaire par les personnes avec lesquelles nous avons réalisé un entretien – s'agissant d'entretiens semi-directifs, les questions posées n'étaient pas identiques à celles du questionnaire. Cette confrontation ne concerne que les questions portant sur la problématique de la post-enquête sur les relations de coopération au travail.

A. Coopérer dans la formation

QUESTIONS 17 et 18 : Avez-vous à former des élèves ou des étudiants dans le cadre de votre activité habituelle sur le lieu de travail de votre établissement (hors cours magistraux) (oui, non).
Si oui, diriez-vous que cela représente pour vous (*plusieurs réponses possibles*) : 1. une charge de travail supplémentaire, 2. un élément positif, 3. sans effet
En dehors des élèves ou étudiants, vous arrive-t-il de former des nouveaux ou des intérimaires à la tenue de leur poste ? (oui, non)

Les questions sur la formation concernent directement les rapports de coopération au travail et la configuration des équipes.

Parmi les aides soignantes, auxiliaires et autres employé(e)s, deux seulement ne se sont pas senties concernées par ce type d'activité :

AS3 (4676), aide soignante en clinique pour des personnes âgées en fin de vie, et Au1 (4048)²⁴, auxiliaire au service de stérilisation d'un hôpital parisien. La dernière a eu un début tardif dans son métier ; son handicap léger (malformation osseuse) et ses mauvaises relations avec les jeunes de l'équipe peuvent en fournir l'explication. Elle avait fait l'expérience dans un autre service, en maternité, « *des conflits énormes entre auxiliaires et les aides soignantes parce qu'il était considéré que les anciens devaient donner des ordres et les nouveaux obéir* ». Elle critique les jeunes collègues : « *sont souvent très capricieuses* », « *travailler en équipe et la relation humaine n'est pas leur point fort. Elles ont pris ce travail peut être parce qu'elles n'ont que ce diplôme, et souvent elles travaillent seules* ».

CONTRADICTION DANS LES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ? La question 17 semble inappropriée pour les employés, d'où une certaine confusion dans les réponses. À la différence de la question 17, la question 18 ne donne pas la possibilité d'évaluer la charge de travail représentée par la formation « des nouveaux et des intérimaires ». Plusieurs réponses semblent par conséquent contradictoires.

Déclarent ne pas avoir une activité de formation, mais s'occupent de nouveaux et d'intermédiaires (sans pouvoir savoir dans ce cas s'ils considèrent cette activité comme une charge de travail supplémentaire et un « élément positif », ou non) :

²⁴ Le premier chiffre est le numéro de l'entretien (Au1 = entretien avec auxiliaire n° 1, AS2 = entretien avec aide soignante n° 2, etc.), le second, entre parenthèses, est celui du questionnaire (« numpost »).

AS2 (0553), aide soignante, immigrée, ex ASH, travaillant en clinique psychiatrique : elle dit avoir une activité de formation, qui n'est pas une charge de travail supplémentaire et la juge positivement – mais ne forme pas des nouveaux et des interimaire.

AS4 (2207), aide soignante (ancienne, mobile), en rééducation rhumatologique dans un hôpital privé, dit avoir une activité de formation, mais pas de charge de travail supplémentaire et la juge positivement ; forme aussi des nouveaux et des interimaire.

AU5 (1868), auxiliaire de puériculture (stable, épuisée), travaillant à la crèche d'un hôpital, dit avoir une activité de formation, qui n'est pas une charge de travail supplémentaire et la juge positivement – mais pas des nouveaux et des interimaire.

AU6 (1830), auxiliaire de puériculture (stable), crèche d'hôpital, dit avoir une activité de formation, qui constitue une charge de travail supplémentaire mais est positive – sans s'occuper des nouveaux et des interimaire.

AS7 (0239), aide soignante (stable, immigrée), clinique privée d'orthopédie, dit avoir une activité de formation, représentant une charge de travail supplémentaire, mais positive ; ne s'occupe pas des nouveaux et des interimaire.

AL8 (0746), aide laborantin à la pharmacie d'un hôpital, dit ne pas avoir une activité de formation, mais s'occuper des nouveaux et des interimaire.

AH9 (2684), serveuse à la cantine (en long arrêt maladie au moment de l'entretien) d'une clinique de cardiologie (93), dit ne pas avoir une activité de formation – mais s'occuper des nouveaux et des intermédiaires interimaire.

AS10 (2491), aide soignante de nuit, passée dans le privé après une demi-retraite, dit avoir une activité de formation, mais pas de charge de travail supplémentaire et la juge positive, s'occupant aussi des nouveaux et des interimaire.

Malgré cette relative confusion, on peut conclure qu'une grande majorité parmi eux apprécie la formation des jeunes collègues.

Dans le cas des infirmières, même type de réponses en général :

IC12 (3482), cadre infirmier en psychiatrie, en hôpital de jour et en extra-hospitalier, dit avoir une activité de formation, qu'il ne considère pas une charge de travail supplémentaire et la juge positive – par contre ne s'occupe pas des nouveaux et des interimaire.

IC13 (0763), infirmier cadre en extra-hospitalier, psychiatrie, dit avoir une activité de formation, qui est une charge de travail supplémentaire et la juge positive – et s'occupe des nouveaux et des interimaire aussi.

IC14 (0358), cadre infirmière qui venait de changer de poste, chef du service hôtellerie au moment de l'entretien, Centre Hospitalier, disait avoir une activité de formation, constituant une charge de travail supplémentaire et positive – aussi des nouveaux et des interimaire. Cela ne correspondait plus à la situation au moment de l'entretien.

IP15 (0731), infirmière en psychiatrie, CMP, hôpital général, dit avoir une activité de formation, charge de travail supplémentaire et positive – et des nouveaux et des intérimaires aussi.

K17 (2045), kinésithérapeute dans un institut mutualiste, dit avoir une activité de formation, charge de travail supplémentaire et positive – et des nouveaux et des intérimaires aussi.

II19 (2461), infirmière instrumentiste expérimentée, clinique d'orthopédie, dit ne pas avoir une activité de formation, mais ce n'est pas une charge de travail supplémentaire, elle la juge positivement – s'occupe par contre des nouveaux et des intérimaires.

N20 (0500), nutritionniste dans une clinique de cardiologie (93), dit ne pas avoir une activité de formation – mais s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

I21 (1207), infirmière, ancienne aide soignante en clinique d'oncologie, dit avoir une activité de formation, pas charge de travail supplémentaire mais la juge positive – et s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

AR22 (0736), assistante en radiologie dans un hôpital, dit avoir une activité de formation, pas de charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

IA23 (0975), infirmière anesthésiste en hôpital, dit avoir une activité de formation, pas charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

IP24 (3601), jeune infirmière puéricultrice, dans un institut de puériculture, dit avoir une activité de formation, pas de charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

I25 (2414), infirmière (épuisée) dans un hôpital parisien, en soins palliatifs, dit avoir une activité de formation, pas de charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

I26 (1338), infirmière de nuit en clinique d'orthopédie à Paris, dit avoir une activité de formation, pas de charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intérimaires.

I27 (0113), infirmière de nuit dans un hôpital parisien, en gériatrie, dit avoir une activité de formation, représentant charge de travail supplémentaire mais la considérant comme une activité positive, – et s'occupe aussi des nouveaux et des intérimaires.

I28 (1014), infirmière au chômage au moment de l'entretien, anciennement en clinique, service de rééducation, dit avoir une activité de formation, constituant une charge de travail supplémentaire et positive – mais pas des nouveaux et des intérimaires.

IL29 (1278), infirmière en libéral, clinique, dit avoir une activité de formation, constituant une charge de travail supplémentaire et qui n'est pas positive – s'occupant aussi des nouveaux et des intérimaires. Elle est la seule à ne pas juger positivement ce type d'activité !

La réponse de ASS11 (0740), assistante sociale chef service dans un hôpital parisien, est surprenante : elle dit ne pas avoir une activité de formation, mais s'occuper des nouveaux et des intérimaires. Cette réponse est due à une représentation strictement formelle de la « formation », de la part d'une personne qui souhaiterait enseigner, avoir un statut universitaire (cf. entretien). Cette réponse relativise beaucoup les réponses des autres qui déclarent sans doute faire de la formation dans un sens plutôt informel !

Deux personnes (sur 19 infirmières et assimilés) répondent par non aux deux questions : O16 (3481), orthophoniste en CMP (93), et ARC18 (3498), assistante de recherche clinique à l'Institut mutualiste. Il ne s'agit pas de personnes isolées dans leurs activités, mais coopérant avec des collègues ayant un autre statut ou une autre spécialité.

LES RÉPONSES DES MÉDECINS

Les trois médecins anesthésistes déclarent faire de la formation, leurs réponses diffèrent par quelques nuances : pour celui qui travaille dans le public, cela représente une charge de travail, tout en étant un élément positif, pour celui qui travaille dans le privé c'est une charge de travail qui n'est pas « positive », enfin, seulement pour la manager de bloc opératoire « tout va bien » (pas de charge de travail, c'est positif).

MA30 (1496), médecin anesthésiste réanimateur ORL à l'hôpital parisien, dit avoir une activité de formation, qui est une charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intermédiaires. MA31 (4977), anesthésiste en clinique privée dans le 93, dit avoir une activité de formation, représentant une charge de travail supplémentaire qui n'est pas positive – et s'occupe aussi des nouveaux et des intermédiaires. MA32 (4116), anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, institut mutualiste, dit avoir une activité de formation, pas de charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intermédiaires.

Les chirurgiens travaillant en clinique déclarent ne pas avoir cette activité (CH33, 4979, CH34, 4944). L'absence de la fonction formative dans leur activité pose un problème d'identité professionnelle, surtout en fin de carrière (cf. entretiens).

MP35 (3469), chef service d'urgences, hôpital (93), dit avoir une activité de formation, pas de charge de travail supplémentaire et qui est positive – et s'occupe des nouveaux et des intermédiaires.

MP37 (1501), chef service pédiatrie en hôpital parisien, dit avoir une activité de formation, qui est sans effet comme charge de travail – et s'occupe des nouveaux et des intermédiaires.

Pour eux, la formation fait partie de la charge de travail.

Les médecins travaillant dans le secteur privé non-lucratif (voir aussi supra) :

MN36 (3636), médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale, dit avoir une activité de formation, représentant une charge de travail supplémentaire et positive – et s'occupe des nouveaux et des intermédiaires.

MO38 (1072), médecin associatif, retraitée depuis quelques mois au moment de l'entretien, anciennement en centre de rééducation, dit ne pas avoir une activité de formation, pas charge de travail supplémentaire mais la juge positivement (contradiction observée déjà plus haut) – et s'occupe des nouveaux et des intermédiaires.

À tout niveau, la formation, formelle ou informelle, constitue une forme de coopération valorisante pour la personne, reconnue dans ses compétences.

Les deux personnes qui répondent formellement « non » à cette question sont celles qui ont un statut précaire : MR39 (1492), radiologue en hôpital parisien (ayant en réalité des vacances dans trois hôpitaux différents), et Pha40 (4202), travaillant à la pharmacie d'un hôpital parisien.

B. La polyvalence

LA QUESTION 19 : Occupez-vous différents postes ou fonctions ? (polyvalence) : 1. oui, vous faites une rotation régulière entre plusieurs postes ou fonctions ; 2. oui, vous faites partie d'un pool de remplacement ; 3. oui, vous changez de poste au sein du service en fonction des besoins ; 4. oui, vous changez de poste au sein de l'établissement en fonction des besoins ; 5. non. Si oui, 1. du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification est-ce : 1. plutôt mieux ? 2. plutôt moins bien ? 3. sans effet ? 2. du point de vue de votre charge de travail, est-ce : 1. plutôt mieux ? 2. plutôt moins bien ? 3. sans effet ? 3. du point de vue des résultats de votre travail, est-ce ? 1. plutôt mieux ? 2. plutôt moins bien ? 3. sans effet ?

Les réponses à cette question complexe sont intéressantes pour comprendre la disponibilité des personnes et les représentations par rapport à la coopération contrainte (changement d'équipes ou de poste dans l'équipe). Personne ne travaille dans un « pool de remplacement », mais une infirmière en libéral fait fonction de « pool » toute seule dans sa clinique (change de service et de secteur en fonction des besoins en permanence).

Ne sont pas concernées par la question – ayant répondu non :

AS7 (0239), aide soignante immigrée, clinique privée d'orthopédie ; AL8 (0746), aide laborantin en pharmacie ; AU6 (1830), auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital ; AU5 (1868), auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital ; AS4 (2207), aide soignante en rééducation rhumatologique, hôpital privé ; AS10 (2491), aide soignante de nuit passée dans le privé après demi-retraite ; AH9 (2684), serveuse cantine, clinique de cardiologie ; AS3 (4676), aide soignante en clinique pour des personnes en fin de vie.

Une seule aide soignante (AS2, 0553), en clinique psychiatrique, déclare travailler en rotation régulière et considère cela plutôt mieux (du point de vue de l'intérêt, de la compétence, de la qualification), et plutôt mieux sur la charge de travail – plutôt mieux aussi sur les résultats du travail.

LES RÉPONSES NÉGATIVES SONT EN PARTIE CONTRADICTOIRES AVEC D'AUTRES (celles concernant la formation, par exemple), ou par rapport aux données de l'entretien : l'aide laborantin (AL8, 0746), insiste beaucoup dans l'entretien sur les deux activités distinctes qu'il fait dans la journée, une qui est de l'ordre de la gestion des flux de médicaments (ce qui dépasserait d'ailleurs les attributions de son poste), une autre qui est de la manipulation des stocks et de la distribution.

Environ la moitié des infirmières (et assimilées) déclarent ne pas travailler en « polyvalence », et il s'agit dans la plupart des cas des plus spécialisées : K17 (2045), kinésithérapeute, institut mutualiste ; IC14 (0358), cadre infirmière psy devenue chef service hôtellerie ; N20 (0500), nutritionniste, clinique de cardiologie ; AR22 (0736), assistante en radiologie ; ASS11 (0740), assistante sociale, chef service ; IA23 (0975), infirmière anesthésiste ; I28 (1014), infirmière au chômage, anciennement en clinique ; II19 (2461), infirmière instrumentiste ; IP24 (3601), infirmière puéricultrice ; I21 (1207) infirmière ancienne aide soignante, clinique d'oncologie.

Celles qui travaillent en polyvalence, sont partagées entre celles qui font une évaluation positive et celles qui accusent la charge de travail supplémentaire :

IL29 (1278), infirmière en libéral, clinique : oui, change de service en cas de besoin dans l'établissement (4) – ce qui est plutôt mieux (intérêt, compétence, qualification) – plutôt mieux sur la charge de travail – plutôt mieux sur les résultats du travail.

I27 (0113), infirmière de nuit, hôpital, gériatrie : oui, rotation régulière – plutôt mieux (intérêt, compétence, qualification) – sans effet sur la charge de travail – sans effet sur les résultats du travail.

IP15 (0731), infirmière en psychiatrie, CMP : oui, rotation régulière – plutôt mieux (intérêt, compétence, qualification) – plutôt moins bien sur la charge de travail – plutôt mieux sur les résultats du travail.

IC13 (0763), infirmier cadre en psychiatrie : oui, change de service en cas de besoin (3) – plutôt mieux (intérêt, compétence, qualification) – plutôt moins bien sur la charge de travail – sans effet sur les résultats du travail.

I26 (1338), infirmière de nuit en clinique : oui, rotation régulière – plutôt moins bien (intérêt, compétence, qualification) – plutôt moins bien sur la charge de travail – plutôt moins bien sur les résultats du travail.

I25 (2414), infirmière en hôpital, soins palliatifs : oui, changement de poste dans l'établissement en fonction des besoins – qu'elle juge plutôt moins bien de tous les points de vue – intérêt, compétence, qualification, charge de travail, résultats du travail.

O16 (3481) orthophoniste en CMP : oui, dans l'établissement en fonction des besoins (4) [réponse surprenante], situation qu'elle juge plutôt mieux de tous les points de vue : intérêt, compétence, qualification, charge de travail et résultats du travail. Cette personne apprécie beaucoup dans l'entretien l'esprit d'équipe qui existe dans son CMP.

IC12 (3482), infirmier cadre en psychiatrie, hôpital : oui, rotation régulière, plutôt mieux pour l'intérêt, la compétence, la qualification, plutôt moins bien pour la charge de travail et plutôt moins bien sur les résultats du travail.

ARC18 (3498), attachée de recherche clinique, institut mutualiste : oui, dans le service (3) – plutôt mieux (intérêt, compétence, qualification) – plutôt moins bien sur la charge de travail – plutôt mieux sur les résultats du travail.

Sept jugent favorablement l'intérêt de la « polyvalence » pour le travail, mais ils ne sont que deux à apprécier la charge de travail qu'elle peut représenter, et quatre à évaluer positivement les résultats du travail qui lui sont associés.

LES MÉDECINS SONT-ILS POLYVALENTS ? Non, à une seule exception près : l'anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, institut mutualiste (MA32, 4116) : oui, il est en rotation régulière (entre les blocs ?!), situation qu'il juge plutôt mieux pour l'intérêt, la compétence, la qualification et pour les résultats du travail, plutôt moins bien pour la charge de travail.

C. Chefs et positions hiérarchiques

LA QUESTION 21 : Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ? 1. oui 2. non **Si oui**, (*plusieurs réponses possibles*) 1. l'augmentation de salaire, les primes ou la promotion de ces salariés dépendent-elles étroitement de vous ? (1. oui 2. non) 2. l'évaluation régulière de l'activité de ces salariés est-elle de votre responsabilité ? (1. oui 2. non) 3. leurs horaires dépendent-ils de vous ? (1. oui 2. non) 4. la répartition ou la coordination du travail dépend-elle de vous ? (1. oui 2. non).

Plusieurs infirmiers (et équivalent) occupent des fonctions d'encadrement :

- les 4 cadres : IC14 (0358), IC13 (0763), IC12 (3482), ASS11 (0740)
- quatre infirmières : AR22 (0736), assistante en radiologie ; I28 (1014), infirmière au chômage, anciennement en clinique ; IP24 (3601), infirmière puéricultrice ; I21 (1207), infirmière, ancienne aide soignante, clinique d'oncologie.

Ainsi qu'une aide soignante AS4 (2207), en rééducation rhumatologique, en hôpital privé.

Parmi les médecins, il y a les chefs de service - MP37 (1501), chef service pédiatrie, et MP35 (3469), chef service d'urgences – et l'anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, MA32 (4116). D'autres médecins – anesthésiste réanimateur ORL, MA30 (1496), médecin associatif en centre de rééducation (MO38, 1072), chirurgien en clinique privée (CH34, 4944) le font aussi. Parmi les médecins du privé, deux des trois déclarent ne pas exercer cette fonction (MA31, 4977 – anesthésiste, et CH33, 4979 – chirurgien libéral exclusif).

Cette question ne concerne qu'indirectement les rapports de coopération au travail. La coopération hiérarchique entre les médecins et les membres du corps paramédical s'effectue même dans l'absence d'un statut hiérarchique formel de « chef ».

D. Coopérer avec les malades

LA QUESTION 22 : Êtes-vous en contact direct avec des patients ou des malades (y compris par téléphone) ? **Si oui**, 1. s'agit-il (*plusieurs réponses possibles*) ; 2. vous arrive-t-il d'annoncer aux patients ou à leurs familles une nouvelle difficile ? (oui, non, sans objet) ; 3. dans vos relations avec un ou des patients, vous arrive-t-il d'être confronté à des situations très pénibles pour vous ? (toujours, souvent, parfois, jamais, sans objet). **Si l'item 1, 2 et 3 est choisi** - 3.1. disposez-vous de consignes ou d'indications pour vous aider à y faire face ? (oui, non) ; 4. dans vos relations avec un ou des patients, vous arrive-t-il de vivre des moments très positifs (guérison, succès, etc.) (toujours, souvent, parfois, jamais, sans objet).

Les aides soignantes et autres employés ne sont que 6 sur 10 à répondre « être en contact direct avec les patients ou les malades ». La moitié (3/6, petits effectifs) a des consignes pour affronter les situations difficiles. De manière générale, l'équilibre psychologique entre « situations très pénibles » et « moments très positifs » se réalise à la faveur des derniers : les « moments très positifs » l'emportent en fréquence sur « situations très pénibles » éprouvées. Dans une seule situation (aide soignante en clinique psychiatrique), les moments pénibles sont

plus fréquents que les moments positifs : cette personne déclare en entretien être en conflit avec des patients et ne pas être soutenue par les médecins.

On peut recommander de faire un tableau pour l'analyse des réponses au questionnaire pour observer dans quel type d'établissement et pour quelles professions et spécialités il y a cette « balance négative » entre « situations pénibles » et « moments positifs », indicateur de la démoralisation des professionnels.

LES AIDES SOIGNANTES

AS7 (0239), clinique privée d'orthopédie : non, n'a pas de nouvelle difficile à communiquer, mais parfois les situations sont très pénibles pour elle ; oui, elle a des consignes ou d'indications – et elle vit souvent des moments très positifs.

AS2 (0553) en clinique psychiatrique : non, n'a pas de nouvelle difficile à communiquer, mais souvent les situations sont très pénibles pour elle ; elle a, oui, des consignes ou d'indications – parfois des moments très positifs.

AU5 (1868) auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

AS4 (2207) en rééducation rhumatologique, hôpital privé : non, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – oui consignes ou indications – toujours des moments très positifs.

AS10 (2491), travail de nuit, passée dans le privé après demi-retraite : non, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour (elle) – pas de consignes ou d'indications – parfois des moments très positifs.

AS3 (4676), clinique pour des personnes en fin de vie : non, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

LES INFIRMIÈRES

I27 (0113), infirmière de nuit, hôpital, gériatrie : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

IC14 (0358), infirmière cadre psychiatrie (devenue chef service hôtellerie), centre hospitalier : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – oui consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

N20 (0500), nutritionniste en clinique de cardiologie : sans objet nouvelle difficile – sans objet situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – MAIS souvent des moments très positifs. Ce n'est pas contradictoire ? Les moments très positifs vécus (satisfactions professionnelles) sont sans lien avec la souffrance des patients ?

IP15 (0731), infirmière en psychiatrie, CMP : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications (réponse étonnante) – parfois des

moments très positifs. La réponse est étonnante de la part d'une infirmière psy, dont la profession même consiste à intervenir au niveau psychologique dans des situations pénibles. Dans l'entretien, la personne évoque la supervision de l'équipe, opération destinée à préparer les professionnels pour faire face à ce type de situation. Cependant, les supervisions sont chères et plutôt rares, et la réponse peut être lue comme une critique ou une revendication professionnelle. On peut aussi remarquer que, de même que pour l'aide soignante en psychiatrie, la balance est inverse entre « situations pénibles souvent » et « moments positifs parfois », contrairement à la majorité.

AR22 (0736), assistante en radiologie, hôpital : non, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – consignes ou indications – souvent des moments très positifs.

IC13 (0763), cadre infirmier psychiatrie : oui, nouvelle difficile – toujours situations très pénibles pour lui – pas de consignes ou d'indications (réponse étonnante, idem) – souvent des moments très positifs.

IA23 (0975), infirmière anesthésiste, hôpital : non, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – consignes ou d'indications – toujours des moments très positifs.

IL29 (1278), infirmière en libéral : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

I26 (1338), infirmière de nuit, clinique : non, nouvelle difficile – toujours situations très pénibles pour elle – consignes ou d'indications – toujours des moments très positifs.

K17 (2045), kinésithérapeute, institut mutualiste : non, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

I28 (1014), infirmière au chômage, anciennement en clinique : non, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – parfois des moments très positifs. Autre exemple de balance déséquilibrée entre « pénible » et « positif » : cette personne a eu des rapports très conflictuels au travail et a fini par être licenciée ; malgré ses manifestations de bonne volonté, elle est démoralisée.

I25 (2414), infirmière hôpital, soins palliatifs : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

II19 (2461), infirmière instrumentiste, clinique d'orthopédie : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs. Sa réponse est surprenante car elle n'a pas de véritable contact avec les patients, travaillant exclusivement en bloc opératoire. Il s'agit probablement d'un malentendu.

O16 (3481), orthophoniste en CMP : non, nouvelle difficile – jamais des situations très pénibles pour (elle) – parfois des moments très positifs.

IC12 (3482) cadre infirmier psychiatrie, hôpital : non, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour lui – consignes ou indications – parfois des moments très positifs. [réponse surprenante]

ARC18 (3498) attachée de recherches cliniques, institut mutualiste : non, nouvelle difficile – parfois des situations très pénibles pour elle – a des consignes ou des indications – souvent des moments très positifs.

IP24 (3601), infirmière puéricultrice, institut de puériculture : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – des consignes ou des indications – toujours des moments très positifs.

I21 (1207), infirmière, clinique d'oncologie : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs. Cette réponse est surprenante, car on pourrait considérer a priori les « moments très positifs » plutôt rares en clinique d'oncologie. Cependant, la réponse est révélatrice de l'importance de l'ethos professionnel dans ce type d'évaluation « subjective ».

Les réponses confirment dans une proportion encore plus importante que chez les aides soignantes le rôle déterminant de l'ethos professionnel dans l'équilibre du vécu entre les difficultés psychologiques du travail et les compensations morales pour le service rendu : dans la plupart des réponses, les « situations très pénibles » sont aussi fréquentes voire moins fréquentes que les « moments très positifs ».

LES MÉDECINS

MO38 (1072), médecin associatif, en centre de rééducation : oui, nouvelle difficile [réponse en partie surprenante par rapport à l'entretien] – souvent des situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

MR39 (1492) radiologue, hôpital : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs [réponse surprenante par rapport à l'entretien, elle n'a pas de suivi des patients, ne participe pas aux traitements].

MP37 (1501), chef service pédiatrie hôpital : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour (elle) – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

MP35 (3469), chef service d'urgences, hôpital : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour (elle) – consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

MN36 (3636), médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale : oui, nouvelle difficile – parfois situations très pénibles pour (elle) – consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

MA32 (4116), anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, institut mutualiste : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour lui – consignes ou d'indications – parfois des moments très positifs. Réponses surprenantes : sa fonction managériale l'éloigne des patients, le véritable objet de son activité étant le travail des autres, le fonctionnement des

équipes. Étant donné la tonalité plutôt « optimiste » de l'entretien avec lui et les autres réponses qu'il a données au questionnaire, on peut faire l'hypothèse soit d'un malentendu, soit de l'attribution d'une signification exceptionnelle aux « moments très positifs », qui se distinguent par leur rareté.

MA30 (1496) médecin anesthésiste réanimateur ORL, hôpital : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour lui – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

MA31 (4977), anesthésiste en clinique : oui, nouvelle difficile – souvent situations très pénibles pour lui – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs.

Les réponses des deux derniers anesthésistes sont en partie étonnantes pour des spécialistes du traitement des douleurs : ils ont dû répondre vraisemblablement par rapport à leur propre vécu (à comparer avec les réponses des infirmiers en psychiatrie).

Pha40 (4202), pharmacienne hôpital : sans objet, nouvelle difficile – MAIS souvent des situations très pénibles pour elle – pas de consignes ou d'indications – souvent des moments très positifs. Ces réponses de la pharmacienne au questionnaire appellent un autre commentaire : elle n'a pas de contact direct avec les patients à l'hôpital, mais il est possible qu'elle les rencontre après leur sortie, dans le cas des traitements ambulatoires, quand ces patients viennent se procurer leurs médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Ces réponses doivent être lues non pas comme une tendance à « dramatiser » les situations vécues, mais comme un effet de surdétermination par l'ethos professionnel.

CH34 (4944), chirurgien en clinique : oui, nouvelle difficile – jamais situations très pénibles pour lui [!] – souvent des moments très positifs.

CH33 (4979), chirurgien libéral exclusif, clinique : oui, nouvelle difficile – jamais des situations très pénibles pour lui [!] – souvent des moments très positifs.

Les réponses des deux médecins peuvent également surprendre : l'absence totale de « situation pénible » renvoie au « sang-froid » que doit montrer le chirurgien dans son intervention, et ces réponses sont par conséquent plus alignées sur une représentation « technique » de leur activité que sur la vocation « humaniste » de la profession.

E. Coopérer avec le public et les familles

QUESTIONS 23-27 : RELATIONS AVEC LE PUBLIC ET LES FAMILLES. Êtes-vous en contact direct avec des fournisseurs, des familles, des visiteurs ou d'autres publics que les patients ou malades (y compris par téléphone) ? (familles, visiteurs, fournisseurs, etc.) (en permanence, régulièrement, occasionnellement, jamais). Êtes-vous exposé à un risque d'agression verbale de la part du public ? (oui, non) ; **Si oui**, avez-vous, vous-même, déjà été agressé verbalement ? (oui, non). ÊTES-VOUS EXPOSÉ À UN RISQUE D'AGRESSION PHYSIQUE OU SEXUELLE DE LA PART DU PUBLIC ? (oui, non) ; **Si oui**, avez-vous, vous-même, déjà été agressé physiquement ou sexuellement ? (oui, non). AVEZ-VOUS L'OCCASION D'ABORDER COLLECTIVEMENT, AVEC D'AUTRES PERSONNES DE VOTRE SERVICE, LES DIFFICULTÉS MORALES ET AFFECTIVES QUE VOUS RENCONTREZ AVEC LES PATIENTS, LEURS FAMILLES OU D'AUTRES PUBLICS ? (oui, non) ; **Si oui**, (*plusieurs réponses possibles*) - ces échanges se déroulent-ils dans le cadre de réunions organisées ? – oui, régulièrement ; oui, irrégulièrement (ponctuelles) ; non. 2. pouvez-vous bénéficier d'un soutien si vous en exprimez le besoin ? (oui, non). VOS RELATIONS AVEC LE PUBLIC SE SONT-ELLES MODIFIÉES DEPUIS TROIS ANS C'EST-À-DIRE DEPUIS JANVIER, FÉVRIER OU MARS 2000 ? (oui, non) ; **Si oui**, 1. diriez-vous que le nombre de personnes avec lesquelles vous êtes en contact a augmenté, a diminué, est resté stable ; diriez-vous que le nombre de contacts que vous avez avec chacune de ces personnes a augmenté, a diminué, est resté stable ; diriez-vous que le nombre de personnes en grande difficulté sociale a augmenté, a diminué, est resté stable ; diriez-vous que l'exigence du public a augmenté, a diminué, est restée stable ; du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification est-ce : plutôt mieux ? plutôt moins bien ? sans effet ?

Ces questions sont très importantes pour saisir l'évaluation des changements intervenus dans l'environnement de l'institution hospitalière, les effets sur l'activité professionnelle (en particulier l'agressivité, la violence, mais aussi l'adaptation éventuelle du contenu de l'activité) et sur le fonctionnement des équipes et de la coopération (l'organisation de réunions, le soutien des collègues en difficulté).

AIDES SOIGNANTES, AUTRES EMPLOYÉS

AS3 (4676), aide soignante en clinique pour des personnes en fin de vie : en permanence en contact – exposée au risque d'AGRESSIVITÉ ET déjà agressée verbalement – peut en discuter RÉUNIONS irrégulières - PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – pas de modification

AU5 (1868), auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital : en permanence en contact – exposée aux risques d'AGRESSIVITÉ mais PAS agressée – peut discuter en RÉUNIONS non-organisées, & est soutenue ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

AS2 (0553), clinique psychiatrique est régulièrement en contact – NON exposée aux risques d'AGRESSIVITÉ – peut en discuter dans des RÉUNIONS irrégulières – ne peut PAS bénéficier de soutien en cas de besoin ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stables, nombre de personnes en difficulté A DIMINUÉ – exigences stable – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) c'est plutôt mieux. Réponse en partie étonnante par rapport à l'entretien : si elle n'est pas exposée à des risques d'agressivité physique, elle est en situation conflictuelle souvent avec des patients et s'est fait agressée verbalement.

AL8 (0746), aide laborantin en pharmacie d'hôpital : régulièrement en contact – exposé aux risques AGRESSIVITÉ (verbale, pas physique) ET déjà agressé verbalement – ne peut PAS en discuter en RÉUNION ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

AU6 (1830), auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital : régulièrement en contact – NON exposée aux risques d'AGRESSIVITÉ ; répond non aux autres questions.

AS4 (2207), aide soignante en rééducation rhumatologique, hôpital privé : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement ET physiquement – peut en discuter RÉUNIONS irrégulières, & EST soutenue ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stables – nombre de personnes en difficulté augmentation – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) sans effet.

AS10 (2491), aide soignante de nuit passée dans le privé après demi-retraite, hôpital privé : occasionnellement en contact – exposée aux risques d'AGRESSIVITÉ ET agressée - verbalement ET physiquement – RÉUNIONS irrégulières & EST soutenue – LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

AH9 (2684), serveuse cantine, clinique de cardiologie : occasionnellement en contact – n'est PAS exposée au risque d'AGRESSIVITÉ – peut en discuter (si elle n'est pas exposée ? contradiction) – pas de RÉUNIONS régulières – ne peut pas bénéficier de soutien en cas de besoin ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

AS7 (0239), clinique privée d'orthopédie : occasionnellement en contact – exposée au risque d'AGRESSIVITÉ (verbale, physique, sexuelle) ET déjà agressée – mais pas physiquement – peut en discuter RÉUNIONS régulières – peut bénéficier de soutien en cas de besoin ! LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stables, nombre de personnes en difficulté stable – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) plutôt mieux.

Au1 (4048), auxiliaire en service de stérilisation, hôpital : occasionnellement en contact – PAS exposée aux risques - réunions irrégulières et pas soutenue – pas de modification public

Les aides soignantes interviewées sont en contact avec le public de façon permanente (2), régulière (4), et 4 autres occasionnellement. La majorité (6) déclare être exposée à l'agressivité, 5/6 ayant été déjà agressées (deux aussi physiquement).

La plupart peut en parler en réunion, mais ces réunions ne sont pas régulières (deux seulement). 5/9 déclarent être soutenues par leurs collègues.

Seulement trois considèrent qu'il y a eu des changements dans les relations avec le public pendant les trois dernières années, surtout pour ce qui concerne ses exigences.

LES INFIRMIÈRES

I25 (2414), infirmière hôpital, en soins palliatifs : en permanence en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée - verbalement ET physiquement – ne peut PAS en discuter RÉUNIONS - LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – ne se sont pas modifiées.

IC13 (0763), cadre infirmier psychiatrie : régulièrement en contact – exposé aux risques AGRESSIVITÉ (verbale, pas physique) mais PAS agressé – peut discuter en RÉUNIONS irrégulières ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts en augmentation, nombre de personnes en difficulté en augmentation – exigences stable – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) plutôt mieux.

IA23 (0975), infirmière anesthésiste, hôpital : régulièrement en contact – exposée aux risques d'AGRESSIVITÉ mais PAS agressée – ne peut pas en discuter RÉUNIONS ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stables, nombre de personnes en difficulté stables – exigences stables – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) plutôt mieux. Contradictoire : qu'est-ce qu'a changé si tout est « stable » ?!

IL29 (1278), infirmière en libéral, clinique : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement ET physiquement – PEUT en discuter RÉUNIONS non-organisées, & est soutenue ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

I26 (1338), infirmière de nuit, clinique d'orthopédie : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement seulement – peut en discuter RÉUNIONS non-organisées, & est soutenue ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

K17 (2045), kinésithérapeute, institut mutualiste : régulièrement en contact – PAS exposée aux risques AGRESSIVITÉ – peut discuter en RÉUNIONS non-organisées, N’EST PAS soutenue ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

II19 (2461), infirmière instrumentiste, clinique d’orthopédie : régulièrement en contact - PAS exposée aux risques – réunions régulières mais pas soutenue (!) LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – ne se sont pas modifiées. → erreur de codage ?

I28 (1014), infirmière au chômage, anciennement en clinique, service de rééducation : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement seulement – PEUT en discuter RÉUNIONS mais n’est pas soutenue ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stables – nombre de personnes en difficulté en augmentation – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) plutôt moins bien.

I27 (0113), infirmière de nuit, hôpital : régulièrement en contact – exposée au risque d’AGRESSIVITÉ (physique, sexuelle) [erreur d’enregistrement ? elle travaille en gériatrie !] mais PAS agressée – peut en discuter RÉUNIONS irrégulières – peut PAS bénéficier de soutien en cas de besoin ! LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – ne se sont pas modifiées.

IP15 (0731), infirmière en psychiatrie, CMP : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ & déjà agressée – peut en discuter RÉUNIONS régulières – peut bénéficier de soutien en cas de besoin ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts en augmentation, nombre de personnes en difficulté en augmentation – exigences stable – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) plutôt mieux.

ARC18 (3498) attachée de recherches cliniques, institut mutualiste : régulièrement en contact – exposée aux risques d’AGRESSIVITÉ ET agressée - verbalement ET physiquement – a des RÉUNIONS régulières, & EST soutenue - LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées. → des erreurs très probablement, tout semble différent de ce qu’elle a déclaré en entretien (peu de contacts avec les patients, pas de réunions d’équipe).

IP24 (3601), infirmière puéricultrice : régulièrement en contact – exposée aux risques d’AGRESSIVITÉ ET agressée verbalement – RÉUNIONS régulières & EST soutenue ; LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stable, nombre de personnes en difficulté en augmentation – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) c’est plutôt mieux.

I21 (1207), infirmière, clinique d’oncologie : régulièrement en contact – exposée aux risques d’AGRESSIVITÉ & déjà agressée verbalement – RÉUNIONS occasionnelles (non-organisées) & pas soutenue – relations au PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

IC14 (0358), cadre infirmière, ex-psy, chef service hôtellerie centre hospitalier : occasionnellement en contact – exposée au risque d’AGRESSIVITÉ (verbale, physique, sexuelle) & déjà agressée – peut en discuter en RÉUNIONS régulières – peut bénéficier de soutien en cas de besoin ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

N20 (0500), nutritionniste en clinique : occasionnellement en contact – exposée au risque AGRESSIVITÉ (verbale, physique, sexuelle) NON agressée – peut discuter en RÉUNIONS irrégulières – peut bénéficier de soutien en cas de besoin ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts stables, nombre de personnes en difficulté stable – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) plutôt moins bien.

AR22 (0736), assistante en radiologie, hôpital : occasionnellement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ (verbale, pas physique) mais PAS agressée – peut en discuter RÉUNIONS ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

ASS11 (0740), assistante sociale chef service hôpital : occasionnellement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ mais PAS agressée – ne peut PAS en discuter en RÉUNIONS ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées. → erreur de codage ?

IC12 (3482), cadre infirmier psychiatrie, en hôpital : parfois en contact – exposé & agressé (verbalement, physiquement) – réunions irrégulières et soutenu – LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées. – contradictoire par rapport à l'entretien.

O16 (3481), orthophoniste en CMP : jamais – non concernée. Réponse curieuse par rapport à l'entretien.

Les infirmières sont en contact avec le public de façon permanente ou régulière (13/19), 4 autres le sont occasionnellement, 1 seul « parfois », 1 « jamais ». Deux seulement déclarent ne pas être exposées à l'agressivité (instrumentiste en bloc opératoire, kinésithérapeute) ; 10/16 ont été déjà agressées (cinq aussi bien physiquement que verbalement).

La plupart peut en parler en réunion : 15/18, mais ces réunions sont surtout irrégulières (9) et surtout une minorité seulement se sent soutenue par les collègues (8/18).

Seulement 6/18 considèrent qu'il y a eu des changements dans les relations avec le public pendant les trois dernières années, et 4 apprécient leurs effets sur le travail (deux seulement déclarent que c'est « plutôt moins bien »). Il y a en toute évidence contradiction entre l'évaluation du risque d'agressivité (quasi-unanimité) et l'évaluation du changement des relations avec le public, ce qui fait penser que le climat de peur de la violence n'est pas considéré comme récent. Et apparemment elle n'a pas d'incidence directe sur l'évaluation des résultats du travail !

Cette situation bizarre interroge directement sur la situation d'enquête et l'orientation des réponses aux questions selon le modèle des questionnaires d'évaluation (ne pas déclarer de mauvaise incidence sur les résultats du travail).

LES MÉDECINS

MP35 (3469), chef service des urgences, hôpital : permanent en contact – exposé au risque AGRESSIVITÉ (verbale, physique) & déjà agressé – peut en discuter RÉUNIONS irrégulières – peut bénéficier de soutien en cas de besoin ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS

– nombre de personnes et nombre de contacts en augmentation, nombre de personnes en difficulté en augmentation – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) c’est moins bien.

MO38 (1072), médecin associatif, en centre de rééducation : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement seulement – PAS de RÉUNION ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées. C’est différent ce qu’elle déclare en entretien.

CH33 (4979), chirurgien libéral exclusif : régulièrement en contact – exposé aux risques AGRESSIVITÉ & déjà agressé verbalement – peut en discuter RÉUNIONS occasionnelles (non-organisées) - PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – pas de modification

MP37 (1501), chef service pédiatrie hôpital : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement seulement – peut en discuter RÉUNIONS organisées, & est soutenue – LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

MN36 (3636), médecin salarié en association spécialisée dans l’insuffisance rénale : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée – verbalement – RÉUNIONS régulières & EST soutenue - LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

MA32 (4116), anesthésiste devenu manager d’un bloc opératoire, institut mutualiste : régulièrement en contact – exposé aux risques AGRESSIVITÉ mais PAS agressé – RÉUNIONS régulières, & soutenu LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – nombre de personnes et nombre de contacts en augmentation, nombre de personnes en difficulté en augmentation – exigences en augmentation – pour son travail (intérêt, compétences, qualification) c’est plutôt mieux.

Pha40 (4202), pharmacienne, hôpital : régulièrement en contact – exposée aux risques AGRESSIVITÉ ET agressée verbalement – RÉUNIONS irrégulières – LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – pas de modification

CH34 (4944), chirurgien en clinique privée : régulièrement en contact – exposé aux risques AGRESSIVITÉ & déjà agressé verbalement – peut en discuter RÉUNIONS irrégulières – PUBLIC DEPUIS TROIS ANS – pas de modification

MA30 (1496), anesthésiste réanimateur ORL, hôpital : occasionnellement en contact – exposé aux risques AGRESSIVITÉ ET agressé – verbalement seulement – peut en discuter RÉUNIONS non-organisées, & est soutenu ; LES RELATIONS AVEC LE PUBLIC DEPUIS TROIS ANS ne se sont pas modifiées.

MR39 (1492), radiologue, hôpital : jamais – pas concernée.

MA31 (4977), anesthésiste, clinique : jamais – pas d’autre réponse

Selon ces réponses, tout en tenant compte des petits effectifs, on peut considérer que les médecins sont encore plus exposés et agressés que les infirmières ! Deux ne se considèrent pas concernés (radiologue, anesthésiste), un autre anesthésiste l’est occasionnellement (mais il a été déjà agressé !). Ils peuvent cependant mieux s’appuyer sur des structures collectives (un

seul déclare ne pas pouvoir discuter en réunion). Deux seulement observent des modifications dans les relations avec le public – avec des incidences positives (dans un cas) ou négatives (dans l'autre) sur le travail. C'est différent par rapport aux entretiens, où les observations dans ce sens sont plus nombreuses.

F. Communication et coopération : l'informatique

QUESTIONS 33 et 34 : Transmettez-vous ou recevez-vous des informations par mail ou liaison informatique ? (oui, non) Au total, combien de temps utilisez-vous chaque jour en moyenne les matériels informatiques dont nous venons de parler ? (nombre d'heures par jour ou nombre de minutes par jour).

USAGE DE L'ORDINATEUR : 26 personnes sur les 40 s'en servent dans leur activité professionnelle, mais l'intranet / l'internet (e-mail) n'est utilisé que par 11.

Utilisation plus intense (liaison = 1), n=11 : I27 (0113), infirmière de nuit, hôpital ; ASS11 (0740), assistante sociale, chef service, hôpital ; AL8 (0746), aide laborantin, pharmacie d'hôpital ; MA30 (1496), anesthésiste réanimateur ORL, hôpital ; K17 (2045), kinésithérapeute, institut mutualiste ; MP35 (3469), chef service d'urgences, hôpital ; IP24 (3601), infirmière puéricultrice ; MN36 (3636), médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale ; MA32 (4116), anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, institut mutualiste ; Pha40 (4202) pharmacienne, hôpital ; MA31 (4977), anesthésiste, clinique. Deux infirmières, une kinésithérapeute et une assistante sociale chef de service en hôpital ; un aide laborantin en pharmacie d'hôpital et une pharmacienne ; les trois anesthésistes, le chef de service des urgences, un autre médecin (5 médecins au total).

Utilisation moins intense, n=15 : Au1 (4048), auxiliaire service de stérilisation, hôpital ; infirmière instrumentiste, clinique ; O16 (3481), orthophoniste CMP ; IC12 (3482) infirmier cadre psychiatrie ; ARC18 (3498), attachée de recherches cliniques, institut mutualiste ; IC14 (0358) infirmière cadre centre hospitalier ; IP15 (0731), infirmière en psychiatrie, CMP ; AR22 (0736), assistante en radiologie hôpital ; IC13 (0763), infirmier cadre psychiatrie ; IA23 (0975), infirmière anesthésiste, hôpital ; MO38 (1072) médecin associatif en centre de rééducation ; MR39 (1492), radiologue, hôpital ; MP37 (1501), chef service pédiatrie hôpital ; II19 (2461), CH34 (4944), chirurgien en clinique ; CH33 (4979), chirurgien libéral exclusif.

Ces questions permettent d'évaluer la charge de travail représentée par l'informatique, moins l'aspect de coopération qui peut lui être attaché. Une partie du travail informatique est classée « travail seul » (saisie de données), alors qu'une autre partie est interactive (envoi de messages), mais elle ne concerne apparemment qu'un tiers. À voir les résultats globaux de l'enquête.

G. La coopération contrainte : le rythme de travail imposé par les collègues et/ou les médecins

QUESTION 35 : Votre rythme de travail vous est-il imposé par (*plusieurs réponses possibles*) la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ? (oui, non) ; la dépendance immédiate vis-à-vis du travail du personnel médical ? (oui, non).

Cette question est destinée en toute évidence aux membres du corps paramédical, les médecins ayant quelques difficultés à répondre ou leurs réponses pouvant entraîner quelques confusions. Cinq types de réponses sont possibles : le rythme de travail dépend aussi bien des collègues et du corps médical (si les collègues n'appartiennent pas au corps médical), ou dépend d'une seule des deux catégories. Pour une petite majorité probablement très autonome (n=12), le rythme de travail ne dépend ni des uns ni des autres. Et personne parmi les

29 membres du corps paramédical interrogé n'indique seulement les collègues comme cause unique du rythme de travail.

Le rythme de travail dépend des collègues et du corps médical (n=11) : AU6 (1830) auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital ; AS7 (0239), aide soignante, clinique ; AS3 (4676), aide soignante, clinique pour des personnes en fin de vie ; AS4 (2207), aide soignante rééducation rhumatologique, hôpital privé ; AS10 (2491), aide soignante de nuit dans le privé après demi-retraite ; Au1 (4048), auxiliaire service de stérilisation hôpital ; K17 (2045) kinésithérapeute, institut mutualiste ; IP15 (0731) infirmière en psychiatrie, CMP ; AR22 (0736) assistante en radiologie hôpital ; IC12 (3482), cadre infirmier en psychiatrie ; IP24 (3601) infirmière puéricultrice.

Le rythme de travail dépend du corps médical (n=6) : AU5 (1868), auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital (réponse surprenante) ; AS2 (0553), aide soignante clinique psychiatrique ; I25 (2414) infirmière hôpital soins palliatifs ; IC13 (0763) cadre infirmier psychiatrie ; I26 (1338), infirmière de nuit clinique d'orthopédie (réponse contradictoire ?!) ; ARC18 (3498) attachée recherche clinique, institut mutualiste.

Aucun membre du corps paramédical interrogé ne répond que le rythme de travail ne dépend *que* des collègues ; par contre, pour trois d'entre eux (!), le rythme de travail ne dépend ni des collègues, ni du corps médical.

La question 35 est ambiguë dans le cas des MÉDECINS : pour eux, il n'y a pas de distinction entre « collègues » et « corps médical » (une seule réponse indique seulement les collègues et pas le corps médical, réponse qui devrait être lu probablement que le rythme de travail dépend « surtout des autres »).

Le taux de non-réponse dans le cas des médecins me semble cependant beaucoup plus intéressant à vérifier sur l'ensemble de la population interrogée : tous les 11 membres de ce sous-échantillon a répondu à la question (rappel : un tiers de non-réponses dans le corps paramédical), ce qui indique que les membres du corps médical peuvent se représenter leur activité beaucoup plus interdépendante que le laisseraient penser leurs réponses à d'autres questions ou leurs déclarations en entretien (je pense en particulier aux praticiens libéraux).

H. Coopération hiérarchique et entraide médecins : faire intervenir le personnel médical

QUESTION 39 : Avez-vous la possibilité de joindre ou de faire intervenir facilement le personnel médical ? (toujours, souvent, parfois, jamais, sans objet)

Encore un exemple de question destinée surtout aux membres du corps paramédical à laquelle répondent aussi les médecins, dans leur cas la réponse ayant une autre signification. Un tiers des soignants déclare pouvoir faire intervenir facilement les médecins, mais l'enregistrement d'une fausse réponse laisse planer le doute sur la totalité. Ce sont les infirmiers surtout qui les font intervenir sans difficulté.

Pour ce qui concerne l'entraide des médecins, il est difficile d'interpréter ces quelques réponses. Les entretiens font apparaître des situations très contrastées : un anesthésiste parle ainsi en entretien d'une grande solidarité entre collègues anesthésistes (jusqu'à mettre leurs

honoraires en commun), mais de rapports plutôt tendus avec les chirurgiens ; un chirurgien évoque l'incompatibilité totale entre lui et l'autre chirurgien de la même clinique, ce qui ne les empêche pas de se remplacer pendant les vacances, etc.

AIDES SOIGNANTES, EMPLOYÉS

1. AS7 (0239) Aide soignante clinique d'orthopédie → toujours
2. AL8 (0746) Aide laborantin pharmacie d'hôpital → toujours
3. AS3 (4676) Aide soignante, clinique pour des personnes en fin de vie → toujours
4. AU6 (1830) Auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital → toujours
5. AH9 (2684) Serveuse cantine, clinique de cardiologie → souvent (fausse réponse, elle ne rencontrait pratiquement jamais des médecins)
6. AU5 (1868) Auxiliaire de puériculture crèche d'hôpital → parfois
7. AS2 (0553) Aide soignante clinique psychiatrique → parfois
8. AS4 (2207) Aide soignante rééducation rhumatologique, hôpital privé → parfois
9. AS10 (2491) Aide soignante de nuit, hôpital privé → parfois
10. Au1 (4048) Auxiliaire service de stérilisation, hôpital → parfois

INFIRMIÈRES

1. IC12 (3482) Infirmier cadre psychiatrie, hôpital → toujours
2. II19 (2461) Infirmière instrumentiste, clinique d'orthopédie → toujours
3. ARC18 (3498) attachée recherche, institut mutualiste → toujours
4. IA23 (0975) Infirmière anesthésiste, hôpital → toujours
5. IP24 (3601) Infirmière puéricultrice → toujours
6. I26 (1338) Infirmière de nuit, clinique d'orthopédie → toujours
7. AR22 (0736) Assistante en radiologie hôpital → toujours
8. IC14 (0358) Cadre infirmière psy (chef service centre hospitalier) → toujours [contradictoire par rapport à l'entretien]
9. N20 (0500) nutritionniste, clinique de cardiologie → toujours
10. I27 (0113) Infirmière de nuit, hôpital, gériatrie → souvent
11. I21 (1207) Infirmière, clinique d'oncologie → souvent
12. K17 (2045) Kinésithérapeute, institut mutualiste → souvent
13. I25 (2414) Infirmière hôpital soins palliatifs → souvent
14. O16 (3481) Orthophoniste CMP → souvent [contradictoire par rapport à l'entretien]
15. IC13 (0763) Infirmier cadre psychiatrie → souvent
16. I28 (1014) Infirmière anciennement en clinique, service de rééducation → souvent
17. IL29 (1278) Infirmière en libéral → souvent
18. ASS11 (0740) Assistante sociale chef de service, hôpital → parfois
19. IP15 (0731) Infirmière en psychiatrie, CMP, hôpital général → parfois

Pour les MÉDECINS, cette question n'est pas dépourvue d'ambiguïté, mais une seule personne (un anesthésiste) considère que la question est sans objet pour lui.

1. CH33 (4979) Chirurgien libéral exclusif, clinique → toujours
2. MP35 (3469) Chef service d'urgences, hôpital → toujours
3. MN36 (3636) Médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale → toujours
4. MO38 (1072) Médecin associatif en centre de rééducation → souvent
5. MA32 (4116) Anesthésiste manager bloc opératoire, institut mutualiste → souvent
6. MA31 (4977) Anesthésiste clinique privée → souvent
7. Pha40 (4202) Pharmacienne hôpital → souvent
8. CH34 (4944) Chirurgien en clinique privée → parfois
9. MR39 (1492) Radiologue hôpital → parfois

I. Entraide et collègues suffisants

QUESTION 48 (en partie) Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général (*plusieurs réponses possibles*) - la possibilité d'échanger de l'information ou plus généralement de coopérer? (entraide,...) (oui, non), des collaborateurs ou des collègues en nombre suffisant ? (oui, non, sans objet).

Les AIDES SOIGNANTES, EMPLOYÉS qui considèrent que le nombre de leurs collègues est insuffisant sont légèrement plus nombreuses (six contre quatre).

(a) Entraide possible et collègues suffisants : AS2 (0553) aide soignante en clinique psychiatrique ; AL8 (0746) Aide laborantin pharmacie hôpital ; AS10 (2491) aide soignante de nuit, hôpital privé ; AH9 (2684) serveuse cantine clinique ;

(b) Entraide possible et collègues insuffisants : AU6 (1830) auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital ; AU5 (1868) auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital ; AS7 (0239) aide soignante clinique d'orthopédie ; Au1 (4048) auxiliaire service de stérilisation, hôpital ; AS3 (4676) aide soignante, clinique pour des personnes en fin de vie ; AS4 (2207) aide soignante rééducation rhumatologique, hôpital privé.

Pour les INFIRMIÈRES, 11 considèrent qu'il y a entraide et le nombre des collègues est suffisant ; seulement 7 considèrent que le nombre de collègues est insuffisant, mais l'entraide possible, un seul considérant l'entraide impossible à cause du nombre insuffisant de collègues.

(a) Entraide possible et collègues suffisants : I27 (0113) infirmière de nuit, hôpital, gériatrie ; IC12 (3482) Infirmier cadre psychiatrie, hôpital ; I21 (1207) Infirmière, clinique d'oncologie ; IC14 (0358) cadre infirmière psy devenue chef service hôtellerie, centre hospitalier ; N20 (0500) Nutritionniste, clinique de cardiologie (contradictoire entretien) ; IP15 (0731) infirmière en psychiatrie, CMP ; AR22 (0736) assistante en radiologie, hôpital ; ASS11 (0740) assistante sociale chef service, hôpital ; IA23 (0975) Infirmière anesthésiste, hôpital ; I28 (1014) infirmière au chômage, anciennement en clinique, service de rééducation ; I26 (1338) infirmière de nuit, clinique.

(b) Entraide possible et collègues insuffisants : O16 (3481) orthophoniste CMP ; K17 (2045) kinésithérapeute, institut mutualiste ; I25 (2414) infirmière, hôpital soins palliatifs ; II19 (2461) infirmière instrumentiste, clinique d'orthopédie ; ARC18 (3498) attachée recherche clinique, institut mutualiste ; IP24 (3601) infirmière puéricultrice ; IL29 (1278) infirmière en libéral ;

(c) Entraide impossible et collègues insuffisants : IC13 (0763) infirmier cadre Psychiatrie ; malentendu sur la question ? réponse provocatrice ?

Chez les MÉDECINS, il y a quatre catégories :

(1) ceux qui considèrent l'entraide possible et le nombre de collègues suffisant sont trois : MO38 (1072) médecin associatif en centre de rééducation ; MP37 (1501) chef service pédiatrie, hôpital ; CH33 (4979) chirurgien libéral exclusif. La réponse du dernier est surprenante, car dans l'entretien il déclare travailler seul avec le patient (à part l'entraide au bloc, probablement, mais il ne s'agit pas de collègues !).

(2) ceux qui considèrent l'entraide possible, mais le nombre de collègues insuffisant (n=6) : MR39 (1492) radiologue, hôpital ; MA30 (1496) anesthésiste réanimateur ORL, hôpital ; MP35 (3469) chef service des urgences, hôpital ; MN36 (3636) médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale ; MA32 (4116) anesthésiste manager de bloc opératoire, institut mutualiste ; Pha40 (4202) pharmacienne, hôpital.

(3) celui qui considère l'entraide impossible, mais le nombre de collègues suffisant : CH34 (4944) chirurgien en clinique privée (CORCOP = 2 * CORCOLL = 1)

(4) celui qui considère l'entraide impossible, (car ?) le nombre de collègues insuffisant : MA31 (4977) Anesthésiste Clinique (CORCOP = 2 * CORCOLL = 2)

J. Les différentes formes d'aide : médicale, des chefs, des collègues, autres, extérieure – et Les responsabilités dépassées

QUESTIONS 49-50. Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par ... ? (*plusieurs réponses possibles*) le personnel médical, vos supérieurs hiérarchiques (hors personnel médical), les autres personnes avec qui vous travaillez habituellement, d'autres personnes de l'établissement, des personnes extérieures à l'établissement. Vous arrive-t-il d'assumer des responsabilités que vous ne devriez pas assumer ? (toujours, souvent, parfois, jamais).

Ces questions suivantes mettent en rapport les différentes formes d'aide et entraide avec la délégation des tâches (sans qu'elle soit désignée sous ce nom). Cela permet d'abord d'hierarchiser les formes d'aide :

- l'aide des collègues est le plus souvent obtenue : une seule infirmière (libérale) et une femme médecin précaire (radiologue) n'en disposeraient pas.
- l'aide médicale est plus rare pour les aides soignantes (3/9) que pour les infirmières (14/19) ; l'entraide des médecins apparaît moins sûr que dans les réponses à une question antérieure (8/11).
- si l'aide des supérieurs hiérarchiques n'a pas trop de sens ou n'est pas garantie aux médecins (4/11), pour les aides soignantes est plus accessible (7/9), et pour les infirmières également (14/19).
- les « autres aides » et les « aides extérieures » sont moins mentionnées et on ne peut pas savoir quelle est leur origine (probablement aussi l'aide des collègues d'autres secteurs ou services) ; le fait qu'elles soient proportionnellement importantes en particulier pour les infirmières (13/19 obtiennent « d'autres aides ») indique la diversité des formes d'entraide pour les membres des professions intermédiaires. Mais 8 médecins sur 11 indiquent aussi bénéficier « d'autres aides ».

Ensuite, il est possible de repérer les personnes qui sont les plus insérées dans les réseaux d'entraides, a priori qui coopèrent le plus avec les collègues, les supérieurs, etc., et celles qui le font moins. Une infirmière cadre psy (au moment de l'entretien chef de service hôtellerie de son centre hospitalier), une infirmière puéricultrice, une infirmière de nuit, l'attachée de recherches cliniques, et la femme médecin travaillant en association pour insuffisance rénale enregistrent les « scores » les plus élevés, avec toutes les 5 formes d'aide. Mais il est difficile d'analyser ce type de données : l'infirmière cadre psy, malgré toutes les formes d'aide dont elle pouvait disposer, c'est retrouvée mutée de son poste suite à des conflits. Il est cependant notable de compter que 25 personnes de cet échantillon de 40 indiquent au moins trois types différents d'aide qu'ils reçoivent dans leur activité.

La question 50 (*Vous arrive-t-il d'assurer des responsabilités que vous ne devriez pas assumer ?*) ne se réfère qu'en partie à la délégation des tâches (il peut s'agir aussi bien du remplacement de collègues ou de prise de risques professionnels, en absence ou non d'entraide). 5/9 employés dépassent leurs attributions (4 « parfois », 1 « souvent »). Une proportion encore plus importante chez les membres des professions intermédiaires (infirmières), 14/19 (2 « souvent », 1 « toujours »), 7/11 chez les médecins (quatre le font « souvent »).

<i>Aide Soignantes</i>	AIDMED	AIDCHEF	AIDCOLL	AIDAUT	AIDEXT	ASSUM
AS2 (0553)	X	X	X	X		parfois
AL8 (0746)			X	X		
AS4 (2207)	X	X	X			
AS10 (2491)			X			parfois
AH9 (2684)		X	X			parfois
AU6 (1830)		X	X	X		
AU5 (1868)	X	X	X		X	parfois
AS3 (4676)		X	X			
Au1 (4048)		X	X			souvent
<i>Infirmiers</i>	AIDMED	AIDCHEF	AIDCOLL	AIDAUT	AIDEXT	ASSUM
I27 (0113)	X	X	X	X		
IC14 (0358)	X	X	X	X	X	parfois
N20 (0500)		X	X		X	parfois
IP15 (0731)		X	X	X		souvent
AR22 (0736)	X		X	X		
ASS11 (0740)			X		X	parfois
IC13 (0763)		X	X	X		TOUJOURS
IA23 (0975)	X	X	X	X		parfois
I28 (1014)	X	X	X			parfois
IL29 (1278)	X		X	X	X	parfois
I26 (1338)	X	X	X	X	X	
K17 (2045)			X			
I25 (2414)	X	X	X			parfois
II19 (2461)	X	X	0			souvent
I21 (1207)	X		X	X		parfois
O16 (3481)	X	X	X	X		parfois
IC12 (3482)	X	X	X	X		
ARC18 (3498)	X	X	X	X	X	X
IP24 (3601)	X	X	X	X	X	X
<i>MEDECINS</i>						
MO38 (1072)	X	X	X	X	X	
MR39 (1492)	X			X		
MA30 (1496)	X		X	X		parfois
MP37 (1501)			X	X		
MP35 (3469)	X	X	X	X		parfois
MN36 (3636)	X	X	X	X	X	X
MA32 (4116)	X		X	X		souvent
Pha40 (4202)		X	X			souvent
CH34 (4944)	X		X	X		
MA31 (4977)			X			souvent
CH33 (4979)	X		X			souvent

K. TENSIONS dans les relations de travail : public, chefs, collègues

QUESTION 53. Vivez-vous des situations de tensions ... (*souvent ou suffisamment pour perturber votre travail*) (*plusieurs réponses possibles*) : dans vos rapports avec le public ? (oui, non, sans objet pas de rapport avec le public) ; dans vos rapports avec vos supérieurs hiérarchiques ? (oui, non, sans objet – pas de supérieurs hiérarchiques) ; dans vos rapports avec vos collègues (oui, non, sans objet (pas de collègues)).

Une bonne majorité des personnes interrogées des trois catégories indiquent l'existence de tensions dans leurs collectifs de travail. Le pourcentage des réponses à cette question serait cependant à relativiser : une aide soignante (AS7, 0239) travaillant en clinique privée d'orthopédie, a répondu par la négative à cette question, mais au moment de l'entretien elle était très préoccupée par les conflits avec ses collègues, dont le récit a occupé une bonne partie de l'entretien.

Les réponses à cette question devraient être croisées avec celles obtenues aux autres sur les relations avec le public.

De manière comparable avec les réponses concernant les aides, on peut classer d'abord les objets des tensions en fonction de leur fréquence, ensuite les personnes qui se déclarent le plus souvent en situation de tension et de conflit (ou qui le constate dans leur environnement).

Pour les aides soignantes, les sources de tensions sont dans des proportions presque égales aussi bien les relations avec le public, avec les chefs et avec les collègues. 3/7 évoquent des tensions avec toutes les trois catégories : aide soignante de nuit passée dans le privé, aide soignante dans une clinique pour personnes en fin de vie, auxiliaire puériculture en crèche d'hôpital.

Pour les infirmiers et les médecins, les sources de tensions sont dans l'ordre le public, les collègues et la hiérarchie, mais il faudrait voir les données sur l'ensemble des réponses.

Trois infirmières (sur 15) éprouvent des situations de travail plus « sous tension » qu'ailleurs : un infirmier cadre psy, une infirmière de nuit et une infirmière qui allait se retrouver au chômage pendant la période qui est passée de la passation du questionnaire à l'entretien.

TENSIONS

	<i>Aides soignantes</i>	PUBLIC (5)	CHEFS (5)	COLLÈGUES (4)
1	AS2 (0553)	X		X
2	AS4 (2207)	X		
3	AS10 (249)1	X	X	X
4	AS3 (4676)	X	X	X
5	AH9 (2684)		X	
6	Au1 (4048)		X	
7	AU5 1868)	X	X	X
	<i>Infirmiers</i>	PUBLIC (12)	CHEFS (10)	COLLÈGUES (8)
1	I25 (2414)	X	X	
2	I27 (0113)	X	X	X
3	IC14 (0358)	X		
4	N20 (0500)	X	X	X
5	IP15 (0731)	X		
6	AR22 (0736)	X	X	
7	ASS11 (0740)	X	X	
8	IC13 (0763)	X	X	X
9	I28 (1014)	X	X	X
10	IL29 (1278)	X	X	
11	I26 (1338)			X
12	K17 (2045)		X	X
13	O16 (3481)			X
14	IC12 (3482)	X	X	X
15	ARC18 (3498)	X		
	<i>Médecins</i>	PUBLIC (7)	CHEFS (4)	COLLÈGUES (6)
1	MR39 (1492)		X	X
2	MA30 (1496)	X	X	X
3	I25 (2414)	X	X	
4	MP35 (3469)	X		
5	MN36 (3636)	X		
6	MA32 (4116)	X		X
7	Pha40 (4202)		X	X
8	CH34 (4944)	X		X
9	CH33 (4979)	X		X

L. Réunions

QUESTION 59 Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes de votre service des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail ? (exemple : répartition du travail, horaires, conditions de travail, pannes, incidents, pauses, remplacements et de sécurité.) Si oui, ces échanges se déroulent-ils dans le cadre de réunions organisées ? oui, régulièrement ; oui, irrégulièrement (ponctuelles) ; non.

La coopération organisée existe, mais elle apparaît plus importante dans les réponses au questionnaire que dans les entretiens. La quasi-totalité indique la présence de réunions, la majorité régulières. Il est difficile d'imaginer dans le cas des réunions irrégulières leur périodicité.

AIDES SOIGNANTES, EMPLOYÉS

- 1) Au1 4048 Auxiliaire service de stérilisation, hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 2) AS7 0239 Aide soignante, clinique d'orthopédie → réunions d'organisation régulièrement
- 3) AS2 0553 Aide soignante clinique psychiatrique → réunions d'organisation régulièrement
- 4) AL8 0746 Aide laborantin pharmacie d'hôpital → réunions d'organisation régulièrement

- 5) AU6 1830 Auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 6) AU5 1868, Auxiliaire de puériculture crèche d'hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 7) AS4 2207 Aide soignante rééducation rhumatologique, hôpital privé → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 8) AS10 2491 Aide soignante de nuit dans le privé (demi-retraite) → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 9) AH9 2684 Serveuse cantine, clinique de cardiologie → réunions d'organisation ?

INFIRMIÈRES, PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

- 1) IC12 3482 Infirmier cadre psychiatrie, hôpital → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 2) I27 0113 Infirmière de nuit, hôpital gériatrie ? → réunions d'organisation régulièrement
- 3) IC14 0358 Cadre infirmière chef service hôtellerie, centre hospitalier → réunions d'organisation régulièrement
- 4) N20 0500 Nutritionniste, clinique de cardiologie → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 5) IP15 0731 Infirmière en psychiatrie, CMP → réunions d'organisation régulièrement
- 6) AR22 0736 Assistante en radiologie hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 7) ASS11 0740, Assistante sociale chef service, hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 8) IC13 0763 Infirmier cadre psychiatrie → réunions d'organisation régulièrement
- 9) IA23 0975 Infirmière anesthésiste hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 10) I28 1014 Infirmière au chômage, anciennement en clinique, service de rééducation → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 11) IL29 1278 Infirmière en libéral clinique → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 12) I26 1338 Infirmière de nuit clinique d'orthopédie → réunions d'organisation régulièrement
- 13) I21 1207 Infirmière, clinique d'oncologie → réunions d'organisation
- 14) O16 3481 Orthophoniste CMP → réunions d'organisation régulièrement
- 15) IC12 3482 Infirmier cadre psychiatrie, hôpital → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 16) ARC18 3498 attachée de recherche, institut mutualiste → réunions d'organisation régulièrement
- 17) IP24 3601 Infirmière puéricultrice, institut → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 18) K17 2045 Kinésithérapeute, institut mutualiste → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 19) II19 2461 Infirmière instrumentiste, clinique d'orthopédie → réunions d'organisation régulièrement

MÉDECINS, CADRES SUPÉRIEURS

- 1) MO38 1072 Médecin associatif centre de rééducation → réunions d'organisation *irrégulièrement*
- 2) MA30 1496 Médecin anesthésiste réanimateur ORL hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 3) MP37 1501 Chef service pédiatrie, hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 4) MP35 3469 Chef service d'urgences, hôpital → réunions d'organisation régulièrement
- 5) MN36 3636 Médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale → réunions d'organisation régulièrement
- 6) MA32 4116 Anesthésiste manager d'un bloc opératoire, institut mutualiste → réunions d'organisation régulièrement
- 7) Pha40 4202 Pharmacienne hôpital → réunions d'organisation irrégulièrement
- 8) MA31 4977 Anesthésiste clinique → réunions d'organisation irrégulièrement
- 9) CH33 4979 - Chirurgien libéral exclusif → réunions d'organisation

M. Les accords sur le temps de travail

QUESTION 69 ET 70 – Pour établir vos horaires, devez-vous vous mettre d'accord avec vos collègues ? ; 70 – En cas d'imprévu, pouvez-vous modifier vos horaires en vous arrangeant avec vos collègues ?

Les entretiens comme les réponses au questionnaire indiquent une large disponibilité d'accords entre les collègues sur l'organisation de leur temps de travail. Les réponses au questionnaire apportent une distinction nécessaire entre l'arrangement des horaires entre collègues et les remplacements « en cas d'imprévu ». L'association des deux est plutôt rare dans le corps paramédical (4/8 pour les aides soignantes, 6/15 pour les infirmières), fréquente chez les médecins (6/8).

AIDES SOIGNANTES, EMPLOYÉS

- 1) AS7 0239 Aide soignante clinique d'orthopédie → en cas d'imprévu
- 2) AL8 0746 Aide laborantin, pharmacie d'hôpital → en cas d'imprévu
- 3) AU6 1830 Auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 4) AU5 1868, Auxiliaire de puériculture, crèche d'hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 5) AS4 2207 Aide soignante rééducation rhumatologique, hôpital privé → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 6) Au1 4048 Auxiliaire service de stérilisation, hôpital → en cas d'imprévu
- 7) AH9 2684 Serveuse cantine, clinique de cardiologie → en cas d'imprévu
- 8) AS3 4676 Aide soignante, clinique pour des personnes en fin de vie → peut s'arranger & en cas d'imprévu

INFIRMIÈRES, PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

- 1) I25 2414 Infirmière, hôpital soins palliatifs → en cas d'imprévu
- 2) I27 0113 Infirmière de nuit, hôpital, gériatrie → en cas d'imprévu
- 3) IC14 0358 Cadre infirmière psy, chef service hôtellerie, centre hospitalier → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 4) IP15 0731 Infirmière en psychiatrie, CMP → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 5) AR22 0736 Assistante en radiologie, hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 6) ASS11 0740, Assistante sociale chef service, hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 7) IC13 0763 Infirmier cadre, psychiatrie : en cas d'imprévu
- 8) I28 1014 Infirmière au chômage, anciennement en clinique, service de rééducation → en cas d'imprévu
- 9) O16 3481 Orthophoniste, CMP → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 10) IC12 3482 Infirmier cadre psychiatrie, hôpital → en cas d'imprévu
- 11) ARC18 3498, Institut mutualiste → peut s'arranger
- 12) IL29 1278 Infirmière en libéral, clinique → en cas d'imprévu
- 13) I26 1338 Infirmière de nuit, clinique d'orthopédie → en cas d'imprévu
- 14) IP24 3601 Infirmière puéricultrice, Institut de puériculture → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 15) I21 1207 Infirmière, clinique d'oncologie → en cas d'imprévu

MÉDECINS, CADRES SUPÉRIEURS

- 1) MO38, 1072 Médecin associatif en centre de rééducation → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 2) MA30 1496 Médecin anesthésiste réanimateur ORL, hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 3) MP37 1501 Chef service pédiatrie, hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu

- 4) MN36 3636 Médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 5) MA32 4116 Anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, institut mutualiste → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 6) Pha40 4202 Pharmacienne, hôpital → peut s'arranger & en cas d'imprévu
- 7) CH34 4944 Chirurgien en clinique privée → en cas d'imprévu
- 8) CH33 4979 Chirurgien libéral exclusif, clinique → en cas d'imprévu

2. Les hypothèses confirmées

A. La progression du travail collectif. Effets de position et effets de trajectoire

En milieu hospitalier, les négociations sur les horaires occupent une place importante dans le fonctionnement des équipes et les remplacements sont considérés comme des formes de coopération contrainte, vécue souvent comme une frustration par les autres membres de l'équipe ou par les patients. L'appel fréquent à des intérimaires pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans ce secteur, et l'obligation de leur montrer le travail, ainsi que les obligations de garde, astreinte ou les remplacements sont des exemples des différentes formes de coopération contrainte. Les heures supplémentaires, la réduction forcée du temps libre dans des situations d'urgence (remplacement de collègues absents), le partage des tâches entre les membres d'une équipe travaillant à effectifs réduits, sont souvent évoqués comme étant à l'origine de situations conflictuelles ou de tensions à l'intérieur des équipes ou entre les équipes.

Les relations de coopération au travail (que nous avons classées en instituées, formalisées, hiérarchiques, d'entraide ou de solidarité, contraintes...) sont déterminées à la fois par les positions occupées par le personnel dans l'espace médical et de soins (positions de domination ou dominées, d'exécution, positions intermédiaires ou de médiation) et par ses trajectoires, définissant les dispositions et les intérêts à coopérer. Si l'institution définit le cadre général de la coopération, à la fois pour ce qui concerne l'espace, le temps ou le contenu (les tâches) des échanges, c'est le background social et professionnel des personnes impliquées, ainsi que leur projection dans un devenir professionnel qui constituent le possible et le probable de toute relation de coopération.

Coopérer suppose une forme de croyance dans le collectif – l'équipe, le groupe ou le corps professionnel, l'institution (l'hôpital) –, dans ses qualités professionnelles et éthiques, dans sa mission de salut (humaniste, humanitaire). Les discours sur la coopération nécessaire ne sont pas réductibles à une philosophie managériale, ne constituent pas que des stratégies de façade, dissimulant les « vraies » stratégies cachées. Dans leur diversité, ils dévoilent les rapports au groupe de référence – enchantement ou désenchantement par rapport à une croyance d'origine, à la vocation ou à la mission, à la reconnaissance sociale, une vision pragmatique ou « professionnelle », la nécessité de formaliser ou de rationaliser la coopération, etc. La coopération est ainsi traitée comme une « ressource », substantialisée, disponible ou manquante, et des experts peuvent être convoqués pour stimuler sa production. En on peut retrouver plus de discours sur la coopération aux deux extrêmes de la hiérarchie professionnelle, chez ceux qui ne se justifient professionnellement que par leur capacité de mobilisation du travail des autres, et chez ceux dont la précarité de statut rend la dimension symbolique de la profession encore plus précieuse (n'être rien en dehors de l'institution).

(a) Les positions d'exécution

L'hypothèse de la multiplication des formes de coopération contrainte pour les occupants des positions d'exécution dans l'espace des institutions de soins s'appuie sur des observations concernant les données constitutives de ce métier et sur les effets prévisibles de l'enchaînement de la délégation des tâches entre les groupes de professionnels des soins. La position qui revient ici aux aides soignantes est exemplaire : catégorie constituée pour décharger les infirmières des tâches les moins qualifiées²⁵, elles ne peuvent valoriser leur travail qu'en assumant des tâches d'exécution déléguées par les infirmières ou en surinvestissant les contacts privilégiés avec les patients. La pénurie de personnel les menace doublement, à la fois à cause des surcharges de travail (être en bout de chaîne exclut toute possibilité de déléguer le travail propre) et des situations de risque de violence dans les rapports avec les patients et leurs familles. Malgré des bénéfices incontestables apportés par les 35 heures et par des améliorations ponctuelles des conditions matérielles de travail, les situations d'isolement ou d'exclusion dans cette catégorie semblent relativement nombreuses.

(b) Les positions intermédiaires

L'autonomie accrue des professions paramédicales, amorcée par la mise en place d'un métier comme celui des aides soignantes, a été consacrée par la dotation de ce corps intermédiaire d'une administration propre, les cadres infirmiers. Le détachement relatif du corps médical, s'il s'est traduit par plus d'autonomie, ne semble pas avoir apporté la reconnaissance souhaitée. La demande de reconnaissance reste une des plus fortes revendications pour ce qui concerne l'amélioration des conditions de travail. Plusieurs témoignages dans les entretiens font état d'absence de communication (et de reconnaissance) entre les différents échelons de la hiérarchie. Une division du travail plus accentuée a rendu dans de nombreux cas le partage des tâches entre infirmières et aides soignantes potentiellement plus conflictuel. Les représentants des positions intermédiaires sont aussi porteurs des représentations les plus contrastées sur l'univers médical et sur les relations de coopération, entre les plus satisfaits de leur parcours, ayant dépassé leurs attentes, et les plus critiques, souvent en position d'abandon.

(c) La coopération hiérarchique

Pour les occupants des positions les plus élevées, la question des rapports statutaires entre les différents corps de métiers composant la profession et celle de la reconnaissance sociale sont au centre de la problématique de la coopération au travail. On parle ainsi beaucoup dans les entretiens des différents types de pouvoir (médical, infirmier, de l'administration...), de délégation et moins d'exécution des tâches. Chez les médecins aussi, la vision sur les conditions de travail et les relations de coopération est très contrastée. On peut observer ainsi trois cas de figure. Le premier est celui de l'investissement professionnel et rationnel dans la coopération, qui constitue une dimension centrale du secteur d'activité du médecin concerné : c'est le cas du chef de services des urgences, confronté au quotidien avec une diversité de

²⁵ Nous utilisons ici les travaux d'Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Anthropos, 2001, et son article « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnel de l'hôpital », in *Sciences Sociales et Santé*, 3 (13), septembre 1995, pp. 93-126.

formes de coopération, et qui en dresse dès le début de l'entretien la typologie (MP35) et du chef de bloc opératoire à l'institut mutualiste, principal promoteur d'un discours managérial sur l'hôpital-entreprise dans le corpus des entretiens (MA32).

Le second cas est celui des médecins préoccupés par le déclin relatif de leur profession, déclin attribué généralement à des causes extérieures à la profession (politiques de santé, conjonctures du marché de travail et des demandes de soins), mais influant sur les relations entre les différents groupes et sur leur coopération. On retrouve ainsi dans ces entretiens (MA30, MA31, CH33, MO38) des mises en cause des politiques ayant contribué à des dysfonctionnements du corps des professions de soins dans son ensemble et à leur coopération : la constitution d'un pouvoir infirmier contre le pouvoir médical à l'origine de la pénurie de personnel ; les RTT, coupables de la dévalorisation du travail ; le renversement des proportions entre les effectifs du personnel administratif et les effectifs du personnel de soins ainsi que des rapports de pouvoir entre les médecins et les administrateurs. De même, l'intrusion des travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs) dans les relations privilégiées et auparavant exclusives entre médecins et malades ont distendu le travail en équipe de soins d'antan, même si leur apport peut être considéré comme positif.

Troisième cas de figure, celui des « marginaux » de la profession (dans notre échantillon, radiologue, MR39, et pharmacienne, Pha40) vacataires et attachées depuis 30 ans, sans contrat de travail, exposés en permanence à l'exclusion, pour lesquelles l'accès à l'information et la coopération comme service rendu sont des formes de survie dans le milieu professionnel. Elles sont des homologues, à un autre niveau hiérarchique, des infirmières et aides soignantes menacées aussi d'exclusion, et leur disponibilité à la coopération prend des formes comparables.

Pour ce qui est de son contenu, LA DÉLÉGATION DES TÂCHES est une forme de coopération hiérarchique par excellence. Elle se distingue des autres dans le sens où aide et contrôle sont étroitement associés, et par le fait d'être à l'origine d'une ressource particulière, un capital social spécifique favorisant la mobilité et les reconversions.

(d) Esprit de corps et esprit d'équipe

En milieu hospitalier, c'est l'esprit de corps qui est souvent évoqué comme constituant un principe d'union et d'alliances supérieur à l'esprit d'équipe. C'est dû très probablement à l'histoire des différentes professions médicales et paramédicales représentées dans une équipe, aux effets structurants forts des hiérarchies et des rapports de concurrence entre le secteur libéral et l'hôpital « bureaucratique ». Les rivalités peuvent ainsi se manifester à l'intérieur des équipes en fonction des différents « patrons » (au bloc opératoire, par exemple, entre l'infirmière anesthésiste et l'infirmière instrumentiste).

La principale caractéristique de l'esprit d'équipe est, comme ailleurs, la résolution des problèmes en interne, sans faire appel à des aides extérieures (parfois ces aides peuvent être sollicitées auprès des collègues d'autres équipes du même rang, par exemple auprès des aides soignantes d'un autre étage ou d'un autre service). Les rivalités et conflits avec d'autres équipes (par exemple, équipe de jour et équipe de nuit) peuvent être révélateurs d'un tel esprit d'équipe. Enfin, les défaillances de l'encadrement, l'incapacité des cadres infirmiers à régler ces conflits « en interne » peuvent mettre à mal l'esprit d'équipe. Le travail en équipe suppose

un partage équitable des tâches et en même temps la reconnaissance des compétences individuelles spécifiques (reconnaître ses propres limites). L'appartenance est ainsi définie sur la base d'un double critère, de compétence professionnelle et d'équité (éthique).

L'importance de la vocation et de la mission pour l'exercice des professions médicales et paramédicales est également un indice de la prééminence de cet esprit de corps. L'intérêt suprême du malade (patient, client) peut être invoqué en toute circonstance et opposé à l'intérêt individuel ou de groupe, pour mobiliser une équipe et ses membres : refuser de remplacer un collègue ou de coopérer peut porter tort au malade avant tout, et cela signifie aussi manquer à la mission propre à la profession, placée symboliquement au-dessus des autres (humanisme, héritage religieux). La force de l'identification à cette mission et de la revendication d'une telle vocation peut l'emporter sur celle de la hiérarchie sociale et professionnelle, et une aide soignante peut revendiquer en toute légitimité sa présence dans la proximité du malade et l'opposer comme fondement de sa vocation à la mission essentiellement technique de l'infirmière²⁶. L'exemple de luttes de distinction à l'intérieur des équipes entre les auxiliaires, plus spécialisées, et les aides soignantes, plus polyvalentes, indique comment la structuration des équipes à l'hôpital donne occasion à des situations de conflit potentiel à partir de distinctions symboliques minimales²⁷.

(e) Stratégies professionnelles : carrières et choix du lieu de travail

Les effets de trajectoire sur l'évaluation des conditions de travail peuvent être relevés en prenant en compte aussi bien l'origine sociale, la situation familiale, la succession des postes occupés (les accumulations de l'expérience), les études et les diplômes, constitutifs des différentes espèces de capital détenues par les personnes concernées. À partir des seuls entretiens, on ne dispose pas d'instruments de contrôle ou de simples comparaisons pour évaluer les témoignages et les vécus des différentes personnes en rapport avec des « faits objectifs », donnés en exemple pour soutenir ces « vécus ». Plusieurs personnes interrogées font cependant une évaluation de leurs possibilités et comparent leurs expériences. Les jugements portés sur les conditions de travail ne dépendent donc pas uniquement des conditions « objectives » de travail, mais des parcours et des possibilités de comparaison possible entre plusieurs lieux d'activité.

²⁶ Anne-Marie Arborio (art. cité, p. 112) observe aussi la stratégie de valorisation professionnelle des aides soignantes par une relation affective privilégiée avec les malades accompagnée parfois d'un certain discours sur la « vocation », qu'elle relativise beaucoup. Dans nos entretiens, certaines aides soignantes justifient le fait d'avoir « refusé » de devenir infirmières par cette vocation (la proximité et l'attachement au malade). Même s'il s'agit d'une reconstruction a posteriori de la trajectoire professionnelle, une telle affirmation fait preuve de l'intériorisation du discours d'institution.

²⁷ Une auxiliaire puéricultrice raconte comment leur revendication d'être distinguées des aides soignantes n'a conduit qu'à la reconnaissance du droit d'enlever l'inscription « aide soignante » de leurs blouses de travail. (AU5).

- *Hiérarchie des spécialités et conditions de travail*

Le statut professionnel du médecin est évalué en nombre d'années d'études²⁸, par la taille de sa clientèle, en fonction de sa position dans le corps universitaire, etc. Les membres des autres professions de soins peuvent tirer un certain bénéfice de la réputation de leur « patron », s'ils établissent une relation de confiance et de coopération sur la longue durée. C'est aussi le cas des spécialités qui peuvent être reconnues « pénibles » pour les difficultés particulières des conditions de travail (chirurgie, orthopédie en particulier, psychiatrie, oncologie), et néanmoins appréciées sinon recherchées. À l'opposé, d'autres spécialités ou lieux de travail sont craints ou évités à la fois pour les difficultés d'ordre physique ou psychologique que pour le stigmate professionnel qui leur est apparemment attaché, considérés comme dévalorisants : maisons de retraite, cliniques de soins palliatifs pour personnes en fin de vie, médecine du travail. Dans une troisième catégorie pourraient être classées des spécialités considérées « plus féminines », appréciées par des femmes, comme la pédiatrie, la puériculture, et cela bien que le même critère peut s'inverser à l'égard de ces secteurs : travailler avec des enfants malades est insupportable pour une jeune mère.

Il est nécessaire d'ajouter que cette opposition entre position de la spécialité dans la hiérarchie des disciplines (entre les prestigieuses et les moins reconnues, les plus nobles et les plus pauvres) et difficulté des conditions de travail intervient différemment dans les stratégies professionnelles, en fonction du statut et du sexe de la personne concernée. Pour les médecins, c'est la sélection précoce à travers l'internat qui détermine très souvent la spécialisation. Pour les infirmières, la spécialisation peut intervenir tardivement²⁹ et souvent par l'attachement à un poste fixe (infirmière, diplômée ou non, au bloc opératoire) et à un « patron ». La voie de la spécialisation, bien que plus noble pour les infirmières, est aussi plus risquée, car elles sont souvent obligées d'être mobiles, et plus souvent pour des raisons domestiques (la situation familiale, les mutations du mari, la distance du domicile, le temps disponible pour la famille et les enfants) que professionnelles³⁰. Dans ce cas, la spécialisation risque de faire obstacle à la reconversion. Si dans certaines professions la mobilité est un indicateur de précarité, chez les infirmières elle peut constituer une ressource importante et garantir une certaine autonomie. Le meilleur exemple parmi les situations rencontrées sur le terrain est celui de cette infirmière travaillant en libéral (IL29) qui a réussi pendant une période relativement courte à dépasser une condition d'intérimaire en faisant fonction d'infirmière « volante » (un « pool » à elle seule), et négociant un contrat avec des conditions privilégiées pour ses horaires (protégeant sa vie de famille).

Cependant, un certain nombre de mobilités ont été réalisées suivant des objectifs proprement professionnels, pour améliorer sa qualification ou les conditions de travail. Changer de secteur, d'établissement, de spécialité pour diversifier son expérience professionnelle est une stratégie professionnelle propre surtout aux infirmières. La variété des compétences représente aussi une forme d'assurance devant les fluctuations du marché de travail, les infirmières les plus spécialisées étant aussi les plus exposées dans les situations de

²⁸ Une femme médecin radiologue, travaillant depuis 30 ans comme attachée, affirme ainsi avoir fait 17 ans d'études, en comptant aussi les différents stages qu'elle avait été amenée à effectuer.

²⁹ Il existe aussi des filières de spécialisation précoce, comme en pédiatrie.

³⁰ Les exemples de cette jeune femme chef de clinique en pédiatrie qui envisage de se reconverter dans la médecine du travail, de cette nutritionniste qui se déclare prête à abandonner sa profession enfin de plusieurs infirmières ayant changé d'établissement à chaque mutation du mari ou pour se rapprocher de la maison.

fermeture d'établissement ou de secteur, qui entraînent parfois des reconversions en urgence. Si la spécialisation et la continuité sont des garanties pour la performance professionnelle, cela est moins vrai pour les professions intermédiaires où la continuité sur le même poste dépend souvent de la relation établie avec le même « patron ».

Le cas des aides soignantes est encore différent, car ce personnel chargé de l'essentiel des tâches d'exécution est souvent sélectionné sur des critères d'attachement à l'établissement, et donc il est le plus stable. La mobilité est associée aussi souvent au changement de catégorie, en passant par l'école d'infirmières. Dans leur cas aussi, la situation familiale peut jouer un rôle déterminant dans les « choix » de carrière, qui sont en réalité des seconds choix. Le prestige de l'établissement ou de la spécialité de leur secteur d'activité n'intervient que très peu dans l'éventuelle attraction qui peut éventuellement orienter leurs décisions. D'ailleurs, très souvent elles ignorent les caractéristiques globales de l'institution dans laquelle elles travaillent (nombre de lits, personnel) et ont peu d'informations sur les conditions de travail ailleurs. Les critères déterminants pour s'orienter sont les difficultés physiques et psychologiques de l'emploi (pénibilité, « caractères incompatibles »), et les relations tissées au fil du temps, surtout avec des pair(e)s, ne sont que trop rarement utilisées pour changer de poste.

Accusant une certaine « invisibilité »³¹, le manque de reconnaissance de la hiérarchie comme des pouvoirs publics (par exemple pour une diminution de l'âge de départ à la retraite au même titre que d'autres groupes professionnels travaillant dans des conditions éprouvantes), craignant la suppression d'acquis récents, comme les ARTT, les aides soignantes se sentent menacées aussi du côté de la principale forme de reconnaissance qu'elles pouvaient revendiquer, celle des patients et de leurs familles. La dégradation des conditions de travail et, de façon plus générale, les changements des rapports professionnels en milieu hospitalier les exposent davantage qu'auparavant. La question des conditions de travail se pose de façon encore plus aiguë pour une bonne partie d'entre elles en fin de parcours, avec le coût cumulé des nombreux efforts physiques, des accidents et des maladies professionnelles. De plus, l'accès à un poste aménagé de travail est souvent difficile malgré les recommandations de la médecine du travail, ce qui peut conduire à des exclusions professionnelles liées au handicap (AU1).

B. Les changements des conditions de travail en milieu hospitalier et leur incidence sur la coopération

Il est difficile de parler d'une évolution à sens unique des conditions de travail pour les professions médicales et paramédicales pendant les vingt dernières années³². Plusieurs tendances, ayant des incidences sur les changements des conditions de travail, peuvent être

³¹ Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, op. cit. Voir pour comparaison F. Acker, « Sortir de l'invisibilité : Le cas du travail infirmier », *Raisons Pratiques*, Cognition et information en société, dir. Bernard Conein et Laurent Thévenot, Paris, EHESS, n° 8, pp. 65-93, 1997.

³² Nous avons pris cette large période de temps comme référence car elle correspond à des transformations majeures dans d'autres secteurs d'activité. Pour un aperçu plus global voir l'article de Claude Béraud, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, décembre 2002, pp. 37-74. Et sur les conditions de travail voir les travaux de Michel Gollac et Serge Volkoff, notamment *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte (coll. Repères), 2000.

repérées et ont été évoquées dans les entretiens ; c'est pour cette raison qu'elles doivent être rappelées ici brièvement.

Une première série de transformations concerne le mode de gestion des établissements de santé, avec plusieurs concentrations de cliniques et d'hôpitaux et la remise en cause de l'hôpital public dans la perspective d'une adaptation aux règles du management moderne, d'une nouvelle gouvernance : contrats d'objectifs, regroupements de services en pôles d'activité, contractualisation interne, accréditation, etc. Au niveau de l'exercice au quotidien des professions médicales et paramédicales, ces changements sont à l'origine d'une plus grande mobilité du personnel et de recompositions des collectifs de travail qui contribuent dans certains cas à l'apparition d'inégalités³³, ou provoquent des appréhensions sur l'avenir professionnel des salariés. La gestion de l'hôpital comme une entreprise, la réduction du temps de présence des patients sur des critères de rentabilité, leur sortie accélérée, fragilisant les relations de confiance entre le personnel et les malades, font l'objet de plusieurs critiques dans les entretiens.

Une polarisation se dégage ainsi à travers l'ensemble des entretiens, entre ceux qui se montrent préoccupés par la préservation de la qualité propre du travail médical et de soins, qui défendent les acquis du secteur public en termes de conditions de travail, et ceux qui défendent la spécificité du secteur privé, son efficacité, ses performances professionnelles, malgré le fait qu'il serait défavorisé par les politiques publiques.

Mais d'autres avis sont cependant exprimés, notamment pour ce qui concerne la prise en compte des coûts, financiers et en ressources humaines, dans la mise en place de projets de soins, comme dans cet exemple d'un centre post-cure, extra-hospitalier, dont la fermeture a permis rétrospectivement d'envisager d'autres méthodes de travail, et notamment des prises de risque de la part des professionnels (IC13).

Une autre série de transformations majeures concerne directement la professionnalisation des actes de soins, sous plusieurs aspects. Il s'agit d'abord de la reconnaissance acquise par les professions de soins, détachées sur le plan administratif des professions médicales, un changement de statut ayant des incidences sur les rapports entre les différents corps professionnels, sur les stratégies de carrière des membres des professions concernées et implicitement sur leurs relations de coopération.

Certaines spécialisations médicales sont nouvelles (comme les urgentistes), ou disposent d'une reconnaissance qu'elles n'avaient pas avant (les anesthésistes). La transformation des hiérarchies médicales se répercute dans les rapports à l'intérieur du corps paramédical, dans le fonctionnement de l'équipe du bloc opératoire, par exemple. Si la tendance générale est vers plus d'autonomie et de spécialisation, celle-ci n'est pas en contradiction avec l'augmentation de l'interdépendance observée au niveau de l'exécution des tâches. Les médecins anesthésistes sont plus souvent tenus d'exercer une fonction de contrôle sur les pratiques des chirurgiens (MA31).

La professionnalisation des actes de soins est considérée parmi les formes d'amélioration générale des conditions de travail : la formation de base et continue (les stages) des

³³ Par exemple, à l'Institut Mutualiste, où il y aurait des inégalités sensibles de salaires entre des personnes ayant le même parcours et occupant le même type de poste, mais provenant d'établissements différents.

professionnels, la présence de psychologues dans certaines équipes (bien que cela reste plutôt rare) sont citées dans ce sens. Des représentants des professions intermédiaires, infirmières en particulier, prêtent une attention notable à la dimension intellectuelle de leur activité (être dans la réflexion, non seulement dans l'exécution), bien que cela soit plus spécifique pour ceux qui exercent à l'extérieur de l'hôpital, qui ont une vision plus large de l'environnement et coopèrent avec des partenaires très variés (entretien IP15, infirmière en psychiatrie). Cependant, ils s'accordent à accorder à l'expérience, acquise par l'ancienneté, le rôle prééminent dans la création d'une zone propre d'expertise, comme le formule un infirmier cadre (MA31), y compris pour ce qui concerne l'aptitude à coopérer. L'éventualité de pousser encore plus loin la professionnalisation, par exemple en situant la formation des infirmières à un niveau universitaire, est dans ce sens vue avec réserve (entretien IA23).

Certaines activités liées à la formation professionnelle peuvent être en même temps à l'origine de discontinuités ou d'incohérences dans les interventions thérapeutiques, par la suite de la multiplication des intervenants ou de la diversité des techniques de soins.

La multiplication des procédures et des formulaires d'enregistrement des traitements et des interventions, la « traçabilité », confirme cette professionnalisation et en même temps témoigne de la remise en cause du pouvoir médical par les usagers³⁴. Autour de la question des communications plus généralement (informatisation, accès à l'information par les professionnels et les patients, constitution du dossier infirmier en parallèle au dossier médical, etc.), il y a polarisation des opinions entre ceux qui relèvent surtout l'amélioration nécessaire du circuit de l'information et ceux qui soulignent surtout la surcharge de travail que les opérations d'enregistrement peuvent représenter. Les derniers considèrent ce système comme responsable de la réduction du temps des soins et de présence auprès du patient. Il est certain que cette bureaucratisation constitue en même temps un instrument de contrôle administratif et un de ses effets est le renforcement de la coopération hiérarchique, nombre de ces procédures étant déléguées par les cadres à leurs subordonnés.

Une troisième série de transformations ayant une incidence globale sur les conditions de travail concerne l'environnement de l'hôpital et son public : l'apparition de nouvelles pathologies, liées en particulier au vieillissement de la population, et l'étendue des « problèmes sociaux » (précarité, exclusion, immigration). Si, dans certains cas, ces changements peuvent perturber des pratiques de soins (problématiques méconnues, difficultés de communication), c'est surtout l'accès inégal aux soins qui constitue un sujet d'inquiétude – à cause de l'imposition des critères de rentabilité des établissements et des soins, supposant la réduction des temps de séjour et des coûts, un turn-over accéléré des patients qui modifie l'équilibre des actes de soins et met mal-à-l'aise le personnel soignant.

Les transformations de l'environnement de l'hôpital et de son public sont aussi mentionnées à propos de deux phénomènes qui affectent conjointement bien que différemment l'autorité médicale vis-à-vis des patients qui sont aussi des clients : la *judiciarisation* qui menace tout échec, susceptible de faire l'objet d'une plainte, voire d'un procès, et le *consumérisme*, effet de l'inscription des thérapies dans une logique de marché et en même temps de la raréfaction des institutions sociales, défaillantes, dans les zones défavorisées où l'hôpital reste premier et dernier recours (MP35).

³⁴ Cf. aussi Claude Béraud, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », art. cité, p. 59.

C. L'amélioration globale des conditions de travail matérielles

C'est dans ce contexte qu'il est pourtant possible de noter que plusieurs personnes interviewées³⁵ portent un jugement globalement positif sur l'amélioration des conditions de travail matérielles et humaines dans les établissements de santé qu'ils ont connu. Cette opinion est partagée par une majorité des personnels de soins, infirmières et aides soignantes, bien qu'une minorité exprime un avis contraire et que, dans certains cas, on peut parler de victimes des mauvaises conditions de travail (personnes ayant subi des accidents de travail).

Cette amélioration concerne généralement l'hôpital public, dans le secteur privé les différences pouvant être importantes d'une clinique à une autre.

Pour ce qui concerne les tâches physiques les plus lourdes qui reviennent au personnel moins qualifié, aides soignantes et agents hospitaliers, plusieurs solutions semblent avoir été adoptées, par l'acquisition d'un matériel approprié techniquement (lits réglables, chariots...) ou l'embauche de personnel supplémentaire (homme pour faire la plonge dans une équipe féminine de cuisine, par exemple). Si cela ne signifie pas que pour un certain nombre de métiers les charges physiquement pénibles ont disparu, le constat d'une amélioration progressive de cet aspect important des conditions de travail est quasi-unanime. Cependant, les situations de handicap, les douleurs de dos chroniques ne semblent pas avoir trouvé de réponse appropriée pour l'aménagement des conditions de travail, comme on peut le constater chez certaines employées interviewées³⁶. De plus, la pénurie de personnel a pu par exemple conduire le personnel soignant à être seul pour lever un patient.

Un aide laborantin, travaillant à la pharmacie d'un hôpital, et son épouse, élève infirmière ayant été aide soignante au même endroit, trouvent qu'en général les conditions de travail se sont un peu améliorées, mais lentement. Seul homme de la pharmacie à part le pharmacien, obligé à porter des objets lourds tout seul, « surtout pour une cinquantaine de palettes qui font au minimum 500 kg. », il avait demandé depuis 2001 *un transpal électrique*, qu'il a obtenu au bout de 2 ans. Il signale aussi quelques améliorations au niveau informatique et de la compréhension au niveau cadre parmi ces améliorations. Son épouse apporte des précisions concernant les conditions matérielles de travail, dont elle apprécie l'évolution comme inégale : les conditions se sont « *améliorées et parfois dégradées sur du matériel, ou sur des restrictions, et maintenant il manque moins de choses, et on s'aperçoit que parfois on nous retire ce qu'on nous avait donné faute de budget, et du coup ça se dégrade. Par exemple moins de couches, moins de serviettes, moins de gants, on se retrouve avec des gants jetables, de mauvaise qualité, et ainsi de suite* ». (AL8)

Dans l'ordre de l'amélioration des conditions techniques de travail, on peut citer les conditions de sécurité pour les patients dans les blocs opératoires et les services d'anesthésie réanimation. Plusieurs témoignages concordent :

³⁵ Cette affirmation doit être examinée au cas par cas. Elle s'appuie sur les observations des personnes interviewées ayant au moins une quinzaine d'années d'activité derrière elles et qui ont comparé les conditions actuelles à celles qu'elles ont connues au début de leur activité.

³⁶ Sur cette question, voir l'étude empirique, portant uniquement sur la situation des infirmières, O. Gognon, C. Delgoulet, J.-C. Marquié, « Âge, contraintes de travail et changements de postes : le cas des infirmières », in *Le Travail Humain*, tome 67, n° 2/2004, pp. 115-133.

« Il faut dire qu'entre 1984 et 1995 on travaillait dans des conditions épouvantables, il y avait des salles d'opération qui donnaient sur des couloirs, il n'y avait pas de salle de réveil, enfin rien n'était aux normes. Et moi je suis arrivé là-dedans, et j'ai dit : je ne ferai pas tel type d'anesthésie, je ne ferai telle autre chose, la sécurité des malades est primordiale, donc j'ai balisé en quelque sorte tout ça. (entretien MA30, médecin anesthésiste réanimateur ORL, hôpital parisien)...il y a moins d'accidents qu'avant, on a du matériel plus performant, l'anesthésie a beaucoup évolué...(mais) l'aspect relationnel n'est pas proportionnel à l'évolution technique (IA23, infirmière anesthésiste en hôpital).

Ce qui s'est fait un petit peu partout, c'est que l'anesthésie a évolué, elle a mis en place tout un système de conditions de sécurité, un bloc op, ça ressemble à un aéroport, d'ailleurs on a les termes qui ressemblent à ceux employés dans un aéroport, on a un dispatching qui gère les flux des patients, une opération chirurgicale c'est un check list, et avec une équipe qui va prendre le vol, maintenant qui est le pilote, c'est le chirurgien ou anesthésiste, ça reste à discuter, mais on va prendre toutes les mesures de sécurité pour le démarrage et puis le réveil, ainsi de suite, et puis les départements anesthésie ont été créés dans cet esprit-là pour garantir des conditions de sécurité pour le patient, ce qui n'existait pas vraiment avant » (MA32, anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire, Institut Mutualiste).

L'actuel système d'organisation du temps de travail bénéficie aussi de l'appréciation quasi-unanime des infirmières et des aides soignantes. L'époque n'est pas si éloignée où il n'y avait pas de véritables horaires fixes, où le personnel pouvait être obligé de rester au-delà de la fin du programme. L'introduction du régime des 35 heures semble aussi largement appréciée, de même que la répartition des horaires entre activité et temps libre à l'intérieur des équipes, bien qu'il soit toujours un sujet sensible, faisant objet de négociations et parfois de conflits.

Plusieurs personnes interrogées sont cependant pleinement conscientes que les RTT ont été une mesure imparfaite, car sans être suivies généralement par des nouveaux recrutements, leurs effets sur les conditions de travail ont été le plus souvent contradictoires : leur incidence sur l'intensification du rythme de travail est aussi généralement admise. Elles sont considérées aussi à l'origine de l'aggravation de la pénurie de personnel, avec l'emploi plus fréquent d'intérimaires, etc.

« Il y a beaucoup de changements de personnel sur l'unité et on est surtout des jeunes, il y a très peu de personnes anciennes dans les services, je suis dans un service où il y a le plus d'anciennes, et il y a les soins intensifs et la réanimation aussi, et là ça tourne encore plus, les gens restent environ 2 à 3 jours de suite. On doit faire en alterné jour et nuit, donc c'est très difficile, et on est obligé toutes les 6 semaines de passer jour ou nuit, et pour cette raison beaucoup de personnes quittent l'institut. Le service où je suis a aussi des anciennes, qui sont en fin de carrière et qui attendent la retraite, mais je ne suis pratiquement entourée que par des personnes qui viennent d'arriver. Sauf les personnes qui sont là depuis longtemps et qui ont des contrats particuliers, sinon tout le monde est obligé d'alterner équipe de jour et équipe de nuit. Tant qu'on a pas d'enfant ça va, mais moi maintenant que j'ai un enfant, c'est beaucoup plus difficile à gérer au niveau du temps, pour s'arranger pour la garde (IP24, infirmière puéricultrice) ».

« On travaillait 6 jours d'affilée, on se reposait deux jours, on retravaillait 6 jours et ensuite il y avait une compensation d'un week-end prolongé de 3 jours. Et ça c'était usant. C'est-à-dire que vous travaillez 6 jours d'affilée dans un tel service, 4 jours c'était bien, et puis les deux derniers jours on n'était plus disponible, enfin, moi je me sentais vraiment fatigué, j'arrivais ici j'étais crevé, vide, à la limite le matin on s'en sortait, mais c'était quelque chose de très fatiguant, et on avait imaginé avec les collègues de pouvoir établir un autre roulement mais qui n'existait nulle part ailleurs, et on a été deux, trois à bosser sur une autre possibilité de roulement, et là ça a été un rapport de forces assez

important, entre nous, par rapport à une hiérarchie qui avait son fonctionnement depuis des années et le fait de vouloir introduire des éléments nouveaux, et donc des ouvertures aussi, et bien il a fallu, ça a duré environ deux ans, il a fallu écrire des rapports, le médecin a fini par donner son accord pour qu'on puisse au moins tenter l'expérience et ensuite ça a pu se développer. Mais il a fallu se bagarrer, se frictionner un peu à la hiérarchie, mais c'était porteur de quelque chose d'innovant, on était d'un seul coup plusieurs qui pensaient qu'il fallait introduire autre chose autrement pour pouvoir développer des nouvelles choses » (IC12, cadre infirmier, hôpital).

S'il est difficile de trouver une aide soignante ou une infirmière qui soit hostile aux RTT, et que la crainte qu'elles puissent être supprimées soit parfois accompagnée de menaces, les avis des médecins sont beaucoup plus partagés voire réservés sur les « dégâts » qu'elles ont pu produire dans l'univers hospitalier et plus particulièrement sur la dévalorisation du travail qu'elles auraient apporté.

Une amélioration constante, bien qu'inégale, semble avoir eu lieu dans l'exercice des rapports d'autorité, à la fois à l'intérieur du corps médical que dans les équipes de soins.

« [Le changement des conditions de travail pendant vingt ans] c'est globalement positif, le chef de service a changé, bon, l'actuel chef de service, (...) j'avais des rapports plutôt conflictuels avec lui, c'était quelqu'un qui avait une vision assez féodale du pouvoir, alors qu'aujourd'hui nous sommes dans une vision de délégation des pouvoirs, dans une perspective assez démocratique de la répartition des pouvoirs et cette perspective n'était pas concevable » (avant) (MA30, médecin anesthésiste réanimateur ORL, hôpital).

« La surveillante que nous avons est une infirmière qui n'est pas surveillante mais qui fait office de surveillante (...) Elle n'a pas fait d'école, mais c'est mieux pour nous et c'est en plus une ancienne de l'établissement, elle a 15 ans. Dans d'autres services ça ne se passe pas comme ça, il y a des surveillantes qui ont fait l'école des cadres et beaucoup de personnes partent à cause d'elles. Nous on est une petite structure, on n'est pas un grand hôpital (...) Si je travaillais au 3^{ème} (étage) je partirais, je ne pourrai pas supporter autant d'autorité. Quand je suis arrivée, c'était comme ça, mais maintenant je ne pourrai pas supporter. C'est fini ce temps-là, on ne peut pas être là à être gérées comme à l'armée. Avant, si on faisait un pas de travers, on nous foutait à la porte, et comme on était jeunes mariées et qu'on voulait travailler, on faisait attention, et on avait peur. On nous changeait d'horaire, hop, on changeait d'horaire. Maintenant c'est plus comme ça (AS3) ».

À l'opposé, des appréciations quasi unanimement négatives sont formulées sur l'augmentation des charges de travail et l'accélération du rythme de travail, en lien direct avec la pénurie de personnel et ayant des incidences directes sur les relations de coopération dans les équipes et avec les patients.

Si elle constate une amélioration des conditions de travail sur les 30 ans, le travail est devenu plus lourd et c'est surtout le rythme qui a augmenté, et probablement le nombre de toilettes à faire. La situation se dégrade dans les rapports avec les patients et leurs familles, ils deviennent violents par rapport au personnel (AS3, clinique personnes en fin de vie).

Les charges et le rythme de travail ont augmenté suite à l'accélération des sorties de l'hôpital – ce constat est formulé dans plusieurs entretiens (AS10, IC12).

« On est débordés, si je vous dis qu'on peut faire 5 prothèses de hanche, 2 prothèses de genou dans la journée, vous allez avoir peur. Mais c'est notre pain quotidien...et si je vous raconte comment doit être le parcours obligatoire légalement du patient, il doit normalement arriver en salle de réveil, il

doit y passer 10 minutes, puis il doit être amené au bloc, et après l'opération, on doit normalement [laisser] la salle blanche pendant 20 minutes. Comme c'est une salle qui est sous pression, il y a de l'air stérile qui arrive en permanence, et au bout de 20 minutes normalement, le ménage est fait, si elle est blanche, c'est-à-dire qu'il n'y a personne dedans. Mais bon, ce n'est pas toujours possible, on est débordés » (II19, infirmière instrumentiste au bloc opératoire, clinique d'orthopédie).

Dans certains cas, dans le secteur privé, l'amélioration des conditions de travail sous cet aspect est possible suite à des revendications pour le recrutement de personnel.

« Depuis que je travaille ici, les choses ont beaucoup changé, parce qu'au départ, c'était pas du tout comme ça, on était moins nombreuses, et puis les conditions de travail étaient épouvantables, j'ai fait bouger les choses, quand même. Au début, quand je suis arrivée, on travaillait sur les deux ailes (15 lits en médecine et l'aile de gynécologie, où il y a une dizaine de lits), et aujourd'hui j'ai obtenu d'avoir une infirmière pour la gynécologie et une pour la médecine. C'était épouvantable, ohlalala, on a vécu des choses terribles » (I21, infirmière en clinique d'oncologie).

Enfin, dans le cas des médecins, l'évaluation de l'évolution des conditions de travail s'effectue sur d'autres critères, de statut social de la profession en particulier et de comparaison entre les secteurs public et privé.

« (...) les conditions de travail ne sont pas le mêmes dans toutes les cliniques privées, ça dépend des groupes au jour d'aujourd'hui, parce que la médecine française se partage entre plusieurs groupes et les cliniques qui sont familiales, qui appartiennent à un groupe de médecins ou à un propriétaire médical, présentent des conditions de travail qui sont complètement différentes, ça fait suffisamment longtemps que j'exerce pour connaître les différents systèmes (...) ça va faire trente ans que je bosse énormément, et chaque matin que je me lève, je suis content, je fais un boulot que j'aime et qui m'intéresse énormément, et je ne sais pas s'il y a beaucoup de gens qui peuvent le dire, au bout de 30 ans. Donc au bout de 28 ans de boulot, je suis aussi content que le premier jour. Je suis heureux et c'est tout ce qui m'intéresse. Je viens et je fais mon boulot, je suis fatigué mais j'aime ça. J'ai des grands enfants, mon fils a 22 ans, depuis qu'il était tout petit je l'ai formé et interdit de faire de la médecine, qu'il n'arrive pas en anesthésie avec moi. Ça répond à votre question. Je suis content, mais la dégradation des conditions et de la reconnaissance du travail de médecin, c'est une dégradation complète, parce que sous le système socialiste on a rendu la médecine automatique, et les gens pensaient et pensent encore qu'ils ont automatiquement droit à la santé. D'abord ils ne l'ont pas, ils se trompent, ils ont droit à une santé médiocre dans ce cas car tout s'aplanit avec ce système » (MA31, anesthésiste en clinique privée).

« (...) je dirais que je n'ai jamais autant travaillé que depuis que j'ai passé 50 ans. C'est-à-dire que ma charge de travail – c'est vrai, j'ai beaucoup d'activités, je le reconnais –, mais ma charge de travail a énormément augmenté, et je dirais, au détriment de la clinique, c'est-à-dire que j'ai l'impression, c'est pas une impression, je sais pertinemment que j'ai moins de temps pour m'occuper de la clinique et du patient par rapport aux tâches administratives et organisationnelles qui ont été instaurées. Qui ne sont pas forcément une mauvaise chose en soi, puisque maintenant nous participons à des tas de comités nécessaires comme le CLIN, le CLAN, le CMDMS etc. ; que moi je suis obligée d'animer en tant que présidente de la commission médicale de l'établissement, et donc veiller à ce que ce soit mis en place, on passe énormément de temps dans ce qu'on appelle l'amélioration de la qualité des soins, mais ce temps pris pour cette organisation, est perdu en temps clinique. Et le problème est de se dire qu'effectivement il était intéressant d'organiser et de structurer, mais comme ça ne s'est pas accompagné, loin de là, d'une augmentation du personnel médical, on finit, d'abord par dépasser largement les temps de travail qui sont censés nous être alloués, et on a toujours l'impression d'être toujours mauvais quelque part. C'est-à-dire que soit je fais bien ma clinique et j'ai plus le temps de m'occuper des différents comités, soit je fais plus d'administratif et à

ce moment-là j'ai l'impression d'être pas bonne et ça m'horripile de ne pas être présente sur le plan médical, et l'association des deux est extrêmement difficile à faire » (MN36, médecin salarié en association spécialisée dans l'insuffisance rénale).

« L'évolution du métier est surtout sensible au niveau contraintes depuis 10 ans, où les contraintes administratives sont devenues beaucoup plus lourdes. Le dossier médical, qui est devenu notre dossier personnel, est devenu un dossier clinique avec un certain nombre d'items à remplir, un certain nombre de feuilles à remplir ; quelques années après est arrivé le dépistage de la maladie de Kreutzfeldt-Jacob (...) Bref, c'est une obligation légale, dont on ne voit pas vraiment l'intérêt immédiat dans ma spécialité chirurgicale, et en 1997 est arrivé le PMSI, c'est-à-dire l'obligation de coder les actes du diagnostic, ce qui est assez intéressant au niveau de la santé publique, mais c'est quand même une contrainte supplémentaire et dont le bénéfice réel est bien mince. En effet, ça fait 7 ans que ça dure maintenant et on ne peut pas dire que ça ait apporté au patient une réelle amélioration de ses conditions d'hospitalisation, ce qui est quand même le coeur de notre métier. Pour l'administration, ça donne une meilleure connaissance des choses, nous sur un plan personnel ça ne nous apporte pas grand chose, et pour le patient on ne peut pas dire que ça lui rapporte grand chose non plus. C'est vrai qu'au niveau de la clientèle, et j'emploie exprès le terme de clientèle, et donc elle est devenue plus exigeante et plus consommatrice qu'elle ne l'était il y a 20 ans et globalement le chirurgien est moins « en dehors du commun des mortels », et on voit plus souvent des gens qui nous considèrent comme étant à leur service, enfin bon, ils nous confondent un petit peu avec le personnel d'un hôtel de luxe, ce qui est un peu désagréable » (CH33, chirurgien libéral exclusif).

D. Les relations de coopérations instituées

Nous ne passerons pas ici en revue la totalité des formes de coopération, qui sont détaillées dans les parties suivantes du rapport. Il est nécessaire seulement de rappeler qu'il s'agit essentiellement de distinctions opérationnelles entre les formes de coopération instituées et formalisées des modalités de coopération plus informelle, qu'elle soit de l'ordre de la délégation du travail, qui suppose une coopération hiérarchique, ou de l'entraide, coopération informelle par solidarité, surtout entre les pair(e)s. Il est aussi important de souligner le caractère particulièrement ritualisé d'actes de coopération entre les médecins et leur patient comme la consultation ou les visites, qui scandent les journées de travail et qui peuvent déterminer l'organisation d'autres activités. Enfin, l'opposition entre le secteur public et le secteur privé peut être représentée à partir de la distinction entre un fonctionnement en équipe et le rapport quasi exclusif entre le médecin et son patient en consultation, comme l'affirme ce chirurgien travaillant en libéral exclusif :

« Si vous voulez, la grosse différence...c'est qu'à l'hôpital, le patient est la propriété d'une équipe, et que ceux qui sont courageux se consacrent aux patients et ceux qui sont pas courageux sur les patients difficiles vont passer le bébé à quelqu'un d'autre. L'équipe qu'on va former avec l'anesthésiste n'est pas toujours choisie, elle est souvent imposée. Et puis le patient quoi qu'on fasse, on a plus de mal à établir une relation de personne à personne, alors que dans le libéral et ça reste toujours vrai, le patient il vient nous voir, il est toujours envoyé, c'est moi qui le reçois, c'est moi qui lui explique ce qui va se passer et c'est moi qui vais l'opérer. Et puis, après l'opération, c'est moi qui vais le surveiller aussi, ce n'est pas quelqu'un de l'équipe qui va le voir, l'encourager, et ça crée une relation qui est humaine, assez proche et importante » (CH33, chirurgien libéral exclusif).

Il n'est pas surprenant dans ces conditions que des formes importantes de coopération instituée, comme les réunions de travail, soient plutôt rares dans les cliniques privées, surtout dans les petits établissements, et que leur absence soit ressentie surtout dans des situations de

conflits de travail. L'organisation de réunions et de lieux de parole fait d'ailleurs partie des sollicitations formulées à l'attention du ministère (cf. infra).

D'autres formes de réunion quotidienne, comme les transmissions, permettent de faire circuler l'information entre les différentes équipes de soins, mais elles ne donnent pas toujours lieu physiquement à des rencontres. Ainsi, elles peuvent s'organiser de manière quasi informelle autour d'un café, témoignant de l'existence de bons rapports entre les équipes, encore plus si on leur accorde un peu plus de temps (venir une demi-heure plus tôt ou partir une demi-heure plus tard), mais elles peuvent aussi bien avoir lieu seulement par écrit, et cela se passe surtout quand la communication « ne passe pas » entre des équipes de jour et de nuit, par exemple. Le développement des techniques de communication comme l'informatique favorisent la mise à distance des équipes censées coopérer, excusée par l'intensification du rythme de travail et le « manque de temps » souvent invoqué.

Les congrès, stages et diverses activités de formation sont aussi à citer parmi les formes de coopération instituée. Leur multiplication indique une progression conforme au processus de professionnalisation aussi intense dans l'univers médical qu'ailleurs. Il n'est pas possible de les passer ici en revue dans leur diversité, mais on peut relever quelques traits communs et aussi marquer des différences entre le niveau le plus formel des échanges et la présence de l'informel.

Les congrès des différentes spécialités médicales sont des grandes réunions ritualisées qui offrent des opportunités pour actualiser des savoirs et des réseaux professionnels, renforçant conjointement le sentiment d'appartenance au corps. Leur incidence sur les relations de coopération au travail en établissement hospitalier est plutôt indirecte et essentiellement symbolique. Mais la diffusion du modèle des stages de formation (continue) n'est pas sans rapport avec ce modèle général et avec l'orientation vers la professionnalisation par une actualisation périodique des savoirs professionnels. Cette diffusion vers le bas de la hiérarchie a créé les conditions pour l'adoption d'habitudes de docilité scolaire et de bonne volonté culturelle, favorables à la diffusion des formulaires et questionnaires écrits (comme dans l'exemple le plus récent, celui des questionnaires pour l'accréditation des établissements).

L'accueil de stagiaires (élèves infirmières) ou des internes sont à classer parmi les mêmes formes de coopération liée à la formation, la transmission de savoirs contribuant à la cohésion des groupes professionnels au-delà des frontières des équipes de travail.

E. La délégation des tâches et l'entraide

Plusieurs actes formels, des conventions, cahiers des charges et autres protocoles, définissent les conditions et les limites des échanges entre les différents partenaires. Un des entretiens (ASS11) insiste largement sur l'intérêt et les conditions d'une telle formalisation de la coopération entre les membres du même groupe professionnel (ici, les assistantes sociales à l'hôpital).

LA DÉLÉGATION DES TÂCHES est, d'autre part, une forme de coopération hiérarchisée qui conforte les aspirations professionnelles et encourage la mobilité à l'intérieur du corps paramédical : plusieurs personnes interrogées ont commencé leur carrière comme agent hospitalier, pour suivre ensuite une formation d'aides soignantes, ou sont devenues

infirmières après avoir été aides soignantes. La délégation de certaines tâches doit être perçue dans sa double dimension : formative (remise symbolique à niveau, encouragement de la promotion professionnelle), objectivant des rapports de confiance existant (reconnaissance de l'expérience, de l'ancienneté, de la fiabilité professionnelle d'une personne) ; mais aussi contraignante, associée à une forme d'obligation (on ne peut pas refuser la demande d'un supérieur) et à la limite faisant obstacle au bon fonctionnement d'une équipe. La multiplication des activités « déléguées » peut empêcher l'exécution des tâches propres, renforçant ainsi les rapports hiérarchiques à l'intérieur d'un groupe et plaçant en plus grande difficulté le personnel se trouvant en bas de la hiérarchie.

LES RELATIONS D'ENTRAIDE sont des manifestations de solidarité à l'intérieur de l'équipe qui contribuent à l'affirmation de l'identité professionnelle d'un groupe déterminé par rapport à d'autres. Elles peuvent constituer des formes de résistance à la coopération contrainte, imposée par la hiérarchie. L'entraide permet une distribution équitable des tâches à l'intérieur d'une équipe, en tenant compte des différences objectives entre leurs membres (de leurs ressources physiques ou de compétence, etc.). Les conflits autour d'opérations supposant habituellement l'entraide des membres d'une équipe interviennent malgré les manifestations de bonne volonté de la part de ceux qui sont disposés à coopérer, et témoignent de dysfonctionnements institutionnels.

Joséphine, d'origine haïtienne, aide soignante en clinique, ayant été auxiliaire dans son pays, cherchait à échapper à une atmosphère pesante et avait choisi de travailler de nuit, pour se tenir à l'écart de conflits qui lui semblaient obscurs ou anecdotiques (histoires de femmes, jalousies, etc.). Sa tentative a été vaine, car elle s'est exposée ainsi aux accusations injustes de collègues de l'équipe de jour et à l'harcèlement d'une autre aide soignante, d'origine hongroise, qui avait été infirmière dans son pays, et à laquelle Joséphine avait appris les techniques françaises de soins... (AS7, « une histoire de bassin »).

L'entraide a lieu habituellement au même niveau hiérarchique, bien que cela puisse se passer aussi entre aides soignantes et infirmières. Plusieurs témoignages concourent cependant pour indiquer que les opérations communes pour les deux groupes professionnels (faire les lits) sont des sources potentielles de conflits, et que le partage équitable des tâches dans les situations de travail « en binôme » (par exemple l'usage du « beep » la nuit) suppose le rappel de la règle par celui qui est en position subordonnée (l'aide soignante), qui « ne doit pas se laisser faire ».

Les surveillants tiennent souvent compte dans l'organisation des équipes des chances de coopération et d'entraide entre leurs membres, afin d'éviter ou limiter les situations conflictuelles (la surveillante les regroupe « par caractères », comme dit une aide soignante). Cependant, il y a plusieurs facteurs objectifs qui peuvent faire obstacle à l'entraide des collègues : les surcharges de travail en cas de personnel insuffisant (particulièrement pendant les vacances) ; des inégalités de compétences ou des incompatibilités de statut entre les membres de la même équipe, qui obligent une minorité à aider les autres – entre des « jeunes » et des « anciens », formés à des périodes différentes et habitués à des techniques de travail aussi différentes ; entre des permanents et des intérimaires, remplaçants ou professionnels étrangers. La période d'initiation des intérimaires est souvent l'équivalent d'une véritable formation, mais sans profiter suffisamment au collectif, étant donné le temps relativement court de leur présence. Les différences de statut entre les membres de la même

équipe dans le cas des professionnels étrangers sous-classés, dont le diplôme n'a pas été reconnu (infirmières travaillant comme aides soignantes).

La délégation des tâches, la professionnalisation des activités (à travers des stages et des études, des diplômes, la formalisation et la standardisation...) ou les mesures strictes du temps peuvent être à l'origine d'un déclin des solidarités et de l'entraide, multipliant des conflits, et déclencher des stratégies de rupture du collectif.

F. Coopérer avec le malade

LES FORMES DE COOPÉRATION AVEC LE MALADE, parfois avec sa famille, constituent un type à part de coopération : essentielle pour l'accomplissement de l'acte médical, la coopération d'un patient n'est pas soumise aux mêmes règles de contrôle du travail ou de contrainte organisationnelle que la coopération interne des corps professionnels³⁷. Le malade « coopérant » facilite généralement les traitements et les interventions, par son accord de principe et par le suivi des prescriptions. Cette coopération suppose l'établissement d'un rapport de confiance (souvent à long terme), voire de la croyance dans les vertus thérapeutiques de l'institution. Confiance et croyance qui ne sont pas également distribuées entre tous les représentants de l'institution médicale et tous ses établissements. Les limites de la coopération du patient sont données dans le temps par les résultats des traitements et dans l'immédiat par la qualité des services, et c'est sur ces deux dimensions que les patients seraient devenus « moins coopérants » qu'avant.

La judiciarisation des rapports médicaux constitue ainsi un indicateur des limites de l'ancien pacte de confiance qui réglait cette coopération. La défense des droits, les menaces de procès ont amené un certain nombre de modifications dans la prise en charge d'un malade, et non seulement sur le plan subjectif. La formalisation et l'enregistrement systématique des actes de soins, ayant comme résultat en retour la diminution du temps de présence auprès du patient, font partie des principaux effets accusés.

Des rapports conflictuels avec le personnel des équipes de soins sont aussi souvent évoqués dans les entretiens, les patients et leurs familles étant plus souvent mécontents de la baisse de qualité des services, essentiellement à cause de l'indisponibilité d'un personnel insuffisant.

Mais la participation « coopérante » des malades peut prendre aussi d'autres formes, d'ordre social ou professionnel. Sa coopération peut être socialement hiérarchisée, dans la mesure où il peut, par exemple, se montrer méprisant, traiter une aide soignante en femme de ménage, ou ne pas respecter ses interdictions (ne pas fumer dans la chambre), la réclamer directement au médecin, qui le protège en tant que client, etc. Le patient peut ainsi devenir un enjeu dans les luttes entre équipes et groupes professionnels à l'intérieur d'un établissement, de manière symbolique, ou directement instrumentalisé, même dans des situations où il n'est pas en mesure d'intervenir personnellement.

³⁷ Le droit des usagers connaît cependant un développement qui a été aussi abordé dans les entretiens.

G. Faire équipe et partager le travail

L'évolution des professions à l'intérieur de l'univers médical a donné lieu à une différenciation accentuée des représentations de l'équipe médicale et de soins, et à une redéfinition des rapports entre les représentants des différents groupes professionnels la composant.

La reconnaissance de l'autonomie professionnelle et l'organisation de nouvelles formes de coopération contrastent, d'une manière comparable aux transformations intervenues dans le monde industriel, à la multiplication des formes de coopération contrainte (de délégation d'activités en particulier), voire conflictuelle à l'intérieur des mêmes équipes (négociations des tâches) ou entre les membres des équipes et les patients et leurs familles.

Des positions de médiation et de contrôle se sont multipliées (avec l'apparition des cadres infirmiers), simultanément avec le développement des procédures de régulation et de la coopération directe (les protocoles). Cette tendance a comme effet l'appauvrissement dans certains collectifs de travail des formes d'entraide ou de coopération directe.

Formellement, les équipes sont constituées par les « professionnels des soins », aides soignants et infirmiers, mais dans la pratique les équipes d'intervention incluent aussi bien les femmes de chambre (ASH) que les médecins, en fonction des formes de coopération établies sur le terrain : ainsi, parfois l'aide soignante fera équipe avec la femme de ménage, toutes les deux considérées comme les plus proches du patient ; d'autres fois, l'aide soignante fera équipe avec l'infirmière, travaillant « en binôme » autour du même patient ou assurant le service de nuit sur le même étage. Dans le cas des équipes « soudées » des blocs opératoires, c'est le chirurgien qui est le « chef d'équipe », et ses interventions sont inimaginables sans la participation des autres membres de l'équipe. Par contre, depuis plusieurs années déjà, les équipes de soins ne sont plus encadrées par les médecins, même si leur rôle dans l'orientation des interventions médicales reste déterminant : les « chefs d'équipe » sont des cadres infirmiers ou des surveillants (poste qui existe aussi dans le bloc opératoire), qui ont une double fonction, à la fois d'encadrement (gestion, administration) et de chef des opérations techniques (premier violon dans l'orchestre), ce qui explique d'ailleurs les grandes difficultés rencontrées habituellement pour remplir une mission si complexe.

Le caractère variable de la définition des équipes est donné par d'autres facteurs également, comme la taille de l'établissement ou de l'unité de soins (on peut faire équipe par étage, on appartient à la même équipe si on est dans une petite clinique « familiale », etc.) ou les relations de collaboration immédiates qui s'établissent dans l'exécution des tâches professionnelles – on peut faire appel à l'aide d'un membre d'une autre équipe (à l'aide soignante travaillant sur un autre étage, dans un autre service) ou on peut travailler essentiellement à l'extérieur des équipes, avec des partenaires externes (sans faire pour autant équipe avec eux). Cela peut être le cas des occupants des positions « d'interface », comme tel cadre infirmier, responsable d'une structure extrahospitalière, circulant entre l'hôpital, l'hôpital de jour, son équipe présente sur le terrain, ainsi que ses différents partenaires ; mais aussi le cas d'un aide laborantin, employé dans la gestion des stocks d'une pharmacie d'hôpital, dont les principaux contacts sont les fournisseurs, les transporteurs et le personnel des services de l'hôpital dont il assure l'approvisionnement en médicaments.

D'autre part, l'univers hospitalier connaît une division symbolique entre le secteur public et le secteur privé, où la référence au travail en équipe prend une dimension qui est absente dans le monde de l'entreprise : le mot « équipe » peut être ainsi connoté péjorativement dans le discours des médecins libéraux, car symbolisant tous les lourdeurs et les inerties de l'hôpital public (personnel en surnombre, beaucoup de réunions, trop de temps pris au détriment du patient), à l'opposé du fonctionnement dans le privé, où c'est la « consultation » qui est placée au centre de l'acte médical, c'est-à-dire le contact direct, immédiat entre le médecin et son patient.

À l'inverse, on retrouve dans les rangs des membres des équipes de soins plus souvent une représentation valorisante du « véritable » travail en équipe, des « bonnes équipes » ou de la bonne coopération, qui existerait surtout à l'AP, où il y a des meilleures conditions de travail en général – contrairement à l'individualisme, au manque de reconnaissance, à l'absence de réunions, etc. qui prévalaient dans le privé, où « le médecin est roi », où c'est l'argent qui compte, la rentabilité, etc. Il n'y a pas d'unanimité sur cette opposition entre le privé et le public, certains jugements sont plus nuancés, reconnaissant l'existence de bonnes conditions de travail dans certaines cliniques privées.

Il est possible de DÉFINIR LES RELATIONS DE COOPÉRATION AU TRAVAIL sous deux dimensions, en fonction des deux objectifs poursuivis conjointement par les participants aux échanges autour des actes de soins : premièrement s'assurer d'interventions dans la limite des compétences reconnues (opérations licites et opérations interdites, restrictions et permissions ; travailler en équipe signifie savoir admettre les limites de ses compétences, savoir « passer la main ») et deuxièmement s'assurer d'une distribution équitable des charges de travail entre collègues.

Ces FORMES D'ENTRAIDE sont spécifiques pour les membres des mêmes catégories professionnelles ou des catégories proches, bien que la professionnalisation ait signifié une définition des plus en plus précise des tâches, y compris sous la forme d'une série de protocoles³⁸, sans exclure l'entraide entre des personnes occupant des positions hiérarchiques différentes. L'entraide peut se faire aussi bien dans des situations où une collègue se trouve en difficulté suite à une surcharge de travail, à une incapacité temporaire (maladie, accident), mais aussi dans l'intérêt de l'institution ou de l'entreprise de soin, par exemple en cas d'absence d'un collègue, pour assurer un remplacement, ou tout simplement répondre à l'appel de l'encadrement au nom de l'intérêt suprême du patient. Des infirmières se plaignent dans certains entretiens d'être sur-sollicitées et soumises à des chantages au nom de l'intérêt suprême du patient. S'acheter un répondeur téléphonique et filtrer leurs appels pour échapper à ce « chantage » est dans ces situations une forme de protection.

Il apparaît que les conditions de travail sont telles, dans les plusieurs cliniques et hôpitaux où travaillent les personnes interrogées, que cette entraide n'est plus accordée spontanément, faute de personnel suffisant, et que des tensions et des conflits apparaissent spontanément en cas de demande d'aide.

³⁸ Un **protocole** est une méthode standard qui permet la communication entre des professionnels, à partir d'un ensemble de règles et de procédures à respecter par tous.

III. Trajectoires professionnelles et rapports de coopération

1. *Le corps médical*

Les hiérarchies du monde hospitalier sont facilement repérables dans la composition de cet échantillon et dans les perspectives ouvertes par les personnes interrogées sur leurs conditions de travail et plus particulièrement sur les relations de coopération dans le milieu professionnel. Le redécoupage de l'échantillon selon quelques variables fortes, le statut professionnel d'abord, l'ancienneté et la stabilité de l'emploi, enfin le secteur (public, privé, mutualiste ou conventionné) permet d'analyser les données recueillies par entretien en fonction des caractéristiques de chaque groupe.

On peut ainsi distinguer :

1. Les médecins les mieux établis, spécialistes en fin de carrière, anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, travaillant dans le public (CHU), dans le privé (clinique en banlieue) et dans le secteur associatif. Le secteur associatif est représenté dans ce sous échantillon par deux femmes médecin, une néphrologue travaillant dans un Centre de dialyse, exerçant plusieurs responsabilités dans son association, et une femme médecin de rééducation, depuis quelques mois à la retraite au moment de l'entretien. Trois d'entre eux sont fils ou fille de médecin, et/ou marié à un médecin N=5.
2. Le second groupe est composé de jeunes médecins exerçant des responsabilités dans leur hôpital, deux chefs de clinique (urgences, pédiatrie) et un anesthésiste chef de bloc opératoire dans un institut mutualiste. La trajectoire d'au moins deux des trois est ascendante et leur position novatrice dans le champ professionnel. Nous avons inclus dans le groupe un chirurgien travaillant en libéral, sur lequel les données biographiques restent lacunaires, mais dont la position dans l'espace professionnel peut être qualifiée de « moyenne » N=4.
3. Dans le troisième groupe se retrouvent les occupants d'emplois précaires du monde médical, une femme radiologue, travaillant depuis 30 ans comme attachée, alternant vacations et chômage, au moment de l'entretien en activité sur trois sites différents à Paris ; une pharmacienne d'un hôpital parisien, qui travaille depuis 30 ans sans contrat de travail N=2.

On peut remarquer que dans le groupe des cadres médicaux (11, dont une pharmacienne), la proportion des femmes (5/11) est inférieure à celle du groupe des personnels de soins. Les différences entre les trajectoires professionnelles des personnes interrogées sont saisissantes. Pour cela, nous avons choisi d'analyser les représentations sur les changements des conditions de travail des mieux établis et des plus précaires, en restituant aussi leur parcours, dont la présentation est indissociable du rendu de ces représentations.

A. Parcours d'anesthésistes – réanimateurs

Ronald³⁹ (MA30) est médecin anesthésiste réanimateur ORL, hôpital parisien, en fin de carrière ; son parcours est exemplaire pour l'histoire particulière des anesthésistes - réanimateurs des CHU, ayant obtenu une reconnaissance tardive de leur statut. N'ayant pas eu son internat, exclu du cursus hospitalo-universitaire, il a pu réussir le rattrapage d'une trajectoire scolaire ascendante (commencée en hypokhâgne) grâce au changement de statut de cette discipline, et a pu faire valoir son expérience, ayant travaillé dans un service de réanimation équipé de matériels ultramodernes, expérience qu'il a pu valoriser dans un service en pleine mutation de l'hôpital parisien, réussissant par la suite – y compris à travers un engagement de militant syndical – à obtenir la reconnaissance et la stabilité pour son groupe professionnel.

Les questions relatives aux conditions de travail se posent pour lui sous quatre aspects : la reconnaissance du statut (et les rapports redéfinis dans ce sens avec les chirurgiens), des meilleures conditions de travail pour sa spécialité (l'aménagement des salles de réveil, etc.), la constitution d'un « pouvoir infirmier » pour contrebalancer le « pouvoir médical » (dégradation des relations entre le groupe médical et le groupe paramédical ?) et la « bureaucratie effroyable » qui alourdit le travail et réduit ses performances.

« J'ai 60 ans depuis quelques jours et j'appartiens à l'ancienne génération des anesthésistes réanimateurs des CHU, c'est-à-dire que moi je n'ai pas passé d'internat, mais j'ai passé le CES, le certificat d'études spécialisées qui permettait l'accès à la profession. Mon parcours s'est dessiné autour de la 4^{ème} année de médecine pour des raisons qui ont trait à mon histoire personnelle d'une part, et aussi à des histoires de changement dans le cursus des études médicales. J'ai en effet pris part à une réforme des études de médecine qui n'a duré qu'un an et qui était complètement aberrante, et qui a consisté à faire faire la première année préparatoire au cursus (qui a reçu diverses appellations au cours du temps) et la seconde sur un an, donc on faisait sur 6 mois ce qu'on faisait auparavant en un an. Et... je suis entré pendant un an à Henri IV en hypokhâgne et au bout d'un an je me suis dit que ce n'était pas pour moi, j'ai envie de faire quelque chose de plus concret, avec mes mains, le domaine des idées j'ai un peu peur de m'y perdre, donc je me suis réorienté vers la médecine, donc la première année j'ai fait les deux années en une et j'ai raté au mois de juin les examens de peu et je suis repassé en septembre où j'ai eu la première partie et donc je suis rentré dans le nouveau cursus en 1^{ère} année de médecine, et j'ai raté ma première année de médecine, voilà. À l'époque, l'internat avait été supprimé (c'était à la rentrée 64) ; le fait d'avoir redoublé cette première année avait complètement réduit mes chances de devenir interne, et donc de suivre le cursus hospitalo-universitaire, puisque 80 % des gens étaient pris sur leurs résultats de 1^{ère} année dans l'internat, à l'issue de ma 4^{ème} année, je ne voulais pas rentrer dans l'histoire de ce qui existait à l'époque, c'est-à-dire le clinicat, faire des stages démotivants et tout, j'ai recherché des postes faisant fonction d'interne, et donc comme il y a eu d'autres réformes du cursus, je me suis retrouvé externe en 4^{ème} année. Et j'ai trouvé pour l'été le poste de remplacement d'interne en pédiatrie à F..., où il y avait à cette époque-là un excellent service de pédiatrie, donc j'ai fait en tant qu'interne un mois de pédiatrie, et il se trouvait qu'à ce moment-là, à F..., existait un anesthésiste réanimateur qui était en même temps l'hémobiologiste de l'hôpital, qui travaillait en même temps à la clinique en face de l'hôpital où travaillaient aussi les chirurgiens de l'hôpital, et lui cherchait des personnes qui pourraient faire fonction d'interne de réanimation pour faire tourner le service, qu'il avait fondé grâce à un truc qui existait à l'époque et qui était extraordinaire, qui s'appelait le surplus, c'est-à-dire les honoraires qui étaient générés par les médecins qui travaillaient à l'hôpital pouvaient être réattribués dans des investissements que la commission

³⁹ Nous avons remplacé les noms des personnes interviewées par des pseudonymes et nous avons éliminé les noms des établissements dans lesquels elles travaillent.

médicale de l'hôpital choisissait, et elle avait choisi d'investir dans un service de réanimation. Donc il y avait un service de réanimation avec un matériel ultramoderne, avec un rein artificiel, et à l'époque l'hôpital de M... était complètement sous-équipé, et du fait de ces conditions c'était cet hôpital qui recevait tous les polytraumatisés, c'était avant l'ouverture de l'autoroute du sud, l'environnement immédiat générait plein d'accidents, donc on traitait des brûlés, des accidentés... J'étais à l'époque interne avec un iranien, et on était de garde un jour sur deux, et donc j'ai fait une année comme ça. Puis j'ai fait une année de service militaire, en 71, où j'étais à l'hôpital des armées, et à ce moment-là je me suis dit que je voulais devenir anesthésiste, et donc je me suis inscrit en première année de CES à l'hôpital de St Antoine. Parce qu'à l'époque, il se trouve que le patron de St Antoine était un ancien collègue de l'anesthésiste de F..., et donc j'ai fait une première année de CES tout en faisant une deuxième année d'internat à F..., après mon service militaire. Au cours de cette année, je me suis dit qu'il fallait prouver que l'enseignement théorique était insuffisant. Moi je savais faire un très grand nombre de gestes pratiques, parce qu'il avait fallu les apprendre sur les tas et que je les apprenne vite pour être rapidement opérant, et à la fin de cette 2^{ème} année, mon collègue me dit qu'à [l'Hôpital], le Professeur V. cherchait des anesthésistes. J'y suis allé et il m'a pris, j'ai terminé ma 2^{ème} année à F... et je suis arrivé à [l'Hôpital] à un moment où elle était en pleine restructuration ; puisqu'il y a une histoire qu'il faut connaître en ce qui concerne l'anesthésie réanimation, c'est qu'en 58, la réforme Debré est entrée en vigueur avec la triple fonction des gens en CHU, fonction recherche, fonction enseignement, fonction soin. On avait oublié dans cette réforme les anesthésistes, donc on s'est retrouvé avec tout un tas de gens dont on ne savait pas quoi faire. Et on a créé un corps tout à fait artificiel qui s'appelait le CHT (cadre hospitalier temporaire), C'ÉTAIT UN STATUT SANS STATUT, LES GENS QUI RENTRAIENT DANS CE CADRE N'AVAIENT AUCUNE COUVERTURE SOCIALE, AUCUNE SÉCURITÉ, RIEN DU TOUT...Moi, quand je suis rentré dans l'établissement, puisque je n'avais pas encore ma thèse, j'étais délégué dans les fonctions de CHT, donc pendant un an j'ai préparé ma thèse et j'ai été nommé dans le cadre du CHT et puis j'ai passé mon CES en 75, comme 80 % de mes coreligionnaires, avec lesquels on a ensuite constitué le noyau dur de l'équipe que V. a composée, en s'appuyant aussi sur des gens de Foch, qui a renvoyé des chefs de clinique, qui étaient donc dans le cursus hospitalo-universitaire. Et parallèlement, j'ai milité dans le syndicat du CHT, parce que je trouvais intolérable notre statut et la façon dont on était traités dans le CHT, et je faisais partie de la génération la plus jeune, qui n'avait pas du tout les mêmes idées que certains membres de ce syndicat, qui fonctionnaient dans une certaine culpabilité de ne pas avoir été internes, et donc de ne pas pouvoir se considérer comme des médecins, alors que nous avons une certaine expérience médicale. Donc, effectivement, on n'avait pas suivi la voie de l'internat, mais nous nous considérions comme des vrais médecins, nous ne participions pas de cette culpabilité, qui fait qu'on s'est aussi battu. Puis le CHT s'est transformé en CHAR (Cadre hospitalier d'anesthésie réanimation), le temporaire avait disparu, et puis ensuite les autres réformes étant intervenues, ont été créés les PH et on est devenus des PHAR ».

Serge (MA31), anesthésiste en clinique privée dans le 93, est arrivé en France de Hongrie à l'âge de 12 ans ; son père était mort quand il avait sept ans et sa mère s'est exilée et elle a fait « ce qu'elle a pu, c'est-à-dire tout », pour que son fils puisse suivre des études. Personnalité « carrée », esprit ouvert, il se montre sceptique à l'égard des résultats de l'enquête (à quoi peut-elle servir ?), ne se fait plus d'illusions sur le système de santé actuel. Ses critiques portent sur les effets de la concentration des cliniques privées (pénurie de matériel dans les petites cliniques), sur l'hyperspécialisation des chirurgiens, la dévalorisation du travail (effet des RTT) et le déclin du statut de médecin. Persuadé du déclin de la profession, il déclare avoir persuadé son fils de ne pas suivre des études de médecine.

« Je suis diplômé de 1975, ça fait 28 ans. Avant d'arriver ici, dans l'autre clinique qui appartenait au même propriétaire, j'étais resté 10 ans, et auparavant j'ai été dans d'autres établissements. Dans les années 90, l'anesthésie était liée à un médecin anesthésiste itinérant, plus ou moins lié à un chirurgien, et on allait de clinique en clinique, le fait d'être attaché à un établissement particulier était beaucoup plus rare. En 87, j'ai décidé de me fixer dans un établissement et ne plus courir dans tous les sens.

J'ai été bien sûr moi-même hospitalier un certain temps, j'ai fait Garches, la Pitié, Ambroise Paré, et j'ai fini à P..., cela représente de très nombreuses années à l'hôpital, mais les conditions de travail à l'hôpital et les conditions du privé sont complètement différentes ».

Les changements intervenus dans les conditions de travail relèvent, d'après Serge, d'une part du phénomène de concentration intervenu dans le secteur privé, d'autre part au système de santé « médiocre » auquel ont conduit les réformes des gouvernements socialistes. Travaillant dans une petite clinique, où les relations professionnelles sont plus que satisfaisantes, entre les cinq anesthésistes en particulier, il est visiblement surtout désenchanté de la dégradation du statut de la profession de médecin (alors que celle d'anesthésiste elle-même s'est plutôt améliorée), du fait de travailler lourdement pour maintenir son statut, alors que ses revenus auraient diminué en valeur absolue par rapport aux débuts de sa carrière, tandis que celles des professions intermédiaires auraient considérablement augmenté.

« Les conditions de travail ne sont pas les mêmes dans toutes les cliniques privées, ça dépend des groupes au jour d'aujourd'hui, parce que la médecine française se partage entre plusieurs groupes et les cliniques qui sont familiales, qui appartiennent à un groupe de médecins ou à un propriétaire médical, présentent des conditions de travail qui sont complètement différentes, ça fait suffisamment longtemps que j'exerce pour connaître les différents systèmes. La clinique de (...) n'appartient pas à un groupe, elle appartient à une association de médecins dont le directeur est un médecin anesthésiste qui s'occupe très bien de la gestion. Les problèmes de gestion au jour d'aujourd'hui amènent les cliniques familiales ou les cliniques à nom propre vers des grands groupes étrangers.

Aujourd'hui il y a un grand groupe qui s'appelle la Générale de santé qui regroupe peut-être 25 % des lits de santé en France. Je pense que lorsqu'on gère plusieurs milliers de médecins, on discute différemment au ministère que moi qui arrive disant : excusez-moi, voulez-vous me donner un scanner. Donc il y a plusieurs groupes, et à l'intérieur de ces groupes, les relations sont complètement différentes.

Ici il s'agit d'un REGROUPEMENT DE DEUX CLINIQUES FAMILIALES, moi je travaille dans l'une d'entre elles, L'ÉVOLUTION ÉCONOMIQUE A FAIT QUE LES PETITES CLINIQUES ONT DÛ SE REGROUPER SUR CE SITE-LÀ, DEPUIS CINQ ANS, en construisant UNE NOUVELLE GRANDE CLINIQUE, QUI A ÉTÉ REVENDUE À UN GROUPEMENT FINANCIER ; LES DIRECTEURS DU GROUPEMENT FINANCIER ONT BESOIN DES MÉDECINS ET SURTOUT DES ANESTHÉSISTES parce qu'il n'y en a plus ou très peu, donc ça fonctionne.

À la différence de son collègue de l'hôpital parisien, l'anesthésiste de cette petite clinique privée de Seine-Saint-Denis porte un jugement plutôt négatif sur l'évolution des relations de travail, en attribuant la dégradation aux changements organisationnels récents et aux décisions politiques.

LE PRINCIPE DE CES GRANDS GROUPES C'EST L'AMÉLIORATION DES RELATIONS DE TRAVAIL, ET EN FAIT IL Y A DÉGRADATION, OU STAGNATION, DU FAIT QUE NOUS SOMMES À PEU PRÈS DÉFICITAIRES, et il y a UN EFFET DE CISEAUX qui se crée très rapidement, ENTRE LES BESOINS TECHNOLOGIQUES, ET LA RÉALITÉ. Donc si on demande des médicaments trop coûteux, de la dernière génération, on ne les a pas. Si on demande des appareils, on ne les a pas. Donc STAGNATION, DONC DIMINUTION PAR RAPPORT AU DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL. Bon, je comprends bien le discours de l'administration au vu des tarifs du privé par rapport au public, et NOUS FAISONS UN GRAND TRAVAIL À QUALITÉ ÉGALE PAR RAPPORT À L'HÔPITAL MAIS PAS AU MÊME PRIX. Donc c'est vraiment la quadrature du cercle. Ça va faire trente ans que je bosse énormément, et chaque matin que je me lève, je suis content, JE FAIS UN BOULOT QUE J'AIME ET QUI M'INTÉRESSE ÉNORMÉMENT, ET JE NE SAIS PAS S'IL Y A BEAUCOUP DE GENS QUI PEUVENT LE DIRE, AU BOUT DE 30 ANS. Donc au bout de 28 ans de boulot, je suis aussi content que le premier jour. Je suis heureux et c'est tout ce qui m'intéresse. Je viens et je fais mon boulot, je suis fatigué mais j'aime ça. J'ai des grands enfants, mon fils a 22 ans, depuis qu'il était tout petit je l'ai formé et interdit de faire de la médecine, qu'il n'arrive pas en anesthésie avec moi. Ca répond à votre question. Je suis content, mais LA DÉGRADATION DES CONDITIONS ET DE LA

RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DE MÉDECIN, C'EST UNE DÉGRADATION COMPLÈTE, PARCE QUE SOUS LE SYSTÈME SOCIALISTE ON A RENDU LA MÉDECINE AUTOMATIQUE, ET LES GENS PENSAIENT ET PENSENT ENCORE QU'ILS ONT AUTOMATIQUÉMENT DROIT À LA SANTÉ. D'abord ils ne l'ont pas, ils se trompent, ils ont droit à UNE SANTÉ MÉDIOCRE dans ce cas car tout s'aplanit avec ce système.

Bon, je suis dans le 93, je pourrais aller ailleurs, et je ne suis pas pour une médecine genre hôpital américain, c'est pas ma médecine, mais la médecine automatique telle qu'elle a été faite par le ministère c'était une erreur, donc le médecin a perdu un peu de sa reconnaissance. Donc je ne voulais surtout pas que mes enfants, malgré le fait que la démographie médicale est en baisse, et qu'il va y avoir une telle pénurie de médecins en France que tout le monde va se mettre à genoux ».

Rémi (MA32) est médecin anesthésiste devenu manager de bloc opératoire dans un institut mutualiste. Il est le fils d'un ingénieur de maison, sa mère étant femme au foyer.

« Le parcours pour arriver ici, c'est relativement simple : j'ai fait mes études à l'hôpital St Antoine, de là j'ai pris des gardes de réanimation cardiaque au CMC de (...), et là j'ai rencontré l'équipe de réanimation du CMC qui m'a proposé un poste. À partir de là j'ai fait une formation à Laennec en chirurgie cardiaque pédiatrique, plus ciblée encore avec des gens qui ont été les premiers à faire de la chirurgie cardiaque lourde, et puis, après, je suis devenu assez rapidement responsable de la chirurgie cardiaque pédiatrique au CMC. Le CMC c'était un groupe d'anesthésistes, avec une clinique mutualiste, avec un système privé, c'est-à-dire une hégémonie chirurgicale importante, et le service d'anesthésie n'avait pas de département et pas d'organisation particulière. Mais l'évolution a fait que là-bas, à CMC, je me suis occupé du PMSI, c'est-à-dire l'enregistrement de tous les actes réalisés, un moyen d'établir les budgets de tous les services : on fait des groupes homogènes de malades et on voit à combien ils reviennent, c'est un système qui nous vient des États-Unis, on l'a développé au CMC de (...) parce qu'on avait une comptabilité analytique, et on a amené mes premiers coûts par pathologies. Tout ça m'a mis à un positionnement un peu particulier, parce que j'étais non seulement anesthésiste en pathologie cardiaque, mais aussi responsable du PMSI, dans une relation particulière avec la direction. Ensuite il y a eu le projet de fusion des deux établissements, CMC et IM. Et à partir de là, (1999), on a établi le projet, et il y a eu des référents dans chaque secteur. ÉVIDEMMENT, je suis devenu référent de l'anesthésie, un peu par tradition, et puis la direction a pris un peu toutes les équipes médicales et on a été formés au management. Le but c'était de créer quelque chose de nouveau au niveau de l'institut, un peu dans le style de l'entreprise, ce qui n'a rien de péjoratif, et donc ont été créés des départements médico-chirurgicaux, et des départements médico-techniques, comme le département bloc anesthésie. C'est une entité tout à fait particulière, il y a peu d'établissements qui ont ça, c'est-à-dire qu'ils m'ont mis manager du bloc opératoire complet. Donc les chirurgiens n'ont pas d'autorité au bloc opératoire, moi je suis manager, mais en fait j'ai une formation d'anesthésiste, et c'est un peu bizarre pour eux d'être sous l'autorité d'un anesthésiste au bloc.

Je trouve que je suis dans un aboutissement, je n'ai pas l'intention de me déplacer, j'ai un peu tout fait, de la chirurgie, de l'anesthésie, un peu dans tous les domaines, et maintenant mon domaine c'est le management, pour continuer et mieux faire progresser et mon projet, c'est que ce système-là s'étende ».

Rémi est un nouveau venu dans la hiérarchie des chefs de blocs opératoires, avec un background inédit pour l'occupation d'un tel poste, car il est anesthésiste. Cette promotion est edificatrice pour la nouvelle vision managériale de « l'hôpital entreprise », ses pairs à l'intérieur de l'établissement sont les référents des 6 départements de chirurgie, réunis dans un collège de référents « comme dans les réunions d'entreprise avec le PDG qui réunit ses cadres ». Ces référents en chirurgie ressemblent encore à ceux du public, « *c'est-à-dire que ce sont des chefferies qui ont été données à des chirurgiens, qui étaient recruteurs ou professeurs. Il y a encore une emprise chirurgicale très très forte, et le pouvoir n'est pas négligeable* ». À l'extérieur de l'établissement, ses contacts « *avec les autres chefferies des*

services des autres départements anesthésie », sont beaucoup « d'une formation différente de moi, c'est-à-dire que c'est une autre tradition, interne, chef de clinique, professeur, chef de service ; il y a peu de gens issus comme moi d'une voie différente, c'est-à-dire pas d'une organisation médicale, mais d'une voie administrative. Mais je rencontre dans le privé plus souvent des gens qui sont plus mes homologues à ce niveau-là » Autrement dit, son profil correspond plus à une tendance qui existe dans le privé, plus ouvert à ce mode de gestion d'importation, mais qui rencontre plus de résistances dans le public.

LE NOUVEAU STATUT DES ANESTHÉSISTES ET LEURS RAPPORTS AUX CHIRURGIENS

Des relations moins conflictuelles qu'avant

« Avec les plus jeunes des chirurgiens je n'ai pas eu de problèmes, mais il m'est arrivé d'être en conflit avec un chef de service qui se targuait de me connaître parce que j'avais travaillé avec lui en 68, quelque temps après les événements, au commissariat à l'énergie atomique pendant quelques mois dans un labo sur les radiations qui était tenu par un prof à la fac qui était embryologiste, et qui m'avait ensuite engagé comme assistant et là j'avais rencontré un chef de service ORL 25 ans après, il est venu reprendre le service (...) Il y a comme une tradition en médecine qui passe, comment dire, de père en fils ou de maître à élève, LE PROFESSEUR FAIT SUBIR À L'ÉLÈVE DES CHOSES DIFFICILES, ET L'ÉLÈVE, UNE FOIS DEVENU MAÎTRE, COMME LES ENFANTS BATTUS, ON PEUT DIRE, REPRODUIT LE SCHÉMA ET VA INFLIGER LES MÊMES SUPPLICES À SES ÉLÈVES. Et moi j'ai pas du tout accepté ces comportements, mais on a toujours réussi à régler ces situations (MA30) ».

DES CONDITIONS DE TRAVAIL NETTEMENT AMÉLIORÉES

Le constat d'une évolution globalement positive des conditions de travail est fondé d'abord sur le changement des rapports de pouvoir – suite au changement de l'ancien chef de service, qui avait une *vision féodale du pouvoir*, mais aussi grâce aux initiatives de cet ancien patron. Il signale aussi *des effets pervers de l'amélioration des conditions de travail*, en particulier les procédures ont pour effet d'alourdir notablement les tâches et de diminuer l'efficacité.

« Il faut dire qu'entre 1984 et 1995 on travaillait dans des conditions épouvantables, il y avait des salles d'opération qui donnaient sur des couloirs, il n'y avait pas de salle de réveil, enfin rien n'était aux normes. Et moi je suis arrivé là-dedans, et j'ai dit : je ne ferai pas tel type d'anesthésie, je ne ferai telle autre chose, la sécurité des malades est primordiale, donc j'ai balisé en quelque sorte tout ça.

Par exemple, ce chef de service faisait du privé et nous, les anesthésistes, bien que nous en ayons la possibilité, pour des raisons qui peuvent se comprendre, nous ne faisons pas de privé à l'hôpital...et donc il s'est trouvé ce chef de service, avec ses malades privés, qui voulait les faire passer avant, et moi j'estimais que les malades devaient être dans tel ordre pour telle ou telle raison, et le fait qu'on lui résiste ne plaisait pas toujours au chef de service, mais, en même temps, on a continué à collaborer, on a monté une 'Assos' loi 1901 ensemble, ça ne nous a pas empêché de travailler ensemble, bien qu'on travaillait dans des conditions particulièrement déplorable, et TOUS CES CONFLITS ISSUS DES CONDITIONS DE TRAVAIL NE NOUS ONT PAS DÉFINITIVEMENT BROUILLÉS.

« *Un jugement synthétique sur ces trente ans : sur quels points ça a avancé, sur quels points ça a reculé ?* » Alors c'est globalement positif, LE CHEF DE SERVICE A CHANGÉ, bon, l'actuel chef de service, je l'ai connu lorsqu'il était interne, je travaillais avec lui et l'ancien chef de service, j'avais des rapports plutôt conflictuels avec lui, c'était quelqu'un qui avait une vision assez féodale du pouvoir, alors qu'AUJOURD'HUI NOUS SOMMES DANS UNE VISION DE DÉLÉGATION DES POUVOIRS, DANS UNE PERSPECTIVE ASSEZ DÉMOCRATIQUE DE LA RÉPARTITION DES POUVOIRS et cette perspective n'était pas concevable avec le précédent chef de service. Bon, LES CONDITIONS DE TRAVAIL SE SONT NETTEMENT AMÉLIORÉES MAIS AUSSI GRÂCE AU PRÉCÉDENT CHEF DE SERVICE QUI A EXIGÉ L'INSTITUTION DE SALLES DE RÉVEIL, QUI A VRAIMENT EXIGÉ QUE L'ANESTHÉSIE SE STRUCTURE ET QUI A ÉTÉ UN ÉLÉMENT MOTEUR DE LA DISCIPLINE, IL A CRÉÉ DES JOURNÉES D'ENSEIGNEMENT POSTUNIVERSITAIRES, qui sont animées par les cadres du département, donc il a fait un gros travail même si j'étais pas d'accord avec sa manière de prendre des décisions, avec le fait qu'il y avait toute

une valetaille qui était LE PERSONNEL QUI N'ÉTAIT PAS PASSÉ PAR LE PARCOURS DE L'INTERNAT, DONC QUI N'ÉTAIT PAS HOSPITALO-UNIVERSITAIRE, ET ON TROUVAIT BEAUCOUP QUE LES MÉDECINS ANESTHÉSISTES PLEIN TEMPS ÉTAIENT LÀ POUR ASSURER LE CONTINU ET QUE LES AUTRES ÉTAIENT LÀ POUR ASSURER LEUR CARRIÈRE. Maintenant que les statuts ont changé, que les chefs de cliniques, les PH, etc. sont obligatoirement passés par l'internat, donc du coup CETTE OPPOSITION DISPARAÎT PROGRESSIVEMENT. Bon, LA PRISE EN CHARGE DES MALADES A PROGRESSÉ, tout ce qui est procédures tout ça c'est nettement amélioré...(MA30) ».

Le partage des responsabilités caractérise les rapports entre les deux groupes professionnels depuis au moins une dizaine d'années. Les changements sont dus aussi au phénomène de concentration des cliniques médicales.

« Pour ce qui est des RELATIONS AVEC LES CHIRURGIENS, ÇA A COMPLÈTEMENT CHANGÉ, par rapport aux années précédentes, puisque NOUS NOUS RETROUVONS TOUS CONFRONTÉS À LA DIRECTION ÉTRANGÈRE, DONC GROSSO MODO NOUS SOMMES CONSIDÉRÉS COMME DES SALARIÉS MAIS SANS ÊTRE SALARIÉS, c'est-à-dire que LES LIGNES DE CONDUITE SONT DONNÉES, mais il n'y a que PEU D'ANTAGONISMES ENTRE LES ANESTHÉSISTES ET LES CHIRURGIENS, sauf quand les besoins vitaux les font sentir (MA31).

L'autonomie « totale » des anesthésistes existe DEPUIS MOINS DE DIX ANS ; ce qui est tout à fait naturel avec des nouveaux chirurgiens qui sortent de l'hôpital, parce qu'à l'hôpital le problème ne se pose même plus, NOUS SOMMES DEUX ENTITÉS ÉGALES INTERCONNECTÉES, et IL A FALLU EFFECTIVEMENT METTRE À L'ORDRE DU JOUR CERTAINS CHIRURGIENS DE LA GÉNÉRATION DE 50/60 ANS QUI AVAIENT PLUS UNE IDÉE DE CAPITAINERIE (MA31).

LA COMPÉTITIVITÉ AVEC DES CHIRURGIENS ? On n'a pas de réelle compétitivité, sauf au niveau de la compétence. Je veux dire qu'aujourd'hui NOUS SOMMES FINALEMENT AUTANT RESPONSABLES QU'EUX. Il y a encore quelques années, le chirurgien était considéré comme le chef du navire, c'est-à-dire de la salle d'opération. Les choses ont évolué et il est clair QU'À LA SUITE DES DIFFÉRENTS PROCÈS, DE LA JURISPRUDENCE QUI EST CONTRACTUELLE ET DÉFINITIVE, L'ANESTHÉSISTE EST RESPONSABLE, et il est clair qu'en cas de pépin, on va interroger le chirurgien, mais aussi l'anesthésiste, et en cas de problème anesthésique, par exemple, bien sûr l'anesthésiste va être mis en cause, mais on va aussi poser des questions au chirurgien. Donc ON EST INTERCONNECTÉS, TOUS LES DEUX. Et LES SEULS PROBLÈMES que nous voyons c'est LORSQUE DES CHIRURGIENS QUI SONT INCOMPÉTENTS SUR DE NOUVELLES TECHNIQUES, voudraient se lancer sur ces nouvelles techniques, sans avoir acquis une maîtrise totale que nous ne pouvons pas leur accorder (MA31).

EXEMPLE DE CONFLIT ...vous prenez un chirurgien digestif, formé à la coelioscopie. La chirurgie digestive devient de moins en moins importante, et un médecin digestif généraliste perd des revenus régulièrement. Un chirurgien formé à la coelioscopie, dont les revenus baissent et qui se dit, tiens, je vais me lancer dans un secteur plus lucratif, c'est-à-dire la gastroplastie, c'est-à-dire les anneaux pour les obèses, voilà typiquement l'exemple, parce qu'il ne connaît pas, il n'a pas été formé pour ça, et donc IL PREND DES RISQUES RÉELS, ET JE NE VAIS PAS LUI ENDORMIR SON PATIENT. ET JE LUI EXPLIQUE. Les anesthésistes sont solidaires dans une telle prise de position. On s'engage toujours au nom de l'équipe ! Si, par contre, il va se faire former pendant six mois dans un hôpital, avec grand plaisir, au contraire. Mais ICI ON N'EST PAS DANS UN LIEU D'EXPÉRIMENTATION (MA31) ».

Le CME, qui donne lieu à des réunions deux fois par trimestre, est un lieu de négociation entre les membres des deux groupes professionnels, qui a permis l'établissement d'une charte, avec la définition des actes et opérations revenant à chaque partenaire.

« Celui qui est [médecin] référent fait son boulot, c'est jamais simple, il a fallu faire une charte, mais il y a au sein des établissements UN CME, ET ON EST OBLIGÉS D'ÊTRE MEMBRES, et c'est un comité où on va définir l'orientation, et il FAUT METTRE LES GANTS DE BOXE POUR SE BAGARRER, QUITTE À ÊTRE

COPAINS APRÈS, mais bon...Au sein d'une CME, les directives sont prises et appliquées, vues, revues, discutées, on définit UNE CHARTE DE CONDUITE, où est décrit ce que fait chacun, dans quel cas il faut faire appel à qui et pourquoi, pour ne pas répéter des situations désagréables pour une seule personne, donc on est arrivé à définir qui fait quoi et comment, CETTE CHARTE EST TOUJOURS DISCUTÉE ET EN BUTTE À DES MODIFICATIONS, mais on s'est mis d'accord (MA31) ».

RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION, BUREAUCRATISATION DE L'ACTE MÉDICAL

« Non, les chirurgiens ne sont pas nos principaux partenaires, LES PRINCIPAUX C'EST LA DIRECTION ADMINISTRATIVE, qui était avant une direction simple et MAINTENANT LA DIRECTION ADMINISTRATIVE EST PLÉTHORIQUE, ce sont DES DIZAINES ET DES DIZAINES DE CADRES SUPÉRIEURS QUI PLANIFIENT ET QUI VOIENT LES CHOSES À LEUR MANIÈRE, c'est-à-dire celle DICTÉE PAR L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE, et qui ne sont PAS TOUJOURS EN HARMONIE AVEC LES VISIONS MÉDICALES, donc tout LE JEU CONSISTE À LEUR EXPLIQUER LES BESOINS ET QUE CES BESOINS SOIENT COMPATIBLES AVEC LEUR PROPRE POLITIQUE, ou du moins à trouver un compromis médian (MA31).

Aujourd'hui nous sommes SUBMERGÉS D'UNE PAPERASSERIE ADMINISTRATIVE qui est intéressante bien sûr pour l'administrateur de l'hôpital, mais aussi pour la tutelle, c'est-à-dire le ministère qui donne des directives. Ces paperasseries deviennent écrasantes, on a un nombre de papiers à remplir, et cette partie, par rapport au temps uniquement professionnel, qui était insignifiante avant, devient concrète, ça se calcule en minutes par malade et en heures à la fin de la journée. Qui doit la faire ? Le problème a été vu, revu et tranché (...) ça incombe [au chirurgien], parce qu'il est médecin référent vis-à-vis de son malade, c'est-à-dire qu'il prend et garde la responsabilité avec tout ce que cela comporte. Les patients ou les malades qui nous sont confiés à nous, nous en sommes responsables et nous faisons leurs papiers. Effectivement, on ne va pas faire les papiers pour quelqu'un d'autre, parce que ça représente une part importante. Et je ne vais même pas me lancer dans la critique du contenu des formulaires à remplir, parce qu'il y a beaucoup de codification à faire, avec quelques doutes sur sa réelle efficacité, et je vous répète, en fin de journée ça se compte en heure(s), et personne n'est content lorsqu'il a travaillé 12 heures de se taper 1h de formulaires à remplir. (MA31).

Faire une visite avec les infirmières, vous passez 20 minutes à savoir quelle était la tension du malade 3 heures plus tôt parce que c'est à la page 25, et que ça a été recopié à la page 27 ; des tas de trucs comme ça qui font QU'ON A SOMBRE DANS UNE BUREAUCRATIE EFFROYABLE (...) TOUT CE QUI TOURNE AUTOUR DES PROCÉDURES A ALOURDI LES GESTES DE FAÇON CONSIDÉRABLE, sans que bien souvent ces procédures sous prétexte du principe de précaution, soient rationnellement justifiées, donc tout ça a entraîné UN ALOURDISSEMENT ET UNE BAISSSE DE CAPACITÉ qui me paraît incompatible avec nos exigences (MA30).

Ah oui ! Nous on a mis en place tout un tas de SYSTÈMES POUR LA PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DU BLOC, mais le problème c'est que la sécurité, on met en place tellement de critères de sécurité qu'ON SE MET À REMPLIR TROP DE CHOSES, IL FAUT BIEN LE DIRE, ON A FAIT LA CHECK LIST, LA PROCÉDURE, LE CONTRÔLE, et il faut bien se dire que c'est fait. Tout ça, IL Y A DES PROCÉDURES INFORMATIQUES MAIS ON DOUBLE TOUT PAR DU PAPIER, ET ÇA DEVIENT MONSTRUEUX. Moi ce que je voudrais faire c'est QUE LA FEUILLE ANESTHÉSIE SOIT FAITE PAR INFORMATIQUE, LE PROBLÈME C'EST QUE ÇA COÛTE CHER. L'hôpital c'est pas Carrefour, on n'a pas les moyens, et c'est toujours une galère, on est avec DES SYSTÈMES INFORMATIQUES QUI DATENT, qu'on n'a pas le temps de développer, qu'on met en place doucement, et puis voilà, m'enfin ÇA ÉVOLUE PARCE QUE LES PLUS JEUNES SONT PLUS HABITUÉS. Mais c'est vrai que c'est une question de moyens (MA32) ».

COOPÉRER AVEC LES PAIRS

Les rapports de concurrence avec les chirurgiens, les contraintes imposées par l'administration et les risques à assumer devant la clientèle ont imposé une forte solidarité.

« L'ÉQUIPE DES ANESTHÉSISTES DANS LA CLINIQUE est composée de 5 médecins, est très solidaire (...) Au jour d'aujourd'hui, dans le sein d'un établissement comme celui-ci, nous ne pouvons VIVRE QU'EN COMMUNAUTÉ, c'est-à-dire qu'il faut qu'on s'entende bien, qu'on soit COMPLÉMENTAIRES et

TOTALEMENT SUPERPOSABLES LES UNS AUX AUTRES. On va jusqu'à mettre nos honoraires en commun et on divise par 5...Bon, je vous ai tout expliqué là ! Quand on arrive à faire ça...C'est partout pareil. Cela a été le résultat d'une sélection très rigoureuse, avec l'élimination des indésirables. Parce que la profession est dure, dangereuse, car les horaires sont contraignants, parce qu'il faut savoir se défendre vis-à-vis du chirurgien de l'établissement pour obtenir le matériel qu'il nous faut, c'est-à-dire qu'il faut qu'on ne parle que d'une seule voix, pas de discours à peu près ou de contre discours, IL FAUT TENIR, SE COMPLÉTER COMME DES TUILES, ET SURTOUT VIS-À-VIS DU MALADE. (MA31).

On ne s'arrange pas (entre nous), LES HORAIRES SONT TELLEMENT ÉNORMES QU'ON EST TOUS DE FRONT, il n'y en a pas un qui arrive en retard parce qu'il a mal dormi la veille et tout ça (MA31) ».

De manière générale, la coopération « transversale » entre collègues médecins à l'Hôpital est jugée insatisfaisante :

« Moi je suis PROFONDÉMENT OPPOSÉ à [l'individualisme des médecins] et à chaque fois que j'en ai eu les moyens j'ai pris position, parce que moi aussi je suis subordonné à une hiérarchie, etc., et donc je n'ai pas pu exprimer tout ce que j'aurais voulu exprimer, et JE TROUVE QUE LÀ IL Y A UNE PERTE D'ÉNERGIE TRÈS IMPORTANTE, ET C'EST UN DOMAINE OÙ LA COOPÉRATION GAGNERAIT À ÊTRE RENFORCÉE. Là on est dans un hôpital, par exemple, où c'est frappant que LES CONNECTIONS VERTICALES SONT TRÈS BIEN AU POINT, mais où il n'y a QUASIMENT AUCUNE CONNEXION TRANSVERSALE, alors que c'est un hôpital où il y a des gens qui font dans des coins des choses tout à fait intéressantes...Moi j'ai essayé D'ORGANISER DES ATELIERS QUI S'ADRESSENT AUX MÉDECINS ET AUX INFIRMIERS, sur tout ce qui concerne la gestion des voies aériennes. Je me suis aperçu que même mes collègues spécialisés connaissaient mal toutes les techniques de gestion des voies aériennes, en O.R.L. on est plus pointu dans ce domaine, et donc j'ai ouvert DES ATELIERS QUI S'ADRESSENT À LA FOIS AUX INFIRMIERS, AUX INTERNES, AUX CHEFS DE CLINIQUES ET FINALEMENT Y VIENNENT AUSSI DES CHEFS DE SERVICE qui s'aperçoivent qu'ils n'y connaissent rien alors qu'ils sont en réanimation en neurologie et qu'ils ne savent même pas entuber un malade. Alors ça a été plébiscité, j'allais arrêter parce que c'était trop lourd, mais on m'a demandé de continuer, et je fais la même chose autour de tout ce qui concerne l'information du malade, ce qu'il faut dire, ce qu'il faut pas dire, etc. POUR CE QUI CONCERNE LA TRANSVERSALITÉ ET CE QUI CONCERNE LES RELATIONS AVEC LES AUTRES COLLÈGUES, JE TROUVE QU'ON EST TRÈS PERDANTS à rester dans des rapports uniquement verticaux, surtout dans un hôpital qui est une véritable mine d'informations...(MA30) ».

PLANIFICATION DES HORAIRES

« Ici en ORL nous sommes deux (et) on a abouti par tâtonnements à une organisation qui est la suivante : une semaine on fait le bloc opératoire, donc on est pris de 8 à 20, et une semaine on fait la consultation, ce qui nous laisse plus de temps médical pour tout ce qui concerne les congrès, les formations, les interventions.

Entre ma collègue et moi, il n'y a pas de problème, mais on rentre dans une nouvelle ère, parce qu'ON A DES TABLEAUX DE SERVICE SUR LESQUELS ON DOIT POINTER, où on était tel matin, où on était tel après midi, donc je pense que je remplirai ces trucs-là, mais je vais intervenir au sein de mon département, et au niveau syndical, pour lancer une nécessaire réflexion sur tout ce que cela peut bien signifier et impliquer, sur ce qu'on peut accepter, et sur ce qu'on ne peut pas accepter.

Au niveau de notre organisation, le bloc opératoire se termine à 16 heures, ce qui nous amène à faire une contre-visite avec le chef de clinique à 17 heures, et nous permet aussi de voir les malades qu'on va endormir le lendemain. Si j'écoute les discours des chefs de clinique qui passent par ici, qui sont en fin de compte du personnel temporaire, puisqu'ils sont nommés tous les 2 ans, ILS DISENT TOUS QU'ILS N'ONT JAMAIS EU DE PERSONNEL ANESTHÉSISTE AUSSI COMPÉTENT, notre organisation nous satisfait tous les deux, et le tableau de service j'entends bien le remplir comme je veux le remplir, et je ne pense pas avoir à changer une organisation qui jusqu'ici fonctionne (MA30) ».

LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONS DE SOINS

Les rapports de proximité entre les anesthésistes et les personnels soignants sont exceptionnels. Cependant, ils auraient été desservis par une politique d'opposition entre « pouvoir médical » et « pouvoir infirmier ».

« Moi je considère que LES ANESTHÉSISTES SONT LA CATÉGORIE DE MÉDECINS LA PLUS PROCHE DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES AIDES SOIGNANTES. Pourquoi, parce que les aides soignantes et les infirmiers sont LE PLUS SOUVENT AU CONTACT DES PATIENTS et que dans les services de chirurgie, LES ANESTHÉSISTES FONCTIONNENT COMME DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, c'est-à-dire qu'on prend en charge l'ensemble des problèmes médicaux des patients qui débordent largement le cadre du problème pour lequel le patient est en chirurgie, donc ON A UNE ESPÈCE DE DOUBLE FONCTION, UNE FONCTION TECHNIQUE D'ABORD PUIS UNE FONCTION GÉNÉRALE DE PRISE EN CHARGE DE TOUS LES PROBLÈMES MÉDICAUX QUI SONT POSÉS PAR LES MALADES SE TROUVANT DANS DES SERVICES DE CHIRURGIE. Pourquoi ? parce que les chirurgiens ne veulent pas, ne savent pas ou ne peuvent pas (au choix) s'en occuper. Donc cet aspect des choses n'a pas été sans créer DES TENSIONS IMPORTANTES, parce que moi ou ma collègue on trouvait que LA SURVEILLANTE GÉNÉRALE AVAIT TENDANCE À NOUS PRENDRE POUR DES INTERNES DEVANT RÉSOUDRE TOUS LES PROBLÈMES, alors ON S'EST BEAUCOUP BATTU LÀ-DESSUS, et ÇA A CRÉÉ BEAUCOUP DE PROBLÈMES AVEC L'ENCADREMENT INFIRMIER, et puis moi j'ai eu beaucoup de RAPPORTS CONFLICTUELS AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER dans la période qui a suivi l'époque des grandes grèves des infirmiers d'il y a une dizaine d'années.

NOUS SOMMES À L'ÉPOQUE DES PROTOCOLES, on élabore des protocoles pour la prise en charge d'un client post opératoire, donc on réunit les infirmiers, on leur propose un protocole on en discute avec eux et c'est le résultat de ces discussions collectives qui est adopté, ON TRAVAILLE CONSTAMMENT EN COMMUN, donc on a élaboré toute une série de protocoles, on a un cahier ou est consigné tout ce qu'il y a à faire dans le cas d'une méningite aiguë, les trois gestes, le machin le truc, le diagnostic, on en a parlé avec elles, l'aspect médical a été élaboré par les médecins, et puis la prise en charge et la lecture par les infirmiers, qui disent je suis d'accord, je suis pas d'accord, gnagnagna, et donc je dirais qu'on a une espèce de formation, d'auto-formation, et de communication. Je trouve que la communication pourrait être meilleure, certainement, mais je la trouve satisfaisante, c'est vrai, ce n'est pas pareil partout, et selon les moments. Et puis nous avons une situation particulière, puisque NOUS SOMMES À LA FOIS AU BLOC, EN POST – ET EN PRÉOPÉRATOIRE, DONC NOUS CIRCULONS SUR LES TROIS ÉTAGES, DONC NOUS AVONS UNE SITUATION PANORAMIQUE, ET NOUS SOMMES BEAUCOUP PLUS PROCHES DU PERSONNEL SOIGNANT QUE LES CHIRURGIENS. S'il y a un malade qu'on n'arrive pas à piquer, c'est l'anesthésiste qu'on appelle, s'il y a un malade qui respire mal, c'est l'anesthésiste qu'on appelle, etc., donc DÈS QU'ELLES ONT BESOIN D'UN COUP DE MAIN, C'EST D'ABORD NOUS QU'ON APPELLE (MA30) ».

La création du dossier infirmier sur le modèle dossier médical pour accroître l'autonomie des infirmiers est jugée comme « aberrante », l'autonomie gagnée par les équipes de soins mise en doute.

« Et à ce moment-là il y a un espèce de truc qui a circulé partout, je ne sais pas qui l'a initié mais en tout cas qui était de dire : *'les infirmiers sont les victimes du pouvoir médical, et donc il faut absolument contrebalancer ce pouvoir médical'* et par conséquent on a créé un dossier infirmiers sur le modèle dossier médical pour essayer de les autonomiser et ceci a généré au travers de documents mal compris et mal traduits d'ailleurs anglo-saxons, DES TRUCS QUI ÉTAIENT INCOMPRÉHENSIBLES, par exemple des feuilles que les infirmiers ont à remplir, DES TRUCS ABERRANTS, OÙ IL Y A QUELQUE CHOSE COMME 2500 ITEMS, enfin DES TRUCS DÉLIRANTS, CE QUI FAIT QUE LES INFIRMIERS PASSENT PLUS DE TEMPS À REMPLIR DES PAPIERS PLUTÔT QU'ÊTRE AUPRÈS DES MALADES, alors on comprend

bien que SUR LE PLAN POLITIQUE il a été plus intéressant plutôt que de (leur) accorder 200000 balles (ce qui aurait été une véritable reconnaissance), de dire : *'ce sont les docteurs, ce sont eux qui vous persécutent, on va vous donner du pouvoir et le pognon c'est nous qui le gardons'* (...) POUR LES TRAVAILLER, on leur a inculqué l'idée qu'elles devaient bien remplir tout ça parce que, si le papier n'était pas bien rempli, elles risquaient de se retrouver assignées en justice, s'il y avait un problème. Donc on voit bien CE QUI A ÉTÉ MANIPULÉ, À DIFFÉRENTS NIVEAUX, AU NIVEAU POLITIQUE, AU NIVEAU DE L'ENCADREMENT, ET QUI A CRÉÉ FORCÉMENT DES TENSIONS, en même temps moi je dirais que LES TENSIONS QUE JE RESSENS LOCALEMENT, C'EST COMPLEXE (MA30).

Contractuellement, un médecin, au sein d'un établissement privé, a un droit de regard sur le personnel. C'est-à-dire, si une infirmière ne nous convenait pas pour diverses raisons, on pouvait exprimer notre point de vue et son licenciement serait envisagé. L'administration étant, en dernier recours, libre de trancher. EN RÉALITÉ CE N'EST PAS VRAI, CAR ON MANQUE CRUELLEMENT DE PERSONNEL, et pas seulement des infirmiers, aussi en réa, aides soignantes, auxiliaires en salle de réveil, panseuses, etc. Donc on n'est pas toujours d'accord, mais on essaie de corriger les erreurs, mais SURTOUT ON FERME NOTRE GUEULE POUR LES GARDER. C'est ça la technique (MA31).

UNE INTÉGRATION DIFFICILE. Il y a eu pendant la pénurie DES INFIRMIÈRES QUI VENAIENT DE L'ÉTRANGER, et on a essayé de les aider à s'intégrer, mais CE N'EST PAS UNE SOLUTION parce qu'on n'a PAS LA MÊME CULTURE MÉDICALE, alors il faudrait tout reprendre à 0. Donc la seule solution par exemple dans notre service de réanimation, sur les éléments les plus faibles, c'est de LES CANTONNER À UN TRAVAIL AUTOMATISÉ, ce qui est nettement inférieur à leur niveau supposé de compétence. C'est un travail simiesque pour bloquer le système et ne pas avoir de problèmes, et C'EST MÉCHANT, MAIS ÇA SE PASSE TRÈS BIEN, parce que les personnes arrivent très facilement à leur seuil de compétence, qu'on n'arrive pas à améliorer. (MA31)

Vous êtes obligés à assumer une partie de leurs responsabilités, faute de réussir à les former ? Beaucoup plus qu'avant. C'est un problème de coût, c'est-à-dire de salaire. Qu'est-ce qu'il s'est passé? Lorsque vous prenez DES INFIRMIERS MAGHRÉBINS QUI FONT UN TRAVAIL NETTEMENT INFÉRIEUR À UNE INFIRMIÈRE FRANÇAISE, BIEN ENTENDU ILS SONT PAYÉS LE MÊME PRIX, eh bien, celui qui fait un gros boulot il se dit 'pourquoi moi je fais autant de boulot que l'autre qui fait la moitié et qui est payé autant que moi ?' Chemin faisant, il va dire : 'je vais faire des vacances en Suisse ou au Canada, ou alors vous m'augmentez considérablement'. Quand vous avez les finances pour augmenter considérablement une équipe d'IADE ou d'IBODE, ben, le problème est stabilisé, mais CE N'EST PAS LE CAS DANS LES GRANDS GROUPES, OU LES TARIFS SONT DE PLUS EN PLUS BAS (MA31) ».

LES RTT ET LEURS EFFETS

« LES 35 HEURES, c'est totalement catastrophique, non pas à cause des 35 heures, mais parce que ÇA A TOTALEMENT DÉVALORISÉ L'IDÉE DE TRAVAIL, LE TRAVAIL C'EST UN TRUC COMPLÈTEMENT ALIÉNANT QU'IL FAUT RÉDUIRE AU MAXIMUM, et L'IDÉAL C'EST EN FAIT DE SE TAILLER AU PLUS VITE. Cette mentalité n'est pas du tout compatible avec la disponibilité minimum que demande l'attention au malade, alors ça c'est complètement dramatique, et moi je dis ; il y a du boulot à faire, il faut le faire vite si on peut, et bien (MA30) ».

Serge pense aussi que les RTT n'ont rien résolu, surtout n'ayant pas conduit à la création de postes, les infirmières faisant des vacances pour compléter leurs revenus. Pour ce qui le concerne directement, les 35 heures n'existent pas pour lui, il est dans la clinique du matin au soir et un week-end par mois, sans se plaindre pour autant.

« *Les 35h ?* Attendez ! Moi je commence à 7h et je finis à 22h. Tous les jours. Les 35 h étaient une obligation légale, et on ne pouvait pas y échapper. L'effet pervers, dirais-je, pour les salles de réveil, vous avez une infirmière ici, en titre, dans notre salle de réveil. Elle fait ses 35 h, comme c'est prévu par la loi, et il lui reste 2 jours de libre. Puisque son mari aussi travaille, ils vont s'acheter une voiture, etc., eh bien, elle va aller dans la clinique d'à côté pour être vacataire 2 jours par semaine. La fille B qui était là-bas, qui fait ses 35 h à l'hôpital, elle va venir faire ses 2 jours de vacation chez nous. Et

donc la boucle est bouclée sur 39 h. Ca n'a créé aucun emploi. C'est clair dans tous les étages. Celles qui veulent faire des heures sup, elles font des heures sup. LA SEULE CONSÉQUENCE, C'EST UNE CONSÉQUENCE ÉCONOMIQUE, C'EST-À-DIRE QU'ELLES COÛTENT DEUX FOIS PLUS CHER (MA31).

LE PROBLÈME DES 35 H EN MILIEU HOSPITALIER, c'est qu'on a besoin de personnel en permanence, 24h/24, 365 jours par an. Et vous allez vite vous apercevoir en faisant une règle de 3 que même si on peut fermer certains étages au mois d'août, LES 35H ONT INDUIT UNE DEMANDE DE PERSONNEL QUI N'EXISTAIT PAS SUR LE MARCHÉ, puisque Juppé en suivant une démarche *énarchique*, selon laquelle moins il y a d'offre moins il y aura de dépenses, et que si on diminue le nombre de médecins, moins il y aura de dépenses, il n'a pas été jusqu'au bout de sa logique, qui était de supprimer totalement l'offre, pour ne plus avoir du tout de dépenses. Du coup, ça a été UNE SOURCE DE DIFFICULTÉS AU NIVEAU DE L'ORGANISATION DE LA CLINIQUE, PARCE QU'EFFECTIVEMENT LES ÉQUIPES TOURNENT PLUS SOUVENT. Les 35h c'est TRÈS INTÉRESSANT AU NIVEAU DE LA QUALITÉ DE VIE, MAIS AU NIVEAU DE L'ORGANISATION, ÇA NOUS FAIT DES INFIRMIÈRES QUI DISPARAISSENT. Ceci étant dit, moi je suis très vigilant sur les suites de mes patients, c'est-à-dire que même si l'infirmière de la veille n'est pas là, ce que j'ai dit a été écrit, et donc si la transmission n'est pas faite, je dis attendez, j'ai bien écrit, quelques fois j'oublie d'écrire, alors là je dis, désolé, mais vous auriez dû me dire que...(CH33).

Les 35 heures ? C'est fait, on y est passés il y a 6 mois, je ne sais pas comment l'administration s'est débrouillée, la masse salariale est restée à peu près la même, ils ont dû mieux gérer la présence des équipes, fermer quand c'était nécessaire une des parties. Ils se sont débrouillés sans créer de mouvements sociaux au niveau de l'établissement. Au point de vue travail, il n'y a pas eu d'influence, et au point de vue financier je ne peux pas vous dire, je n'ai pas suivi cela de près (CH34) ».

COOPÉRER AVEC LES MALADES

« Contrairement à d'autres endroits où les anesthésistes ne vont pas du tout en salle, nous on a des relations avec les patients, et le deuxième moment bien évidemment, où on a des relations privilégiées, c'est tout ce qui tourne autour des PROBLÈMES DE FIN DE VIE, puisque nous sommes les spécialistes de la douleur, et tout ce qui est de l'ordre des soins palliatifs nous concerne, puis nous sommes bien évidemment en RAPPORT AVEC LES FAMILLES.

Il y a un problème qui est très important pour les anesthésistes, à mon sens, c'est LE PROBLÈME DE L'INFORMATION, parce que nous voyons les malades après le chirurgien, donc nous sommes obligés de leur expliquer à nouveau ce qu'on va leur faire, et nous avons un taux de satisfaction et de prise en charge très important des malades, puisqu'on a un petit cahier là-haut où les gens écrivent leurs doléances et on a plutôt des félicitations que des reproches...

J'ai eu UN CONFLIT AVEC LE CHEF DE SERVICE À PROPOS DES HISTOIRES DE FAMILLE, parce que moi, j'ai refusé très vite de dire, il va mourir, tu vas lui filer le machin dans le placard, et j'ai dit c'est hors de question qu'on intervienne avant qu'on ait l'aval de la surveillante générale, de la famille et du chirurgien, il est hors de question que je fasse un geste avant que ces conditions ne soient réunies. Je me suis fait traiter de lâche etc., mais je pense que sur ces sujets-là, sur l'arrêt de soin, il est hors de question qu'on aille bricoler des solutions dans un coin, je pense que c'est un problème du point de vue éthique, que c'est contre productif, etc. Ça a été L'OBJET DE CONFLITS qui ont été arbitrés par la surveillante générale, qui était plutôt d'accord avec moi, et puis la solution s'est imposée avec le temps (...) Dans mon service, IL EST CERTAIN QUE LE CHEF DE SERVICE AYANT DES CLIENTS PRIVÉS, CEUX-CI NE SONT PAS DE MÊME ORIGINE SOCIALE QUE LES AUTRES. Mais je dirai que notre clientèle va de la CMU au PDG ou aux hommes politiques, puisque j'ai endormi le fils de Mitterrand et plusieurs présidents africains, etc (MA30) ».

Serge évoque les difficultés de l'anesthésiste d'établir des relations de confiance avec ses patients.

« Quelqu'un QUI VA VOIR UN CHIRURGIEN PARCE QU'IL BOITE, ON VA LUI METTRE UNE PROTHÈSE, IL A UN BÉNÉFICE IMMÉDIAT, IL VA MARCHER, il comprend ça. L'anesthésie, c'est un passage obligatoire, mais pas de bénéfice direct. On leur a promis de ne pas souffrir, bon, il y a eu si vous voulez une

déviations, tout un laïus sur la douleur, mais L'ANESTHÉSIE EN ELLE-MÊME ILS NE LA PERÇOIVENT PAS TRÈS BIEN, ils sont effrayés par ce sommeil obligatoire, a priori bien sûr réversible, mais involontaire. Donc inconsciemment, ils font une relation avec la mort. Plus, nos confrères des médias, qui nous ont taillé des beaux costumes et qui de ce fait ne nous ont pas aidés..., donc IL FAUT PASSER ÉNORMÉMENT DE TEMPS À PARLER AVEC LES GENS. La subtilité consiste à leur expliquer des choses, mais pas trop de choses, d'abord parce que dans 98 % des cas ils sont totalement incapables de comprendre ce qu'on leur dit, même avec des mots simples, bien sûr. Si on part sur les complications et si on leur explique tous les risques qu'on prend à se faire anesthésier, eh bien il n'y aurait plus personne pour venir se faire opérer dans un établissement, donc il faut avoir une relation de sympathie et de confiance instinctive, sans des explications approfondies. Et moi, ça m'est arrivé de dire à des gens : bon ben, soit vous me faites confiance, soit vous ne me faites pas confiance, mais s'il vous semble que ce n'est pas comme vous pensez, eh bien il vaut mieux aller vous faire opérer ailleurs, et vous serez plus stable et nous aurons moins de problèmes (MA31) ».

L'aide de la famille est sollicitée systématiquement – on demande toujours aux patients de ne pas venir seuls, surtout dans le 93, où il y a une population d'origine étrangère importante, « on choisit des mots simples, mais il faut que les personnes comprennent ce que ça veut dire, et très souvent on demande aux enfants de venir, qui, eux, parlent bien le français ».

« La seule chose qu'on peut voir c'est que LES PATIENTS SONT DE PLUS EN PLUS PROCÉDURIERS, et ça moi j'ai dû l'imposer à la direction, et JE CROIS QU'ON ÉVOLUE LENTEMENT MAIS SÛREMENT, COMME AUX ÉTATS-UNIS, PARCE QUE LES GENS SONT ATTENDUS PAR LES AVOCATS À L'EXTÉRIEUR SACHANT QU'ILS PEUVENT RÉCUPÉRER DU FRIC. Tout le monde n'est pas comme ça, mais beaucoup plus souvent, LE MOINDRE INCIDENT SE TRANSFORME EN ATTAQUE CIVILE OU PÉNALE POUR RÉCUPÉRER DU FRIC (MA32) ».

COMPARAISONS ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVÉ

« ...dans le public les choses sont beaucoup plus formalisées, alors que dans le privé, bon, on copine, on s'arrange avec l'infirmière unetelle, on aime bien untel alors on travaille avec lui, c'est assez différent. Je dirais que chez nous c'est plus formel, bon, c'est socialisé différemment, dans le public il y a beaucoup de lourdeurs, alors quand il faut faire bouger, c'est énorme, ça peut prendre un an pour régler un problème qui aurait pu être réglé en deux semaines. J'aurais aimé travailler dans les deux. Parce que le public ça m'intéresse, et le privé parce qu'on est mieux payé par rapport à notre investissement (...) Je pense que du fait de la pénurie de médecins spécialisés, DANS L'AVENIR ON SORTIRA DU CARCAN PUBLIC PRIVÉ, et que tout le monde en sera bénéficiaire, parce que les médecins du privé sont demandeurs, par exemple MOI QUAND JE VAIS FAIRE UN REMPLACEMENT DANS LE PRIVÉ, QUE JE LEUR APPORTE CE QUE J'AI FAIT DANS CECI DANS CELA, ils sont vachement intéressés par ce que je fais, et moi-même quand je regarde comment ils font, le rendement qu'ils ont, la vitesse qu'ils ont, je trouve que c'est intéressant aussi et qu'ils ne coupent pas la petite bête en quatre pour des raisons économiques, et que c'est très intéressant aussi (MA30).

Vers un rapprochement entre le public et le privé ? C'est un vœu pieux. Effectivement, il y a eu DES TENTATIVES DE RAPPROCHEMENT ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVÉ DANS CERTAINES VILLES DE PROVINCE, où l'hôpital travaillait en synergie avec les grandes cliniques qui étaient à côté pour le service public, c'est-à-dire qu'ils devenaient complémentaires, car les praticiens travaillaient à cheval sur les deux. CE N'EST PAS LE CAS À PARIS, OÙ NOUS SOMMES CONCURRENTIELS, MALGRÉ LE DÉSIR DES POUVOIRS PUBLICS D'ÉTABLIR UNE CARTE SANITAIRE et d'harmoniser les choses. En fait, j'ai assisté à plusieurs entretiens et discours publics de Coudreau (transcription incertaine), qui est quelqu'un qui avait planifié ici dans le 93 pas mal de choses. Ce sont des vœux pieux, c'est-à-dire qu'au jour D'AUJOURD'HUI, PAR EXEMPLE, JE N'AI PAS DE SCANNER ICI, ET ÇA FAIT PLUSIEURS ANNÉES QU'ON DEMANDE UN SCANNER, on a expliqué bien sûr aux tutelles que le coût d'un scanner est de X, et que le coût pour mettre un patient dans une ambulance, l'emmenant à l'hôpital et retour

c'est X fois deux, ce qui est une aberration comptable, ce sont des lignes de financement différentes, donc l'espoir de complémentarité de mon collègue reste un vœu pieux (MA31) ».

Une représentation héroïque des services rendus par les cliniques privées, dans les conditions de défaillance de l'hôpital de l'assistance publique : c'est le secteur privé qui lui a servi de relais, alors qu'il soit moins équipé et moins soutenu :

« L'hôpital ferme des étages entiers, il n'y a pas de personnel, il n'y a pas de personnel, il y avait 8 blocs qui ont été fermés, l'urgence arrive, et bien il n'y a pas de place, allez voir ailleurs. Cet été on recevait des gens de Mondor, de Créteil, de la Pitié, des fractures du col de partout, et quand il y a eu des vieillards qui ont commencé à arriver on n'a pas su où les mettre. C'EST ÇA LA DIFFÉRENCE ENTRE LE PRIVÉ ET LE PUBLIC, LE PRIVÉ N'A JAMAIS FERMÉ. Eux ils ont fermé les portes, pour restituer l'équilibre des 35 h et donner des vacances à tout le monde, ILS ONT FERMÉ DES ÉTAGES. ET ILS REFUSENT LES URGENCES. La célèbre blague qui court chez nous, c'est le médecin de garde qui est là, il est 5h moins 5, il finit à 5 heures, et il y a un type qui arrive avec un couteau dans le ventre, il se dit 'fait chier', il prend le couteau et il lui plante dans la tête en disant: vous montez au 5^{ème}, l'ophtalmo est de garde, et il s'en va. C'est un raccourci de ce qu'il se passe dans l'hôpital public, pourquoi voulez-vous qu'ils s'emmerdent plus, on ne les écoute pas, on ne nous a pas écouté (MA31) ».

NOUVEL ESPRIT D'ENTREPRISE AU BLOC OPÉRATOIRE

L'introduction d'un nouveau mode de gestion dans un hôpital conventionné a donné lieu à plusieurs modifications dans l'organisation des activités et dans les rapports entre les représentants des groupes professionnels composant l'équipe du bloc. Cela concerne la planification, le contrôle et l'évaluation des coûts, la fusion des personnels éliminant les « clans », la diminution du statut tout puissant du chirurgien.

« Moi ce que je peux dire c'est qu'au niveau du bloc opératoire, grâce à cette formation d'entreprise, on a organisé le travail. Les chirurgiens participent à cette formation, ce qui fait que les relations ont été modifiées, ils ont bien compris les nécessités d'organisation. Ce qui fait qu'ils ont une planification opératoire, avec des vacations opératoires, des heures à respecter et puis une évaluation de ce qui est fait. Donc à partir de là il y a tout un processus de contrôle et évaluation qui est faite pour savoir où va ses coûts, et puis vis-à-vis des différents partenaires, et ce partenariat fait que les gens comprennent les nécessités.

Et on a fait quelque chose de particulier, c'est-à-dire de REGROUPER TOUS LES MÉTIERS ENSEMBLE. Parce que LE PRINCIPE D'UN BLOC, C'EST L'UNITÉ, IL FAUT UNE PANSEUSE, UNE INSTRUMENTISTE, UNE INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE, UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE ET UN CHIRURGIEN. Tout ça c'est centré autour du patient, et TOUTE CETTE ÉQUIPE EST CENTRÉE AUTOUR DU BLOC DANS LEQUEL LE CHIRURGIEN OPÈRE COMME INTERVENANT. Donc le principe, c'est de faire tout fonctionner IBODE, IADE, parce que les IBODE, il ne faut pas se leurrer, C'ÉTAIT UN GROUPE QUI ÉTAIT ORIENTÉ VERS LE CHIRURGIEN, parce qu'elles attendent du chirurgien une certaine satisfaction, etc., et de se retrouver avec les anesthésistes c'était un certain problème, et LA FUSION N'ÉTAIT PAS ÉVIDENTE à faire, mais une fois que ça c'est réalisé, ça a marché de manière différente.

LES RELATIONS DANS LE BLOC SONT BONNES, ce qui fait que, c'est vrai, que l'envers du décor c'est de dire que LE BLOC A UN ÉNORME POUVOIR, parce que C'EST LE MOTEUR D'UN ÉTABLISSEMENT DE CE TYPE là. En tant que manager, il faut qu'on comprenne les nécessités, à la fois des chirurgiens, des problèmes de recoupement, et il faut donc METTRE EN PLACE DES RÈGLES, mais il faut ÊTRE SOUPLE AU NIVEAU DES RÈGLES. Si on ne peut pas satisfaire un peu tout le monde, un établissement ne fonctionne pas, tout est lié, donc c'est une relation aussi avec la direction... Nous on doit faire respecter au mieux les contraintes pour ne pas créer des coûts supplémentaires, notre rôle c'est d'harmoniser tout. En gros, c'est UN ESPRIT D'ENTREPRISE qu'a essayé de mettre en place la direction, et c'est UNE ASSEZ GRANDE NOUVEAUTÉ d'autant plus qu'on est PSPH, donc ON PARTICIPE AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, C'EST UN PEU L'ESPRIT DU PRIVÉ SANS L'ARGENT. C'est un peu

difficile au niveau de la motivation, parce que dans le privé il y a quand même l'argent. Il faut TROUVER UN ESPRIT DE BLOC, on l'a trouvé, bon, avec des aléas, il faut pas croire, parce que LES CHIRURGIENS NE SE SONT PAS LAISSÉS FAIRE COMME ÇA (MA32) ».

LE POUVOIR EN DÉCLIN DES CHIRURGIENS

« Même avec les changements de générations, on a eu quand même les problèmes liés à l'ancien style. Avant, nous étions partis avec des mandarins et les jeunes arrivants étaient tout prêts à se glisser dans les chaussons des anciens, c'est-à-dire le patron qui devait mener la danse. Mais il y a des choses qui évoluent, MAINTENANT LES CHIRURGIENS ONT PEU LA MAÎTRISE DU RECRUTEMENT DES PATIENTS, CE QUI AVANT ÉTAIT EN LEUR POUVOIR. Ce qui était quand même un pouvoir énorme, le pouvoir du recrutement des patients (signifiait) un pouvoir énorme sur la direction, parce qu'ils pouvaient demander à la direction tout ce qu'ils voulaient étant responsables de l'afflux de patients. Et donc ils ont eu du mal à accepter de perdre ce pouvoir. En plus, QU'ON LEUR ENLÈVE LE DOMAINE OÙ ILS ÉTAIENT LES ROIS, C'EST-À-DIRE LE BLOC OPÉRATOIRE, C'EST DIFFICILE À VIVRE (MA32) ».

« UN BLOC OP, ÇA RESSEMBLE À UN AÉROPORT ».

« Ce qui s'est fait un petit peu partout, c'est que L'ANESTHÉSIE A ÉVOLUÉ, elle a mis en place tout un système de conditions de sécurité. Un bloc op, ça ressemble à un aéroport, d'ailleurs on a les termes qui ressemblent à ceux employés dans un aéroport, on a UN DISPATCHING QUI GÈRE LES FLUX DES PATIENTS, UNE OPÉRATION CHIRURGICALE C'EST UN CHECK LIST, ET AVEC UNE ÉQUIPE QUI VA PRENDRE LE VOL, MAINTENANT QUI EST LE PILOTE, C'EST LE CHIRURGIEN OU ANESTHÉSISTE, ÇA RESTE À DISCUTER, MAIS ON VA PRENDRE TOUTES LES MESURES DE SÉCURITÉ POUR LE DÉMARRAGE ET PUIS LE RÉVEIL, AINSI DE SUITE, et puis les départements anesthésie ont été créés dans cet esprit-là pour garantir des conditions de sécurité pour le patient, ce qui n'existait pas vraiment avant.

Il y a toujours eu des guéguerres entre les anesthésistes et les chirurgiens, parce qu'évidemment les conditions de sécurité des anesthésistes gênaient les chirurgiens. La mise en place des consultations anesthésie n'a fait qu'accroître le problème, parce que le chirurgien voyait le patient, et IL ÉTAIT DEVENU DÉPENDANT DU FEU VERT DE L'ANESTHÉSISTE, CE QUI AGAÇAIT. On ne peut pas nous, comme anesthésistes, contre indiquer certaines chirurgies, on peut au mieux manager un certain malade pour le préparer mieux à un acte, mais on ne peut pas récuser, en cas de cancer par exemple, une chirurgie. Mais dans d'autres situations, chirurgie orthopédique, urologie, l'avis de l'anesthésiste est important, S'IL DIT QU'IL N'ENDORMIRA PAS CE MALADE PARCE QU'IL Y A UN RISQUE VITAL, ALORS QUE C'EST UNE CHIRURGIE FONCTIONNELLE, ALORS IL N'Y A PAS DE CHIRURGIE (MA32) ».

MÊME PARCOURS POUR LES ANESTHÉSISTES ET LES CHIRURGIENS

« L'ÉVOLUTION A FAIT QUE LES CHIRURGIENS SONT OBLIGÉS DE FAIRE AVEC NOUS. Avec certains ça se passe très très bien, avec d'autres c'est plus difficile, parce qu'ils ont été habitués à une certaine mentalité. JE PENSE QU'AVEC LES GÉNÉRATIONS QUI VIENNENT L'ÉVOLUTION DES MŒURS EST TRÈS IMPORTANTE, SURTOUT QU'ON EST AU MÊME NIVEAU DE DIPLÔME, PARCE QUE MAINTENANT POUR FAIRE UNE SPÉCIALITÉ, C'EST L'INTERNAT QUALIFIANT DANS TOUTES LES SPÉCIALITÉS. Donc on trouve LES ANESTHÉSISTES qui font cette formation-là qui sont chefs de cliniques, QUI ONT LE MÊME PARCOURS QUE LE CHIRURGIEN. Avant on avait deux entités, le CES n'était pas la voie royale, maintenant c'est pas vrai. DONC ON PARTAGE LE MALADE (MA32).

L'HYPERSPÉCIALISATION DES CHIRURGIENS, l'enfermement technique menacent leur statut ? Si, c'est vrai, le problème c'est qu'il faut être de plus en plus performant pour le recrutement. Si vous faites de LA CHIRURGIE GÉNÉRALE, actuellement, bon, on manque de chirurgiens, mais ÇA NE VEUT PLUS RIEN DIRE À L'HEURE ACTUELLE. IL FAUT AVOIR UNE SPÉCIALITÉ, ici on fait beaucoup de vidéo-chirurgie, et en plus, des gros établissements comme ici ON EST OBLIGÉS DE FAIRE DES GROSSES PATHOLOGIES. Pour progresser, il faut être de plus en plus pointus, et la tendance c'est aussi anesthésiste...Moi J'AI UNE CERTAINE POLYVALENCE, JE SUIS OBLIGÉ, JE N'AI PAS LES MOYENS DE TOUT SPÉCIALISER, MAIS LES CHIRURGIENS AIMERAIENT BIEN QUE JE N'AIE QUE DES SPÉCIALISTES DE LA SPÉCIALITÉ, je le sais

parce que j'ai fait de la chirurgie cardiaque pédiatrique et ça ne s'invente pas, il faut d'abord connaître la chirurgie cardiaque, puis les malformations cardiaques congénitales, et puis il faut connaître l'anesthésie de la pédiatrie. C'est tout un monde, c'est toute une technicité. Alors ça c'est un problème (MA32) ».

La cohésion de l'équipe dans des conditions de mobilité accrue des chirurgiens

« C'est vrai que nous faisons un peu tourner les équipes, mais j'ai mis des références, c'est-à-dire qu'il y a des panseuses référentes, des anesthésistes référents, c'est-à-dire des anesthésistes qui travaillent un an dans une spécialité. ICI CE N'EST PAS COMME LE PRIVÉ, OÙ IL Y A DES GENS QUI VIENNENT DE L'EXTÉRIEUR, C'EST QUAND MÊME UN GROUPE, j'ai des équipes de panseuses, tout ça c'est des points qui permettent d'avoir une certaine spécialisation, et ça permet à la référente de faire travailler d'autres gens autour d'elle qui vont se former. À partir de là je peux faire tourner le bloc opératoire et surtout les gardes et astreintes, parce que la nuit il faut bien que j'aie des gens qui soient capables de faire des IEC, alors qu'ils n'ont pas l'habitude, éventuellement de l'orthopédie, du digestif, j'ai pas les moyens, quand on ne fait que de l'orthopédie, évidemment, les équipes sont spécialisées, qu'ils viennent le soir, la nuit, évidemment ils savent, mais DANS DES GRANDS BLOCS COMME ÇA, IL FAUT QU'ON AIT À PEU PRÈS UNE QUALITÉ MOYENNE (MA32) ».

Les conditions de travail : des effectifs suffisants au bloc

« On est bien dotés, c'est-à-dire pour bien faire fonctionner un bloc opératoire, on a dans la salle une panseuse, une instrumentiste, une IADE, et un médecin anesthésiste, et le médecin anesthésiste travaille ici sur deux salles contiguës, et dans chaque salle il y a une infirmière anesthésiste. Et ça c'est un luxe, c'est pas un luxe, c'est une norme de sécurité tout à fait optimale. On ne peut pas travailler comme dans le privé, avec le type de pathologies qu'on fait avec un médecin pour 3 ou 4 salles. MOI J'AI TRAVAILLÉ EN CLINIQUE, ET C'EST INVRAISEMBLABLE, J'ESPÈRE QUE ÇA A ÉVOLUÉ, MAIS C'EST VRAI QU'ON SE RETROUVE DANS DES SITUATIONS IMPOSSIBLES. Avec les lois qui sont mises en place, je crois qu'on se retrouve obligés de faire attention, et LES CLINIQUES SE REGROUPENT POUR AVOIR LES MOYENS, et pour les salles de réveil aussi, moi j'ai un médecin en salle de réveil, et c'est vrai qu'il en faut un, parce que la salle de réveil devient une salle très technique, où il faut mettre en place toutes les procédures post opératoires, tous les traitements analgésiques post op, donc là, pour des conditions de sécurité on est optimal. TOUS LES PSPH N'ONT PEUT-ÊTRE PAS CES MOYENS-LÀ, NOUS ON LES A, ALORS EN PERSONNEL C'EST RELATIVEMENT BIEN DOTÉ (MA32) ».

Un contrôle plus strict des horaires et un rythme accéléré au bloc

« Nous, l'organisation fait qu'il y a des vacations par jour, chaque spécialité commence à 8h jusqu'à 18h, TOUTES LES INTERVENTIONS SONT PROGRAMMÉES ET COMPTABILISÉES, et dans la programmation ON TIEN COMPTE DU TEMPS PRÉDICTIONNEL DE L'OPÉRATION CHIRURGICALE, DU TEMPS PRÉDICTIONNEL DE L'ANESTHÉSIE, ON TIEN COMPTE DU TEMPS DE MÉNAGE ET DE LA ROTATION ENTRE 2 PATIENTS. Alors ce sont des statistiques, et ON FAIT BIEN ATTENTION À TOUS LES TEMPS INTERMÉDIAIRES POUR NE PAS DÉBORDER. Et on a des aides techniques, ce sont les brancardiers, qui ont un rôle à la fois de brancardage, et aussi de nettoyage des salles. Donc on se trouve dans une organisation de type entreprise, comme le privé, mais le privé, lui, il y a le fric qui est à bord, et il y a un débit de patients et des normes de sécurité qui ne sont pas respectées, ça je le sais, c'est clair. Le public, tout dépend du secteur, mais il y a un ralentissement de tout ça, parce que c'est peu organisé. À chaque fois que j'ai fait ces présentations, parce que j'ai essayé de promouvoir ce type d'organisation dans le public et à chaque fois on m'a dit : c'est très bien, mais c'est impossible à l'assistance publique. Si, on peut, mais il faut se donner les structures.

Moi, dans un bloc comme ça, je n'admets pas qu'on me dise 'moi je ne suis là qu'à 10h', 'attends, 10h !' De 8 à 10, moi j'ai des panseuses, des infirmières, et ça coûte tant. Et ON VA ALLER VERS LA TARIFICATION, ÇA COÛTE CHER LE BLOC OPÉRATOIRE, ET LÀ ON REJOINT LE PRIVÉ. Enfin, de 18h à 20h les patients passent en salle de réveil, ensuite la salle de réveil ferme parce que je n'ai pas le temps de maintenir une salle de réveil 24h/24, ensuite, les patients vont soit dans les étages, soit en

réanimation. Et ON PEUT AVOIR DES DÉPASSEMENTS, ça arrive, mais ce n'est PAS POSSIBLE DE TROP EN FAIRE PARCE QUE TOUT ÇA PASSE EN HEURES SUP. pour le personnel (MA32) ».

UNE STRUCTURE INTERMÉDIAIRE, ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVÉ

Cette analyse comparative rapide entre les défauts du public et du privé relève en même temps des défauts communs (comme une trop grande délégation des tâches aussi bien dans le public et dans le privé).

« C'est vrai que dans le public ils ont des cours, mais nous aussi on a des stagiaires. Ca n'empêche pas, 8h-18h c'est un rythme très lourd. Dans le public c'est pas pareil, à partir de 15h il y a de la relâche ou de l'enseignement, mais ce n'est pas du bon enseignement, c'est-à-dire QU'ILS LAISSENT FAIRE À DES CHEFS DE CLINIQUE CE QUI DEVRAIT ÊTRE FAIT AVEC DES SENIORS. En clair, UNE DÉLÉGATION TROP GRANDE DES TÂCHES.

Dans le public c'est encore pire, PARCE QU'ON NE VEUT PAS PAYER LES PROFESSEURS À UN CERTAIN TAUX, ALORS ON LES LAISSE FAIRE DU PRIVÉ, C'EST-À-DIRE QU'ON LES LAISSE OPÉRER À LEUR COMPTE DANS LES STRUCTURES DE L'HÔPITAL, ET PUIS VOUS ÊTES DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR MACHIN, MAIS C'EST PAS LUI QUI VA VOUS OPÉRER, PARCE QU'IL A D'AUTRES CHATS À FOUETTER ET C'EST EN FAIT LE CHEF DE CLINIQUE QUI VA LE FAIRE À SA PLACE. C'est ça la vérité. Dans le privé, on est opéré par le chirurgien qui vous a vu, mais certaines choses vont être faites par n'importe qui pour aller plus vite. Bon, nous on est le cul entre deux chaises, et je ne sais pas si ça va durer, parce que tout ce qui est évaluation de PMSI, production de points ISA, machin, pour le ministère, le public ils sont toujours en déficit, mais on ne leur dit rien, on ne peut pas y toucher, parce que C'EST UN TEL MASTODONTE, QUE SI ON TOUCHE, ON A PEUR DES GRÈVES, QU'IL N'Y A AUCUNE REFORME DE RÉALISABLE. Je ne sais pas ce qu'il faut faire parce qu'il y a des moyens, mais ce n'est pas réalisable, ils sont dispersés, il y a un gouffre. Alors le PSPH, lui il est bien, enfin pas tous, mais on a un budget, on essaye de faire une chirurgie performante, on rend des résultats, MAIS ON NOUS GREFFE DES BUDGETS COMME LE PUBLIC (MA32) ».

DE NOMBREUSES RÉUNIONS D'ÉQUIPE

« Jusqu'à maintenant moi j'ai fonctionné avec 2 SURVEILLANTS DU BLOC, une qui était d'orientation anesthésique, l'autre orientation IBODE, et on avait CHAQUE SEMAINE UN COMITÉ DE BLOC, qui réunissait autour de nous les référents des différents secteurs, ça nous permettait de voir les problèmes au niveau du bloc. Trois personnes du management, et puis des référents, 5 secteurs de panseuses, qui venaient à tour de rôle, donc un groupe qui réunissait 7 ou 8 personnes, avec de temps en temps des invités qui correspondaient à la réanimation pour discuter de problèmes concernant le bloc, des problèmes internes au bloc, de cohésion d'équipe, etc. Et ça permet de trouver des solutions au niveau du personnel. En plus, tous les mois, on fait avec le personnel une réunion de 8h à 9h qui est prise sur le temps de travail, c'est-à-dire que le bloc ne démarre pas, il démarre à 9h du matin, et de 8h à 9h on réunit toutes les IBODES, toutes les IADES, et tous les autres groupes, et, par groupes, on traite toutes les sortes de problèmes, on donne les informations. Et en fin d'année, on fait une grande réunion, c'est fin décembre, et une journée tout le *bloc op* se réunit pour STAFFER UN CERTAIN NOMBRE DE CHOSES, on parle de ce qui a été réalisé, et de ce qu'on envisage de faire, etc. Et puis on a mis en place aussi LE CONSEIL DE BLOC, qui a été mis en place selon la loi, mais ça allait aussi dans l'état d'esprit de notre formation, parce que là on a RÉUNI UN REPRÉSENTANT DE CHAQUE SPÉCIALITÉ CHIRURGICALE, ET PUIS L'ÉQUIPE DE MANAGEMENT AU BLOC, puis des anesthésistes, et là on discute de problèmes de dysfonctionnement du bloc. Et nous voulions que cette assemblée soit décisionnaire, mais en fait elle n'est que consultative, parce que la direction a refusé. Dans notre organisation, moi je dépends de la direction. La direction a des orientations, des objectifs, donc à partir de là que moi je les applique au niveau du bloc, et ce n'est pas le conseil de bloc qui peut décider. Il peut simplement analyser ce qui lui est proposé. Comme tout le monde a des contrats d'objectifs qui sont les contrats de la maison, eh bien le conseil de bloc il ne peut qu'appliquer ce qu'on a dit. Si on dit telle discipline, on va lui

augmenter les vacances, c'est pas le conseil de bloc qui va augmenter les vacances. Ce que voulaient les chirurgiens dans ce conseil de bloc, c'était de pouvoir dire 'moi je veux plus de vacances', et ça c'est impossible, parce que c'est la direction qui décide, qui valide selon ce que je dis, et c'est normal, parce qu'il y a une chefferie de service, qui est là et C'EST MOI QUI DÉCIDE (MA32) » .

FORMATIONS ET ÉVALUATIONS DU PERSONNEL

« Il faut gérer dans chaque catégorie les possibilités et les demandes d'évolution des gens, c'est vrai qu'il y a des demandes de formations, il faut pouvoir analyser les possibilités et les capacités de chacun, parce que parfois certains ne sauraient aller plus loin, donc on a des plans de formation tous les ans avec la direction, et on obtient pour les IBODES qui travaillent au bloc et qui n'ont pas encore leurs diplômes, la possibilité de passer leurs diplômes, ça c'est planifié par années. Il y a des IBODES qui deviennent IADES, et il y a plusieurs formations qui sont organisées et puis on les fait passer carrément en salle de réveil. Les brancardiers, on leur fait des formations de secouristes, des formations techniques aussi, c'est une bonne chose. À partir de 2004, on va être chargés, avec la surveillante, de FAIRE UNE ÉVALUATION DU PERSONNEL, ON VA AVOIR UN ENTRETIEN AVEC CHAQUE PERSONNE pour voir où il en est, quels sont ses souhaits d'évolution, qu'est ce qu'on peut faire pour améliorer les choses, ou même lui dire « écoute, tu es dans ce métier-là, mais ça ne va pas », donc aussi pour pouvoir recadrer les choses, ça va être mis en place cette année (MA32) ».

FONCTIONNEMENT « PRÉ-PUBLIC » ET RÉSISTANCES AUX RÉFORMES MANAGÉRIALES

C'est la position bâtarde de l'établissement, entre le public et le privé, qui est aussi à l'origine de certaines difficultés, d'une part dans le fonctionnement du personnel, d'autre part dans les problèmes de budget et de salaire que le personnel doit affronter. Tout laisse croire, dans cette présentation très 'partisane' des réformes managériales de l'établissement que celles-ci rencontrent des fortes résistances de la part des personnels, et non seulement de la part des chirurgiens qui ont perdu les privilèges d'avant.

« Une certaine stabilité du personnel parce que les gens se trouvent bien dans cet établissement, LE SEUL SOUCI C'EST EFFECTIVEMENT LES CONTRATS FEHAP, qui ne sont malheureusement pas dynamiques et pas stimulants pour le personnel. C'est-à-dire que plus ça va, plus ON NOUS PROPOSE UN MODE DE FONCTIONNEMENT PRÉ-PUBLIC, mais il faut bien une carotte, quelque chose qui fasse avancer vers un espoir, et IL FAUT DIRE QUE PEU À PEU ON VA VERS UN SYSTÈME COMPLÈTEMENT ANNIHILANT, ET LÀ C'EST BEAUCOUP PLUS DIFFICILE À MAÎTRISER. On voit DE PLUS EN PLUS DE DÉCOURAGEMENT, les gens se laissent aller, et ne font plus des choses, C'EST DÉSOLANT, et puis moi j'essaie de faire quelque chose contre ça, et PLUS ON TRAVAILLE ET PLUS ON CRÉE DU DÉFICIT, bon, et ON VEUT FAIRE COMME UNE ENTREPRISE, MAIS CE N'EST PAS UNE ENTREPRISE AU BOUT DU COMPTE, c'est-à-dire qu'une entreprise à la fin, tout le monde travaille et puis il y a des bénéficiaires, mais la récompense... C'est vrai qu'on travaille dans un endroit qui est bien, on fait du bien pour les malades, mais au bout d'un moment, bon... (MA32)

D'abord il y a eu un recouplement, et ça, au moment de la fusion cela n'a pas été traité de manière totalement limpide par la direction. L'autre établissement allait de l'avant et servait d'exemple, parce qu'il fonctionnait avec des plus, qui motivaient le personnel, alors qu'ici c'était en voie de fermeture. Et on a fusionné et on a laissé les avantages aux uns sans pour autant favoriser les autres. Et ça, évidemment, a posé des problèmes de disparités, qui n'ont pas été aplanies, et moi je ne peux pas exiger la même chose de tout le monde lorsqu'il y a un différentiel pas négligeable quand même, moi je me bats avec la direction là-dessus. La direction préfère aller aux prud'hommes plutôt que de trouver des solutions, et je ne sais pas, eux ont peut-être des contraintes liées au service de mutualité (MA32).

LES GROS PROBLÈMES SONT DES PROBLÈMES DE GESTION DE L'ARGENT, c'est-à-dire que j'ai des MENACES D'ARRÊT DE TRAVAIL, et je ne vois pas comment traiter le problème, sinon on a eu des PETITES DISTENSIONS ENTRE LES CHIRURGIENS ET LES ANESTHÉSISTES, parce qu'effectivement ça fait des petits groupes, mais ça s'arrange relativement vite, mais les gros gros soucis sont au niveau de l'argent. Et il y en aura encore parce que là on est passé aux NOUVEAUX CONTRATS FEHAP, QUI SERONT ENCORE PIRES PARCE QUE ÇA NIE ENCORE PLUS LES SPÉCIFICITÉS ENTRE DIFFÉRENTS GROUPES, et ça va être très mal compris et moi je m'attends à un début d'année extrêmement difficile. Encore que **LES GENS S'ENTENDENT BIEN DANS LES ÉQUIPES, CE N'EST PAS ÇA LE PROBLÈME, MAIS C'EST VIS-À-VIS DE LA DIRECTION QUE ÇA EXPLOSE (MA32) ».**

B. Les chirurgiens

Victor (CH33), chirurgien à *exercice libéral exclusif* en clinique dans la banlieue parisienne ; études commencées en 1960 ; quelques mois passés comme interne en Algérie (1973), assistant chef de clinique dans les hôpitaux de Paris pendant 2 ans, puis adjoint à l'hôpital de M... avant de s'installer en 1978 dans la clinique où il travaille actuellement. Depuis 25 ans dans cette clinique, fils de chirurgien, petit-fils de menuisier breton, il est fier de son ascendance. En fin de carrière, il considère être en stagnation ou en déclin pour ses revenus, tandis que son collègue, devenu professeur des hôpitaux, a fini par le rattraper au niveau du salaire, bien qu'il perd beaucoup de temps en organisation, etc.

La clinique, dont il est un des deux actionnaires, a 92 lits plus 8 postes d'ambulatoire, l'évolution étant vers la diminution du nombre de lits pour augmenter le nombre de postes d'ambulatoire. Son étage, celui de la maternité, est « schématiquement » à 25 lits, trois étages de chirurgie sont à 25 lits, l'un a été amputé de 10 lits pour les 8 postes d'ambulatoire. Lui a des malades à presque tous les étages.

« Je suis [Victor], chirurgien à exercice libéral exclusif, c'est-à-dire que je ne travaille qu'en libéral et qu'à la clinique de (...). J'ai commencé mes études de médecine en 1960; à l'époque c'était le PCV, donc j'ai passé le concours d'externat puis d'internat des hôpitaux de Paris, où j'ai été reçu en avril 68. Là j'ai appris mon métier de chirurgien comme interne, jusqu'en 73, puis j'ai fait quelques mois comme interne en Algérie, et puis je suis revenu comme assistant chef de clinique dans les hôpitaux de Paris pendant 2 ans, et puis comme adjoint à l'hôpital de M..., avant de m'installer à (...) le 1er octobre 78. Pendant cette période de formation hospitalière, j'ai été amené aussi à faire des remplacements de chirurgie en province de façon à compléter ma formation. En parallèle de cette formation, j'ai aussi été enseignant à la faculté de physiologie pendant 3 ans et d'anatomie pendant 3 ans. La carrière universitaire ne m'intéressait pas et j'avais envie de m'installer en libéral, où je pensais que la relation avec les patients était plus facile. Au début de mon installation, je travaillais ici en clinique et j'étais toujours attaché à l'hôpital de l'H... jusqu'en 88, que j'ai quitté parce que je m'y ennuyais, et actuellement je suis à plein temps dans cette clinique où je consulte, j'opère et j'hospitalise mes patients. Ma spécialité chirurgicale s'appelle la chirurgie générale, c'est-à-dire l'ancien nom de ce qui est devenu maintenant la chirurgie viscérale digestive. Et du fait de mon orientation, mon activité est mixte, chirurgie digestive et chirurgie gynécologique. Mais je ne pratique pas d'accouchements.

Mon grand père était menuisier en Bretagne, son fils, mon père, était chirurgien, et je suis né en Bretagne, mon père avait deux fils qu'il amenait à la clinique, ou à l'hôpital, moi je ne suis pas tombé dans les pommes, il m'a dit, 'tu seras chirurgien mon fils', mon frère est tombé dans les pommes, et il lui a dit 'toi tu seras ingénieur'. Et puis, quand j'ai commencé la médecine, c'est qu'effectivement je manquais d'imagination, et effectivement ce qui m'a plu c'est la chirurgie, les contacts avec les patients et la chirurgie, alors que mon père était un chirurgien osseux (tradition du grand père), moi la chirurgie orthopédique me plaisait sur le plan technique...».

L'ÉVOLUTION DE LA PROFESSION : L'AUGMENTATION DES CONTRAINTES

« Ce que j'avais mal supporté à l'hôpital c'était LES CONTRAINTES D'ORGANISATION LOURDES, y compris dans un petit hôpital comme M..., AVEC BEAUCOUP DE RÉUNIONS, beaucoup de PERTES DE TEMPS PAR RAPPORT À MON POINT DE VUE, PAR RAPPORT AU TEMPS CONSACRÉ AUX PATIENTS, et quand je me suis installé, j'ai organisé mon travail en fonction de ce que je souhaitais, c'est-à-dire que théoriquement le matin je suis au bloc opératoire et je fais la visite des opérés, et l'après midi je consulte. C'est le schéma global. L'évolution du métier est surtout sensible au niveau contraintes depuis 10 ans, où LES CONTRAINTES ADMINISTRATIVES SONT DEVENUES BEAUCOUP PLUS LOURDES. Le dossier médical, qui est devenu notre dossier personnel, est devenu un dossier clinique avec un certain nombre d'items à remplir, un certain nombre de feuilles à remplir ; quelques années après est arrivé le dépistage de la maladie de Kreutzfeldt-Jacob... Bref, c'est une obligation légale, dont on ne voit pas vraiment l'intérêt immédiat dans ma spécialité chirurgicale, et en 1997 est arrivé le PMSI, c'est-à-dire l'obligation de coder les actes du diagnostic, ce qui est assez intéressant au niveau de la santé publique, mais c'est quand même une contrainte supplémentaire et dont le bénéfice réel est bien mince. En effet, ÇA FAIT 7 ANS QUE ÇA DURE MAINTENANT ET ON NE PEUT PAS DIRE QUE ÇA AIT APPORTÉ AU PATIENT UNE RÉELLE AMÉLIORATION DE SES CONDITIONS D'HOSPITALISATION, ce qui est quand même le cœur de notre métier. Pour l'administration, ça donne une meilleure connaissance des choses, nous sur un plan personnel ça ne nous apporte pas grand-chose, et pour le patient on ne peut pas dire que ça lui rapporte grand'chose non plus.

Quand j'étais à M..., j'aidais un de mes bons copains de ma génération, à être chef de service, je lui ai servi d'adjoint plein temps, pendant une année, puis d'adjoint mi-temps pendant une année, puis j'ai arrêté, parce que ça se passait mal quand je n'y étais pas à plein temps. Et là QUAND JE VOIS L'ÉVOLUTION DE NOS DEUX VIES, AU NIVEAU REVENU, À 60 ANS MAINTENANT, ON EN EST À PEU PRÈS AU MÊME NIVEAU, LUI IL A UNE CHARGE DE TRAVAIL BEAUCOUP MOINS IMPORTANTE QUE LA MIENNE, ET IL A BEAUCOUP PLUS DE TEMPS LIBRE. Il part d'ailleurs beaucoup plus souvent en week-end ou en vacances, il a une maison de campagne, et parce QU'IL A DES INTERNES ET TOUTE UNE ÉQUIPE DE PLUS JEUNES AUXQUELS IL PEUT DÉLÉGUER PLUS FACILEMENT. Ceci dit, il PERD BEAUCOUP PLUS DE TEMPS EN RÉUNIONS, IL A BEAUCOUP DE TRAVAIL D'ORGANISATION, ET LA DIFFÉRENCE DE REVENU QUI ÉTAIT SENSIBLE AU DÉBUT, ELLE S'EST ESTOMPÉE AVEC LES GRADES SURMONTÉS, ET PUIS MOI AVEC LES REVENUS DE CHIRURGIEN DE SECTEUR UN QUI ONT ÉTÉ LAMINÉS, DEPUIS 20 ANS, PUISQUE SI UN JEUNE VEUT S'INSTALLER DANS LE PRIVÉ, MOI JE LUI DIS QUE S'IL VEUT SURVIVRE, IL DOIT PRENDRE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES SYSTÉMATIQUES SECTEUR 2.

JE TRAVAILLE PLUS QU'EN 83, JE GAGNE MOINS BIEN MA VIE QU'EN 83, PARCE QUE MES CHARGES ONT ÉNORMÉMENT AUGMENTÉ, ET QUE MES HONORAIRES BRUTS ONT TRÈS PEU AUGMENTÉ. Une hystérectomie va être payée par la sécu 210 euros, et en 83 elle m'était payée 350 euros. Bon, je gagne encore bien ma vie, les anesthésistes de la clinique gagnent encore mieux leur vie que moi, alors qu'en nombre d'heures je suis celui qui en passe le plus ici. Sans commune mesure ».

UNE CLIENTÈLE PLUS EXIGEANTE ET PLUS CONSOMMATRICE

« C'est vrai qu'au niveau de la clientèle, et J'EMPLOIE EXPRÈS LE TERME DE CLIENTÈLE, et donc elle est devenue PLUS EXIGEANTE ET PLUS CONSOMMATRICE QU'ELLE NE L'ÉTAIT IL Y A 20 ANS et globalement LE CHIRURGIEN EST MOINS 'EN DEHORS DU COMMUN DES MORTELS', et on voit plus souvent DES GENS QUI NOUS CONSIDÈRENT COMME ÉTANT À LEUR SERVICE, ENFIN BON, ILS NOUS CONFONDENT UN PETIT PEU AVEC LE PERSONNEL D'UN HÔTEL DE LUXE, ce qui est un peu désagréable. M'enfin C'EST PAS LA MAJORITÉ DES GENS MAIS ON EST SOUVENT CONFRONTÉS À ÇA. Quand j'allais EN PROVINCE AU DÉBUT DE MA CARRIÈRE, IL Y AVAIT UNE AURA AUTOUR DES CHIRURGIENS QU'IL N'Y AVAIT PLUS DÉJÀ EN RÉGION PARISIENNE, mais c'est vrai que, de temps en temps, on est soumis à DES PATIENTS QUI SONT CONSOMMATEURS DE SOINS, SANS SE RENDRE VRAIMENT COMPTE DES ENJEUX, DU COÛT ET AINSI DE SUITE ».

« À L'HÔPITAL, LE PATIENT EST LA PROPRIÉTÉ D'UNE ÉQUIPE »

« Si vous voulez, la grosse différence que je voyais c'est QU'À L'HÔPITAL, LE PATIENT EST LA PROPRIÉTÉ D'UNE ÉQUIPE, et que CEUX QUI SONT COURAGEUX SE CONSACRENT AUX PATIENTS ET CEUX QUI SONT PAS COURAGEUX SUR LES PATIENTS DIFFICILES VONT PASSER LE BÉBÉ À QUELQU'UN D'AUTRE. L'ÉQUIPE QU'ON VA FORMER AVEC L'ANESTHÉSISTE N'EST PAS TOUJOURS CHOISIE, ELLE EST SOUVENT IMPOSÉE. Et puis LE PATIENT QUOI QU'ON FASSE, ON A PLUS DE MAL À ÉTABLIR UNE RELATION DE PERSONNE À PERSONNE, ALORS QUE DANS LE LIBÉRAL ET ÇA RESTE TOUJOURS VRAI, LE PATIENT IL VIENT NOUS VOIR, il est toujours envoyé, C'EST MOI QUI LE REÇOIS, C'EST MOI QUI LUI EXPLIQUE CE QUI VA SE PASSER ET C'EST MOI QUI VAIS L'OPÉRER. ET PUIS, APRÈS L'OPÉRATION, C'EST MOI QUI VAIS LE SURVEILLER AUSSI, CE N'EST PAS QUELQU'UN DE L'ÉQUIPE QUI VA LE VOIR, L'ENCOURAGER, ET ÇA CRÉE UNE RELATION QUI EST HUMAINE, ASSEZ PROCHE ET IMPORTANTE.

C'est ce qui me plaît moi dans ce métier. QUAND J'ALLAIS FAIRE UN REMPLACEMENT, JE ME SENTAIS UN PEU MERCENAIRE, j'arrivais dans une petite ville, et on me disait, tu vas opérer un tel ou un tel, et ça ne me plaisait pas beaucoup, je me sentais le cow-boy, ou le shérif qui arrivait avec une valise et qui repartait une fois la mission terminée, et ça ne me plaisait pas. Et ça, ça n'a pas changé, j'aime bien la consultation, et je prends le temps qu'il faut pour la faire, même si je suis en retard pour la suite, bon, même si je commence à l'heure, il y a toujours des urgences, et LE TEMPS DE CONSULTATION EST SACRÉ ET JE N'AIME PAS LE SACRIFIER, PARCE QUE C'EST LORS DE LA CONSULTATION QUE VA ÉTABLIR LA RELATION HUMAINE, ET QUE SI LE PATIENT A BIEN COMPRIS IL VA ADHÉRER AU PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE, (une chirurgie ça fait mal) et s'il repart de mon bureau en étant en confiance, l'opération va bien se dérouler et les suites opératoires vont être simples. Donc c'est un lien qui est important ».

UNE RELATION PERSONNALISÉE AVEC LE PATIENT

« L'absence de relations humaines entre le patient et le chirurgien est nuisible au patient. Je ne dis pas systématiquement, mais on a un taux de complications qui n'est pas acceptable. C'est-à-dire que le patient n'est pas une machine et je ne suis pas un mécanicien, ce qui est rassurant (...) Moi j'habite Ch., et je travaille à Ch., je passe tous les jours, même le dimanche, garde ou pas garde, sauf si je suis en vacances, ce qui me permet de VOIR LES OPÉRÉS, LE PERSONNEL, LES INFIRMIÈRES N'ONT PAS L'IMPRESSION D'ÊTRE ABANDONNÉS pendant 2 jours. En voyant mes patients, je suis content de les voir, ils sont contents de me voir, ça dure 2 minutes, et s'il y a une complication, en chirurgie digestive il y a des complications qui sont assez sournoises, et quand on les flaire tôt, il y a moyen d'intervenir assez tôt chirurgicalement et éviter au patient des suites assez compliquées. Et entre le samedi midi et le lundi matin, il s'écoule 44 heures, et un patient qui va bien le samedi midi peut être moribond le lundi matin. Et pouvoir venir le dimanche matin, si le patient commence à aller mal, ça me permet d'anticiper sur la complication. MAIS JE SAIS TRÈS BIEN QUE J'AI DES COLLÈGUES QUI OPÈRENT LE PATIENT ET QUI NE LE VOIENT PLUS, C'EST L'ANESTHÉSISTE QUI LES SUIT, MAIS C'EST PAS MA CONCEPTION DU MÉTIER. Ma conception du métier elle est : vous vous confiez à moi, je vous prends en charge jusqu'à ce que vous alliez bien. Et si je m'en vais, parce que je pars en vacances, je vous préviens et je vous présente mon confrère qui vous prendra en charge. C'est important pour le personnel qui voit qu'on ne se désintéresse pas du patient, et pour le patient qui a besoin de soutien dans cette période post opératoire assez douloureuse ».

ENTRAIDE AVEC DES COLLÈGUES CHIRURGIENS

Les raisons pour s'entendre : les vacances ; inviter un autre chirurgien (senior) pour assister en cas de besoin ;

« Alors il y a un autre chirurgien digestif, qui est dans le bureau à côté et qui est en vacances cette semaine, et il est arrivé après moi, et on s'est rendus compte que SUR LE POINT DE VUE CARACTÈRE ON NE POURRAIT PAS S'ENTENDRE. Tout le monde le sait, c'est sur la place publique, et au bout de quelques mois ça a été évident qu'on avait DES CARACTÈRES TRÈS OPPOSÉS, c'est un bon chirurgien, mais on a des caractères tellement différents qu'il n'était PAS POSSIBLE QU'ON FASSE ÉQUIPE ou qu'on

se marie ensemble. ON N'A PAS MIS NOTRE CLIENTÈLE EN COMMUN NI NOS REVENUS, CE QUI EST LA MEILLEURE FAÇON DE FAIRE.

Quand par exemple j'ai trop de boulot, et qu'il y a une appendicite qui arrive, et bien il va faire appendicite, donc IL Y A UNE VRAIE ENTRAIDE ET UNE VRAIE SOLIDARITÉ, CE QUE J'AI CONNU DANS PLUSIEURS CLINIQUES DE PROVINCE OÙ LES GENS SE COOP. Et quand on travaille ensemble, ON TRAVAILLE VRAIMENT ENSEMBLE, C'EST-À-DIRE QU'ON SE REMPLACE, ET QU'ON S'ENTRAIDE, CHACUN A SA CLIENTÈLE MAIS ON SE REMPLACE, ET PERSONNE N'EST LÀ À SE DIRE 'JE VAIS GAGNER 3 F DE PLUS OU 3 F DE MOINS', ILS FONT POT COMMUN. Bon, là ça a été IMPOSSIBLE DE FAIRE POT COMMUN, donc quelques mois après la direction ayant dit 'il reste', on s'est dit, on ne va pas faire pot commun, on est trop différents.

Maintenant il y a le problème des gardes et des vacances, et IL VAUT MIEUX QU'ON SOIT INTELLIGENTS ET QU'ON S'OCCUPE DE CE PROBLÈME, parce que ça simplifiera les choses pour tout le monde, PLUTÔT QUE DE PAYER UN REMPLAÇANT DE L'EXTÉRIEUR. On n'est pas toujours d'accord sur les dates des vacances, mais on fait des négociations, et depuis ça fonctionne comme ça. Si on a un problème difficile, on va en parler, parce qu'on a quand même une bonne estime réciproque. C'est rare qu'on s'aide à opérer, parce qu'on a des personnalités opératoires très différentes et que ça crée plus de tensions que ça n'en diminue, alors ON FAIT VENIR UN CHIRURGIEN SENIOR POUR SE FAIRE AIDER POUR QU'IL N'Y AIT PAS DE TENSIONS ».

La formation en médecine et les écoles de chirurgie en particulier, par contre, découragent la coopération...

« L'éducation du chirurgien en France c'est 'moi je suis bon et tous les autres sont mauvais', c'est ce que nous ont inculqué nos patrons. Moi je suis de l'école de St Antoine, lui est de l'école de Bichât, alors au début quand on discutait dossiers, il y avait une certaine incompréhension parce que nous n'avions pas la même formation, et puis AVEC LES ANNÉES L'APPARTENANCE À UNE ÉCOLE S'ESTOMPE UN PETIT PEU, C'EST-À-DIRE QU'AVEC LE TEMPS ON PEUT DISCUTER SANS SE RENIER ET SANS ÊTRE DOGMATIQUE.

LA COOPÉRATION ENTRE DEUX CHIRURGIENS ELLE EST PAR NATURE UN PEU DIFFICILE parce que si j'opère votre fils d'une appendicite, et que je vois votre fille être opérée par lui, je vais me sentir frustré, en me disant, pourtant j'ai bien opéré le fils, pourquoi je ne pourrai pas opérer la fille? Mais ça c'est ce que je qualifierai des blessures d'orgueil de jeune coq, et au bout du temps on comprend que si les patients ont des préférences, la nécessité fait qu'ils traversent le couloir, et qu'il vaut mieux être bon joueur et aller saluer la famille plutôt que de faire la gueule. C'est DES PETITS TRUCS DE RELATIONS HUMAINES ».

Suivre le modèle du patron dans la manière d'opérer ou évoluer

« Dans les écoles qu'on a suivies et dans les patrons qu'on a eus, il y en a qui nous ont marqué par leurs qualités, et par leurs défauts, et QUAND ON DÉMARRE ON EST TRÈS MARQUÉS PAR LA PERSONNALITÉ DE NOS PATRONS, c'est-à-dire qu'on a tendance à appliquer ce qu'il inculquait dans son école de chirurgie.

L'expérience montre que ce qui était bon en CHU n'est pas bon en clinique, que telle attitude est un petit peu lourde ou erronée, et en partant on va évoluer, et il y a des chirurgiens qui ne vont pas évoluer c'est-à-dire qu'ils vont appliquer dogmatiquement, ce qui me semble assez stupide, ce qui était valable à un moment X. Quand j'ai quitté les hôpitaux en 1978, déjà en 1983 ils ne faisaient plus la même chose, et moi j'avais évolué, c'est-à-dire que SI J'ÉTAIS RESTÉ FIGÉ SUR LES DOGMES DE 78 JE SERAIS DEVENU UN VIEUX CROÛTON. MAIS C'EST VRAI QUE J'AI DES COLLÈGUES QUI DISENT TOUJOURS : MOI, JE FAIS COMME MON MAÎTRE ».

RAPPORTS CHIRURGIENS - ANESTHÉSISTES

L'autonomisation progressive du groupe professionnel des anesthésistes a été accompagnée de conflits de plus en plus fréquents avec les chirurgiens, mais des relations de coopération ont toujours été possibles, sur des bases renouvelées.

« LE COUPLE ANESTHÉSISTE/CHIRURGIEN EST UN COUPLE INDISPENSABLE, qui marche plus ou moins bien. L'ÉVOLUTION DES 10 OU 15 DERNIÈRES ANNÉES A ÉTÉ PLUTÔT VERS DES SITUATIONS DE PLUS EN PLUS CONFLICTUELLES, c'est-à-dire QU'ON N'ENTENDAIT QUASIMENT QUE DES CHIRURGIENS QUI SE PLAIGNAIENT DE LEURS ANESTHÉSISTES. La spécialité de médecin anesthésiste est assez récente parce qu'elle date des années 70, et JUSQU'AUX ANNÉES 60, BEAUCOUP D'ANESTHÉSIES ÉTAIENT DONNÉES PAR LES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES. Donc les médecins anesthésistes font un métier qui était déjà fait par les infirmières anesthésistes. Et au début, les infirmiers anesthésistes étaient *sadisés* par les chirurgiens et puis ils ont pris leur autonomie et ces dix dernières années, sous l'influence de la loi 94 qui leur a fixé des règles de fonctionnement de l'anesthésie, parce qu'évidemment ils travaillaient sans bien respecter les règles, et ILS ONT UTILISÉ CETTE LOI COMME LEVIER CONTRE NOUS, c'est-à-dire vous allez passer sous les fourches caudines, C'EST NOUS QUI DÉCIDONS PARCE QU'AU FOND ON EST LE GOULOT D'ÉTRANGLEMENT PAR LEQUEL VOUS DEVEZ PASSER. Et nous on répondait, mais attendez, C'EST NOUS QUI CONVAINQUONS LES PATIENTS DE SE FAIRE OPÉRER, nous leur expliquons les choses, DONC LOGIQUEMENT ON DOIT TRAVAILLER EN ÉQUIPE LES UNS AVEC LES AUTRES, VOUS AVEZ VOS COMPÉTENCES PARTICULIÈRES, NOUS ON A LES NÔTRES, ON PEUT ÊTRE EN DÉSACCORD SUR UN PROBLÈME DONNÉ MAIS SUR 90 % DES PATIENTS QUE L'ON VOIT, ON VA ÊTRE D'ACCORD SUR CE QUI VA ÊTRE FAIT PARCE QU'ON TRAVAILLE ENSEMBLE TOUS LES JOURS ».

EXEMPLE RÉCENT D'UN CONFLIT DE TRAVAIL À LA CLINIQUE

« Et ici, compte tenu de la personnalité des anesthésistes en présence, LA DIRECTION A TENU A LICENCIER UN ANESTHÉSISTE, LES DEUX AUTRES QUI FAISAIENT ÉQUIPE AVEC LUI ONT DÉMISSIONNÉ. Donc on a changé d'équipe anesthésiste ce qui était bien parce qu'en réalité ON ÉTAIT EN CONFLIT LATENT ET PERMANENT CE QUI ÉTAIT DÉSAGRÉABLE et qu'au lieu de venir nous aider, si on avait une difficulté, ils étaient là en train de dire 'c'est bien fait pour toi'. Bon, c'est-à-dire que C'ÉTAIT PAS TRÈS CONFRATERNEL.

LA NOUVELLE ÉQUIPE EST CONSTITUÉE DE GARÇONS PLUS INTELLIGENTS, c'est-à-dire qu'ils savent qu'on a une œuvre commune à mener autour du patient, qu'ils ont des compétences qui délimitent un territoire mais que les territoires forcément se recoupent un petit peu et que même SI ON A DES CONFLITS QU'ON DOIT RÉSOUDRE AUTOUR D'UNE TABLE, ON N'A PAS À PRENDRE À TÉMOIN, NI LE PERSONNEL NI LES PATIENTS, ce que faisait l'autre équipe. Ce qui créait une ambiance détestable au sein de la clinique ».

LES SOURCES DE CONFLIT

« Les conflits ça va être AUTOUR DES PATIENTS DIFFICILES, QUI ONT PLUSIEURS PATHOLOGIES ASSOCIÉES ET POUR LESQUELS NOUS ON VA PROPOSER UNE OPÉRATION DONT LES RISQUES OPÉRATOIRES VONT ÊTRE ÉLEVÉS. Donc L'ANESTHÉSISTE VA DIRE NON, le risque anesthésique va être trop élevé sur certaines chose, donc il est HORS DE QUESTION QU'ON L'OPÈRE PARCE QU'ON N'A PAS LES COMPÉTENCES, PAS LA RÉANIMATION, ETC. DEUXIÈMEMENT, TEL TYPE D'ANESTHÉSIE QUE VOUS SOUHAITERIEZ JE NE VEUX PAS, je vais FAIRE TEL TYPE D'ANESTHÉSIE qui est peut-être moins confortable pour le chirurgien mais qui est plus sûre pour le patient, ce qui veut dire que la discussion c'est sur ces différends d'ordre technique.

LE FAIT QUE LE PATIENT JE LE VOIS EN CONSULTATION, ET QU'APRÈS IL AILLE EN CONSULTATION D'ANESTHÉSIE, FAIT QU'EFFECTIVEMENT LA DISCUSSION ELLE N'A PAS LIEU SIMULTANÉMENT, ce qui fait que le patient parfois va nous dire : 'vous m'avez dit ça et on m'a dit autre chose' donc C'EST À NOUS DE GÉRER AUSSI EN EXPLIQUANT AU PATIENT QU'ON TRAVAILLE EN ÉQUIPE ET QU'ON A UN POINT DE VUE QUI EST DIFFÉRENT et que s'il a proposé ça c'est qu'il a raison et qu'on va faire comme

ça, et pas, parce qu'on peut le jouer différemment en disant 'mais quel est le connard qui vous a dit ça', vous voyez ?

Les tendances à l'hyperspécialisation

« Moi je suis d'une autre génération, c'est-à-dire qu'on m'a APPRIS À FAIRE LA RÉANIMATION DES MALADES, À SURVEILLER LES MALADES EN POST OPÉRATOIRE, et si vous voulez un patient d'une chirurgie, même relativement lourde, en chirurgie digestive, JE N'AI PAS BESOIN D'ANESTHÉSISTE POUR ASSURER LES SUITES OPÉRATOIRES. Maintenant, s'il a des problèmes cardiaques, pulmonaires ou autres ajoutés, là je suis totalement incompetent. Mais disons que LA ROUTINE JE SUIS CAPABLE DE LA GÉRER, donc je ne me désintéresse pas de ce qui se passe autour de mon patient. Parce que le problème de hyperspécialisation, c'est de dire, moi je n'ai rien de mon côté, demandez à l'anesthésiste, parce que je ne connais que le genou droit. Et c'est vrai qu'il y a UNE TENDANCE CHEZ LES JEUNES CHIRURGIENS que je vois arriver de ne faire que le genou, par exemple et de ne pas être capable de réduire une fracture du poignet. Et ça ne me paraît pas sérieux, je ne vais pas dire s'il vient une appendicite que je ne m'occupe que de gynécologie. Bon, vous voyez ? Mais LE CONFLIT ENTRE CHIRURGIEN ET ANESTHÉSISTE, IL EST LIÉ AUSSI AU FAIT QUE C'EST LE CHIRURGIEN QUI APPORTE LES CLIENTS À L'ANESTHÉSISTE, ET QUE CELUI-CI TRAVAILLE DONC AVEC LA PROTECTION DU CHIRURGIEN, qui crée sa clientèle. Les anesthésistes qui partent et qui arrivent dans une clinique n'ont aucune incidence sur l'activité, alors qu'un chirurgien qui part crée une baisse d'activité ».

COOPÉRER AVEC L'ÉQUIPE DE SOINS

- Le souci et la réussite d'avoir des équipes relativement stables. L'intérêt des professionnels d'exécution, comme les infirmières, de changer régulièrement (au bout de 5 ans environ) pour gagner une autre expérience. Dans le quotidien, le dialogue permet d'entretenir la continuité des soins.

« Les infirmières sont salariées de l'établissement et pas mes salariées à moi, ceci dit j'ai toujours le droit de dire à la direction que telle ou telle infirmière ne fait pas l'affaire ou que telle ou telle autre est particulièrement compétente.

Le manque d'infirmières est un petit peu chronique, mais c'est pas moi qui le gère et dans l'ensemble ON ARRIVE À AVOIR DES ÉQUIPES À PEU PRÈS STABLES, même si elles se renouvellent. Sur mes 25 ans de pratique, j'ai remarqué que LES TRÈS BONNES INFIRMIÈRES AU BOUT DE 5 ANS DE PRATIQUE AVEC MOI PARTAIENT PARCE QU'ELLES S'ENNUYAIENT. C'est-à-dire que, LORSQU'ON TRAVAILLE PENDANT UN LONG TEMPS AVEC QUELQU'UN EN ÉQUIPE, L'INFIRMIÈRE EST TOUT DE MÊME UN AGENT D'EXÉCUTION, ET QUAND LA CHIRURGIE EST FAITE SIMPLEMENT, ÇA FINIT PAR ÊTRE ROUTINIER ET PUIS ELLES S'EN VONT.

Gérer, comme je fais, la visite tous les jours, ça me permet de prescrire, puis IL Y A DES PRESCRIPTIONS QU'ELLES CONNAISSENT, QUI SONT QUASI AUTOMATIQUES, ÇA PERMET DE DISCUTER AVEC ELLES DES PROBLÈMES RENCONTRÉS PENDANT LA PÉRIODE DE MON ABSENCE, ET ÇA PERMET AUSSI DE TENIR COMPTE DE L'ÉVOLUTION, DE DIALOGUER AVEC ELLES. C'EST UN MOMENT RELATIONNEL IMPORTANT PARCE QU'IL ASSURE LA CONTINUITÉ DES SOINS ».

FAIRE FONCTION DE CHEF D'ÉQUIPE AU BLOC OPÉRATOIRE

Il y a une plus grande passivité des membres de l'équipe (du bloc) qu'avant, et moins de vigilance.

« LE CHIRURGIEN RESTE MALGRÉ TOUT LE CHEF D'ÉQUIPE, même s'il n'est plus perçu comme le chef d'équipe. Le chirurgien, il y a 25 ans c'était le chef, et les gens se mettaient entre guillemets à son service, c'est-à-dire au service du patient pour que tout aille bien ».

Une de ses préoccupations c'est le temps perdu entre les interventions, et il accuse la difficulté d'obtenir un bon fonctionnement de son équipe dans l'anticipation des actes, et ses efforts de les mobiliser.

« Par exemple, je vais opérer plusieurs patients, et le premier patient je vais l'opérer à 8 heures (...) et si on n'a pas anticipé sur la descente du patient suivant, ce temps de 20 minutes va être multiplié. Si vous avez 4 interventions brèves et que vous perdez 3 fois 40 minutes, ça fait beaucoup de temps de perdu. Et CE QUE J'AI BEAUCOUP DE MAL À OBTENIR C'EST UNE ANTICIPATION SUR LES ACTES À ACCOMPLIR. TRÈS SOUVENT ILS SONT PASSIFS, QUE CE SOIT LE MÉDECIN ANESTHÉSISTE, L'IBODE OU LA PANSEUSE, PAS TOUS MAIS LA MAJORITÉ. Et donc C'EST À MOI D'ANTICIPER ET DE DIRE, DE MOBILISER L'ÉQUIPE. Si je me mets en colère, et que je dis que je n'ai pas envie d'arriver à 8 heures pour perdre du temps, on va me répondre, mais pour qui il se prend celui-là. Et quand je viens 5 minutes en retard un matin, on me fait des reproches, ce à quoi je réponds que j'ai préféré passer 20 minutes de plus au lit plutôt que venir perdre mon temps ici, car rien n'est jamais prêt à temps.

L'art de mobiliser l'équipe sans créer des tensions est une forme de savoir qui s'apprend aussi bien que les techniques chirurgicales.

LA TENSION ENGENDRÉE AU BLOC PAR LE CHIRURGIEN EST AUSSI FONCTION DU CHIRURGIEN. Il y a des chirurgiens qui rentrent au bloc et tout de suite tout le monde est crispé, tendu, ils émanent des ondes négatives, alors que moi j'ai eu la chance de terminer avec un patron qui était toujours extrêmement zen, ce qui ne l'empêchait pas de pousser un coup de gueule quand il le fallait, mais LES GENS TRAVAILLAIENT SANS SENTIR UNE ESPÈCE DE POIDS TERRIBLE, et j'essaye de travailler comme ça plutôt que de m'énerver. Parce que si je m'énerve je vais sûrement moins bien travailler après... »

Malgré la pression qu'il reconnaît mettre 'pour qu'il y ait un roulement', il apprécie que le rythme de travail reste raisonnable pour éviter des accidents : « *on n'est pas fous les uns comme les autres, c'est-à-dire que le temps de ménage reste le temps de ménage, je vais pas enchaîner sans respecter les consignes, parce que si je le fais pour rentabiliser, je vais augmenter les risques, et du coup ça va être nuisible. Il y a des limites, et si la femme de ménage n'est pas là, je vais prendre la serpillière et je vais passer la serpillière* ».

CONTESTER LES FAUSSES RUMEURS SUR LE BLOC OPÉRATOIRE EN CLINIQUE

« En chirurgie vous ne déléguez rien. Suivant l'infirmière qui m'aide si elle a l'habitude, je vais mettre les points et elle les agrafe, mais il n'y a pas d'autre délégation. J'ai eu une infirmière générale qui m'aidait beaucoup parce qu'elle connaissait l'intervention par cœur, est-ce qu'elle aurait pu la faire elle toute seule, probablement, mais personne ne s'amuse en chirurgie à déléguer une opération complète à une infirmière. Et puis les écoles d'infirmières ont motivé beaucoup les infirmières sur l'hygiène en leur disant qu'avant les écoles d'IBOD, il n'y avait pas d'hygiène dans les blocs, ce que je trouve inadmissible. Même si nous on est pressés, on sait quand même ce qu'il faut faire ».

LE CHEF D'ORCHESTRE DOIT TOUT VÉRIFIER, LA RESPONSABILITÉ LUI REVIENT

« Le reproche qu'on me fait c'est de ne pas faire confiance, c'est-à-dire QUE PAR PRINCIPE JE VÉRIFIE TOUT TOUT LE TEMPS, que ce soit les prescriptions de l'anesthésiste, tout, donc dans la mesure où les incidents ou les complications apparaissent parce qu'il y a eu une petite chose qui a été défaillante, et que c'est moi le chef d'orchestre, si je ne vérifie pas tout, je ne peux pas me plaindre de ce qu'il y ait une fausse note à tel ou tel endroit, si la partition n'est pas faite. Ce qui ne modifie pas ma relation avec les infirmières, comme à l'extérieur on me demande d'écrire toujours plus, alors j'écris, après tout on est passé d'une civilisation orale à une civilisation écrite ».

COOPÉRER AVEC L'ÉQUIPE DE SOINS : LES AIDES SOIGNANTES

« Moi JE SUIS TRÈS CONTENT DE L'ÉQUIPE AVEC LAQUELLE JE TRAVAILLE, de temps en temps j'ai des réflexions à faire à la direction sur tel ou tel membre du personnel, mais dans l'ensemble L'ATMOSPHÈRE EST PLUTÔT FAMILIALE, et on recherche aussi des gens qui pourront bien s'intégrer. Si vous voulez, il doit y avoir 2 infirmières qui sont là depuis 25 ans, c'est pas les plus dynamiques, elles habitent dans le coin, ça leur va, et aucune des deux n'est à mon étage.

LES AIDES SOIGNANTES QU'ON A SONT FIDÈLES, il y en a avec lesquelles je travaille depuis 20 ans ou 25 ans. Ce sont des femmes qui habitent à proximité, qui souvent sont rentrées comme femmes de ménage et ont fait leur formation d'aide soignante, avec qui dans l'ensemble on a une bonne relation. Je les connais quasiment toutes par leur prénom, je les salue par leur prénom, elles sont souvent jeunes, elles me demandent des ordonnances, on a peu de problèmes avec les aides soignantes, quand les filles sont bien et jeunes on les pousse à faire une école d'infirmières.

L'AVANTAGE D'UNE CLINIQUE PAR RAPPORT À UN HÔPITAL POUR UNE AIDE SOIGNANTE, c'est qu'elles vont être dans une équipe relativement petite, elles ne vont pas être déplacées dans plusieurs services, d'autre part, sauf en orthopédie, ce sont des personnes relativement jeunes, et elles n'ont pas à soulever des personnes grabataires, et elles ont la reconnaissance, du moins ici j'ai l'impression qu'elles l'ont. Souvent les malades me disent qu'ils aiment bien parce qu'ici, lorsqu'ils sonnent, ils ont des personnes souriantes qui arrivent, c'est-à-dire des aides soignantes envoyées par les infirmières, et le couple aide soignante – infirmière est important, c'est-à-dire que si l'infirmière est une peau de vache ça va retomber sur l'aide soignante, et ON A ASSEZ PEU DE PEAUX DE VACHE.

DES SITUATIONS DE CONFLIT ON EN A RÉGULIÈREMENT, heureusement assez peu et L'EXPÉRIENCE M'A MONTRÉ QU'IL FALLAIT QUE J'ÉCOUTE TOUT LE MONDE ET QU'IL NE FALLAIT QUE JE FASSE CONFIANCE À PERSONNE. C'est-à-dire que le patient qui me fait une plainte, je l'écoute, mais s'il me demande de prendre parti, je lui réponds que je dois faire mon enquête, et qu'il y a une surveillante infirmière à qui je transmettrai. C'est-à-dire que je ne lui donne pas systématiquement raison. JE ME METS EN POSITION NI DE JUGE, NI D'ARBITRE, MAIS D'ÉCOUTE. Et puis, les aides soignantes je les connais, alors je leur dis, j'ai eu une plainte de tel patient, et puis voilà.

Les principales sources de conflit c'est ben, j'ai sonné, personne n'est venu, on ne s'est pas occupé de moi, en post opératoire, j'ai l'impression que personne n'est venu me voir, en chirurgie, il y a un dysfonctionnement régulier, sporadique, qui est : vous rentrez pour vous faire opérer, au bloc opératoire on a oublié de noter votre nom, et comme vous n'êtes pas noté au bloc, vous êtes oublié, et selon votre degré de patience vous allez vous manifester plus ou moins tard. Et quelques fois les patients m'ont dit que personne ne s'était occupé d'eux le matin, qu'on était venu servir un repas à leur voisin et qu'on leur a dit : ah ben vous êtes pas passé au bloc, mais sans dire 'on va se renseigner sur les raisons' parce qu'il y en a qui demandent à quelle heure ils passent et d'autres qui sont trop timides et qui n'osent pas le dire, et quelques fois c'est la famille qui vient les voir et qui se rend compte... ».

COOPÉRATIONS INSTITUÉES

Dans la clinique il y a un syndicat CFDT, qui est relativement efficace (...) et des réunions ont lieu tous les 2 mois entre la direction, le syndicat et le comité d'entreprise. En maternité, les réunions sont régulières entre les accoucheurs, les sages femmes et l'équipe, en chirurgie non. Il y a eu des réunions au moment de l'accréditation, et à l'ouverture de la clinique on a fait des réunions de formation sur des problèmes particuliers, réunions maintenues pendant un an et demi, qui se sont arrêtées parce que le besoin ne s'en faisait pas sentir.

LES PATIENTS : COOPÉRATION ET CONFLITS

« Alors moi j'ai eu 2 plaintes en 25 ans, la première ça a été l'atrophie d'un testicule un an après une cure de hernie, chez un homme que j'avais revu 3 ou 4 fois, qui n'avait aucun retentissement sexuel, un homme un peu fruste et qui se sentait émasculé, alors qu'il n'avait aucun trouble de la vie sexuelle avec sa femme, je lui ai proposé de lui mettre une prothèse testiculaire, et puis il a déposé une plainte. Il faut dire que lorsqu'il est arrivé pour se plaindre de son atrophie, je sortais du bloc opératoire où j'avais découvert des cochonneries, un cancer de l'ovaire avancé, donc je n'étais pas particulièrement réceptif pour une plainte... Tout le monde sait qu'avec une couille on vit très bien ; bon, la cosmétique de la bourse de l'homme de 50 ans... je lui ai répondu de manière un peu sèche. Il y a eu une première expertise avec un premier expert qui était un con, qui a dit : j'ai jamais vu cette complication, ça n'existe pas. L'expert a été récusé, il y a eu une journée de perdue, et puis il y a eu un autre expert, on est passés au tribunal, et je suis condamné par le tribunal parce que je n'avais pas informé le patient de ce qu'il risquait une atrophie testiculaire, en vertu de l'article 63 du code de déontologie, si ce n'est que l'histoire datait de 1992, le code datait de 1994, et puis jamais dans les expertises on ne m'avait demandé s'il avait été informé ou pas. Autrement dit, j'ai dit à mon assurance qu'ils pouvaient faire ce qu'ils voulaient, que s'ils voulaient payer ils pouvaient, mais que l'article était antidaté, et qu'on ne m'avait jamais demandé si j'avais bien informé le patient, et qu'il y avait donc vice de forme. Alors c'est parti en appel et ça a été refusé.

Ceci dit, dans le même laps de temps, j'ai eu des complications chirurgicales graves pour lesquelles j'aurais pu être mis en cause, mais les patients ont dit que je m'étais bien occupé d'eux, que j'étais là nuit et jour samedi et dimanche, que je les avais tiré d'affaire, et en partant ils m'ont dit merci docteur. Et j'ai eu une autre plainte il y a 3 ans, par une femme de 50 ans, qui m'avait été envoyée par son frère docteur en province, que j'avais eu comme étudiant, et début août elle n'a plus d'appendice, et on découvre chez elle sur la radio ce qui semble être un cancer du colon droit. Le chirurgien partait en vacances, il lui dit : je vous opère au mois de septembre. Moi, début septembre, je la vois arriver avec des comptes rendus de deux radios disant qu'il y a une tumeur du colon droit, et une photo radio montrant une image du cancer, donc je l'opère pour un cancer, assez vite, en se disant qu'à 50 ans c'est pas très sympa de laisser quelqu'un se promener avec une tumeur. Et, coup de chance pour elle et malchance pour moi, ce n'était pas ça, elle avait du faire une infection, il y avait un petit polype de rien du tout, et j'ai fait la connerie de lui dire : je suis désolé de vous avoir retiré votre colon, parce qu'il y avait un moyen plus simple de vous le retirer. Elle travaillait à Air France, et elle avait été aux États-Unis, et donc elle a déposé plainte. Alors le chirurgien expert qu'elle a vu de sa compagnie d'assurances lui a dit 'vous avez raison', et l'expertise contradictoire a été que compte tenu des éléments que j'avais à ma disposition, le diagnostic était certain, et quand on opère un cancer du colon on commence par lier les vaisseaux pour éviter que les métastases partent et puis après on va sur la tumeur, on ne commence pas par tout secouer partout pour être bien sûr que c'est ça. Et donc j'avais pas d'autres possibilités, et donc ça a été classé sans suite.

Mais ça devient plus lourd, on fait signer plus de choses, le courrier, je le dicte devant les gens, je leur explique les complications, je dis dans le courrier que je leur ai expliqué les complications, ON A TENDANCE À SE PROTÉGER DE PLUS EN PLUS ET LA PREMIÈRE CHOSE QUE NOUS DEMANDE NOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCES SI ON A UNE PLAINTÉ, C'EST QU'EST-CE QU'ON AIT FAIT SIGNER AUX MALADES, QU'EST-CE QU'ON AVAIT COMME INFORMATIONS, ce qui modifie un peu les choses. ÇA MODIFIE AUSSI NOTRE COMPORTEMENT AVEC LES PATIENTS, PARCE QU'UN PATIENT QUI A UN CANCER, MAINTENANT ON LUI DIT, vous avez un cancer (...); la caricature, c'est un radiologue qui dit au malade, voilà monsieur vos radios, il y a un beau cancer, allez consulter votre médecin, bonne chance. C'est un diagnostic assez lourd, qui génère pas mal d'angoisses, il y a des gens qui ne veulent pas savoir, et AVANT ON ÉTAIT UN PEU PLUS RESPECTUEUX DE CE QUE VOULAIT LE PATIENT, ALORS QUE MAINTENANT, AU NOM DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION, C'EST COMME ÇA.

On a plus de plaintes, oui, depuis la loi Kouchner. Je suis responsable de la gestion des dossiers médicaux, et depuis la loi Kouchner, il y a une recrudescence des demandes de consultation des dossiers qui datent parfois d'il y a 20 ans, alors quelques fois c'est vraiment par curiosité, et souvent

les gens sont déçus, parce qu'il y a 20 ans il n'y avait pas grand-chose dans le dossier à part la feuille des soins, mais parfois il y a des patients agressifs.

Sociologiquement, les patients ont peu changé, du fait qu'on soit clinique, les patients les plus pauvres ont l'impression que ça va leur coûter cher, donc ils ne viennent pas. Deuxièmement, les médecins généralistes du coin font une sélection, ce qui fait que je me suis rendu compte au fil des années qu'une partie de la clientèle que je traitais à l'hôpital, j'aurais pu la traiter ici, que puisqu'on est CONVENTIONNÉS, et qu'il n'y a PAS DE DÉPASSEMENT DES QUOTAS, et que LES MÉDECINS NE NOUS LES ENVOYAIENT PAS ESTIMANT QUE CE N'ÉTAIT PAS LA CLIENTÈLE DE LA CLINIQUE. Et il n'y a pas eu de grands changements, du point de vue sociologique, mais à côté de ça LES GRANDS BOURGEOIS DE CH... NE VIENNENT PAS ICI PARCE QU'ILS VONT SE FAIRE SOIGNER À N..., et ça n'est pas mon problème, chacun est libre d'aller se faire soigner où il veut et s'il y a une offre pléthorique en région parisienne, et que ça amuse mon voisin d'aller se faire opérer à Neuilly et de se faire retirer les fils ici, je vais lui retirer les fils. Sur le plan pathologie, il y a une évolution des pathologies, on voit plus de lithiases vésiculaires, on voit plus de diverticules du siphoïde, en pathologie gynécologique, on voit moins de fibromes à opérer, c'est-à-dire que les médecins gèrent mieux les fibromes, et les femmes sont plus conservatrices, et moi à une époque j'étais dépendant de la spécialité de gynécologie, qui a peu à peu disparu, ce qui fait qu'on voit moins de demandes de chirurgie gynécologique. Mais je ne peux pas dire depuis mon poste d'observation qu'il y a eu des grands changements épidémiologiques. Avec le sida on a vu moins d'infections génitales, m'enfin ça c'est des choses plus générales ».

RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

« AVEC LA DIRECTION ÇA SE PASSE BIEN dans la mesure où, pour des raisons locales, il se trouve que JE SUIS UN DES DEUX ACTIONNAIRES DE CETTE MAISON. Si je suis assez proche de la direction, je ne suis pas toujours d'accord avec eux. J'ai compris il y a longtemps que je pouvais exprimer mon avis et qu'ils faisaient ce qu'ils voulaient, que c'était pas moi le patron, mais au moins quand j'exprime quelque chose, ils l'entendent. Pour moi, on est une clinique de proximité dans la ville de Ch., qui est différente de Paris, mais on est aussi parisiens, donc on a aussi cette dualité, LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ON M'EN FAIT PAS PART GÉNÉRALEMENT, quand c'est pas dans ma discipline, je n'ai pas à m'opposer à la venue d'un ophtalmo, si la direction estime qu'il y a un marché pour un ophtalmo, que ça vaut la peine d'investir, je l'accueille bien, même si ça va me perturber.

LES SURVEILLANTES, c'est un poste extrêmement difficile, que ce soit au bloc ou dans les étages, CE SONT À LA FOIS DES FEMMES DE TERRAIN ET DES FEMMES D'ORGANISATION. Et les femmes qui ont la double personnalité sont assez peu nombreuses, on trouve plus facilement des infirmières surveillantes qui se cachent dans leur bureau et qui font des plannings, qui s'occupent du recrutement, mais qui s'occupent peu du terrain en allant dans les étages pour superviser le travail. La clinique ne peut pas se permettre d'avoir une surveillante par étage, ça a un coût rédhibitoire. Au bloc, le rôle est très important, et la surveillante actuelle, je ne l'aurais pas choisie. ON M'A APPELÉ LE TUEUR DES SURVEILLANTES DE BLOC, PARCE QUE J'EN AI FAIT PARTIR UN CERTAIN NOMBRE QUE J'ESTIMAIS INCOMPÉTENTES VOIRE NOCIVES, celle-là elle me semblait peu compétente mais pas nocive, la direction a fait son choix, bon, je collabore avec elle, je n'ai pas à faire avec elle une guerre des tranchées débile, je connais ses insuffisances, point ».

LE DÉCLIN RELATIF DE LA PROFESSION

Tout à fait, c'est un DÉCLIN ÉCONOMIQUE CERTAIN. Bon, on reste TOUJOURS TRÈS JALOUSÉS, certes, parce que les médecins généralistes... tout le monde, on est des nantis. Or c'est vrai que les anesthésistes étaient à 35 heures de travail effectif par semaine plus une nuit d'astreinte, et un week-end de trois jours par mois, pour des revenus supérieurs aux miens. Moi j'étais à l'époque à 72 h par semaine, d'astreinte un jour sur deux puisqu'on n'est que 2 chirurgiens, et d'astreinte un week-end sur deux, ce qui en qualité de vie n'a rien à voir. Et puis c'est vrai que la surprise c'est quand la caisse de retraite des médecins nous a montré que LES PLUS HAUTS REVENUS C'EST LES RADIOLOGUES COMME D'HABITUDE, AVANT LES CHIRURGIENS ÉTAIENT EN 2ÈME POSITION, MAINTENANT CE SONT LES ANESTHÉSISTES QUI SONT EN 2ÈME POSITION.

« Quand j'ai commencé la chirurgie, médecin anesthésiste c'était une spécialité qui durait un an sans concours, moi j'ai passé un concours, tout ça fait que, aimant toujours mon travail, je trouve que J'AI ÉTÉ PRIS POUR UN CON. Quand Claude Evin a dit il y a 12 ans 'je ne veux pas d'une médecine à deux vitesses, je bloque l'accès au secteur deux', j'ai eu envie de lui écrire, 'attendez, c'est-à-dire que moi,

qui pour des raisons politiques suis en secteur 1, je suis mauvais parce que je prends moins cher qu'un mec en secteur 2', j'ai trouvé que c'était une INSULTE. Quand cette année Mattei a dit 'on augmente la consultation des médecins spécialistes sauf les techniciens', c'est-à-dire qu'ils ont augmenté les honoraires de tous les spécialistes sauf ceux des chirurgiens et des accoucheurs et des anesthésistes, en nous traitant de techniciens, j'ai pas pensé que c'était vraiment un COMPLIMENT ».

Participation à des congrès, formations

« PLUSIEURS FOIS PAR AN, LE CONGRÈS DE CHIRURGIE qui à lieu chaque année au mois d'octobre et puis je m'arrange pour aller à un autre congrès, ou à des journées de formation deux fois ou plus dans l'année. L'année dernière j'ai remplacé ça en partant en Afrique dans un but humanitaire, pour me faire plaisir, pour découvrir autre chose, les conditions de la chirurgie en brousse, ça remet les idées un peu droites, moi ça m'a toujours été bénéfique, et très formateur. Mais en dehors de la vie professionnelle, c'est un peu rare, j'ai des amis chirurgiens, mais on se voit pas souvent, une à deux fois par an, en général. Et ce cercle d'amis n'est pas mon milieu professionnel ».

Message pour le ministère

Ce qui me semble nécessaire ou urgent au niveau de la profession c'est qu'actuellement il n'y a plus de jeunes qui choisissent cette spécialité chirurgicale, parce qu'elle est difficile à apprendre, elle est lourde de responsabilités, et elle est difficile à exercer, et en plus elle est peu valorisée sur le plan monétaire, ce qui fait que j'ai des copains qui ont fait faillite en s'installant en libéral, ils ne réussissaient pas à payer leurs charges. Après 12 ans d'études...et le ministère s'en débrouille actuellement en recrutant des chirurgiens du Tiers monde, et qu'on arrive à la solution où les papis humanitaires comme moi vont opérer en Afrique, et où les chirurgiens africains viennent en France pour opérer les Français, et je ne suis pas sûr que mon ami Kouchner, puisqu'on a été externes ensemble, si je le rencontre et que je lui dis 'avec tes conneries tu es en train de piller le Tiers monde pour faire venir les chirurgiens africains, pour les faire travailler en France', je ne suis pas sûr que ce soit le rôle d'une ancienne puissance colonisatrice, que de démunir une population qui est déjà démunie. C'est vrai qu'au Sénégal, les chirurgiens sont payés 4500 frs par mois, et que quand ils viennent comme internes ils vont être payés l'équivalent de 9000 frs, et ils vont être accueillis à bras ouverts parce que de toutes façons on n'a pas de chirurgiens. Là il y a un vrai problème politique, et c'est vrai que faire pleurer l'administratif sur la condition du chirurgien, c'est impossible ».

UNE CERTAINE HAINE DU CHIRURGIEN

« J'ai rencontré un certain nombre d'énarques dans ma vie, manifestement ils ont UNE CERTAINE HAINE DU CHIRURGIEN. C'est quasiment génétique, de l'ordre du ressentiment. Par exemple, dans ma génération, il y a Michel P., qui est PDG de (...), et qui a épousé par hasard une copine d'enfance, donc quand j'étais interne, on habitait le même quartier, et je les ai rencontrés à dîner plusieurs fois ensemble. Et ça c'est terminé le jour où il m'a ouvert la porte en me disant, 'voilà ce salaud de chirurgien qui se fait du blé sur la santé du pauvre monde'. Simplement j'avais 30 ou 31 ans, le dîner était assez sec parce que je lui ai fait remarquer que j'étais salarié de l'hôpital, que je gagnais tant, que pour ce prix-là j'étais de garde une nuit sur quatre à l'hôpital, et un week-end sur quatre, et que si je gagnais trop d'argent, j'étais d'accord, mais que lui qui avait fait Polytechnique et l'ENA, et qui était actuellement chef de truc au ministère des finances, j'étais prêt à comparer nos payes et voir si elles étaient scandaleuses. On ne s'est effectivement jamais revus, je sais qu'il a effectivement très bien mené sa carrière, il a dénationalisé la B.N.P., augmenté son salaire dans des limites normales pour ses compétences, avec les stocks options nécessaires, (haha), alors, vous voyez, j'étais quand même interne...

Alors c'est peut-être une forme de rivalité d'un homme qui avait passé des concours, c'est aussi la tradition de Giscard d'Estaing qui avait une forme de haine de la profession libérale. Et bon, les médecins des beaux quartiers, dans les années 60, déclaraient des revenus inférieurs au SMIG... Bon, maintenant, avec les associations agréées, les comptabilités obligatoires, à 0,5 % près, ils savent

combien je gagne. C'est vrai aussi que les discussions entre le ministère, la sécu et les syndicats des médecins, sont faites avec un syndicat polycatégoriel. Et que les médecins généralistes, étant les plus nombreux, ont tendance à dire 'il y a du fromage, on se sert d'abord et on laisse le reste'. L'exemple ça a été l'accord de début janvier, où nos interventions ont été augmentées de 4 %, et ça a été bloqué par la CSMS, c'est-à-dire que c'est les médecins qui ont tout bloqué. En 92, 93, on nous a proposé comme valeur de notre lettre clé une somme qu'on n'a pas encore atteint aujourd'hui en 2004. Et l'augmentation de la consultation a été accordée aux médecins au 31 mai, à partir du premier juin, les syndicats de médecins ont dit : on va faire des économies, allez vous faire foutre, un truc d'enfer, et le ministère a dit, 'puisque c'est comme ça, on supprime la deuxième augmentation, c'est-à-dire la nôtre'. J'en suis arrivé à me dire : il y a une jalousie interne aux corps entre eux, on est toujours, D'APRÈS NOS SYNDICATS, LES REVENUS D'UN CHIRURGIEN DIGESTIF MOYEN SONT DEVENUS INFÉRIEURS À CEUX D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE. Si c'est le cas, c'est plus la peine de faire de la chirurgie, effectivement. Notre assurance professionnelle est à 100 000 francs en moyenne, celle d'un médecin généraliste est à 2 000F., on paye 50 fois plus d'assurance professionnelle. On est au quart de l'assurance professionnelle des chirurgiens américains, mais nos revenus ne sont pas au quart des leurs. C'est là où on est en porte-à-faux. Pour moi, l'évolution de la profession elle est simple, les gens qui n'ont pas de ronds, ils vont se faire opérer à l'hôpital, et ils attendront le temps qu'il faut, comme en Angleterre, et ceux qui accepteront de payer ils se feront opérer en clinique secteur 2 et les chirurgiens diront 'la SÉCU elle me paye pour un kyste 200 euros, moi j'estime que ça vaut 500 euros de plus, vous les payez ou vous les payez pas, c'est à vous de voir'. Mais il y a de moins en moins de cliniques et de moins en moins de chirurgiens, et on va arriver effectivement à un double secteur, il faut être con comme moi pour accepter d'opérer en secteur 1. C'est en train de décrocher, et franchement, je suis un vieux militant 68ard, je me suis battu pour l'avortement, je continue à faire des avortements par militantisme, parce que c'est pas franchement, enfin, j'estime que ça fait partie de ma part de travail, je suis resté en secteur un parce que j'étais plutôt de gauche et que je ne voulais pas rentrer dans une discussion de fric, et depuis cet été je demande un supplément honoraires parce que je n'en peux plus, parce que je ne pouvais plus boucler mon budget, j'ai fini ma maison, mais je ne réussissais plus à assurer mes fins de mois, je roule dans une voiture d'occasion, je ne change pas de voiture tous les 2 ans, enfin, j'ai changé d'ordinateur il n'y a pas longtemps, et j'ai pris un crédit. Vous voyez, c'est des trucs idiots, je ne demande pas, si j'avais voulu gagner de l'argent, je serais devenu chirurgien plasticien, ou je me serais installé dans le 16ème, mais c'était pas ça ma motivation, mais là en fin de carrière d'en être réduit à payer des agios toutes les fins de mois et à compter les machins, je me dis, si quelqu'un me demande, autant il y a 10 ans j'aurais dit que je restais en secteur un parce que, mais bon, autant maintenant, c'est terminé. Ne fais pas la bêtise de... Le secteur un c'est terminé, on ne peut plus exercer la chirurgie ou l'anesthésie, au tarif que propose la sécurité sociale, ou alors on va faire tout ce que les gens...je travaille beaucoup et les gens me disent: tu fais de l'abattage; enfin, moi je préférerais travailler moins, le fait est que j'ai bonne réputation, les gens viennent me voir, et je n'ai pas l'habitude de dire non aux gens, effectivement je travaille beaucoup, et ceux qui travaillent moins me disent: tu fais de l'abattage, à parce que tu es en secteur un tu fais de l'abattage, ce qui est franchement insultant. Et je reçois le retour de bâton, et Kouchner a été très démagogue et très nocif, parce que la loi qu'il a fait quand même, l'exemple du fils Depardieu, il gueule en disant que c'est la faute du chirurgien, mais quand il avait sa fracture ouverte du genou avec des risques d'infection majeurs, le choix était quand même de l'amputer directement ou d'essayer de lui conserver sa jambe, il a été opéré 14 fois, pour essayer de lui conserver sa jambe, et ça se termine par une amputation due à une infection, l'erreur a été de lui avoir mis une prothèse, mais il a voulu une prothèse parce qu'il avait mal sur son genou, ben si les chirurgiens sont attaqués dans ce genre de choses, ils vont amputer d'emblée. Donc on va se retrouver avec des jambes de bois, parce qu'une jambe de bois empêche de faire des infections sous la prothèse et enlève les risques de procès. Donc si vous voulez espèce de toute puissance donnée au patient contre le chirurgien va se retourner contre lui. Il y a un effet pervers majeur, c'est-à-dire à la limite en France on a l'obligation de porter secours à toute personne en danger ; aux États-unis, plutôt que de risquer un procès, on préfère laisser mourir quelqu'un, et la gestion devient, bon, ça change effectivement la nature du métier. Moi je ne fais pas beaucoup signer de choses, je pense que la commission va bientôt m'obliger à le faire, et donc que le temps de

consultation (23 euros la consultation) va être plus chère, automatiquement. Du coup ça va augmenter la demande à l'hôpital, l'hôpital va être surchargé et va piller un peu plus le tiers-monde, et puis les gens vont... Enfin, vous voyez, c'est un cercle, bien sûr, tout le monde n'est pas blanc dans ma profession et il y a des voyous comme partout, et il y a des maladroits, et d'autres, d'accord, mais entre le juge père Noël qui a tendance à dire : puisque vous vous êtes plaint, vous avez le droit à..., ce qui se plaignent c'est essentiellement les paranos, et pas forcément ceux qu'on a raté, heureusement pour nous (haha), et l'évolution elle est que les chirurgiens vont se protéger en augmentant les tarifs, parce que moins vous opérez et moins vous avez de procès. En plus il y a le temps libre et tout et tout, et je vais vous dire moi, les jeunes chirurgiens ne veulent plus travailler autant, ils disent : moi je ne veux pas travailler pendant la garde, alors comment voulez-vous qu'ils soient formés correctement ? Alors qu'en chirurgie, l'état d'un patient peut évoluer d'une minute à l'autre ? Et en même temps que fait la société pour reconnaître la qualité de formation, parce que les copains médecins généralistes, ils gueulent sur les salauds de chirurgiens, quand je préparais l'internat, ils allaient courir les filles, et quand j'étais interne, ils étaient en train de faire des remplacements, et quand j'étais chef ils étaient déjà installés en train de faire leur machin, et quand ils ont une merde, ça les dérange pas de m'appeler à 19h le vendredi soir en disant qu'ils ont quelqu'un qui râle depuis 3 jours, 'je ne sais pas quoi en faire, je te l'envoie, c'est le week-end, salut vieux !', comme j'ai du temps libre je dis oui, et puis voilà. Évolution de la profession, et bien elle se fait vers la raréfaction de l'offre dans le privé et les gens qui voudront être opérés par le chirurgien qu'ils auront choisi, et bien il faudra qu'ils payent. Parce qu'autrement, ils auront à aller à l'hôpital. Et c'est pas la même qualité de service.

Gaspard (CH34), chirurgien en clinique à F., 20 ans d'ancienneté. Il n'a pas l'intention de changer de secteur d'activité ou de lieu, pense avoir de la chance de travailler à cet endroit. En répondant à une question sur la profession de ses parents : « *je n'ai pas du tout de médecins dans la famille, mon père était militaire dans la marine* ».

« À la fin de mon clinicat, en 84, j'étais à C..., j'étais plutôt attiré par le sud ouest pour trouver un point de chute, mais à ce moment-là je ne l'ai pas trouvé, alors j'ai cherché quelqu'un pour m'associer, et le chirurgien qui était à F. venait à C... pour l'enseignement universitaire alors je l'ai rencontré, je l'ai remplacé un été et puis je me suis associé avec lui.

Je fais partie de la CME, c'est la commission médicale, et donc au sein de cette commission, on prend des décisions, on définit le projet médical de l'établissement. Lorsque je suis arrivé au sein de la clinique, il y a 20 ans, la CME n'existait pas, et elle y prend de plus en plus d'importance en ce moment, puisque LA CLINIQUE EST EN PROCESSUS DE VENTE et que la CME est l'interlocuteur des acheteurs potentiels. Ce besoin de s'unir au sein d'une structure contre le futur directeur n'est pas quelque chose de malsain, au contraire... Et puis il y a aussi une autre structure au sein de la clinique qui s'appelle le CLIN, Comité de Lutte contre Les Infections Nosocomiales, et chaque établissement a un tel organisme qui permet un suivi des cas et de l'évolution des risques.

Ce n'est pas nous qui décidons réellement *de l'orientation de la clinique*, c'est surtout le plan sanitaire de la région qui est défini par le préfet sanitaire de la région. Nous sommes un établissement polyvalent, c'est sûr, la Drass pousse les établissements à se spécialiser, mais nous demeurons une clinique polyvalente. Comme vous devez le savoir, au niveau de la gestion dans le secteur privé, depuis quelques années on est un peu sur la corde raide et le seul moyen de s'en sortir est de travailler davantage. Il faut augmenter l'attractivité de la clinique.

Quand je suis arrivé nous étions deux médecins, maintenant nous sommes trois et bientôt nous serons quatre. Les clients sont fidèles, des familles entières, une clientèle rurale que j'aime bien.

LA COOPÉRATION SE PASSE BIEN, chacun a un rôle bien défini dans le suivi du patient, il faut aussi qu'il y ait une confiance entre les membres d'une équipe, et que chacun fasse bien son travail, qu'il y ait un suivi, alors c'est évident que ça ne se passe pas bien lorsqu'un des membres n'assume pas ses fonctions, et ça arrive, mais généralement ça se passe bien, et avec le temps encore mieux, parce qu'au début on idéalise, et après on relativise.

LA SEULE DIFFICULTÉ C'EST UNE DIFFICULTÉ DE GESTION, on a eu besoin qu'un cabinet de gestion remette un peu les choses en route, parce qu'on avait eu un directeur qui laissait aller un peu trop les choses. Bon, la question qu'on se pose sinon, c'est celle de la capacité de l'investissement, c'est DÉLICAT POUR NOUS DE TROUVER LES MOYENS D'INVESTIR DANS UN MATÉRIEL TOUJOURS PLUS PERFORMANT ET DU COUP FRAGILE, POUR MAINTENIR UN NIVEAU TECHNIQUE ».

Le travail solitaire en clinique : la différence entre le secteur public et le secteur privé c'est qu'en clinique, chaque médecin est responsable de ses patients alors je n'ai pas beaucoup de relations avec les autres médecins, quasiment pas sauf quand il y en a un qui part en vacances et qui laisse ses patients à un de ses collègues.

« COOPÉRER AVEC LES ANESTHÉSISTES : Je ne sais pas comment se passent les relations en milieu universitaire, ils doivent être plus présents, moi JE DOIS AVOUER QU'AVEC LES ANESTHÉSISTES ON A UN RAPPORT UN PEU CONFLICTUEL PARCE QU'ON A DE PLUS EN PLUS DE PAPIERS À REMPLIR, ET ON AIMERAIT QU'ILS S'Y CONSACRENT AUSSI DE MANIÈRE À PARTAGER LE TEMPS DE TRAVAIL, mais c'est vrai qu'on a du mal. Parce qu'ils ont une philosophie qui consiste à faire le moins de travail possible en dehors des devoirs de l'anesthésiste, donc à faire l'économie de prendre du temps pour faire un questionnaire sur la maladie de K. Jacob par exemple ou d'autres...

COOPÉRER AVEC L'ÉQUIPE DE SOINS : ce sont les intérimaires qui posent problème.

Il n'y a pas de problème avec l'équipe habituelle, qui tourne bien du fait des relations de confiance établies, LES SOUCIS APPARAISSENT LORSQU'IL Y A DES INTÉRIMAIRES, puisqu'il faut remettre à jour les protocoles et surveiller le travail. À un moment donné on a eu plus d'intérimaires, maintenant on en a un peu moins, mais il y a PAS MAL D'INFIRMIÈRES QUI TRAVAILLENT EN INTÉRIM POUR POUVOIR CHOISIR LES PLAGES HORAIRES, mais pour nous en clinique ce n'est pas très intéressant. (Le recrutement) c'est un problème connu et permanent, alors on est obligés d'engager ce qu'on a sous la main ».

LES ALÉAS DU BLOC OPÉRATOIRE

« POUR LE MATÉRIEL D'IMPLANTS, LES PROTHÈSES, QUI EST RENOUELABLE, ON DOIT EN PRINCIPE RECEVOIR UNE PIÈCE DE RECHANGE 48 HEURES APRÈS AVOIR POSÉ LA PIÈCE EN QUESTION. Généralement on a suffisamment de matériel pour que ça ne pose pas de problème, mais parfois on a la surprise de ne pas le voir renouvelé. Alors il faut vérifier la veille de chaque opération que tout est bien là et ça on fait confiance aux personnes qui sont chargées de s'occuper de ça, alors parfois au moment d'une opération on se rend compte qu'un implant manque et c'est très désagréable. L'IDÉAL C'EST D'AVOIR LE DOUBLE DES IMPLANTS EN STOCK, MAIS LES FABRICANTS SONT UN PEU RÉTICENTS À NOUS FOURNIR LE DOUBLE DU MATÉRIEL EN STOCK.

Pour ce qui concerne LE PERSONNEL DU BLOC OPÉRATOIRE, C'EST UN PERSONNEL COMPÉTENT QUI EST DIFFICILE DE REMPLACER, ET DONC IL EST ASSEZ STABLE MAIS C'EST UN PERSONNEL QUI EST SOUMIS AU STRESS ET AUX HUMEURS DU CHIRURGIEN, alors il faut qu'il soit en conséquence solide, parce qu'ils prennent en premiers les chocs quand quelque chose ne va pas.

Avec mon aide opératoire, (on est deux généralement à opérer), l'équipe est facilement mobilisable, puisque moi lorsque j'opère je ne parle pas beaucoup, j'aime faire ça en silence, ce n'est pas de la rigolade, mais il y a toujours l'anesthésiste et une infirmière qui restent en salle, et on a une surveillance constante.

Coopérer avec d'autres médecins : à part l'aide opératoire au bloc, dans des spécialités différentes, par exemple lorsque je pense que la maladie osseuse peut avoir un rapport avec une maladie du rein, je peux demander à mon collègue néphrologue, mais ce sont des rapports généralement écrits, ce sont des lettres (...) Bien entendu je préférerais connaître les spécialistes qui travaillent dans mon domaine, lorsqu'on a questions à se poser, mais bon, ça ne pose pas de problèmes particuliers dans l'activité professionnelle, les patients peuvent aller voir ailleurs avoir un autre avis, moi ça ne me dérange pas ».

PUBLIC ET PRIVÉ

« LA PLUPART DE MES COLLÈGUES QUI SONT RESTÉS À L'HÔPITAL, c'est parce qu'ils ont eu des postes d'agrégés, des postes universitaires d'enseignement qui présentaient un intérêt intellectuel. En ce qui concerne les hôpitaux de deuxième catégorie, c'est très difficile à dire parce que parmi les personnes de ma génération, il n'y avait quasiment personne qui y allait, sauf lorsqu'on leur proposait un poste de chef de service, sinon tous se sont retrouvés dans le privé. En général, ce sont des étudiants étrangers qui passent leur CES en France et qui restent dans des hôpitaux de deuxième catégorie, je ne sais pas ce qu'ils font après leurs formation, s'ils retournent dans leur pays.

J'ai travaillé avec des personnes qui avaient travaillé aussi en milieu hospitalier, mais comme ça tourne tout le temps, j'avoue, je n'arrive pas à suivre. Et puis les gens qui viennent se faire soigner ici, ils n'aiment pas ça, ils aiment être suivis par la même personne qui les a opérés. Mais IL Y A UN FOSSÉ ENTRE LES DEUX PARTIES DE LA PROFESSION, et je ne peux pas vraiment vous en parler ».

C. Chefs de clinique, autres positions intermédiaires

Claude (MU35), chef du service d'urgences dans un hôpital du 93 ; jeune chef dans une spécialité nouvelle en développement ; enseigne aussi en faculté de médecine ; bon observateur de l'hôpital comme institution sociale. Sa mère était comptable, elle a élevé 4 enfants, et son père était un autodidacte qui a terminé directeur des ventes dans une grande entreprise.

« Mon travail sur [l'hôpital] est la suite logique d'un parcours hospitalier public, à savoir que j'ai fait mon internat à Paris à l'époque où les urgences n'existaient pas en tant que structure vers une spécialité qui s'appelait 'l'hépatogastro-entérologique du tube digestif' (transcription incertaine), et que, parmi les stages que font les internes pour ce type de spécialité, je suis passé deux fois à [l'hôpital] pour deux stages de six mois de 84 à 89 ; ensuite par affinité en projet de travail avec des personnes, je suis revenu en chef de clinique, donc sur un plan hospitalo-universitaire cette fois-ci, dans le service correspondant à cette spécialité. Là où mon parcours a complètement changé c'est en 1991, parce que ce qui m'intéressait c'était les urgences de cette spécialité, c'est-à-dire concrètement les hémorragies digestives, et les insuffisances hépatiques graves, et c'est en 91 que les structures d'urgences sont apparues. Il a fallu du personnel pour organiser le secteur, et la conjonction d'intérêts, d'activités et de circonstances ont fait que j'ai postulé et que j'ai obtenu le poste, et que, de façon un peu paradoxale, malgré le fait que les gens pensaient que ça allait être une expérience ponctuelle, en fait c'est devenu un véritable engagement depuis, et je suis resté depuis 91 aux urgences, de façon un peu conjoncturelle par rapport à mon installation ici. Alors j'ai fait également un peu de travail à B... pendant un an pour compléter mon bagage universitaire, et j'ai été nommé en 2000 professeur de thérapeutique à Paris 13, et donc mon activité est hospitalière et universitaire.

Ma valence universitaire n'est pas en 'urgences', parce que ça n'existe pas. Elle est dans ce qu'on appelle 'THÉRAPEUTIQUE' qui est non pas une spécialité d'organes, mais de traitement, c'est donc POLYVALENT. En termes de reconnaissance, bien sûr c'est très important. La spécialité d'urgences est en construction, et j'accompagne cette construction. Du point de vue identification sur le papier, il n'y a pas de correspondance, mais au point de vue identification à ce que je fais, je n'ai aucun problème métaphysique, je sais parfaitement ce que je fais et les gens le savent.

Le réseau professionnel des urgentistes au niveau international et national. Il y a deux niveaux, d'abord au niveau international il y a une société de savants qui est une société francophone de médecine d'urgence, dont je préside la commission scientifique ; la société a mille cotisants, mais le congrès qui se réunit chaque année Porte Maillot reçoit 15 000 personnes. Et puis il y a un collège national d'universitaires qui réunit l'ensemble des universitaires, qui par définition ne sont pas des urgentistes, puisque la spécialité n'existe pas, mais qui vont vers cette identification d'une discipline des urgences. Et ce collège regroupe une quarantaine de personnes, ce qui est énorme, mais bon, sur ces 40 personnes tous ne viennent pas avec le même dessein et le même entrain, mais globalement il y a la moitié pour lesquels si demain il se crée une spécialité, ils en sont.

Et bien du fait de mon implication dans le collège, je connais bien des personnes différentes des différents secteurs, des différentes villes, des différents centres universitaires...Donc j'ai une assez bonne vision de comment ça se passe, mais sincèrement je ne suis pas tenté (de changer de poste), en plus avec mon statut universitaire, la route est tracée. Elle n'est pas tracée à [l'Hôpital], mais elle est tracée en CHU, donc c'est une question (le changement) que je ne me pose pas vraiment ».

TROIS FORMES DE COOPÉRATION

« La coopération au travail dans mon activité, c'est à LA FOIS UNE MANIÈRE D'ORGANISER LE TRAVAIL DE L'ÉQUIPE DANS LE SERVICE, sachant qu'il y a 3 types d'activité : c'est-à-dire d'abord l'activité d'accueil en temps réel dans le service des urgences, il y a l'activité d'hospitalisation d'urgence qui est une hospitalisation de très courte durée, et puis il y a une activité de consultation ; et donc la difficulté est d'organiser le fonctionnement de ces trois activités de nature très différente. La coopération doit avoir lieu au sein du service pour faire vivre ces 3 activités.

Et puis il y a UN DEUXIÈME TYPE DE COOPÉRATION FONDAMENTAL, c'est que le service des urgences est une structure nécessaire mais pas une structure suffisante, ce qui veut dire que POUR QU'UN SERVICE D'URGENCES MARCHE IL FAUT QU'IL COOPÈRE AVEC LES AUTRES SERVICES. Ce qui n'est pas forcément la même problématique que le service hospitalo-universitaire, car le service hospitalo-universitaire peut vivre en quasi auto gestion, alors que pour les urgences c'est impossible. NOUS SOMMES OBLIGÉS DE COOPÉRER À PLUS FORTE RAISON, PARCE QUE [L'HÔPITAL] EST PLUTÔT UN PETIT HÔPITAL QUI N'EST PAS DOTÉ DE TOUS LES SERVICES OU DE TOUTES LES SPÉCIALITÉS, OR AUX URGENCES ON EST OBLIGÉS D'AVOIR UN RAPPORT A TOUTES LES SPÉCIALITÉS PAR ESSENCE. On va être obligés nous aux urgences d'entretenir des RELATIONS DE COOPÉRATION AUX AUTRES SERVICES DE L'HÔPITAL, MAIS AUSSI AUX SERVICES DE SPÉCIALITÉS D'AUTRES HÔPITAUX QUI MANQUENT ICI. Et en termes très concrets, on est OBLIGÉS DE COOPÉRER AVEC DE LA PSYCHIATRIE, DE LA CARDIOLOGIE ET DE L'ORTHOPÉDIE, ET CES 3 SPÉCIALITÉS NE SONT PAS PRÉSENTES À L'HÔPITAL. Alors pour nous, il s'agit D'ORGANISER TROIS TYPES DE COOPÉRATION, D'UNE PART UNE COOPÉRATION INTERNE AU SERVICE, UNE COOPÉRATION AVEC LES AUTRES SERVICES, ET UNE COOPÉRATION AVEC DES SERVICES EXTRAHOSPITALIERS.

L'ÉVOLUTION DES URGENCES : NOUVELLE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ET PLUS DE CONTRAINTES.

« Ça s'est développé par UNE PROFESSIONNALISATION ET UNE APPARITION D'IDENTITÉ QUI EST TRÈS FORTE, je crois que ça c'est REMARQUÉ DANS LES MÉDIAS, il y a UNE PLUS GRANDE VISIBILITÉ. Le second mode d'évolution ce sont LES CONTRAINTES qui ont beaucoup changé dans le temps, contraintes liées aux EXIGENCES DE QUALITÉ DE RENDU et aussi EXIGENCE DE FORMATION, et C'EST TOUJOURS LA COURSE : est-ce que le train nous dépasse ou est-ce nous qui sommes en train de le dépasser ? Ce sont LES DEUX MOTEURS QUI POUR MOI ONT CONDITIONNÉ L'ÉVOLUTION DES URGENCES. Sans toujours savoir aujourd'hui si je suis dans le train ou si je suis derrière ».

« LES URGENCES NE SONT PAS UN HÔPITAL DANS L'HÔPITAL »

« Je n'ai pas connu LE PROBLÈME QUE CONNAISSENT BEAUCOUP D'URGENTISTES QUI EST LE RAPPORT DE FORCE ET D'AUTORITÉ PAR RAPPORT AUX AUTORITÉS DE L'HÔPITAL. Le problème qu'on connaît aux urgences, généralement, c'est que CELUI QU'ON A MIS AUX URGENCES EST CONSIDÉRÉ ORDINAIREMENT COMME HIÉRARCHIQUEMENT INFÉRIEUR ; je n'ai pas eu du tout ce problème là puisque JE CONNAIS BIEN L'HISTORIQUE DE L'HÔPITAL ET LE PERSONNEL CE QUI M'A PERMIS DE NE PAS AVOIR CE GENRE DE PROBLÈMES.

La connaissance du terrain a été pour moi un facteur majeur pour établir cette coopération, et mon caractère a été de faire évoluer les choses plutôt progressivement que d'aller par restructurations brutales. Je n'ai jamais été en position d'isolement des urgences par rapport au reste de l'hôpital, bien sûr IL Y A EU DES CONFLITS, MAIS IL N'Y A PAS EU DE BLOCAGE au nom des moyens revendiqués par nous ou mobilisés par eux pour le fonctionnement de l'hôpital.

Deuxième chose à propos de la coopération, et là j'en viens à ma conception des urgences, pour moi, les urgences ne sont pas un hôpital dans l'hôpital. Ce qui veut dire que je suis un lieu d'accueil, de soins et d'orientation, JE LIMITE MA FONCTION À ÇA ET JE N'AI PAS POUR VOCATION DE FAIRE TOUT CE QUE LES AUTRES NE PEUVENT PAS FAIRE. J'AI POUR VOCATION D'ACCUEILLIR LES GENS ET DE BIEN LES ORIENTER, Y COMPRIS D'AILLEURS SI CE N'EST PAS DANS L'HÔPITAL ».

PRÉOCCUPATIONS DE SÉCURITÉ ET POSITION STRATÉGIQUE DES « URGENCES »

« Même physiquement, UN HÔPITAL C'ÉTAIT IL Y A DIX ANS UN GRAND BÂTIMENT OUVERT DE PARTOUT. Vous rentriez partout dans l'hôpital. Maintenant, à partir de 8 h une seule porte reste ouverte, c'est les urgences. C'EST LIÉ BIEN SÛR À L'ORGANISATION DU TRAVAIL, MAIS AUSSI À DES QUESTIONS DE SOCIÉTÉ : LA SÉCURITÉ. Donc il y a cette conjonction qui a fait évoluer les dispositions. Il y a un autre point en termes de coopération qui est important, c'est que C'EST UN HÔPITAL QUI AU NIVEAU DES URGENCES SE FAIT SUR BEAUCOUP D'ACTIVITÉS. C'est un hôpital qui accueille des enfants et des adultes, et il n'y en a pas beaucoup D'HÔPITAUX DE L'AP qui accueillent des adultes et des enfants. Et on accueille en plus des urgences médico-judiciaires. Et vous n'avez aucun des hôpitaux de l'AP qui accueille ces trois activités de front ».

UN FLUX TRÈS ÉLEVÉ

« EN TERMES DE FLUX, VOUS AVEZ PLUS D'ACCUEIL À LA PORTE DES URGENCES D'ICI QU'À LA PITIÉ, ce qui paraît complètement surréaliste. Ce qui veut pas dire qu'à la Pitié il n'y a pas des cas beaucoup plus lourds qu'ici, et que parmi les entrées il n'y en a pas qui vont partir très vite sans nécessiter des soins prolongés. Mais ça veut dire QU'IL Y A UN GRAND FLUX, DONC DU TRIAGE, MAIS DEUXIÈMEMENT QU'IL VA FALLOIR FAIRE COOPÉRER DES ÉQUIPES MÉDICALES DE COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES SUR UN MÊME SITE ET AVEC UNE MÊME ÉQUIPE PARAMÉDICALE ».

UNE ORGANISATION TRANSVERSALE

D'ailleurs, c'est une des originalités de cet hôpital, mais qui correspond à ce travail de coopération dont vous parlez, c'est qu'on a pris un système où, sur des activités - je veux dire, être médecin légiste c'est pas comme faire un travail de traumatologie chirurgicale, c'est pas le même boulot, un urgentiste moyen connaît bien la médecine, il connaît bien la traumatologie, en province il connaît bien la pédiatrie et la pratique, tandis qu'à Paris il n'y a aucun service qui traite en même temps la pédiatrie ; et si vous rajoutez les urgences médico-judiciaires, il y a sur toute l'Île-de-France trois ou quatre services qui la pratiquent. Or là, tous ces travaux-là sont aux urgences ! Bon, ils sont là avec des personnes spécifiques, bien sûr, ce n'est pas la même équipe qui fait tout, un jour sur deux, car ça demande des compétences particulières, mais IL FAUT ARRIVER SUR UN MÊME SERVICE À FAIRE COOPÉRER CES DIFFÉRENTS TYPES D'ACTIVITÉS.

L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE POLYVALENTE

« Et un des moyens de faire coopérer ça, c'est d'avoir une équipe paramédicale polyvalente. C'est-à-dire que C'EST LE MÊME POOL D'INFIRMIÈRES QUI UN JOUR VA ÊTRE AUX ADULTES, LE LENDEMAIN EN PÉDIATRIE, ET ILS TOURNENT COMME ÇA, ET ÇA VEUT DIRE QUE LE MÉDECIN, QUELLE QUE SOIT SA SPÉCIALITÉ, VA SE RETROUVER AVEC UNE ÉQUIPE QUI CONNAÎT LES PROBLÈMES DU SERVICE D'À CÔTÉ, ET DONC IL Y A UN POOL COMMUN PARAMÉDICAL, UN MÊME LIEU, ENFIN UN SECTEUR ADULTE ET UN SECTEUR ENFANT, ET DES COMPÉTENCES MÉDICALES QUI VONT VENIR SE GREFFER SUR UN SYSTÈME UNIQUE. Ca je crois que c'est **un système de coopération qui est assez original** et assez intéressant.

LES POLYVALENTS ONT ÉTÉ RECRUTÉS SUR LE CHOIX DU POSTE, ET LA FORMATION SE FAIT SUR LE TERRAIN, avec les équipes pédiatriques, elle se fait un peu par osmose et aussi avec l'aide des équipes médicales propres à chaque secteur. EN TERMES D'ORGANISATION, C'EST ASSEZ SINGULIER, ET SURTOUT ÇA VA À L'ENCONTRE D'UNE SURSPÉCIALISATION DE LA MÉDECINE, QU'ON REMET

AUJOURD'HUI EN QUESTION. Parce que, pour faire les fonctions essentielles, il n'y a plus personne. Au départ j'ai eu des problèmes avec des pédiatres, parce qu'ils aiment avoir des infirmières qui ont un bon contact avec des enfants, qui piquent bien les enfants, qui sont formées, mais SUR LE PLAN DE L'ORGANISATION, DANS LES HÔPITAUX où les urgences pédiatriques sont individualisées y compris avec le personnel paramédical, LA RELATION SE FAIT ENTRE LE SERVICE DE PÉDIATRIE ET LES URGENCES DE PÉDIATRIE. Or, d'une façon générale, LES MOYENS SONT DONNÉS AUX URGENCES, MAIS NE SONT PAS FORCÉMENT UTILISÉS AUX URGENCES, parce que, QUAND VOUS AVEZ UNE PÉNURIE DE QUELQUE CHOSE, ET BIEN CE SONT LES VASES COMMUNICANTES.

CETTE ORGANISATION TRANSVERSALE, POUR LE PERSONNEL PARAMÉDICAL, POUR LE BUDGET, c'est un même budget, et C'EST LE RESPONSABLE DE LA FÉDÉRATION DES URGENCES QUI GÈRE LE BUDGET DES URGENCES PÉDIATRIQUES, DES URGENCES ADULTES, ÇA VEUT DIRE QUE LES MOYENS ACCORDÉS AUX URGENCES SONT ACCORDÉS AUX URGENCES, C'EST UNE AUTONOMIE PLUS GRANDE. À la fois il y a UNE NÉCESSITÉ DE COOPÉRATION, CONCRÈTE, MÉDICALE, elle est prouvée par le fait que ce sont les pédiatres qui viennent faire les urgences pédiatriques, MAIS À LA FOIS UNE AUTONOMIE DE GESTION ET D'ORGANISATION, PARCE QUE SINON ON SE FAIT BOUFFER. CETTE COOPÉRATION EST BASÉE SUR LE SOIN ET NON SUR LA GESTION, au contraire.

C'EST TOUT LE MOUVEMENT DE LA CRÉATION DES SERVICES D'URGENCES DEPUIS DIX ANS. Et si je vous demande ce que c'est les urgences, vous allez me répondre que c'est le service d'urgence, mais le cardiologue qui vous traite de votre infarctus, c'est un acte d'urgence, le chirurgien qui vous opère de votre appendicite, c'est un acte d'urgence, et il a raison, c'est un exercice d'urgence, mais quand on parle de moyens pour les urgences, on parle de moyens pour l'accueil des urgences, donc là est toute la nécessité de bien indemnitaire et aussi d'avoir une gestion propre et SURTOUT QUE CETTE GESTION NE COUPE PAS LA COOPÉRATION MÉDICALE, et quand je dis médicale, ce n'est PAS UNIQUEMENT MÉDECINS, MAIS AUSSI TOUS LES AUTRES. LA TENTATION C'EST LE REPLI SUR SOI-MÊME POUR S'IDENTIFIER, POUR NE PAS SE FAIRE PIQUER SES MOYENS, OR LE SERVICE D'URGENCES EST PAR ESSENCE TRANSVERSAL ».

GÉNÉRALISTE DANS LES COMPÉTENCES, SPÉCIALISTE DANS LE TEMPS

« Dans le caractère omnipratricien, oui, mais il a une spécificité très nette, pour moi LA SPÉCIALITÉ DE L'URGENTISTE N'EST PAS DANS L'ORGANE QU'IL TRAITE PARCE QUE PAR DÉFINITION C'EST TOUS LES ORGANES, ET EN CE SENS IL EST COMME LES GÉNÉRALISTES, PAR CONTRE C'EST UN SPÉCIALISTE DANS LE TEMPS. C'est LA MÉDECINE DES PREMIÈRES HEURES, et cette spécificité amène à DES PRATIQUES QUI SONT TRÈS PARTICULIÈRES ET QUI NE SE CONFONDENT PLUS AVEC CELLES DU GÉNÉRALISTE. Exemple, si vous avez un infarctus du myocarde, il va y avoir des choses spécifiques à faire, que va faire l'urgentiste du SMUR, qui sont très spécifique dans les 4 premières heures. Et c'est ça qui caractérise l'urgentiste. (Autrement) le mot urgence c'est un mot un peu à la mode, et ça demande de plus en plus de coopération ».

TRAVAILLER EN ÉQUIPE : VOCATION, CONTRAINTES ET RECONNAISSANCE

- Une forte identification à l'équipe, un travail conforme à la vocation (foi, engagement, actes concrets), des contraintes comparables au travail à la chaîne, grande solidarité et besoin de reconnaissance, avec esprit de révolte contre le système.

« Je fais attention pour choisir mes collaborateurs qu'ils ne soient pas impossibles sur le plan humain, et psychologique, JE PRÉFÈRE, À COMPÉTENCES ÉGALES, CHOISIR LA PERSONNE LA MOINS EMMERDEUSE.

Dans le quotidien j'ai une équipe qui ne me pose pas de problèmes, sauf par rapport à son statut. Ce sont DES GENS QUI TRAVAILLENT ÉNORMÉMENT, PAS SEULEMENT EN TERMES DE TEMPS MAIS SURTOUT EN TERMES DE DENSITÉ ; par rapport à mes points de repères (j'ai fait auparavant du travail en salle de réanimation et au bloc), L'URGENTISTE C'EST QUELQU'UN QUI A UN TRAVAIL PERMANENT, CONTINU, QUASIMENT À LA CHAÎNE, ET POUR CE TRAVAIL TRÈS ÉPROUVANT SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE, des gens qui sont très sollicités au quotidien. Mon problème à moi, il n'est pas tellement dans l'entraide parce que ça marche assez bien vu les conditions, mais par rapport au fait qu'ils ont UN BESOIN DE RECONNAISSANCE TRÈS TRÈS FORT PAR RAPPORT AU SYSTÈME et qui est TOUJOURS EN DÉCALAGE. Le décalage entre leur statut et la reconnaissance vers laquelle ils tendent me pose problème en tant que responsable et gestionnaire du système. Et en plus, du fait que l'AP ne privilégie pas les urgences comme service, si vous voulez, LA PLACE DES URGENCES À L'AP EST MOINS IMPORTANTE ET PLUS DIFFICILE PAR RAPPORT AU SYSTÈME GÉNÉRAL, et J'AI EU SOUVENT LA RÉFLEXION : SI ÇA CONTINUE COMME ÇA À L'AP, NOUS ON VA SE BARRER DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX. Mais je n'ai jamais eu de réflexions du style : lui il travaille moins que moi, ou ceci cela, ça je ne connais pratiquement pas.

LES MÉDECINS URGENTISTES

« D'abord ce sont DES RÉSIDENTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE. Je crois qu'il y a DEUX MOTEURS ESSENTIELS : c'est UN MÉTIER QUI CORRESPOND RÉELLEMENT À L'IMAGE QU'ON SE FAIT DE L'IDÉAL DU MÉDECIN, DE FOI, D'ENGAGEMENT, DE DONNER À L'AUTRE, qui colle très bien au service des urgences. En effet il y a quelqu'un qui arrive avec un problème, et en quelques heures vous êtes censés avoir réglé son problème ou du moins l'avoir amélioré, ce n'est pas de l'enculage de mouches, c'est du concret et ça plaît bien aux médecins et je crois que ça compte réellement au niveau de la motivation.

D'autre part, ÊTRE URGENTISTE, DANS L'HÔPITAL D'AUJOURD'HUI C'EST UNE DES FAÇONS D'OBTENIR UN POSTE, UNE PROMOTION, ET C'EST UN PEU CE DÉCALAGE ENTRE UNE RÉALITÉ QUI N'EST PAS FORCÉMENT CELLE-LÀ ET UNE CERTAINE ATTENTE, c'est là où il y a de la frustration. ENTRE CES DEUX FACTEURS : TYPE DE TRAVAIL ET PROMOTION POSSIBLE, IL Y A LA CONTRAINTE, QUI N'EST ACCEPTÉE QUE S'IL Y A LES DEUX : VALORISATION PERSONNELLE ET POSSIBILITÉ DE RECONNAISSANCE.

Il faut aussi ajouter QU'AVEC LE CONSUMÉRISME, LA PARTIE IMAGE DU MÉDECIN S'EST UN PEU ÉCORNÉE, car les gens viennent, tapent du poing sur la table et disent 'je veux ça, j'ai droit, j'ai payé', LA PARTIE PROMOTION N'EST PAS TOUJOURS AU RENDEZ-VOUS, ET LES CONTRAINTES SONT TOUJOURS LÀ, et C'EST À CE NIVEAU-LÀ QUE J'AI DES PROBLÈMES POUR GÉRER UNE ÉQUIPE COHÉRENTE.

Il y a différents statuts de médecins : il y a LES 6 MÉDECINS STATUTAIRES SUR PLACE, qui font la majorité de leur activité sur le service, et à côté de ça il y a UNE MAJORITÉ DE MÉDECINS QUI VIENNENT FAIRE UNE DEMI-JOURNÉE PAR SEMAINE, OU UNE NUIT PAR SEMAINE. Ces derniers peuvent être soit des anciens membres du service qui sont devenus généralistes, et qui ont payé leur formation par les urgences, ça peut être des gens qui font une autre activité d'urgence dans un autre site, j'ai des gens qui sont à la fois du SAMU et des urgences dans le 93, c'est assez varié. Il ne faudrait pas répéter ça dans le journal et dans un syndicat, mais moi je pense que CETTE VARIÉTÉ EST UN ÉLÉMENT APAISANT DANS UNE SITUATION DE CONFLIT OU DE FRUSTRATION.

Les rapports entre les permanents et les passagers : il y a des passagers qui sont vraiment là pour entretenir et garder ce lien, et ceux-là sont satisfaits de ce qu'ils font, ils savent qu'ils ne rentreront pas dans le système complètement et qu'ils peuvent arrêter quand ils veulent.

LE RENOUVELLEMENT DES GÉNÉRATIONS : Là où il peut y avoir DES TENSIONS C'EST ENTRE CEUX QUI SONT EN POSITION D'APPRENTISSAGE ET DE PROMOTION ÉVENTUELLE ET QUI VOIENT LE TEMPS PASSER ET PAS DE PROMOTION ARRIVER, ils vont dire au bout d'un moment basta, moi je vais voir ailleurs. Et là moi je comprends, et je le revendique presque. Il n'y a pas de raison sous prétexte qu'une génération trime, qu'elle bloque tous les postes et qu'on vieillisse tous ensemble. Parce que ça va poser DES PROBLÈMES DE PÉRENNITÉ DE L'ACTIVITÉ, comme on connaît AUJOURD'HUI UN PROBLÈME CHEZ LES ANESTHÉSISTES : ils ont tous entre 40 et 50 ans, les postes hospitaliers sont tous pris, l'activité est toujours la même, et ben voilà ! Moi je pense QU'IL NE FAUT PAS BLOQUER LE SYSTÈME SUR UNE GÉNÉRATION. Alors IL FAUT ACCEPTER DE PROMOUVOIR UN PEU ! J'ai des gens qui sont partis de chez moi parce que je n'ai pas pu promouvoir : (un exemple récent, une femme

médecin) qui est restée quand même 6 ans dans le service, elle est partie, a fait un autre choix, est venue me voir pour me demander un papier pour partir aux États-Unis ».

COOPÉRER AVEC DES SERVICES EXTÉRIEURS À L'HÔPITAL

« Coopération entre généralistes et spécialistes : Le fait que je sois spécialiste d'origine, je connais bien leur système, leurs contraintes, je ne dirai pas leurs faiblesses, mais du moins leur mode de travail, et on a beaucoup travaillé en intra-hospitalier mais aussi avec l'extérieur, selon les circonstances, par exemple avec M... en cardio, avec l'orthopédie, avec la psychiatrie, ÇA SE PASSE TRÈS BIEN.

Sur le plan concret, (l'entraide) se fait par DES CONTACTS AVEC DES RESPONSABLES D'AUTRES STRUCTURES, puisqu'il faut ORIENTER LES MALADES VERS DES STRUCTURES QUI LEUR CONVIENNENT, souvent, DE PLUS EN PLUS MAINTENANT FORMALISÉ PAR DES CONTRATS RELAIS, mais je veux dire, pour moi L'INSTITUTION DES CONTRATS RELAIS QUI SONT DANS LA LOI, c'est quelque chose que j'avais déjà fait, de manière informelle mais que j'avais déjà institué vers 1992, 1993.

IL FAUT CHOISIR SES PARTENAIRES, pour la cardio c'est évident, pour la psychiatrie, on ne les a pas choisis, mais ça s'est toujours très bien passé. Par exemple, pour la psychiatrie, ça aussi c'est amusant, ON EST DANS UNE STRUCTURE UNIVERSITAIRE, MAIS LA RÉALITÉ PSYCHIATRIQUE DU TERRAIN, C'EST LE SECTEUR. Et la psychiatrie, c'est quand même 10 à 20 % des accueils en urgences, et bien on a passé une convention qui fait que dès qu'on a besoin d'un avis psychiatrique, c'est l'équipe du secteur qui se déplace, qui prend la voiture, qui vient ici sur le site, qui a un entretien avec le malade et qui repart. Et ça c'est doublement intéressant, sur le plan organisation parce que ça évite d'avoir une garde sur place, mais aussi parce que, et ça c'est ce qui est le plus significatif à mon avis, c'est que le malade, qui est un malade du secteur, il a été vu par le psychiatre du secteur, qui peut lui proposer d'aller voir son médecin traitant, qui peut lui proposer d'être hospitalisé soit ici soit en psychiatrie, et surtout qui peut proposer de le revoir sur le secteur, alors que les trois quarts du temps, lorsque vous avez un avis psychiatrique dans les urgences, c'est 'est-ce que je te mets en psychiatrie ou est-ce que je ne te mets pas'. Et si je le mets, je prends le malade et je l'embarque et je m'en occupe, et si je ne le mets pas, je lui donne trois conseils et débrouille-toi. Alors que là, c'est UNE COOPÉRATION SUR LA PRISE EN CHARGE DU MALADE QUI S'INSCRIT AU-DELÀ DU SERVICE D'URGENCE. LA GÉRIATRIE C'EST PAREIL. Le gériatre vient 3 fois par semaine voir les patients, et il a une analyse qui va à la fois favoriser éventuellement le retour du malade avec un accompagnement gériatrique, soit son internement en service gériatrique ».

L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE

« En tout, sur le service on a 75 paramédicaux. Là aussi, comme pour les médecins, il y a UNE CERTAINE PÉNIBILITÉ, QUI EST COMPENSÉE PAR UN ESPOIR DE PROMOTION, ce qui n'est PAS FORCÉMENT LE CAS POUR LES INFIRMIÈRES, mais DANS LE POSITIF IL Y A L'ATTRAIT, LÀ AUSSI COMME JE VOUS LE DISAIS TOUT À L'HEURE POUR LES MÉDECINS, **c'est quand même très valorisant, et même en temps réel. Par contre, les contraintes sont très lourdes.** Il faut savoir quand même qu'on est dans un système particulier, qui est fait de telle sorte que, lorsqu'une infirmière de consultation travaille les 35 heures et garde les week-ends et les mercredis pour les gosses, va se retrouver à peu de chose près à la fin du mois avec LE MÊME SALAIRE QU'UNE INFIRMIÈRE DES URGENCES QUI VA TRAVAILLER UN WEEK-END SUR DEUX ET QUI VA CONSTAMMENT ÊTRE APPELÉE CHEZ ELLE, PARCE QU'IL Y A EU UN ARRÊT MALADIE ET QU'IL FAUT QU'ELLE DÉPLACE SES JOURS, ALORS JE VAIS VOUS DIRE, ÇA MARCHE ENTRE 20 ET 30 ANS, APRÈS IL N'Y A PLUS PERSONNE. Donc on a un système qui ne fait pas la différence à ce niveau, DONC IL Y A L'ATTRAIT DU BOULOT, MAIS IL Y A UN TURNOVER QUI EST MAJEUR.

DES INFIRMIÈRES VOLANTES, UNE SORTE D'INTÉRIM EN INTERNE : Comme il y a tout un apprentissage qui se fait sur l'osmose et par l'ancienneté, il y a des compétences qui se perdent, et comme parfois pour l'administration il y a un poste pour un diplôme, on est face à une situation problématique. Sans parler maintenant des **infirmières du pool** qui sont des infirmières volantes bouche trou, c'est **une sorte d'intérim interne qui est lui-même compensé par l'intérim**, ce qui a pour effet pour les personnes plus stables dans le système, de leur donner l'impression qu'elles sont dévalorisées et flouées.

LE MÉDICAL ET LE PARAMÉDICAL, DEUX MONDES DE MOINS EN MOINS COOPÉRATIFS

« DEPUIS UNE QUINZAINE D'ANNÉES il y a une tendance – qui est normale, à mon avis, en ce qui concerne le fonctionnement d'un hôpital moderne – qui consiste à ABOLIR LES RELATIONS HIÉRARCHIQUES ENTRE LE CORPS MÉDICAL ET LE CORPS PARAMÉDICAL. L'infirmière ne dépend pas de moi, elle rentre dans mon planning, mais ce n'est pas moi qui organise son temps de travail. Mais c'est comme toujours, on a voulu le beurre et l'argent du beurre, on a voulu *démandariner le médecin*, et c'est très bien, ça a dissous aussi ce lien. Mais ça a aussi cet effet, et je trouve que DANS LE SYSTÈME HOSPITALIER, LE MONDE MÉDICAL ET LE MONDE PARAMÉDICAL SONT DEUX MONDES DE MOINS EN MOINS COOPÉRATIFS. CELA DEMANDERAIT CERTAINEMENT PLUS D'ENCADREMENT PARAMÉDICAL, parce que, AUX URGENCES, LES CADRES PARAMÉDICAUX EXPLOSENT. Parce qu'elles ont À LA FOIS LA CHARGE DE CETTE ORGANISATION-LÀ, LA CHARGE DES CONTRAINTES, dans les services d'urgences, c'est pas simple lorsque le personnel vous dit une heure avant d'arriver ben je peux pas venir, parce que les malades ne vont pas s'arrêter d'arriver ; dans un service classique, vous pouvez toujours dire, bon, vous me bloquez les admissions dans mon secteur, je suis complètement débordé, mais dans un service d'urgences, c'est pas possible. ACTUELLEMENT, DANS LE SERVICE IL Y A UNE TRÈS FORTE COOPÉRATION, C'EST-À-DIRE QUE C'EST TRÈS RARE QU'ON AIT À FAIRE APPEL À L'ADMINISTRATION, MAIS JE SAIS QUE C'EST DE PLUS EN PLUS RESENTI, CAR LES INFIRMIÈRES SE PLAIGNENT DE PLUS EN PLUS EN DISANT : ON N'ARRÊTE PAS DE REMPLACER LES AUTRES, CA SUFFIT ».

ENTRE INFIRMIÈRES ET AIDES SOIGNANTES

« DANS DES MÉTIERS QUI SE SPÉCIALISENT DE PLUS EN PLUS, ON TEND VERS PLUS D'INFIRMIÈRES ET MOINS D'AIDES SOIGNANTES. Mais est-ce que les aides soignantes du service se sentent à part ? Je ne sais pas, c'est un peu la même ambiance, les mêmes revendications, le même épuisement. Comment je peux *intervenir pour les aider* ? Je ne sais pas comment je pourrais, mais ce que j'essaye de faire, c'est plus de la psychothérapie que de l'efficacité : d'abord, moi JE DÉFENDS BEAUCOUP MON PERSONNEL ; QUAND IL Y A UN CONFLIT AVEC L'ADMINISTRATION SUR UN PROBLÈME DE REMPLACEMENT, par exemple ; je ne regarde pas ça de loin, en disant démerdez-vous, JE SUIS ASSEZ AVEC EUX, PARCE QUE CE SONT EUX QUI ONT LA CONTRAINTE DES MALADES ET JE PENSE QUE C'EST LA CONTRAINTE LA PLUS FORTE ; AVOIR UNE CONTRAINTE DE BUDGET C'EST QUELQUE CHOSE, MAIS POUR MOI C'EST MOINS FORT QUE D'AVOIR LA PRESSION D'UNE FAMILLE. Mais en termes de solution objective, ce n'est pas grand-chose, c'est une écoute nécessaire ».

RIVALITÉS ENTRE LES SERVICES POUR LES RESSOURCES

« Ça va peut-être vous surprendre, mais moi JE PENSE QUE L'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE A ÉTÉ PLUTÔT DU CÔTÉ DES URGENTISTES, et que ceux qui DANS LES 15 DERNIÈRES ANNÉES n'ont pas été de ce côté-là, c'est plutôt LE CORPS MÉDICAL, parce qu'il y a UNE PERTE DE POUVOIR, parce qu'il y a UNE ATTRACTION DE MOYENS SUR LES URGENCES par rapport à une activité plus programmée. C'est à la fois UNE COMPÉTITION, je ne méprise pas du tout, je pense que c'est nécessaire, qu'il y ait une activité programmée qui est non seulement respectable, mais qui est aussi nécessaire. VOULOIR FAIRE TOUT EN URGENCE C'EST UNE TENDANCE DE NOTRE SOCIÉTÉ, MAIS CE N'EST PAS UNE BONNE FAÇON DE GÉRER LES CHOSES. La conjoncture veut qu'alors qu'émergent les structures d'urgence, qui sont nécessaires dans la société, ça se fait DANS UNE AMBIANCE DE CONCURRENCE. On aurait monté les services d'urgence dans les années 60, ça aurait été complètement différent, ça se serait monté parallèlement à l'essor de l'hôpital, et ce serait différent, mais là ce n'est pas le cas, ça monte, c'est nécessaire mais ça se fait un peu au détriment. Donc LE FREIN MAJEUR CE SONT DES COLLÈGUES QUI NE VEULENT PAS ACCEPTER. Ceci dit, MÊME SI JE RESPECTE LE FAIT QU'IL FAILLE DES ACTIVITÉS PROGRAMMÉES, IL

FAUT AUSSI DONNER LES MOYENS AUX URGENCES. Même avec tout ce qu'on entend à propos des moyens donnés aux urgences : prenez les gens qui sont statutaires dans mon service, il y a 4 PH, j'ai 3 PH mi-temps statutaires, ça veut dire qu'en gros j'ai 2 équivalent temps plein statutaires. Or dans un service moyen d'hôpital, vous avez au moins un voire deux agrégés, et puis vous avez généralement un ou deux PH et un chef de clinique. Bon, donc ça fait un peu plus. Mais c'est sûr, tout ce que vous entendez, qu'on a donné beaucoup aux urgences, c'est sûr, puisqu'on est partis de zéro, donc il a fallu prendre tout ça sur la substance globale ».

RAPPORTS AVEC LE PATIENT ET SA FAMILLE

« LA TRAÇABILITÉ ET L'EXIGENCE DU RENDU : 'ON EST PASSÉS DU MÉDECIN DIEU À UN MÉDECIN SERVANT'. *Certains se plaignent de trop de paperasse.* Alors ça c'est ce que j'appelais L'EXIGENCE DU RENDU. Alors il y a bien sûr les soins accordés aux malades, mais aussi tout un tas de procédures, LA TRAÇABILITÉ, la preuve de la... On est un peu dans une démarche maintenant où ON EST PASSÉS DU MÉDECIN DIEU À UN MÉDECIN SERVANT. Or la démarche médicale est tellement complexe et répétitive, vous savez, il y a 150 MALADES PAR JOUR, et sur ce nombre, il peut bien y en avoir un qui... Bon, vous allez me dire qu'il n'y a pas 150 urgences vitales, c'est vrai, mais d'abord, moi je ne sais pas quand la personne arrive si c'est une urgence ou pas, il faut que je l'examine, et c'est en l'examinant que je saurai si c'est une urgence ou pas. Or sur ma démarche diagnostique, si je loupe le cas grave, il faut que je prouve que j'ai tout bien fait. Ça demande UNE RÉVOLUTION DANS LA TÊTE ET SURTOUT UNE MÉTHODE et une façon de travailler qui est TERRIBLE parce qu'elle est CONSOMMATRICE DE TEMPS, parce que c'est plus simple de vous examiner avec un temps X et puis de mettre une phrase de conclusion qui est mon impression, et qui passe comme il y a 20 ans, comme de toute façon c'est ça, et puis si c'est pas ça de toute façon c'est pas de ma faute. La retranscription point par point de tous les temps de l'examen de la démarche diagnostique pour arriver au fait que si je me plante il faut que je puisse prouver que j'ai tout bien fait. Et ça si on part dans les infections nosocomiales et tout le tas de trucs comme ça je ne vous raconte pas tout ce qu'il faut remplir comme paperasse pour prouver qu'on a tout bien fait. Plus UN SENTIMENT QUE CES CHOSES-LÀ NE SONT PAS FAITES POUR LE MÉDECIN ».

« *Des contacts avec la famille du patient, vous êtes plus exposés que d'autres services ?* » Plus exposés en termes de fréquence de contacts, en termes de risques de passer à côté oui. En termes d'exigence non, parce qu'on a encore un peu L'EXCUSE DE L'URGENCE, on est encore UN PEU RECONNUS. Donc en ce sens-là c'est moins dur.

Sur le plan théorique, CETTE COOPÉRATION EST ABSOLUMENT ESSENTIELLE PARCE QU'AVOIR L'HISTOIRE DE LA MALADIE C'EST IMPORTANT. Cette coopération est utile et nécessaire mais pas facile du tout : d'abord, en pratique par l'exhaustivité théorique qu'il faut parce que les éléments décisifs sont en petit nombre chez le malade, mais que lui a un grand nombre d'informations à nous fournir, et il faut chercher une aiguille dans une botte de foin.

Dans cette COOPÉRATION ENTRE LE MALADE ET LE MÉDECIN, je ne voudrais pas paraître pessimiste car bon, on se souvient toujours des mauvaises expériences. Mais 90 % du temps ça se passe d'autant mieux qu'on a des bonnes relations avec les gens, et moi j'ai un rôle, enfin JE SUIS PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE CONCILIATION SUR L'HÔPITAL, je vois les affaires, et je peux vous dire qu'il y a UNE CORRÉLATION SELON L'ACTIVITÉ MAIS AUSSI PAR RAPPORT AUX CARACTÈRES DES PERSONNES CONCERNÉES. Ceux qui sont tranquilles ont le moins d'emmerdes ».

LE PUBLIC DES URGENCES

« *Les changements de l'environnement social et la vulnérabilité de la population prise en charge par ce service.* Il y a DE PLUS EN PLUS DE RECOURS EN EFFET AU SERVICE D'URGENCE, QUI EST EN EFFET LA SEULE PORTE OUVERTE, SURTOUT À PARTIR DE 8H DU SOIR, OU LE SAMEDI APRÈS-MIDI.. Je peux vous citer en exemple des cas lorsque j'étais interne ici en 84, où je prenais le bip de 13 heures, où je montais tranquillement voir une dizaine de malades par nuit et que le reste du temps je me reposais tranquillement. Là ACTUELLEMENT, CE QUE JE VOYAIS DANS MA GARDE C'EST CE QUI SE VOIT ENTRE 2H ET 7H DU MATIN. C'EST-À-DIRE UNE PÉRIODE OÙ AVANT ON NE VOYAIT QUASIMENT AUCUN MALADE, ET LÀ ON VOIT PLEIN DE GENS QUI ONT DES PROBLÈMES, qui ont disjoncté à cause d'un

rapport conflictuel, parce qu'ils ont mal décompensé, pour un tas de choses qui sont de l'ordre médical, mais qui font partie de choses qui étaient réglées autrement auparavant. [*Des médiateurs qui ont sauté*] vous allez me trouver d'un conservatisme et d'un banalisme absolu, mais je crois que c'était la famille, c'était le curé, c'était...

Pour moi, il y a UN PROBLÈME MAJEUR, C'EST LE CONSUMÉRISME. Bon, LES PATIENTS savent que ce n'est pas la qualité, qu'on n'est pas chez Fauchon et Hédiard, mais ils SE PROMÈNENT DANS LES RAYONS ET USENT ET ABUSENT DES PRODUITS. Il y a UNE RÉELLE PRÉCARITÉ AVEC DES GENS QUI N'ONT PLUS DE PORTES À LAQUELLE FRAPPER. Bon, ça ne se résout pas forcément par le curé ou la famille, mais ça devrait pouvoir se résoudre par des circuits différents. Bon, dans le 93 il y a le problème des sans-papiers, plus important, je suppose, mais pour moi ça ne me pose pas de problème d'ordre relationnel ou médical, ça va imposer une certaine contrainte d'ordre administratif pour obtenir les médicaments, mais pas de problème d'ordre médical ».

Delphine (MN36), néphrologue, centre associatif de dialyse parisien

« Nous ne sommes pas à proprement parler en milieu hospitalier, bien que moi je travaille en milieu associatif, notre association est à but non lucratif loi 1901, je suis médecin salarié de l'association. Une partie de mon association est privée, conventionnée à but non lucratif, et l'autre est PS/PH, c'est-à-dire plus directement liée à un fonctionnement hospitalier. Moi je travaille dans la partie conventionnée à but non lucratif, et je suis médecin salarié.

Il faut d'abord que je présente notre association, parce que notre association est une association qui regroupe 1 200 patients insuffisants rénaux chroniques, c'est-à-dire des patients qui ont besoin pour survivre d'avoir de l'épuration extra-renal. Cette association se divise dans une unité à Paris où il y a une équipe d'hospitalisation avec peu de lits et peu de patients, 12 lits de début d'hospitalisation et 12 de moyen séjour, et puis une unité de dialyse, il y a également une unité de dialyse à domicile, ce qui est utile pour aider les gens à s'installer à domicile et à l'auto-dialyse, et puis il y a un centre lourd qui est nous, ici, où nous avons 36 postes, et où nous gérons en gros 216 patients dialysés, soit 30 000 dialyses par an, ce qui est énorme, et on est 6 médecins plein temps. Nous, notre établissement de santé est [à Paris].

Je suis née le 30 janvier 1952, je suis néphrologue, je suis rentrée à la fac de médecine en 1969, et donc j'ai fait mes études de médecine classique à l'université de Lariboisière St Louis.

Profession des parents. Et bien justement, vive l'école publique : ma mère n'avait pas son certificat d'études et tenait un café. Donc je fais partie de ces enfants de pauvres qui sont allés à l'université. Et quand à mon père, ma mère était une femme qui m'a élevé seule. Donc j'ai travaillé pendant mes études de médecine, je fais partie des prolétaires qui sont arrivés à l'université, et donc c'est peut-être pour ça que je suis attachée au service public, parce que dans ma génération, le service public était encore le moyen de changer la condition sociale.

Je n'ai pas passé l'internat, enfin, je l'ai présenté mais je ne l'ai pas eu, et ensuite je me suis dirigée pour faire mon stage d'interne à l'hôpital de M... J'y ai d'abord travaillé 2 ans au SMUR, qui venait de se mettre en place, en anesthésie-réa, et puis je suis rentrée dans le service de néphrologie dialyse, qui venait de se mettre en place. Et je dois avouer que cette spécialité m'a énormément intéressée, parce qu'au courant de mes études et de mes stages hospitaliers, la médecine interne m'a passionnée (...). Je me suis dirigée vers cette spécialité au moment où on pouvait passer une spécialité en néphrologie. Je suis restée à l'hôpital de M... jusqu'en 1979, quand j'ai eu l'opportunité d'être embauchée dans cette association, je suis devenue médecin de cette association qui s'occupait d'insuffisance rénale chronique, et j'ai validé ma spécialité réellement en 1983. Pourquoi j'ai choisi le mode associatif ? Et bien parce que j'avais envie, par son travail d'équipe, par la diversité normalement qu'on rencontre dans notre approche, par le fait aussi de ne pas être contraint par des raisons financières ou matérielles, normalement, bien qu'on doive en tenir compte, satisfaisait plus l'idée que je me faisais de ma pratique. Cette association fonctionnant exactement en fait comme un hôpital, ce qui permet de gagner

en qualité de soins tout en faisant de la recherche, et en travaillant en équipe, en continuant à se remettre en question et de ne pas rester bloqué sur nos connaissances. Entre temps, comme je m'occupe d'insuffisants rénaux chroniques, et que je m'occupe de personnes de plus en plus âgées ce qui va dans le sens de l'évolution de la population et des traitements, j'ai passé un DU de néphro-gériatrie il y a 3 ans. Et comme je suppose que j'avais une vieille envie d'enseignement, je crois que c'est important de travailler en équipe et que le travail d'équipe consiste à aussi partager le savoir avec les infirmières et les aides soignantes, je m'occupe d'un centre de formation à l'hémodialyse, que nous avons créé avec une ancienne surveillante. Et donc en plus de mon travail clinique, j'anime, comme néphrologue, le centre de formation à l'hémodialyse pour le personnel de santé, en particulier les infirmières. Et depuis trois ans je suis présidente de la commission médicale de l'établissement.

CRITIQUE À L'ÉGARD DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

J'ai répondu à ce QUESTIONNAIRE, et le problème c'est que ça portait sur l'ensemble du personnel. Si vous vous souvenez, les questions portaient aussi bien si on était cadre infirmier, infirmière ou cadre hospitalier, et c'est vrai que LES MÉDECINS, ON A TOUJOURS UN STATUT PARTICULIER, une façon de fonctionner particulière, ON EST SÛREMENT MOINS ATTENTIFS AUX HORAIRES, DANS LA MESURE OÙ L'ÉTHIQUE ET LA NÉCESSITÉ DE TRAITER LE PATIENT VA PASSER AVANT TOUTE AUTRE CONSIDÉRATION.

TRAVAILLER EN RÉSEAU AVEC LES COLLÈGUES : « UN PARTENARIAT NATUREL »

- Plus avec l'AP qu'avec les cliniques privées

« Alors je pourrais plus facilement parler de MES RAPPORTS AVEC L'ASSISTANCE PUBLIQUE, parce que J'AI DES RELATIONS PRIVILÉGIÉES DE PARTENARIAT AVEC EUX, parce que NOUS TRAVAILLONS EN ÉQUIPE AVEC LES HÔPITAUX DE NOTRE SECTEUR ET QU'EN FAIT LE FLUX DES PATIENTS SE FAIT NATURELLEMENT DU SERVICE D'HOSPITALISATION ET NÉPHROLOGIE, telles qu'HEGP, Necker, Bicêtre et La Pitié, puisque NOUS ALLONS PRENDRE EN CHARGE LES MALADES CHRONIQUES QUI SONT SUIVIS À L'HÔPITAL. Donc on a UN PARTENARIAT NATUREL, tout à fait correct, amical, et je m'occupe aussi des transplantés rénaux, et donc on a un PARTENARIAT TOUT À FAIT NATUREL QU'ON VA BIENTÔT VALIDER SOUS FORME DE CONVENTION, et c'est un partenariat naturel, et EN FAIT EN NÉPHROLOGIE C'EST UN MONDE ASSEZ RESTREINT, ON SE CONNAÎT TOUS ET LES GENS AVEC LESQUELS ON TRAVAILLE.

Au cours de mon évolution ici, j'ai assisté à des cours de transplantation rénale, je vais aux DIFFÉRENTES RÉUNIONS DES HÔPITAUX, JE RESTE TOUT À FAIT PRÉSENTE AVEC MES COLLÈGUES HOSPITALIERS, de façon à CONTINUER À TRAVAILLER AVEC EUX. AVEC LE PRIVÉ J'AI MOINS DE RELATIONS, J'AI DES RELATIONS AU MOMENT DES CONGRÈS, mais on a peu de transferts les uns vers les autres, ça nous arrive de transférer des patients. La plupart du temps mon partenariat naturel est avec l'assistance publique ».

DES CONDITIONS DE TRAVAIL NETTEMENT AGGRAVÉES CES DERNIÈRES ANNÉES

- La charge de travail a énormément augmenté, en particulier à cause des tâches administratives et organisationnelles instaurées au détriment de la clinique ; l'impression d'être toujours mauvais quelque part : plus éloigné du malade, mais aussi des infirmières et des techniques de soins.

« Avec les difficultés qu'on rencontre aujourd'hui, parce que c'est vrai que c'est de plus en plus difficile d'avoir des lits d'hospitalisation en néphrologie, parce que le transfert d'un patient dans une unité d'hospitalisation prend énormément de temps, qu'il y a moins de disponibilités, j'ai la nette impression que les conditions de travail se sont nettement aggravées ces dernières années (...) Je dirais que je n'ai jamais autant travaillé que depuis que j'ai passé 50 ans. C'est-à-dire que ma charge de travail – c'est vrai, j'ai beaucoup d'activités, je le reconnais –, mais MA CHARGE DE TRAVAIL A

ÉNORMÉMENT AUGMENTÉ, ET JE DIRAIS, AU DÉTRIMENT DE LA CLINIQUE, c'est-à-dire que j'ai l'impression, c'est pas une impression, je sais pertinemment que J'AI MOINS DE TEMPS POUR M'OCCUPER DE LA CLINIQUE ET DU PATIENT PAR RAPPORT AUX TACHES ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES QUI ONT ÉTÉ INSTAURÉES. Qui ne sont pas forcément une mauvaise chose en soi, puisque maintenant nous participons à des tas de comités nécessaires comme le CLIN, le CLAN, le CMDMS etc. ; que moi je suis obligée d'animer en tant que présidente de la commission médicale de l'établissement, et donc veiller à ce que ce soit mis en place, ON PASSE ÉNORMÉMENT DE TEMPS DANS CE QU'ON APPELLE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS, MAIS CE TEMPS PRIS POUR CETTE ORGANISATION, EST PERDU EN TEMPS CLINIQUE. Et le problème est de se dire qu'effectivement il était intéressant d'organiser et de structurer, mais COMME ÇA NE S'EST PAS ACCOMPAGNÉ, LOIN DE LÀ, D'UNE AUGMENTATION DU PERSONNEL MÉDICAL, ON FINIT, D'ABORD PAR DÉPASSER LARGEMENT LES TEMPS DE TRAVAIL QUI SONT CENSÉS NOUS ÊTRE ALLOUÉS, ET ON A TOUJOURS L'IMPRESSON D'ÊTRE TOUJOURS MAUVAIS QUELQUE PART. C'est-à-dire que soit je fais bien ma clinique et j'ai plus le temps de m'occuper des différents comités, soit je fais plus d'administratif et à ce moment-là j'ai l'impression d'être pas bonne et ÇA M'HORRIPILE DE NE PAS ÊTRE PRÉSENTE SUR LE PLAN MÉDICAL, ET L'ASSOCIATION DES DEUX EST EXTRÊMEMENT DIFFICILE À FAIRE.

Et si je me rappelle du début où j'ai travaillé ici, où j'ai été embauchée pour gérer 25 patients, quel bonheur ! La même association, le même endroit, mais on a augmenté notre capacité, on était très proches des patients, très proches de l'équipe paramédicale, et les néphrologues mettaient la main à la pâte, c'est-à-dire que brancher un patient en dialyse, ne me posait aucun problème, parce qu'on était très proches. Au fur et à mesure qu'on a évolué dans nos métiers, on s'est éloignés un peu du patient et de l'équipe paramédicale, à qui on laisse les tâches manuelles, et on est rentrés dans ce que j'appellerais plus de théorie, et plus de protocoles, qui nous a un petit peu éloigné du malade, mais C'EST IMPOSSIBLE DE RÉPONDRE AUX OBJECTIFS, EN FAISANT TOUT. Mais moi je dirais qu'ON EST UN PEU PLUS ÉLOIGNÉS DE LA TECHNIQUE MÊME, ET BEAUCOUP PLUS PRIS DANS L'ADMINISTRATIF, CE QUI EST GÉNANT POUR DES CLINIENS.

« On essaye de SE REPARTIR LES TÂCHES ET DE TOURNER DANS NOS RESPONSABILITÉS, moyennant quoi dans une équipe il y a toujours ceux qui font et...voilà. Et CE SONT TOUJOURS LES MÊMES QUI SE RETROUVENT IMPLIQUÉS DANS LES DIFFÉRENTES ANIMATIONS DES DIFFÉRENTS COMITÉS. Ça a l'avantage d'affiner la qualité, ça a le désavantage d'être EXTRÊMEMENT BUREAUCRATIQUE ET ÉNARCHIQUE et pas si évident que ça à faire sur le plan pratique, parce que LA MÉDECINE, à mon avis, et peut être j'ai cette formation littéraire qui me permet, C'EST D'ABORD VOIR LE PATIENT, L'ÉCOUTER, METTRE LES MAINS, C'EST UN MÉTIER D'ARTISAN, et ce que je reprocherai à notre médecine d'aujourd'hui, c'est qu'on s'appuie sur des examens complémentaires qui coûtent très cher et on oublie le temps d'écoute ».

LES RELATIONS AVEC LES PATIENTS

« On a beaucoup de personnes qui, un, ne parlent pas beaucoup le français, deux, ont des façons de s'exprimer en fonction de leur niveau socioculturel différent, et donc IL FAUT LE TEMPS D'APPRENDRE LEURS MAUX, et de comprendre comment ils nous traduisent la douleur avec leurs mots, ce qui n'est pas du tout évident, ce ne sont pas des schémas écrits dans les livres, et puis mettre les mains, parce QU'UN EXAMEN CLINIQUE BIEN FAIT, ÇA VAUT TOUS LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DU MONDE. C'est-à-dire qu'on voit beaucoup de choses sur la peau des gens, sur la manière dont ils se nourrissent, sur le regard qu'on leur porte, sur leur façon de s'habiller, et ça c'est en train de nous être mangé peu à peu, donc ON A TENDANCE À SE RETRANCHER DERRIÈRE DES MODÈLES BEAUCOUP PLUS JE DIRAIS TECHNIQUES, AVEC MOINS D'ÉCOUTE, MAIS PAR CONTRE ON A AUJOURD'HUI UNE TECHNOLOGIE ÉNORME, par contre je dirais QU'AUJOURD'HUI ON FAIT PRESQUE MOINS DE DIAGNOSTICS, QU'ON EST MOINS PERFORMANTS EN DIAGNOSTICS QU'ON ÉTAIT AVANT, avec des moyens plus importants.

UNE COOPÉRATION SPÉCIFIQUE AVEC LES PATIENTS. Moi je vois des chroniques, alors je me dis, mon dieu, j'ai vieilli avec le patient. J'ai des patients qui sont avec moi depuis 25 ans. Et quand ils meurent, parce qu'ils meurent, c'est vrai que c'est douloureux, c'est un détachement...finalement, de la psychiatrie, je continue d'en faire. Nos patients, c'est une prise en charge longue, et spécifique, on va

les voir trois fois par semaine, et on va avoir des problèmes de rapports avec eux, et il faut avoir une relation de connaissance et d'amitié entre guillemets, et en même temps avoir suffisamment de détachement pour pouvoir leur mettre le doigt dans le derrière quand il faut les soigner. On connaît leur vie, leur famille, et eux la nôtre forcément, ils savent quand on est enceinte, (parce que moi j'ai eu deux enfants depuis que je travaille ici), et donc tout ça fait que c'est une relation difficile à gérer. Mais l'avantage qu'on a ici c'est qu'on est en association et ça nous permet d'avoir un service social, et ça nous aide vraiment pour la précarisation. Et puis on a aussi des infirmiers de psychiatrie et une assistante sociale à plein temps qui prennent en charge les patients un peu récalcitrants. Enfin, le fait qu'on soit un grand centre nous aide aussi beaucoup puisque si on a un patient turbulent sur le tas, il va être noyé dans les 200 autres et comme on a beaucoup d'infirmières, ça va être vite géré. Alors que dans un petit centre, dès qu'un patient va faire la bamboula, ça va être tout de suite le drame. C'est le mauvais objet. Mais aussi hélas, nos patients séropositifs, que peu de centres acceptent de prendre et que nous prenons en charge, parce qu'on connaît la tri-thérapie, et qu'on travaille avec les infectiologues, et que ça nous donne une meilleure approche de cette pathologie. Et donc on a des problèmes de logements, et de précarisation, c'est pour cela qu'on a besoin d'une assistante sociale, d'une diététicienne, et on s'est battus pour cette raison avec l'administration (les pauvres), pour avoir des repas corrects pour nos patients à chaque dialyse, et je sais bien que la Sécurité sociale ne prend pas ça en compte, mais bien nourrir les patients, c'est éviter d'avoir les complications secondaires de la dénutrition. Et c'est vrai que c'est l'administration qui paye et on essaye de trouver un juste milieu. Et nous on travaille comme ça. On a chacun nos patients propres, ce qui est important, parce que tu t'imagines, 213 patients, 6 ou 7 médecins, tu demandes à l'un puis à l'autre et c'est vite le bordel. Non, chaque malade a son référent. Si il y a un problème de mésentente, ce qui arrive, on a le droit de changer de médecin et de patient ».

LE DÉSINTÉRÊT DES JEUNES ET LEUR CLOISONNEMENT DANS LE TRAVAIL

« LE NÉPHROLOGUE EST UNE ESPÈCE EN VOIE DE DISPARITION. Donc nous n'avons plus beaucoup de jeunes, et les gens avec lesquels je travaille, le plus jeune a dix ans d'écart avec moi, donc il a une pratique qui n'est pas si éloignée de la mienne. Ce que je peux constater quand j'ai affaire à l'hôpital à un JEUNE INTERNE, C'EST D'ABORD SA DIFFICULTÉ À PRENDRE LES RESPONSABILITÉS, donc je ne lui en veux pas vraiment, mais C'EST COMME SI ON AVAIT PERDU LE BON SENS INITIAL. C'est-à-dire qu'alors qu'on devrait pouvoir travailler en interservice, ILS TRAVAILLENT DE PLUS EN PLUS CLOISONNÉS.

C'est pas un métier interactif parce que c'est d'abord un métier où on fait beaucoup d'hospitalier, où il n'y a pas beaucoup d'ouverture sur le privé, il n'y a pas de consultations privées, et c'est aussi une question de rentabilisation du métier, tu fais des études longues, tu fais des études rentables tardivement, parce qu'il faut compter 12 ans pour être rentable, donc tu vas avoir une carrière hospitalière mal rémunérée, pour le nombre d'études faites, et les horaires demandés, d'autant que l'hôpital a tendance à préférer la recherche aux cliniciens, et donc les postes sont peu importants, il y a beaucoup de gardes, donc il y a un grand investissement pour un retour d'investissement moyen ».

L'HYPERSPÉCIALISATION

« LE PATIENT EST UNE ENTITÉ GLOBALE, et avant de faire de la gastro-entérologie, on fait de la médecine générale, c'est-à-dire qu'on doit voir le patient dans sa globalité, et ensuite analyser les problèmes à l'intérieur de cette globalité (...) Or, quand j'ai appelé la jeune interne, d'abord, le patient ne va pas rester dans son service d'urgences. JE TROUVE QUE C'EST TRÈS DUR LES URGENCES, c'est là où il devrait y avoir le plus de seniors, parce que c'est là qu'il y a le plus le besoin de compétences, parce qu'il faut aborder tout très vite. Les jeunes, aux urgences, c'est bien quand ils sont entourés de seniors, présents, parce que sinon c'est très difficile de gérer l'urgence. Ensuite, elle a appelé l'entérologue, et quand je lui ai demandé d'appeler le transplantateur elle m'a dit 'non' or, voilà, elle a eu cet abord que j'ai vu aujourd'hui, c'est-à-dire qu'on pointe par spécialités, on pointe par spécificités, ce qui fait qu'on voit les gens par une espèce de lunette réductrice, et à mon avis on ne peut pas faire une bonne médecine comme ça parce qu'une bonne approche doit être globale d'abord,

je veux dire c'est presque comme les grecs, c'est idiot, on va dire que je fais, le meilleur des médecins en Grèce était généraliste. Et puis avant d'être généraliste, on était spécialiste. Chez nous c'est le contraire. On est généraliste quand on n'a pas réussi à être spécialiste. Moi je suis mon malade sous tous les plans, je sais tout faire à peu près, et quand j'ai besoin d'examen spécialisés, je vais voir mes collègues, parce que c'est quelque chose que j'ai besoin de pointer. Or là c'est l'inverse, on a tendance à pointer le détail pathologique alors qu'on sait qu'il n'est que l'épiphénomène de quelque chose de plus important. Et je dirais qu'on a tendance à réduire aujourd'hui vers les spécialités, au lieu d'élargir vers la globalité. On est obligés de se spécialiser pour être bons, et on ne peut pas tout savoir, moi je suis d'accord, c'est important de pouvoir se spécialiser, c'est pas un danger en soi, ça nous permet d'être plus performant sur des choses plus fines, mais on ne doit pas avoir que des spécialistes. Ça devient aberrant. On va voir le cardio, le gastro-entéro, le machin, le truc, mais qui a vu le patient, qui sait ce qu'il fait, ce qu'il pense, ce qu'il mange, qui connaît sa vie de tous les jours ? Moi je trouve qu'aujourd'hui on est peut-être pire qu'avant ».

COMMENT TROUVER UN LIT D'HOSPITALISATION

« Quand j'ai un problème clinique à régler, avec tous ces patients avec une moyenne d'âge de 60 ans et un vieillissement profond de la population, quand j'ai besoin d'hospitaliser un patient, soit il répond à un critère je dirais, il a une fièvre, je pourrais le mettre dans mon unité d'hospitalisation, si j'ai de la place, parce que je n'ai pas besoin de plateaux techniques très importants. Soit ce patient a des troubles cardiaques graves, ou un problème chirurgical, ou une spécificité, et alors il va falloir que je me mette en rapport avec l'hôpital qui m'aura adressé le patient au début. Et là commence le problème, c'est-à-dire par exemple que pendant les vacances je n'ose même pas appeler, avec la fermeture des services, c'est monstrueux, ça fait mal au cœur. Donc mon premier objectif, c'est de le mettre dans une unité qui le connaît déjà, donc en fonction de sa pathologie je vais appeler le service. Dans 80 % des cas, je n'aurai pas de place. C'est clair. Donc après, je vais me battre pour le mettre dans le service qui correspond le mieux à sa pathologie, en me mettant en contact avec les néphrologues de l'hôpital de façon à ce qu'ils soient au courant que leur patient est hospitalisé en cardio. Et je peux perdre 2 heures et demi pour trouver un lit d'hospitalisation. Et puis je finis par m'énerver, et puis je vais appeler les autres hôpitaux, et puis je vais finir par faire le tour de ma région, et puis quand j'aurais fait le tour de ma région, je vais me déplacer sur les autres hôpitaux. Et puis quand je finis par être très fâchée parce que j'ai passé 2h à raconter la même histoire pour avoir mon lit, en désespoir de cause, je vais l'envoyer aux urgences parce que là ils vont être obligés de trouver une solution. Et je le fais en dernier ressort, par respect pour les camarades qui sont aux urgences, parce qu'ils sont déjà débordés, et par respect pour les malades parce que je sais qu'ils vont rester deux heures à attendre. Et j'en suis encore obligée aujourd'hui à trouver des lits d'hospitalisation. Et c'est pas un défaut de partenariat, quand j'appelle mes collègues, ils me disent 'je te promets, si je l'avais, je te le donnerais'. Cette espèce de surenchère permanente, bon, moi j'essaie de traiter un maximum de choses en externe, je ne traite le malade que si je n'ai pas le choix, sinon je les gère en externe, je ne vais pas laisser une septicémie courir dans la nature.

Avoir des relations pour obtenir des accueils en urgence. Les relations, les relations jouent beaucoup, le type d'échanges, si on rend des services, la personne en face va faire l'effort de te trouver un lit quitte à pousser un peu les murs. Un temps de médecin pris, mais par exemple moi je vais devoir gérer mon patient moi-même, je vais m'impliquer dans la recherche, je ne vais pas le demander au secrétariat, parce que je vais devoir expliquer les raisons de l'hospitalisation. Parce que la personne habituée sait que tu n'envoies pas n'importe qui, c'est une question de confiance. Mais il y a aussi des gens qui vont aux urgences parce qu'ils sont dans une situation de précarité et qu'ils ne peuvent pas avancer l'argent et donc qui vont se servir des urgences comme d'un dispensaire de soins, ce qui fait que les urgentistes sont confrontés à deux sortes de demandes. Et pourtant, il faut considérer les urgences comme les meilleurs services d'urgence du monde. Et donc il nous faut des vrais seniors ».

DEUX LOGIQUES OPPOSÉES

« Il y a une différence entre un calcul arithmétique de l'occupation des lits, et la réalité du terrain. Le service de réanimation de N... a été fermé, ce qui est une véritable catastrophe pour nous, parce que c'était un service qui prenait très facilement les patients. Et donc c'est comme si tu avais d'un côté une analyse gouvernementale, financière, des coûts et des investissements, et de l'autre côté il y a la pratique. Et même si on a de bonnes relations, si on passe des conventions, on va le faire, et ça va sûrement nous aider, mais quelle que soit la convention qu'on va passer, le jour où on n'a pas de lits, on n'a pas de lits. Et c'est ça le problème. Et quand tu fais le calcul arithmétique, c'est vrai, moi je suis un énarque dans mon bureau, je vais prendre les chiffres, et je vais me dire, 'ce service a tourné à 55 % ; j'ai pas besoin de repolissage'. Et moi qui suis le trou du cul de base en bas je vais dire que j'ai pas de lits. Et je voudrais dire que c'est avec l'administration et l'état que j'aimerais discuter, parce qu'avec mes collègues, ça se passe bien, moi j'ai envie de discuter avec les personnes responsables de la santé, et leur montrer la différence entre les deux logiques, et cette inadéquation ne vient pas du fait que je ne m'entends pas avec mes collègues, mais du fait que j'ai des difficultés de trouver un lit. C'est clair ? !

Il faut que les gens qui sont en charge de la santé, il faut qu'ils prennent en compte le point de vue des gens de terrain. Dans les chiffres ça marche toujours, mais s'il se trouve que les chiffres n'ont plus de rapport avec la valeur réelle, on va avoir un problème ; et la médecine n'est pas une industrie, il y a des périodes pendant lesquelles on va moins travailler, et cela ne sera pas forcément moins rentable pour autant. Et il faudrait une politique qui parte de la base, une démocratie plus de proximité, qui permette de prendre en compte la dimension imprévisible de la pratique médicale. La canicule est un exemple flagrant d'erreur de gestion sanitaire. IL FAUT ADAPTER L'OFFRE DE SOINS À LA VÉRITABLE DEMANDE DU TERRAIN, ET CETTE ANALYSE DOIT PARTIR DE L'EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

SE REMETTRE EN CAUSE POUR COOPÉRER EFFICACEMENT. Alors ici on a une chance, nous avons un travail coopératif, entre nous il n'y a pas de hiérarchisation particulière. On fait des coopératives. Et donc on prend nos décisions à la majorité absolue, pour que ça fonctionne. Parce qu'on travaille chacun comme néphrologue, mais aussi dans la même unité, donc on doit avoir une attitude, face au personnel paramédical, cohérente. Donc avoir des choix communs, sinon c'est pas possible. Donc on a des réunions, toutes les semaines, mais les grandes décisions sont prises dans des réunions exceptionnelles qui arrivent tous les mois. Et ça permet d'avoir un fonctionnement harmonieux. Ça peut être toujours remis en cause si on voit que ça ne fonctionne pas. Et il faut avoir des arguments, et si on n'a pas d'arguments, on doit se plier à la majorité ».

UN SYSTÈME DE COGESTION

Notre structure se trouve à Paris, nous on est en autonomie. Mais au niveau de l'association c'est la cogestion qui va définir les grandes lignes. Mais au niveau gestion quotidienne, ici c'est particulier, on a cette cogestion qui est intéressante. Moi comme je suis présidente de la commission médicale de l'établissement, je participe donc à la réunion de tous les médecins et de tous les cadres de l'établissement, et j'ai affaire avec l'administration, donc c'est vrai que ça prend énormément de temps, d'autant plus que je n'avais aucune formation économique, et les médecins qui font partie de la CME, on a été confronté à nos budgets, et donc moi ça me prend mes week-ends et le soir, et quand je ne sais pas, moi je suis quelqu'un de très simple, je vais demander au comptable. Alors maintenant je deviens très forte, et je peux être à même de critiquer les objectifs de l'administration, parce que je pense que nous avons avant tout un objectif commun, c'est la qualité des soins. C'est vrai qu'AVANT C'ÉTAIT LE PLEIN POUVOIR AUX MÉDECINS, ET MAINTENANT C'EST L'INVERSE, et je crois qu'il y a un juste milieu à trouver, moi en tant que producteur de soins, je dois être aidé par l'administration à produire des soins de qualité et je ne veux pas entendre que je fais des dépenses inutiles, je suis tout à fait capable de prendre mes responsabilités. Je trouve que c'est difficile aujourd'hui de se

battre ensemble avec l'administration au lieu de se battre contre elle parce qu'on trouve encore aujourd'hui des médecins qui n'aiment pas les administratifs et vice versa, et ça c'est très difficile à équilibrer.

Dans la commission médicale de l'établissement, il y a la représentation des cadres infirmiers. Donc je représente les médecins, l'encadrement paramédical, et également les biologistes et les pharmaciennes.

Exemples d'interventions dans les réunions. Il y a d'abord une vue sur les budgets, et à l'intérieur de ce budget il y aura les différents chapitres, et on est appelés à donner un avis consultatif. Normalement la commission médicale de l'établissement donne son avis sur l'embauche d'un médecin. Donc c'est important. Elle s'occupe aussi de vérifier que la formation continue est bien faite. On donne d'abord un avis sur l'orientation qu'on aimerait voir dans cette formation. Et après vérifier que les formations sont bien faites, que tout le personnel en bénéficie. Et si possible que ce soit le personnel le moins qualifié soit celui qui en bénéficie le plus. Ensuite nous sommes responsables du bilan de l'activité de tous les comités, le CLAN, le CLIN, et le QUID, et le CMDMS, donc chaque année je fais un bilan d'activité pour voir si on a bien travaillé et puis éventuellement si j'ai besoin de moyens pour faire mieux fonctionner ces comités. Donc par cette commission globale de l'établissement tu as une vision globale, à la fois financière, et gestionnaire, et aussi l'organisation des soins.

Exemple de dysfonctionnements. Il y a beaucoup de choses sur lesquelles on a été amené à ne pas être d'accord ; nous on a tendance de se placer du côté de la qualité, c'est notre rôle. Ici c'est un service technique, c'est un centre de dialyse lourd, et on a des techniciens sur place qui nous aident à réparer les machines, ils sont sur place, et ça coûte cher d'avoir ses propres techniciens sur place, donc on a une opposition avec l'administration parce que c'est pas un facteur de rentabilité ? Et nous nous défendons le fait que d'avoir nos propres techniciens qui connaissent bien leur métier, qui n'ont pas de contrats avec des constructeurs de machines, et qu'on connaît bien, c'est un facteur de qualité. Pour des raisons évidentes de coopération et aussi parce que ça nous a permis de remarquer des problèmes de fabrication et de vigilance dans les machines qui n'ont pas été remarqués par les constructeurs, d'abord parce que c'est pas leur rôle, et qu'en plus ça nous permet d'avoir toujours des machines. Et face à l'administration j'ai à défendre un coût financier par rapport à un service rendu. Par exemple aussi on n'avait pas de médecin hygiéniste. On a réussi par le biais de la convention à obtenir un médecin hygiéniste à mi-temps, après une longue bataille. On a essayé de démontrer qu'il fallait créer ce poste, pour 1 200 patients, un médecin hygiéniste, ça me paraît la moindre des choses. Et c'est ce genre de problèmes sur lesquels on va se battre.

LA COLLABORATION AVEC LES MÉDECINS marche bien ici. Sincèrement il n'y en a jamais eu des conflits dans l'équipe. Dans les 25 ans, j'ai changé de collègues, et il y a eu des polarisations. Mais à partir du moment que la politique médicale soit faite à la majorité, tout le monde accepte. Je touche du bois. Ils sont super, je pense qu'on fait un métier superbe, qu'on a tous conscience de ce qu'on a envie ou pas de nos patients, et c'est peut-être un effet de nos natures, moi je suis quelqu'un d'enthousiaste, et peut-être j'ai envie que tout marche et je suis heureuse de travailler avec des gens nouveaux, et je suis heureuse de me remettre en cause, et voilà.

LE PERSONNEL PARAMÉDICAL – Alors, on fait des réunions pour dire si on n'est pas d'accord avec la qualité des soins. Et on participe aussi aux réunions d'infirmières. Elles sont nombreuses, on a 45 infirmières ici. 5 surveillantes, une surveillante générale, et 45 infirmières, ainsi que 20 aides soignantes. Et donc on participe aux réunions globales, on réagit quand on est interpellés, et pour faire avancer la qualité des soins on se réunit tous ensemble une fois par semaine, on aborde les problèmes techniques, de personnel et autres.

Les infirmières varient beaucoup, d'abord c'est des gens jeunes, ils n'ont pas des salaires très attractifs, et en plus ça coûte très cher de se loger sur Paris et la région parisienne. [*Ce turn-over*

affecte le travail] Oui, tout à fait, parce qu'il faut former les gens et puis on a des protocoles spécifiques. Alors c'est vrai que notre turn-over a diminué depuis qu'on a notre centre de formation depuis 6 ou 7 ans maintenant. Puisqu'on offre aux infirmières qui n'ont pas de formation en dialyse... Ici avant de mettre une infirmière sur le terrain, elle va avoir une formation pour expliquer ce qu'est une insuffisance rénale et les principes de la dialyse, elle bénéficie d'une formation, et ensuite elle va rester un mois et demi en formation dans le centre avant d'être effective, tout en étant quand même payée, ce qui est un plus. Et je pense que la qualité de la formation, après elle peut travailler un peu partout ailleurs, parce qu'elle se fait une référence, et ça a permis de fixer un peu le turn-over. C'est-à-dire qu'avant il y avait une offre énorme à cause du manque de personnel infirmier, et les cliniques faisaient des propositions financières très attractives, et les gens partaient. Parce que nous on est la convention collective, et on ne dépasse pas la convention collective, alors bon, c'est sûr que les filles peuvent sans problème trouver mieux ailleurs. On a des avantages mais on a des salaires qui sont un peu mieux pour des infirmières. Mais là les filles restent un peu plus et c'est un turn-over moins sensible. Pourtant à un moment ça a été vraiment un problème au sens où on ne pouvait plus prendre en charge les patients en raison du manque de personnel, et on a même été contraints d'embaucher du personnel étranger.

COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIÈRES. Ici, (ça marche) particulièrement bien, je serais tentée de dire, parce qu'on est toujours ensemble sur le terrain. Et on a, on est tous informatisés, et nous avons un cahier de transmission qui est sur écran d'ordinateur, et donc les infirmières ont accès à toutes les informations. Et donc il y a un contact direct par ordinateur, elles peuvent me répondre, quand il y a un problème, elles peuvent m'envoyer un message personnel, en disant 'j'ai eu un problème avec un tel', et ainsi de suite.

Une infirmière en hémodialyse va rester en salle avec le patient pendant 8 heures. À côté du patient. D'autant plus il faut être à leur écoute. Il y a aussi l'aide soignante qui à mon avis est un maillon essentiel de notre équipe qui va être là et qui va écouter le patient et qui va pouvoir entendre plein de choses. **Je considère notre travail comme un travail d'équipe, je n'ai pas le sens de la hiérarchie**, comme vous aurez pu le constater depuis le début, et **pour moi c'est plus une question de responsabilités qui vient du fait que j'ai plus d'études**, et que je peux prendre la responsabilité plus ou moins, mais pour ce qui est de l'entourage du patient, tout le monde a de l'importance, y compris la femme de ménage. Parce que si la femme de ménage va être mal par terre, moi je ne vais pas pouvoir faire de la science, il faut être clair. Donc on a chacun sa place, et **il faut que chacun soit reconnu**, et qu'on fasse prendre conscience à chacun de l'importance de sa tâche. Et même si un rôle est sous évalué économiquement, c'est une question d'études, (une aide soignante n'a qu'une année), bon, elle est très importante, parce qu'elle est à l'écoute, parce qu'elle va aider le patient, parce qu'elle va l'écouter, c'est un maillon essentiel dans l'ensemble des soins, et parce qu'elle va me rapporter des choses. Et l'infirmière a son rôle très important, et moi je suis là pour coordonner le tout et pour venir dire à chacun quelle est sa place, et que chacun est important, et que j'ai du respect pour tout le monde (...) En ce moment je cours beaucoup et que je suis moins présente auprès d'elles. **On est en train de faire un projet d'établissement et que ça prend du temps**, mais ça va. Elles ont accès aux dossiers médicaux par ordinateur, rien n'est fermé pour elles. Tout le personnel médical peut venir discuter ».

ENTRAIDE ET DÉLÉGATION DANS LA COOPÉRATION

« *Dans les pratiques de coopération, dans quelle mesure il y a entraide, et dans quelle mesure il y a délégation ?* On est très limités, d'abord je ne veux pas personnellement, parce qu'il y a un décret infirmier, qui est clair. On ne peut pas déléguer des compétences, donc chez nous les aides soignantes ont un rôle d'aides soignantes, et les infirmières un rôle d'infirmières. Moi je peux déléguer à une infirmière, enfin, elle peut m'aider à faire l'information du patient avant la dialyse, pour faire la prise en charge. C'est-à-dire que je trouve ça très intéressant de faire ma consultation avec une infirmière à qui j'aurais appris un peu ce qu'est la dialyse, et puis de la laisser expliquer au patient, parce que moi je ne peux pas passer 3 heures en consultation, à l'aide d'entretiens, donc je vais la

déléguer pour qu'elle explique au patient qu'est-ce que ce traitement est, et qu'est-ce que sa vie va devenir ».

INFIRMIÈRES ET AIDES SOIGNANTES. Il y a toujours un problème spécifique de reconnaissance des aides soignantes par rapport aux infirmières. Il y en a aussi des conflits, c'est un problème de reconnaissance si tu préfères. C'est-à-dire que souvent le rôle des personnels est mal défini, et je pense qu'on peut améliorer ça, en faisant une véritable formation pour ce personnel-là, pour leur faire comprendre leur intérêt, et le faire à l'ensemble du personnel. Définir un vrai rôle des aides soignantes... parce qu'on voit souvent les aides soignantes faire des choses réservées aux infirmières, et c'est une dérive dangereuse... (*Pour avoir une promotion professionnelle*) il est possible de faire une formation. On peut faire des pas intermédiaires à condition de ne pas perdre son rôle propre. Et le problème c'est qu'en passant aux rôles intermédiaires, elles oublient leurs rôles propres, il n'est plus fait. Et moi je préfère qu'on valorise les rôles propres, quitte à faire des formations intermédiaires sans pour autant tout mélanger. Moi je suis pour une formation précise pour les aides soignantes, pour définir clairement leur rôle et le valoriser, et il faut que chacun prenne ses responsabilités précises, sinon, on a une dérive épouvantable, et on ne sait plus qui fait quoi.

TRAVAIL EN ÉQUIPE ET TRAVAIL INTELLECTUEL. Apprendre, c'est singulier. Le travail d'équipe t'aide à faire la recherche, on est bien d'accord. On ne le fait jamais suffisamment, c'est une question de temps, je n'ai plus assez de temps pour moi. Il faudrait vraiment que je sois une femme exceptionnelle pour tout assumer. Et je ne peux pas tout faire. C'est impossible, la semaine dernière, j'ai travaillé pour 50 heures aussi. Et là j'ai travaillé jusqu'à minuit un quart et à 9h du matin j'étais en train de donner un cours. C'est illégal. Et je ne vois pas comment le faire autrement.

PARTICIPER À DES CONGRÈS OU DES ÉTUDES. Il y a à la fois la connaissance, l'évolution, mais aussi la rencontre avec les autres, donc la confrontation avec ta propre expérience. Moi j'aime participer à des études comme le DOS, qui sont des études internationales où on compare la qualité de ce qu'on fait. C'est des études qui sont chiantes, parce qu'il faut remplir des tas de choses, mais au bout du compte tu vas analyser ce qui se passe aux états unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Europe, et tu vas savoir où tu es. Ça peut passer par des confrontations, on est pas isolés. Il y a pas de mauvaises idées en soi.

Refaire le choix entre l'associatif, le public ou le libéral ? Le public ou l'associatif. Pourquoi ? C'est pas une question d'argent, parce qu'avec le nombre de patients que je gère, là, j'aurais une porche. Non, **j'aime le travail d'équipe, c'est un plus de pouvoir se remettre en cause.** Moi je ne dis pas que c'est pas bien, mais **c'est difficile de travailler seul.** C'est difficile d'être vigilant, d'être stimulé intellectuellement, de participer à des choses quand t'es tout seul. Et ici on peut toujours se remettre en question, on peut toujours aller demander à quelqu'un ce qu'il pense d'un problème sans avoir l'impression de s'exposer, parce qu'il n'y a pas de chef, ici, il n'y a pas quelqu'un qui va aller t'enfoncer pour prendre ta place, on va tous discuter ensemble d'égal à égal.

MESSAGE ADRESSÉ AU MINISTÈRE

« LE PROBLÈME DE MÉDECINE AUJOURD'HUI EST POLITIQUE. Je veux dire que le jour où on a décidé de contrôler les dépenses de santé, en contrôlant l'offre de soins, on a peut-être fait une erreur ce jour-là. Et pourtant les canadiens avaient fait la même chose que nous avant nous et avaient déjà fait l'analyse de leur erreur. Là on est en train de payer les erreurs des choix de cette période. Pour former une infirmière il faut 3 ans et pour former un spécialiste il faut 12 ans. Et je dirais qu'après 12 ans on est pas parfaits. On manque d'affinage. Et là on est dans une période de creux. En plus la population vieillit de plus en plus, on fait beaucoup d'efforts, et parce qu'on vit vieux, on voit apparaître des pathologies de vieillissement qu'on ne voyait pas avant. Et plus on va rajouter là-dessus la précarité sociale et l'isolement. Et on va voir apparaître des pathologies nouvelles. Et avec ça on a un système de santé qui est fabuleux, ce qui est une chance, mais qui est moins bien actuellement, en état de réduction, et extrêmement difficile à gérer. Je ne dis pas qu'on n'y met pas d'argent, l'argent n'est pas mis là où il faut et puis peut être ce qui manque c'est l'absence de prévention en France. Je trouve qu'il manque totalement cette dimension de la prévention en France, moi j'aurais aimé voir les patients avant qu'ils tombent malades et cette dimension de la prévention est totalement négligée ; en plus on voit apparaître tout un tas de maladies dues à la précarité, des pathologies d'exclusion que

nous ne voyons pas avant. D'accord ? Nous, la tuberculose, nous ne la voyons qu'en question d'internat avant, et puis je n'ai jamais eu à traiter de tuberculose durant mes premières années, et maintenant on en voit de plus en plus, et c'est une réalité, et ça pour y faire face, on n'a pas les moyens. Et oui !

J'ai peu de message personnalisé parce que mon message personnalisé passe par les urnes. Comme je suis appliquée dans mon métier, je suis aussi appliquée dans ma vie citoyenne. Et je pense qu'il est important et nécessaire de parler des économies de santé, mais il ne faut pas oublier que si nous sommes consommateurs de dépenses, de santé, nous produisons aussi des richesses. Je serai reconnaissante au ministère d'y penser. L'hôpital coûte cher, mais l'hôpital c'est aussi des médecins, des infirmières, des aides soignantes, qui ont des salaires, qui cotisent et consomment. Donc, il faut toujours faire la part des choses entre les dépenses et les recettes. Ensuite, par rapport aux économies de santé, bien sûr il y a toujours des problèmes de gestion, il est bien comme on a dit tout à l'heure, de ne pas avoir une vision uniquement énarquique de chiffres. Et que la vision du terrain, ils sont encore trop éloignés de la vision du terrain. Je suis parfois surprise des gens qui nous représentent au niveau du ministère. Et ce n'est pas toujours les gens qui sont directement attachés au terrain qui sont représentés au ministère. Pourquoi ? Peut-être parce que ceux-là n'ont pas trouvé de poste dans leur propre métier. Ça devient inquiétant. C'est difficile de faire une démocratie directe dans mon métier, mais peut-être faut-il faire un effort pour savoir quelle est la véritable demande. On peut le faire avec des chiffres. C'est un fait. Si moi j'étais ministre de la santé, monsieur le ministre, je commencerais par avoir une politique globale d'environnement, car les maladies aujourd'hui c'est essentiellement une question de prévention, et la prévention c'est une question environnementale, et industrielle. Donc commençons à travailler tous ensemble, avec le ministre de l'industrie, avec le ministre de l'agriculture, avec le ministre de la santé et celui de l'éducation nationale, car la santé ça commence à la petite école. Ensuite quand on aurait fait ce programme global, alors il faut s'occuper du terrain et de la véritable demande. Les soignants ne sont pas toujours des emmerdeurs paranoïaques qui souhaitent avoir le maximum de moyens pour faire des belles recherches. Les soignantes sont des gens qui essayent de bien faire leur travail avec des patients en difficulté, en précarité, et qui ont besoin de moyens pour travailler ».

Danielle (MP37), depuis 2002 chef de clinique de pédiatrie d'un CHU parisien, un des 4 centres pédiatriques parisiens. Son père est gestionnaire comptable, et sa mère a été conseillère de banque au plan. A part la pédiatrie, dans l'hôpital il y a la maternité et des services technico-biologiques, donc beaucoup d'enfants sont consultés. Son public est du nord parisien, c'est-à-dire relativement défavorisé. « J'ai remarqué depuis le changement des lois sur l'immigration, on nous demande plus de certificats qu'auparavant pour la préfecture, et que la préfecture est très exigeante, et c'est plus difficile qu'avant. J'ai été aussi frappée par le nombre de personnes qui *vivent à l'hôtel* ».

« Je suis chef de clinique pédiatre à [l'Hôpital] depuis un an, j'ai fait mes études médicales à Paris, à Cochin, j'ai passé l'internat et fait une spécialité de pédiatrie qui a duré 4 ans. J'ai terminé mes études générales il y a 6 ans, ensuite j'ai commencé la spécialité qui dure 4 ans et j'ai fait une année de plus pour faire des remplacements, et la fin de mes études, c'était réellement il y a un an et demi, et je n'avais pas la possibilité d'enchaîner directement sur un poste de chef de clinique, donc pendant un an j'ai pris des vacances à l'hôpital, à la fois aux urgences de N... et aussi à D..., et depuis novembre 2002 je suis chef de clinique à [l'Hôpital] en pédiatrie générale.

Elle cherche à se réorienter en fonction des impératifs de la vie familiale (second enfant), vers la médecine du travail éventuellement. Ce que je fais m'intéresse, mais je ne veux pas faire ça toute ma vie, parce que c'est fatigant, en plus l'éloignement du domicile joue beaucoup, j'essaierai de trouver un lieu d'emploi plus proche de chez moi, en fait le travail de chef de clinique dure deux ans, et j'ai déjà fait une année donc il me reste un an à finir, et je vais essayer de trouver un travail qui me permette d'avoir des horaires plus souples ; je n'ai que deux gardes par mois mais je crois que je travaille à peu près 50 h par semaine, ça fait déjà beaucoup.

Je crois personnellement que ce que je fais, c'est très intéressant, et je crois vraiment qu'il y a un choix à faire entre le temps libre et le temps de travail, car en choisissant de travailler moins et d'avoir plus

de temps il y aura moins intérêt. LA PÉDIATRIE N'EST PAS UN BON SECTEUR POUR LA CHARGE DE TRAVAIL, mais il y a effectivement des collègues qui ont fait les mêmes études que moi dont le travail est aussi intéressant mais avec moins d'astreintes, en hôpital mais aussi en entreprise.

Dans quel type de travail, ça dépend des structures. Parce qu'EN CHU LA CHARGE DE TRAVAIL EST PLUS LOURDE et il n'y a pas forcément de places pour tout le monde, mais le travail est plus intéressant, bon, ça sera peut-être en clinique, en maternité, dans un hôpital non universitaire, je ne sais pas encore ».

UNE CHARGE DE TRAVAIL TRÈS IMPORTANTE

« Effectivement ce qui peut changer d'un milieu à un autre c'est que la charge de travail peut retentir sur les relations entre les gens. Donc effectivement c'est peut-être le point négatif de l'endroit où je travaille actuellement c'est-à-dire que la charge de travail étant très importante, ça peut retentir sur les relations entre les gens qui sont plus tendues ».

UNE JOURNÉE DE TRAVAIL ORDINAIRE

« Une journée type c'est d'abord la matinée au cours de laquelle on fait la visite des malades hospitalisés et donc on fait les prescriptions hospitalières pour la journée à suivre, et puis l'après midi qui va consister à poursuivre ce travail pour les internes et pour les chefs de clinique à encadrer, à aller quelques fois en consultation, mais surtout à faire beaucoup de travail de secrétariat. Mais on n'a pas beaucoup de temps pour faire tout ce boulot. Et après 17h, celui qui est de service va faire un tour des malades pour vérifier que tout va bien, ça peut être très rapide et ça peut tout aussi bien prolonger la journée. Le matin, ce qui est important, c'est de pouvoir voir les infirmiers qui s'occupent des patients pendant la nuit pour nous raconter ce qui s'est passé, alors les infirmiers travaillent soit en 12 heures soit en 8 heures et dans mon service elles travaillent en 12 heures, Donc elles arrivent le matin entre 6 et 7h et elles ont le temps de faire un tour avant nous, pour nous dire ce qui s'est passé, et ensuite elles peuvent nous les raconter, et puis elles ne changent pas pendant la journée ».

COOPÉRER AVEC LES ÉQUIPES DE SOINS

« *Des possibilités pour vous de les aider dans leur travail ?* Alors les aider, oui mais pas faire les choses à leur place, parce que ce n'est pas du tout apprécié, mais puisque nous prescrivons ce qu'elles doivent faire, il faut toujours expliquer. De quelle manière informer, est-ce qu'il faut le faire à chaque fois qu'on change quelque chose ou en bloc ? C'est un peu au coup par coup, il n'y a pas de règle, mais bien sûr que si on change quelque chose sans en avertir l'infirmière, elle ne va pas être contente, car elle va s'en apercevoir au dernier moment. Et comment les aider autrement, elles sont effectivement en sous-effectif, c'est-à-dire qu'il n'y a pas assez d'infirmières et elles sont toujours débordées, en plus il y a les arrêts de travail, mais on ne peut pas faire non plus le travail à leur place, donc je n'ai pas trop de réponse, je pense que les cadres infirmiers les aident de temps en temps. Il y a trois unités d'une dizaine de malades, les jours fastes on a 3 infirmiers pour dix et une à deux aides soignantes par unité, qui aident beaucoup, et puis on a trois cadres, un supérieur qui supervise un peu mais qui est quand même plus distant, et deux cadres normaux qui alternent, c'est pas beaucoup mais ça suffit parce qu'elles sont là pour gérer le planning des infirmières et aider quand il y a un coup dur...

Des tensions ? Il y en a toujours, bien sûr, et dans les services que j'ai vu qui tournent en 3/8, il y a BEAUCOUP DE TENSIONS QUI TIENNENT AUX CHANGEMENTS D'HORAIRE. Depuis la pénurie d'infirmières, elles sont de plus en plus amenées à moduler leur emploi du temps. Avant, lorsqu'elles étaient du matin, elles étaient du matin, maintenant ça bouge un peu plus, chez nous c'est différent, car c'est soit le jour, soit la nuit, mais on leur demande de choisir une période pendant laquelle elles vont travailler la nuit pendant 3 mois. J'ai pas trop d'idées sur les problèmes que ça peut poser parce que je m'en occupe pas du tout, ni même mes supérieurs, c'est vraiment une affaire de cadres infirmiers, mais c'est surtout le problème de la charge de travail, en plus un week-end sur deux, et douze heures de travail plus le temps de rentrer chez elles, ça fait des grosses journées.

Intervenir dans des réunions ? Honnêtement, je n'en sais rien, parce que je sais qu'il y a des commissions, mais je n'en fais pas partie et je ne sais pas si ça se discute avec les médecins de l'hôpital car je ne suis pas là depuis assez longtemps. Une à deux fois par an il y a une réunion, qui s'appelle LE CONSEIL DE SERVICE, à laquelle participent tous les membres d'un service au cours de laquelle on peut être amenés à discuter des relations qui se passent au sein d'un service, etc. Et donc c'est vrai que nous ne pouvons pas faire grand chose au niveau des effectifs. Et il y a une autre chose qui peut retentir sur nous, c'est-à-dire quand l'hôpital et l'état décident quelque chose comme LE PLAN BLANC, par exemple, du jour au lendemain, il doit y avoir tant de lits qui ouvrent et on doit trouver des infirmières pour s'en occuper, mais il n'y a pas plus de médecins, ce qui fait que c'est assez désagréable, pour nous. À l'inverse, au moment de la fermeture de cette unité supplémentaire pour la fin du PLAN BLANC, on nous a demandé de virer nos malades pour des raisons de fermeture et de manque de personnel, c'était vraiment ça, hein ! VIRER NOS MALADES ! Alors on n'était pas contents du tout pour notre travail et puis pour les malades.

Elle participe à la formation du personnel de soins nouvellement recruté : pas de manière officielle, parce que ce sont les cadres qui sont censés le faire, mais pratiquement il faut que je sois là pour les gestes les plus difficiles et ça alourdit un peu mon travail. Bon, c'est bien qu'il y ait un turn-over, mais pas trop important ».

ENCADRER LES INTERNES. « Donc le matin on arrive et on essaie de voir les infirmières pour qu'elles nous racontent ce qui s'est passé pendant la nuit, puis pour nous c'est plutôt médical, on voit les patients, bon, LE CHEF DE CLINIQUE EST PLUTÔT EN RETRAIT, c'est l'interne qui doit faire une grande partie de ce travail, nous on a plus un rôle de conseil et d'encadrement, bien sûr, quand il y a beaucoup de travail, nous on en fait la moitié, cela va de soi. Les internes n'assument pas la responsabilité dans leur statut, c'est nous qui l'assumons et dans ce service nous sommes trois plus un qui est détaché, un par unité. Du coup, le matin je m'occupe de l'unité dont je suis responsable et je ne travaille pas avec les autres médecins parce que CHACUN TRAVAILLE DANS SON COIN, par contre je vais être amenée à travailler avec les internes, qui eux sont en première ligne mais qui ne sont pas responsables des malades. Donc il faut les aider et les encadrer. Ça dépend fortement de leur expérience et de leur âge, et pour notre section ils arrivent souvent très jeunes, donc il faut tout leur apprendre. Ils sortent du diplôme, ils n'ont jamais rien prescrit, mais au bout d'un an et demi d'expérience ils peuvent faire beaucoup de choses. Actuellement nous sommes en semestre d'été, donc ce sont tous des internes qui ont commencé l'hiver et qui ont donc 6 mois d'expérience, donc ça se passe bien, l'été c'est plus facile parce qu'il y a moins de malades et que les internes ont plus d'expérience, l'hiver c'est l'inverse. Pour le personnel hospitalier c'est un peu plus difficile, c'est quand même long six mois, si on tombe sur quelqu'un qui ne nous convient pas du tout.

LES FONCTIONS UNIVERSITAIRES CONCERNENT LES EXTERNES, c'est-à-dire les étudiants, et non plus les internes qui sont déjà diplômés. Pendant les 6 premières années d'études, des externes viennent en stage, mais on a aussi des fonctions universitaires par rapport aux internes, parce qu'on leur donne des cours, en fait on organise un planning de cours toujours au début du semestre, et chacun participe aux cours mais je pense que l'encadrement du matin fait plutôt partie des fonctions hospitalières. Les fonctions universitaires sont plutôt dirigées vers les externes auxquels il faut montrer les bases. Une des choses que je peux déplorer au niveau de l'organisation de notre travail c'est qu'on n'a pas assez de temps à consacrer à la constitution du dossier médical qui a de plus en plus d'importance à notre époque.

S'il y a une sorte de division du travail ? Non, c'est plus à faire ensemble !

[Les plus jeunes] ne sont pas capables de faire les choses les plus complexes et on leur demande surtout de faire du rangement, c'est pas très intéressant, mais il faut bien, tout le monde le fait, eux ils le font aussi, nous aussi. Les fiches qu'on peut être amené à remplir c'est le travail du chef de clinique, c'est pas très intéressant pour les internes, ils peuvent aussi bien l'apprendre en une heure quand ils en

auront le besoin, alors moi je le fais, tout ce qui est ordonnance c'est le travail des internes et on apprend aux externes à en faire. Alors, l'enseignement ça va être au lit du malade ou dans une salle pour regarder une radio, et c'est mieux d'être à plusieurs.

Les chefs de clinique font deux GARDES par mois, et les internes en font plutôt trois ».

PARTAGER LE TEMPS

DE LA MATINÉE À L'APRÈS-MIDI. « La matinée on n'est pas tout seul, on ne circule pas en groupe, mais c'est-à-dire que bon, c'est très haché, je vous donne l'impression que tout se passe ensemble, mais souvent on commence à faire quelque chose et puis on est interrompu, on est tout les temps sollicité par une infirmière, une secrétaire, le téléphone...

En fait la matinée commence vers 9h et se termine vers 1h, 2h, c'est vraiment long, il y a beaucoup de choses à faire, il faut préparer les ordonnances, les rdv pour la sortie, au cas où l'enfant doit sortir dans les deux jours...

L'APRÈS MIDI C'EST PLUS RAPIDE, la première partie, c'est-à-dire de 15 à 17, est destinée à ce que chacun finisse ce qu'il n'a pas pu finir le matin, en sachant qu'il peut y avoir des transmissions autour des malades, c'est-à-dire qu'il arrive qu'on s'assie autour d'une table pour transmettre aux médecins qui prennent le relais en fin d'après midi ce que les médecins du matin ont à dire à propos des malades, ça s'appelle une contre-visite qui doit permettre aux médecins qui doivent partir à 17 heures de se libérer. Donc on s'assoit à 5 ou 6 avec un cadre infirmier qui doit être informé des mouvements de malades prévus pour l'après midi, et on fait ça un après midi sur deux, et ça dure une petite heure. En fait cette réunion a pour but d'améliorer la communication, et de rentabiliser le travail, donc ça nous permet de ne pas découvrir des problèmes au dernier moment, de connaître l'état du service, le nombre de lits disponibles...

L'après midi, le temps de contre-visite, là, on travaille moins en relation avec les gens, je ne pense pas être la seule à la vivre comme ça, on a envie que ça se termine le plus vite possible et CHACUN TRAVAILLE DANS SON COIN et puis dès que c'est terminé on s'en va. Elle est lourde cette période de la journée parce qu'on a toute la journée derrière et qu'on n'a pas envie de faire de l'enseignement, de faire du relationnel, etc. Ça dure entre 1h30 et 3H, ça se termine fréquemment vers 20h. Alors je peux vous parler de problèmes relationnels à ce niveau-là, parce que 19h c'est l'heure charnière où intervient le changement des équipes d'infirmières et idéalement il faudrait que le travail de contre visite soit achevé avant que l'équipe change, ce qui permettrait une transmission de l'information correcte, car on serait disponibles, mais ça ne se passe jamais comme ça, parce qu'on a jamais terminé et que du coup les infirmières font un peu leur TRANSMISSION AU PAS DE COURSE, nous on a besoin de documents dont elles ont besoin aussi, donc on se marche un peu dessus.

LA CONTRE-VISITE est très importante, puisqu'il n'y a pas de médecin qui reste de garde dans notre service, les seuls médecins en cas de problème sont les médecins de garde aux urgences qui sont eux-mêmes très sollicités du fait de la forte affluence.

L'idéal (*pour tenir l'équipe sous tension*) ce serait d'être un peu disponible pour chacun tous les jours, c'est-à-dire pour chaque partie de la hiérarchie, mais on est obligés d'être disponibles pour les malades tous les jours, parce que leur sort en dépend, mais pour la formation, on ne peut pas être disponibles tous les jours en pratique parce qu'un jour il y a la visite du patron, un autre jour, on doit donner un cours, un autre jour il y a trop de travail, et si on ne s'occupe pas des externes, ils viennent et quand ils en ont marre ils s'en vont, et c'est pas pratique cette manière de fonctionner parce que vous savez, nous sommes payés à moitié par l'université et à moitié par l'hôpital, et on est censés dans notre pratique se débrouiller pour consacrer du temps à la formation, mais le matin on ne peut pas le consacrer qu'à ça, sinon on ne fait pas le reste ».

DEUX VISITES

« En fait il y a deux types de visites, ils ne font pas du tout le même type de visite, le praticien hospitalier a choisi de faire une visite assise, c'est-à-dire que tout le monde se met autour d'une table, c'est-à-dire les médecins, les cadres infirmiers et idéalement une infirmière responsable du service.

Bon, et là on parle de tous les malades, c'est une sorte de réunion de synthèse, qui a lieu une fois par semaine, les étudiants ne sont pas là, et on aborde tous les cas. Le chef de service peut être là, mais souvent il n'est pas là. La visite du chef de service se passe une fois par semaine, le matin, au chevet du malade, en fait plutôt dans le couloir, et c'est confidentiel, comme dans le temps, et en fait cette visite est faite pour les étudiants qui présentent les cas qu'ils connaissent, et là c'est plus facile pour les infirmières d'être présentes, parce qu'elles voient qu'on est là et qu'elles viennent et quand elles ont autre chose à faire elles s'en vont. Et puis il peut y avoir l'assistante sociale, bon, on discute dans le couloir, pas devant les parents, mais quand même tout le monde qui passe peut entendre ce qui se dit, et puis le chef de service peut entrer dans toutes les salles, tout le monde n'entre pas bien évidemment, mais cette façon de faire, moi j'aime pas beaucoup parce que ça ne respecte rien ».

SOCIABILITÉS

« Les problèmes relationnels peuvent être abordés (dans les réunions) selon les souhaits de chacun, mais il n'y a pas de réunion spécifique faite pour ça.

Avec, *les aides soignantes*, par exemple, les repas, nous ne les partageons pas avec elles, les infirmières ou les aides soignantes, il n'y a pas de séparation formelle, mais chacun reste avec ses pairs. J'ai observé cela ailleurs aussi. Le seul endroit où ça ne se passe pas comme ça c'est dans le service de réanimation où tout le monde mange dans le service, mais ça c'est particulier.

Les aides soignantes et les infirmières mangent ensemble, par exemple, mais pas celles de la même section, puisqu'à l'heure des repas elles vont devoir se relayer, l'une des deux va pouvoir aller déjeuner pendant que l'autre veille.

Se voir à l'extérieur de l'hôpital, à l'occasion de pots ? Il y a des fêtes aussi et là les gens se mélangent, par exemple je suis allée à une fête organisée par une infirmière où les médecins étaient invités, bon, c'est sûr qu'il n'y avait pas beaucoup de médecins, parfois il y a des médecins qui partent faire quelque chose ensemble à l'extérieur de l'hôpital, et les infirmières ne sont pas invitées, et c'est vrai que généralement c'est assez séparé. Par exemple, il y a une tradition selon laquelle le chef de service invite au restaurant tous les médecins, une fois tous les 6 mois, et il n'invite jamais les infirmières.

(Pour moi,) en fait j'ai pas beaucoup de temps en dehors de l'hôpital pour m'occuper de ma vie privée et les réunions hospitalières moins il y en a et mieux je me porte.

Dans d'autres services, les équipes plus jeunes qui n'ont pas de vie de famille sortent plus souvent, mais c'est vrai que tous ceux qui ont une vie de famille ont autre chose à faire.

Est-ce qu'on peut observer un certain esprit d'équipe ? Ben, sur le lieu de travail, oui, c'est important de penser qu'on appartient tous à une équipe et qu'on doit réaliser ensemble un travail auquel on aura tous participé, mais ça c'est sur le lieu de travail, et pas en dehors.

Qu'est-ce qui pouvait favoriser l'esprit d'équipe ? Et bien il y a un facteur que je n'avais pas forcément évoqué, c'est que du fait de la charge de travail et des tensions, il va y avoir des mouvements de personnel qui sont néfastes, des départs, des renouvellements, et c'est difficile car quelqu'un de nouveau doit être intégré et on doit établir une relation de confiance, et ça prend du temps ».

PROBLÈMES DE COMMUNICATION

« Oui, il y en a tout le temps. Par exemple on a oublié de dire quelque chose et comme on est continuellement interrompus dans le travail, on oublie quelque chose et on y revient au moment le moins opportun et du coup c'est désagréable donc ça crée des problèmes de communication. Les fins de journées sont difficiles, à partir de 17 heures l'effectif médical est restreint, il reste 2 médecins, un interne et un chef de clinique pour s'occuper des 30 patients, et en fait il faut vérifier que tout va bien parce qu'il n'y a pas de garde et en plus il faut s'occuper des nouveaux entrants dans le service. Une des difficultés relationnelles avec les gens de l'hôpital, c'est le problème des horaires, et là je peux vous parler des RELATIONS ENTRE LES SERVICES, c'est-à-dire ENTRE NOUS ET LES GENS DU SERVICE DES URGENCES qui nous envoient des enfants, c'est qu'il y a UNE TENSION TRÈS FORTE ENTRE NOUS parce que si ça fonctionne pas, ça va très mal.

On est en contact avec LE PERSONNEL DES URGENCES qu'on apprend à connaître au fur et à mesure et les problèmes sont du même ordre, la fatigue, l'impatience, mais le type de relations est le même, c'est-à-dire ce qui change c'est qu'il y a moins de relations d'explication parce qu'il faut aller plus vite, mais la relation de dire à l'infirmière ben voilà cet enfant a ça et j'ai prévu ça, c'est pareil.

L'usage de l'informatique améliore la communication. Effectivement, nous commençons à être branchés sur un système qui nous permet d'avoir les résultats d'examens sur l'ordinateur directement, et le système de prescription n'est pas le meilleur, mais il nous permet aussi de gagner du temps, ça nous permet de ne pas perdre du temps à copier. D'autant plus que la prescription doit être désormais renouvelée tous les jours, sauf en gériatrie. Il n'y a pas d'autre système dans notre service, mais aux urgences il y a un système qui s'appelle URCAL, qui est utilisé dans beaucoup de services d'urgences et qui est très bien.

Courriers : les médecins s'écrivent plus qu'ils ne se parlaient ? Le courrier ne sert pas à grand chose, on envoie un courrier lorsqu'il y a un enfant qui est suivi par trois médecins, c'est très impersonnel, mais si on veut vraiment discuter il faut prendre le téléphone, c'est facile. Le courrier n'a pas grand intérêt parce qu'il est décalé dans le temps, il faut prendre le temps de le dicter, que la secrétaire le tape et le signer, puis l'envoyer. Ça prend deux semaines donc ça n'a aucun intérêt ».

LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

« Bien entendu il y a les internes qui participent activement à cette tâche d'explication, alors que les infirmières ne sont pas censées donner d'informations. Donc on peut être amené à discuter soit au lit des patients soit dans une chambre à part, et ici on a un service d'interprète parce qu'on a souvent un problème de langues. Ça nous pose souvent de lourds problèmes parce que nous n'avons pas assez d'interprètes et que ceux que nous avons ne sont pas forcément formés. La culture joue aussi dans la transmission de l'information. Souvent ce sont eux qui apportent des interprètes de l'extérieur, des amis. Au début j'étais assez contre les interventions de traducteurs extérieurs mais j'ai changé d'avis depuis grâce à l'observation ».

LES ASSISTANTES SOCIALES, UNE COOPÉRATION INDISPENSABLE

« C'est vrai qu'on sollicite énormément les circuits sociaux, et bien d'avantage que ce que leurs moyens permettent, c'est-à-dire que les parents nous sollicitent et nous nous appuyons sur les services sociaux pour leur répondre, et ça fait partie de notre travail parce qu'on sait que les soins que les parents pourront apporter aux enfants dépendront beaucoup de la résolution de leurs problèmes sociaux.

Les relations sont très importantes avec le personnel social, et pour nous, il y a l'assistante sociale du service qui sert d'interface avec les services sociaux extérieurs, ce qui nous fait gagner du temps, et puis il y a pas mal de situations où on apprend à faire soi-même le travail pour gagner du temps, par exemple des certificats et ce genre de choses. Il faut beaucoup communiquer avec l'assistante sociale car elle peut nous aider et nous apprendre beaucoup de choses, mais elle est toute seule, et il y a beaucoup de problèmes, il y a ceux qui n'ont pas de papiers, ceux qui vivent à l'hôtel, ceux qui n'ont pas de travail, pas de sécu, et au début on ne sait pas répondre à ce genre de problèmes mais on apprend, pour pouvoir les rassurer et effectuer les soins correctement, par contre on ne donne pas de médicaments, parce qu'on n'a pas de stock, et que les gens du coup n'achètent pas, alors il faut faire très attention à ne pas prescrire des médicaments non remboursés, parce que les gens n'achètent pas, et bizarrement en pédiatrie on a beaucoup de médicaments non remboursés qui sont indispensables. On peut être souvent en contact avec les PMI, on peut être contactés par des services sociaux extérieurs qui s'occupent d'un enfant, et là ça passe généralement par l'assistante sociale, même par téléphone, ce qui est très pratique pour nous aider à résoudre des problèmes. Je pense qu'on est en sous effectif aussi à ce niveau-là ! »

QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR LE MINISTÈRE

« Il faut qu'ils améliorent les effectifs et qu'ils anticipent sur les besoins de la population. Une des grandes inquiétudes de nos jours est le système de santé qui a été un des meilleurs et qui est en train de se casser la gueule. Alors ils ont intérêt à y travailler ».

Joëlle (MO38), médecin associatif de rééducation, à la retraite depuis janvier 2004

Femme de chirurgien chef de service et fille de médecin de campagne (montagne), a fait ses études de médecine à Paris, a passé sa thèse de mémoire sur le monde de l'enfance et (la) malformatique (transcription incertaine) en 69. Étant allée au cours de ses études à l'hôpital R., avait rencontré des grands maîtres de la scoliose évolutive, et de là est partie en orthopédie infantile à l'hôpital S., où elle a eu d'autres rencontres décisives pour sa carrière.

« J'ai fait des aides opératoires en orthopédie pendant une année et demi, ce qui fait que j'ai une bonne formation en orthopédie infantile et en neurologie, ce qui était deux points importants pour les enfants qu'on voyait beaucoup à Garches. Tout enfant qui grandit et qui a des problèmes neurologiques a aussi des problèmes orthopédiques. Là-dessus j'ai commencé parallèlement à la fac parce que J'ÉTAIS ASSISTANTE DE FAC EN HISTOLOGIE ET JE ME SUIS RÉORIENTÉE DANS LA RÉÉDUCATION. J'ai travaillé à Garches et à l'hôpital des étudiants, où j'avais une clientèle un peu plus âgée, puisque c'était des étudiants. Donc LES PROBLÈMES ORTHOPÉDIQUES QUI ÉTAIENT CEUX DE L'ADULTE PLUS LES PROBLÈMES NEUROLOGIQUES qu'on découvrait et qui étaient extrêmement variés, ce qui a pas mal enrichi mes connaissances en neurologie. J'ai déménagé et JE SUIS ARRIVÉE ICI, À S. EN 1978, et pendant deux ans on m'a téléphoné après pour me demander si je ne voulais pas venir travailler à la FONDATION P., UN DES CENTRES PILOTES DE L'ENFANCE HANDICAPÉE MOTRICE SCOLARISÉE. J'y suis allée tout de suite, puisque J'ÉTAIS PLUS PRÈS DE CHEZ MOI et ça m'évitait d'aller tous les matins à Paris, vu que j'avais deux enfants. (...)

À l'époque on avait 140 gosses, ma collègue avait la moitié et moi la moitié. Tous scolarisés, tous dans l'ensemble internes à la semaine. Dans l'ensemble, CES ENFANTS ARRIVAIENT DE PARIS ET DE TOUTE LA FRANCE, parce que c'était UNE ORTHOPÉDIE TRÈS SPÉCIALISÉE, et petit à petit, vers 1985 on a eu deux annexes, c'est-à-dire qu'ON OUVRAIT CES CENTRES AUX ENFANTS INSUFFISANTS MOTEURS CÉRÉBRAUX, UNE PATHOLOGIE QUI S'EST BIEN DÉVELOPPÉE, ENTRE AUTRES AVEC LA PRÉMATURITÉ. LE CENTRE DE S. PAR RAPPORT À D'AUTRES. Dans notre spécialité on se connaît tous. Donc on connaît LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DE CHAQUE CENTRE. On est tous à peu près à la même enseigne. Le centre R..., c'est le même, mais ils disent qu'ils ont une scolarité, mais ils n'ont pas l'éducation nationale sur place, c'est des cours par correspondance, sauf pour le primaire, St Jean de Dieu, on se connaît très bien avec les confrères, on a toujours travaillé ensemble, c'est-à-dire si vous voulez, quand il y a eu un article, des dossiers et autres, on a toujours travaillé ensemble, c'est aussi des médecins de ma génération, c'est normal, il y en a de plus jeunes avec lesquels je travaille avec plaisir, et il y en a d'autres avec lesquels on se connaît moins ».

DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, « EXPULSION » DES MÉDECINS ET DÉSINTÉGRATION DE L'ÉQUIPE

« Nous parallèlement, ON A TOUJOURS FAIT PARTIE DE LA SOCIÉTÉ DE RÉÉDUCATION, du geste, des groupes d'études des scolioses, des groupes formateurs pour pouvoir toujours être au top. St Fargeau n'est pas tout près de Paris et à l'époque on emmenait nos enfants en consultation à Paris, on faisait des allers-retours sans cesse. Il y avait un certain nombre de chirurgiens qui venaient consulter, des chirurgiens détachés des services hospitaliers, qui nous envoyaient en post opératoire les enfants opérés pour travailler avec nous sur tout ce qui est rééducation. En plus ON S'EST MIS À BEAUCOUP TRAVAILLER AVEC L'HÔPITAL DE G. parce que ces enfants-là n'avaient pas seulement des problèmes orthopédiques, mais aussi des problèmes respiratoires, au cours du développement de leur croissance

et de leur pathologie. Et petit à petit, AVEC CETTE ANNEXE SONT ARRIVÉS LES IMC ET AUSSI LES HÔPITAUX DE JOUR, c'est-à-dire les enfants de la région qui n'habitaient pas trop loin et qui rentraient le soir chez eux, et c'est là si vous voulez que L'ADMINISTRATION S'EST MISE À NOUS DONNER LES QUOTAS EXTERNES ET L'ASSISTANTE SOCIALE À CHOISIR LES ENFANTS, sans se rendre compte qu'on compliquait de temps en temps la vie de ces enfants-là parce que, je peux vous dire, qu'un insuffisant respiratoire à 6h du matin quand il pleut l'hiver et qu'il doit se lever pour aller à l'école, on ne le met pas dans les meilleures conditions pour qu'il suive l'école (...).

ÇA NOUS A DEMANDÉ UNE GRANDE COOPÉRATION AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE et j'avoue que ça s'est très bien passé, qu'on s'est très bien entendu avec les professeurs et les éducateurs (...) Mais sur le plan administratif, puisque le nombre d'externes augmentait, le nombre d'internes devait diminuer, DANS LES ANNÉES 1990, puisqu'il y avait plus d'externes, ON A TROUVÉ QU'IL ÉTAIT POSSIBLE DE RETIRER DES AIDES SOIGNANTES ET DES INFIRMIÈRES DE NUIT...Et pour moi il est arrivé quelque chose vers 95, la nouvelle directrice a trouvé que pour mieux regrouper les enfants de nuit, il n'y avait rien d'autre à faire que de **VIRER LES MÉDECINS DE LEURS LOCAUX, QUI ÉTAIENT DES LOCAUX CENTRAUX PAR RAPPORT À L'INTERNAT DES ENFANTS, AUX SALLES DE RÉÉDUCATION ET À L'ANNEXE...** Donc on s'est mis à **FAIRE DES KILOMÈTRES DANS LA JOURNÉE POUR CONTINUER À VOIR LES ÉQUIPES AVEC LESQUELLES ON TRAVAILLAIT (...)**, et bien ça change beaucoup de choses. À l'époque, QUAND ON ÉTAIT SUR DES LOCAUX CENTRAUX, ON AVAIT TOUT CENTRALISÉ, LES SECRÉTAIRES, LA BIBLIOTHÈQUE, LES DOSSIERS ET TOUT, ET TOUT LE MONDE POUVAIT CONSULTER LES DOSSIERS, ET ON ÉTAIT DES MANIAQUES DU DOSSIER, et DU JOUR OÙ ON A ÉTÉ EXPULSÉS, PLUS PERSONNE NE VENAIT CONSULTER LES DOSSIERS EN UN AN, ET PUIS LA DIRECTION A DIT : ON INFORMATISE, ET IL A ÉTÉ TRÈS VITE INFORMATISÉ, et le problème c'est qu'il était bien mis, mais LES GENS N'AVAIENT PAS DE FORMATION, NI D'ORDINATEURS POUR ALLER VOIR DESSUS, ET ÇA A MIS PLUSIEURS ANNÉES À SE METTRE EN ROUTE ; et puis **ÇA A AUSSI BRISÉ UN TRAVAIL D'ÉQUIPE**. LE MÉDECIN QUI ORGANISAIT LE TRAVAIL, COMME IL ÉTAIT LOIN, TOUT LE MONDE S'ORGANISAIT SANS LUI, donc la chef kiné disait une chose, la kiné en faisait une autre, **CONCLUSION, LE RÔLE DE COORDONNATEUR QU'ON AVAIT ÉTAIT BIEN PLUS DIFFICILE À GÉRER**. Et on était toujours très contents de nous voir, ON A BIEN MIS TOUTE UNE ARMADA MODERNE DE COMMUNICATION. Et là-dessus ON NOUS A MIS UNE SURVEILLANTE GÉNÉRALE, QUI A FAIT DES PLANNINGS À LONGUEUR DE TEMPS, MAIS QUI NE CONNAISSAIT PAS LES MALADES, ce qui est certainement très bien pour le personnel, mais ce qui nous nous a paru quand même invraisemblable. Si vous voulez, à une époque, l'infirmière chef, c'était elle qui connaissait le mieux les gosses, et c'était elle qui pouvait dire à l'infirmière 'les urines ne sont pas claires, vous prévenez tout de suite le médecin'. Donc si vous voulez, IL Y A EU PETIT À PETIT UNE DÉGRADATION TRÈS NETTE DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, et on est allé l'expliquer au directeur à plusieurs reprises, mais ILS ONT UNE TELLE MÉCONNAISSANCE, ET UN TEL MÉPRIS DE LA VALEUR DE LA CONNAISSANCE D'UN MÉDECIN, *que c'est pas passé du tout* ».

DES RELATIONS DE PLUS EN PLUS DÉGRADÉES AVEC L'ADMINISTRATION

« Le premier directeur que j'ai eu était UN ANCIEN PROF DE MATH ET SON CRITÈRE ÉTAIT QU'IL ÉTAIT HANDICAPÉ et ça, ça a été un critère pour venir à F. Et c'est UN HOMME QUI ÉTAIT TRÈS CONFIANT ET QUI A TOUJOURS CHERCHÉ LA COLLABORATION AVEC LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS, et donc si vous voulez il y a un état de confiance qui s'était établi parce qu'à mon avis il était passé par la chirurgie et qu'il savait que c'était pas des équipes qui, enfin qui ne savait rien, mais qui réfléchissant au travail qu'il faisait, et qui présentait le dossier en staff, et qui discutait à plusieurs du type de traitement le mieux adapté, en fonction de la famille et des possibilités de prise en charge et que c'était du travail. Après on a eu UNE ANCIENNE SECRÉTAIRE DU MINISTÈRE DES FINANCES QUI AVAIT FAIT UNE FORMATION À L'ÉCOLE DE RENNES, et en fait elle avait fait une formation qui relevait de l'école de Rennes, parce que vous savez, on peut faire des formations de quelques mois et des formations de 2 ans, m'enfin, MOI JE NE REMETS PAS DU TOUT EN CAUSE SA CAPACITÉ À COMPTER DES SOUS, MAIS JE REMETS EN CAUSE SA CAPACITÉ À TRAVAILLER AVEC DES MÉDECINS, parce qu'ELLE CONSIDÉRAIT QU'ON ÉTAIT DES SALARIÉS COMME TOUT LE MODE, et donc ELLE A COMMENCÉ À NOUS FAIRE PASSER

PAR LA SECRÉTAIRE DES MESSAGES POUR NOUS DEMANDER NOS HORAIRES DE VACANCES, VOIR LES PARENTS DES ENFANTS DONT ON AVAIT LA CHARGE SANS NOUS PRÉVENIR, AUTORISER DES SORTIES D'ENFANTS DONT ON A LA CHARGE SANS NOUS EN PARLER, ou en nous prévenant une fois que c'était fait, ce qui est très déroutant pour un médecin, parce que nous on aime bien avoir le contrôle, quand par exemple vous faites sortir un enfant après 15 jours de post op, ou que vous punissez un gamin parce qu'il faisait des bêtises, sans en parler aux personnes qui s'en occupent, **NOUS ON A EU L'IMPRESSIION D'UNE NÉGATION DE NOTRE COMPÉTENCE ET DE NOTRE TRAVAIL D'ÉQUIPE**. Et je ne sais pas si elle l'a fait exprès ou pas, et je me le suis toujours demandé.

Vous n'avez pas les moyens de remettre en cause sa décision ? Bien sûr que si, en allant lui expliquer, en allant râler, parce que moi j'ai mon franc parler et elle n'aimait pas me rencontrer, et ELLE FAISAIT COURIR DES BRUITS MENSONGERS COMME QUOI ON NE PEUT PAS COMMUNIQUER AVEC LES MÉDECINS, parce qu'on était d'accord pour le principe de changer les locaux, mais pas comme ça. ÉTABLISSEMENT D'UNE NOUVELLE SECTION, EN 1990-1995. Quand elle est partie, il y a son DRH qui est devenu directeur, et lui il est en finances, il est devant un fait accompli de finances. Et il a répondu aux demandes des instances supérieures, c'est-à-dire qu'IL A CRÉE UNE UNITÉ D'ENFANTS DÉBILES PROFONDS, ON APPELLERA ÇA DES POLY HANDICAPÉS, ALORS QU'IL N'AVAIT PAS UN SOU, IL A FAIT TOUTE CETTE PETITE UNITÉ SANS EN PARLER À UN MÉDECIN, sans réaliser que ces enfants qui avaient des gros troubles neurologiques auraient aussi des gros troubles de croissance, et que s'il ne mettait pas un médecin responsable dans ce centre et bien on retournait 20 ans en arrière, et il y a bien un médecin qui y est maintenant mais qui est vacataire, c'est-à-dire au même titre que tout le personnel et sans responsabilité, et DONC EUX ONT LES RÊNES, alors que moi par exemple je connais très bien ce genre de handicaps, parce que je travaille au petit château à Valenton qui est une petite unité d'enfants touchés très profondément, mais là ce sont des gens qui ont compris, parce qu'ils ont vu leurs enfants mourir dans leurs bras des suites d'une infection respiratoire ou urinaire, et ils ont compris qu'il était indispensable qu'il y ait des médecins qui prennent en charge des enfants comme ça parce que c'est normal de les tenir en vie mais il faut alors leur donner aussi la qualité de vie, et pour moi ça fait partie des devoirs de base de mon métier. Et là pour moi J'ÉTAIS VRAIMENT EN CONFLIT AVEC CES GENS-LÀ parce qu'ils ne se rendaient même pas compte de ce qu'ils faisaient et du fait qu'ils avaient la possibilité de faire mieux. Et quand les gens font des bêtises ou des âneries et qu'ils n'ont pas la possibilité de savoir ou de voir, bon, mais quand on a sous ses yeux LA QUALITÉ DU TRAVAIL QU'ON AVAIT, L'ÉQUIPE AVEC DES MÉDECINS, LES FORMATIONS PERMANENTES DE KINÉ ET D'INFIRMIÈRES, ils ne devaient même pas se rendre compte de la qualité de ce qu'ils avaient sous les yeux, et de remettre ça dans le contexte, C'EST IMPARDONNABLE, TOUT ÇA SOUS PRÉTEXTE QU'ILS N'AVAIENT PAS DE SOUS, mais vous savez, DES SOUS QUAND ON EN VEUT ON PEUT EN TROUVER, IL FAUT QUAND MÊME PAS NOUS PRENDRE POUR DES NAÏFS... »

UNE DIMINUTION DU PERSONNEL MÉDICAL ACCOMPAGNÉE PAR L'AUGMENTATION DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

« Quand je suis arrivée à S., il y avait un directeur, une économe, un comptable, et le directeur avait une secrétaire. Actuellement, il y a un directeur qui a deux secrétaires, un DRH, qui a une secrétaire et qui a une assistante. Notre directeur, avait une femme légitime qui était aussi assistante sociale, et le problème c'est qu'on ne savait jamais à qui on s'adressait, si c'était la femme du directeur ou l'assistante sociale, et on a aujourd'hui une assistante sociale qui a une assistante, deux comptables, on a un mi-temps en plus spécialisé dans l'accueil aux familles, on a trois personnes à l'accueil, tout ça pour moins d'enfants. Par contre, au niveau médical, pas une demi-journée en plus, alors qu'on devait se farcir aussi le PMSI, et je le sais parce que c'est moi qui l'organisais certains jours, c'est-à-dire LA MISE EN INFORMATIQUE DE TOUS LES ACTES, CE QUI M'A DEMANDÉ UN TRAVAIL ÉNORME PARCE QUE JE N'AVAIS JAMAIS OUVERT UN ORDINATEUR DE MA VIE, et que je me suis retrouvée avec un ordinateur sur mon bureau, et qu'on m'a dit : débrouillez-vous madame. Bon, moi j'aime bien, je trouve ça très intéressant, mais bon, IL A FALLU APRÈS FAIRE DES ÉQUIPES AU NIVEAU DES KINÉS ET DES INFIRMIÈRES, ET EN PLUS ILS NOUS ONT MIS DES STAGIAIRES QUI ÉTAIENT ABSOLUMENT

INCAPABLES DE SAVOIR AU JOUR LE JOUR QUI SORTAIT ET QUI RENTRAIT DANS LA MAISON, EN TERMES D'ENFANTS, donc ça a posé des problèmes à n'en plus finir, j'avais réclamé un temps de lit, et le jour où on l'a eu, même pas fichus de le garder, et c'est du coup tout l'avenir monétaire du centre qui est en cause.

L'invasion administrative a été difficile à vivre pour les médecins, quand vous tombez sur une administration intelligente qui respecte les valeurs de travail de chacun, ça marche ; quand vous tombez sur des dindes méprisantes, comment voulez-vous que ça marche ? »

LES CARTES DE POINTAGE

« Ma collègue a pris un mi-temps, et du coup on a eu un troisième mi-temps. Et on nous a même reproché, le directeur nous a demandé un jour d'avoir des cartes de pointage, et moi j'ai dit d'accord, alors on a fait l'expérience pour un an, et puis un jour il nous a reçus dans son bureau avec une bouteille de whisky, et là moi je me suis posé la question 'mais qu'est ce qu'il va nous demander, avec cette bouteille sortie et tant de déférence, lui qui n'en a pas l'habitude'. Et ça a pas loupé, et il nous a dit : 'ohlala, qu'est-ce que les médecins ont de la conscience professionnelle, j'admire le courage que vous avez' (les violons pendant un quart d'heure), mais vous savez, il faut pointer au plus tard à 5 heures, mais je vous donne quand même la permission de retourner travailler dans vos bureaux ', et alors comme moi j'explosais de rire, parce que je me disais, là il se moque de nous, je lui ai répondu que s'il nous faisait pointer c'était pour les 35 heures, et pour donner du travail au-delà de 35 heures, donc moi je refuse de le faire parce que c'est déloyal. Et il a été quand même très gêné que je lui dise aussi directement. Et on n'a plus jamais entendu parler de ça ».

L'ÉQUIPE DE SOINS ET AUTRES PARTENAIRES

« Donc si vous voulez moi j'ai besoin de travailler avec des gens avec qui j'ai les mêmes valeurs, par exemple en ce moment on a UNE INFIRMIÈRE CHEF QUI EST UNE PERSONNE ÉPATANTE, ON A UN TRAVAIL ADORABLE AVEC ELLE, PARCE QUE C'EST QUELQU'UN QUI RESPECTE LES ENFANTS, mais c'est pas un mot, hein, parce que ça, vous en avez plein les journaux aussi, c'est toute une façon d'être avec eux, c'est toute une manière de ne pas prendre de décisions sans en parler aux parents, c'est toujours beaucoup plus compliqué de parler avec les parents ».

AVEC LES ÉDUCATEURS, DES RAPPORTS CONTRADICTOIRES

« Vous savez, ça a beaucoup évolué du point de vue éducation. Quand je suis arrivée il y avait les garçons d'un côté avec un chef, internes, et les filles de l'autre, et après beaucoup de discussions ON EN EST ARRIVÉS À LA MIXITÉ, 20 ANS APRÈS TOUTES LES AUTRES ÉCOLES, et on a eu deux chefs, puisque si vous voulez ON A REDÉCOUPÉ LA PRISE EN CHARGE, au lieu que ce soit tous les garçons d'un âge d'un côté et toutes les filles d'un âge de l'autre, il y a eu (les petits avaient toujours été à part) les moyens (8ans/14ans) et les grands(14/18 ans) et très vite les problèmes ont été différents, par exemple pour les moyens il y a eu une prise en charge encore plus maternante, et, là-dessus, les annexes ont été petit à petit séparées, et ça a été à notre corps défendant, et on n'avait pas entièrement raison, d'ailleurs, parce que la prise en charge n'est pas la même pour un enfant qui reste 4 mois ici et pour un enfant qui reste 4 ans. Et on a laissé passer ça sous le joug des administrateurs éducatifs, et les éducateurs, en bons éducateurs qu'ils sont ont complètement nié le problème médical. Parce que LES ÉDUCATEURS ONT L'IMPRESSION QUE LES MÉDECINS EMBÊTENT LES ENFANTS, et on a dû beaucoup travailler avec les éducateurs – certains ont compris, et d'autres ne comprendront jamais, que des problèmes orthopédiques et des problèmes neurologiques ça fait partie de la vie d'un enfant et qu'on est obligés, pour qu'ils puissent vivre avec, non accepter, parce qu'à mon avis on n'accepte vraiment jamais, mais quand on comprend pourquoi on lui fait mettre des attelles de nuit, ça marche très bien, mais quand c'est remis en cause par des éducateurs, et bien ça ne marche jamais. Et PARMIS LES ÉDUCATEURS, IL Y EN A QUI SE PRENNENT POUR DES TOUBIBS, c'est pas bon, IL Y EN A QUI NIENT LES TOUBIBS, et il y a une petite minorité, qui sont souvent des jeunes femmes qui ont elles-mêmes des enfants, qui sont contentes d'avoir un travail avec les médecins, mais EN GÉNÉRAL CHACUN A L'IMPRESSION QUE SA CHAPELLE EST LA PLUS IMPORTANTE. Et le nombre éducateurs qui disent : 'ah

tu as des attelles de nuit, mon *pauvre chéri*», vous voyez, ça ne va pas du tout. Lui dire, ‘si ça te fait mal, tu me préviens’ ça oui, ‘mais tu sais, si tu les mets régulièrement, tes pieds vont être mieux et peut-être plus tard tu pourras te chauffer’. Il faut quand même regarder les choses comme elles sont. Et moi j’ai toujours gardé une consultation d’adultes pour me rappeler ce que donnaient les enfants quand ils étaient bien pris en charge et quand ils étaient mal pris en charge. Et il faut être très attentif à ça parce que c’est contraignant, mais c’est bien. Et parallèlement, il y a DES ÉDUCATEURS QUI ONT FAIT UN TRAVAIL QUE J’AI BEAUCOUP APPRÉCIÉ, c’est-à-dire qu’ils se sont bien mis au travail du développement des troubles du niveau supérieur, c’est-à-dire qu’il y en a qui se sont intéressés, qu’ON A EU DES COURS, ON A EU DES CONFRÈRES QUI SONT VENUS NOUS APPRENDRE, parce que ça c’est un boom de connaissance, vous savez, il y a 20 ans on ne savait pas pourquoi un enfant se mettait dans des colères noires à 5 ans, mais le jour où on lui dit ‘tu sais, tu vois pas bien’ parce qu’on sait que le gamin il a des troubles de la vue, et bien le gamin il se mettra beaucoup moins en colère. Et on arrive à ce moment-là à décrypter ses troubles visuels et à essayer de faire en sorte qu’il ait accès à la lecture, parce que c’est une des choses à laquelle j’ai tenu énormément, pour ces enfants-là c’est que souvent leur intelligence n’est pas atteinte, mais leurs possibilités pour épanouir leur intelligence sont très abîmées, donc IL Y A EU TOUT UN TRAVAIL FORMIDABLE QUI S’EST FAIT ET LÀ IL Y A DES ÉDUCATEURS QUI S’Y SONT MIS D’UNE FAÇON ÉPATANTE, ON POUVAIT LEUR FAIRE UNE GRANDE CONFIANCE, ils travaillaient avec les ergo, et quand vous me demandiez tout à l’heure ce que je pouvais déléguer, et bien ça je pouvais déléguer, parce que c’était des gens sérieux, du solide et du bien travaillé ».

SECRÉTAIRES, ASSISTANTE SOCIALE. « Moi j’ai toujours eu DES SECRÉTAIRES FORMIDABLES, on a eu pendant 20 ans une fille épatante qu’on a un beau jour un peu luxée parce qu’elle avait son franc parler, et on l’a mis comme secrétaire des admissions, en lui donnant un travail qui n’était pas fait pour elle et pour lequel elle n’était pas formée et pour lequel elle s’est désespérée et j’ai trouvé ça assez ignoble. Et puis comme ON M’A RETIRÉ MA SECRÉTAIRE, ON N’A PAS VOULU ME FAIRE DES FLEURS, PARCE QUE JE FAISAIS PARTIE DES PERSONNES QUI DISAIENT CE QU’ELLES PENSAIENT, ET ON M’A DONNÉ UNE STAGIAIRE, et j’ai eu une chance énorme parce que je suis tombée sur une stagiaire, une perle. Une femme adorable, jeune dynamique, qui s’est intéressée à son travail, aux dossiers, à la manière dont on discutait avec les familles, avec l’enfant, qui là était une collaboratrice adorable, pour pouvoir aller à la pêche d’une maman qui visiblement une fois qu’elle avait largué son môme l’oubliait un peu, c’était pas aimer l’enfant, donc il fallait aller à la pêche à la maman donc on y est allé, et elle était formidable. Elle est plus jeune que moi, mais on est restées amies, c’est formidable. Quant à L’ASSISTANTE SOCIALE, QUAND ELLE SE MÊLE DE CE QUI LA REGARDE, ON EST TRÈS CONTENTES, QUAND ELLE SE MÊLE DE FAIRE DES ADMISSIONS EN PLEIN MOIS D’AOÛT QUAND IL Y A PEU DE PERSONNEL ET QU’IL Y A DES INSUFFISANCES RESPIRATOIRES, ÇA JE N’ADMETS PAS, mais elle savait, elle aussi elle a son franc-parler, donc ça marche.

LA NUIT ON A SUPPRIMÉ UNE INFIRMIÈRE PARCE QU’IL Y AVAIT PLUS D’EXTERNES, et moi j’estime qu’à partir de cette date-là je n’aurais pas mis ma fille qui est malade dans cette fondation, parce que si vous voulez, les locaux étant immenses, si une infirmière est au deuxième étage chez les grands et qu’il y a un moyen qui est en détresse, je peux vous dire qu’il y a de l’eau qui coule sous les ponts avant que cet enfant soit aidé. Donc là MOI J’AI RÂLÉ PARCE QUE J’ESTIMAIS QUE LES ENFANTS N’ÉTAIENT PAS EN SÉCURITÉ. Et j’ai envoyé une lettre recommandée au directeur, pour lui dire que je ne pouvais pas accepter les conditions de prise en charge qui représentaient un danger pour les enfants. Et après on a eu ce qu’on voulait. Parce que si vous voulez, il y avait une petite fille très handicapée dans une chambre, et la personne qui remplaçait la nuit ne savait pas qu’elle était dans cette chambre-là. Et donc la pauvre fille est restée toute la nuit dans une chambre sans aide respiratoire, la lumière allumée, et sans possibilité d’aller pisser. Personne ne savait qu’elle était là. Or on avait demandé un gant spécial pour qu’elle puisse faire appel à l’aide puisqu’elle pouvait bouger le bras. On avait demandé ça depuis un an, et puis on l’a eu la semaine d’après ».

FAIRE ÉQUIPE AUTOUR DE L’ENFANT. « Si vous voulez, plusieurs fois j’ai discuté avec elles et je leur ai demandé : ‘qu’est-ce que c’est qu’une équipe pour vous’, EST-CE QUE C’EST UNE ÉQUIPE DE

MEMBRES DE LA MÊME PROFESSION, COMME UNE ÉQUIPE DE KINÉS OU UNE ÉQUIPE DE MÉDECINS, OU EST-CE QUE C'EST UNE ÉQUIPE CONSTITUÉE AUTOUR D'UN ENFANT ET COMPRENANT TOUS LES CORPS DE MÉTIER. Et cette deuxième équipe, c'est ça que je trouve moi intéressant, parce que SI ON PARLE DE L'ENFANT, TOUT LE MONDE DOIT ÊTRE RÉUNI, et pour chaque enfant il va y avoir une manière différente. Et ça je l'ai expliqué régulièrement aux équipes, parce que CHEZ LES AIDES SOIGNANTES IL Y A UN FORT ROULEMENT, et si vous ne faites pas votre laïus régulièrement, et bien au bout de 3 ans plus personne n'est au courant. Parce que dans le centre spécialisé il y a le rythme des vacances, et pendant les vacances on oublie tout, et quand on revient, on reprend les vieilles habitudes. Et on ne peut pas laisser faire ça. **Il faut que l'équipe soit coordonnée, l'enfant handicapé il a l'ergo, le psycho-mot, le kiné, l'orthophoniste, l'infirmière, l'aide soignante, le médecin, l'assistante sociale, 7 personnes autour de lui, donc POUR MOI L'ÉQUIPE C'EST ÇA.** Et donc il faut revenir régulièrement pour coordonner. Et maintenant qu'ON A SACRIFIÉ LA TRANSMISSION, PARCE QU'ON L'A REMPLACÉE PAR LA MESSAGERIE, et bien vous pensez bien que personne n'écrirait 'le petit duchmol n'a pas mangé à midi ou a pleuré ce matin' alors que dans une transmission orale, ça se dit.

Depuis qu'on a excentré le médecin, le travail de coordination de l'équipe était plus difficile et son fonctionnement défectueux. Oui, parce que si vous voulez, moi je ne veux pas magnifier le rôle du médecin, mais quand il y a une infirmière et une kiné qui ne s'entendent pas, et bien le médecin au dessus peut s'organiser, ou si ça marche pas du tout, en parler à la chef kiné. Parce que si deux personnes dans un groupe ne s'entendent pas, ils ne vont pas se parler, ils font leur boulot chacun de leur côté, et quand il arrive quelque chose, c'est toujours la faute de l'autre.

LES CONFLITS. Ooh, c'est toujours les mêmes, les horaires : par exemple, quand le kiné va dire que le petit duchmol doit être pansé à la porte de l'ascenseur à 9h, et bien qui va le descendre ? Premier conflit. Donc il faut trouver l'aide soignante qui va descendre l'enfant au kiné, soit le kiné qui est sympa qui va monter chercher l'enfant. Puis le kiné va ouvrir le pansement pour voir ce qu'il y a dessus. Vous voyez la suite du conflit ? Ca fait partie des caricatures, mais combien de fois je l'ai eu ça ? Alors que si le médecin n'est pas loin et qu'il ne veut pas qu'il y ait d'histoires, il découvre que le pansement a été fait, il regarde le pansement, et il appelle l'infirmière et lui dit, vous fâchez pas, j'ai regardé le pansement avec le kiné, la prochaine fois appelez-moi quand vous le faites, de façon à ce que la responsabilité ait été un peu diluée, que le médecin y ait mis un peu son nez, et tout le monde s'écrase, et après, l'infirmière si elle est astucieuse, elle appelle le médecin pour le pansement.

Il s'agit toujours de l'intervention d'un responsable pour gérer les conflits. Nous c'est comme ça qu'on fonctionnait, il y a peut-être d'autres manières, mais nous c'est comme ça qu'on fonctionnait, et je peux vous dire, à un moment on n'a plus eu d'infirmière chef, et ça a été la débandade.

AVEC LES MÉDECINS. Il y avait un chirurgien par service hospitalier parisien, il y avait ma collègue et moi, les généralistes, et ça c'était une originalité de S., il y avait les gardes. Et comme on ne pouvait pas prendre les gardes, ma collègue et moi, et bien on s'organisait, on avait fait appel à des généralistes du coin qui étaient très contents de prendre des gardes chez nous, parce que d'une part, ça leur permettait de bien gagner leur vie, et en plus ça leur permettait de rencontrer des pathologies très différentes de ce qu'ils pouvaient avoir en ville, et d'avoir un contact médical intéressant. Quant à ma collègue et moi, comme on était deux mi-temps, le jour où il y en avait une, l'autre n'était pas là. Donc si vous voulez, quand il y avait un problème, on se téléphonait ».

DES RÉUNIONS À LA RÉUNIONITE

« Ben, quand je suis arrivée à S., il y avait tous les lundis à 13h30 une réunion avec les chefs. Et ça s'appelait une réunion de coordination. C'était la mise à jour des faits divers. On parlait chacun à notre tour, parce que vous savez, s'il y a 15 bonnes femmes réunies, elles parlent toutes ensemble. Et donc on pouvait toujours être au courant de tout. Il y avait le directeur, la chef instit, la chef de l'éducation nationale, ma collègue ou moi, les éducateurs chefs, l'assistante sociale...Je vous dis 15, parce qu'elles parlaient fort, en fait on était 7 ou 8, la kiné chef, l'infirmière chef, tous les chefs, et on se tenait au courant ; ensuite, quand la nouvelle directrice est arrivée, elle s'est mise à séparer ; de cette réunion

qui suffisait amplement, elle a fait des sous-réunions, donc les gens allaient à des réunions, et pas à d'autres, et on est arrivés à une réunionniste aiguë, qui n'apportait rien de plus. Elle nous a même fait faire un stage sur comment faire une réunion. Si bien qu'à cette réunion du lundi plus personne ne venait régulièrement, et on était obligé d'aller à la pêche à l'information ».

AVEC LES ENFANTS ET LEURS FAMILLES : POUVOIR PRENDRE SON TEMPS

« Je vais vous dire, J'ADORE LE MONDE DE L'ENFANCE, et je l'ai d'autant plus réalisé depuis que je suis à la retraite. Ça fait trois semaines que je ne suis en contact qu'avec des gens de mon âge et c'est pas marrant. Parce que si vous voulez, l'enfance vit dans le présent, et elle fait confiance ; je pense que c'est quelque chose d'extraordinaire, ça vous donne une dignité, et de ne pas trahir la confiance d'un enfant, c'est...si vous voulez, ma promesse que j'ai vis-à-vis de moi même, c'est quand on donne la vie à un enfant, on doit lui donner tout ce qui peut l'aider à se développer, ça fait partie du serment d'Hippocrate, et quand un enfant arrive avec sa maman et son papa, et bien il faut leur expliquer tout le projet qu'on a avec le chirurgien, et quand la maman vient, IL FAUT PRENDRE LE TEMPS DE LUI EXPLIQUER. Quand vous avez une consultation toutes les 20 minutes, vous ne pouvez pas prendre le temps de faire ça. Quand vous êtes en centre, vous pouvez prendre une heure, pour parler avec les parents, devant l'enfant, pour lui expliquer, pour qu'il comprenne le pourquoi des choses. Vous savez, une de mes clientèles, ça a été les petites filles qui développaient des scoliozes, la scoliose de l'adolescence et puis après tous les types de scoliozes. Et quand vous mettez à un enfant de 10 ans un corset sur le dos, il faut savoir ce qu'on fait. Donc si vous voulez, ce qu'on fait on le fait sciemment, après avoir fait un des examens cliniques, au moins deux, pour savoir si cette scoliose est évolutive. Quand je vous parlais au début de notre entretien de Mme Duval Beaupère, elle a été durant toute sa vie un moine de la scoliose, pendant toute sa vie elle a noté sur des tableaux les évolutions des scoliozes, pour savoir lesquelles il fallait corseter et lesquelles il ne fallait pas corseter. Et quand il y a une petite fille qui arrive comme ça, avec une famille paniquée, des parents qui culpabilisent, il faut lui dire à la maman qu'elle est une bonne maman d'avoir remarqué, vous voyez. Et il faut prendre le temps de tout expliquer, parce que si vous n'aidez pas la famille et la patiente à intégrer le corset, et bien le corset il va finir chez la concierge, et vous aurez fait dépenser de l'argent à la société pour rien. Et vous avez mis un traitement qui ne servira à rien. Donc il faut prendre ce temps et il faut voir les enfants, et quand vous voyez que les gamines sont fières de porter le corset et savent répondre aux petits copains de l'école, qui lui demandent pourquoi elles ont ce truc-là, vous l'aidez à se structurer, cette gamine, et c'est quelque chose de très important pour moi, d'aider dans un projet thérapeutique qui aboutit à l'âge adulte, et ça c'est le type de prise en charge qu'on fait ».

LES ÉVOLUTIONS DU PUBLIC DE L'ÉTABLISSEMENT PENDANT LES 21 ANS PASSÉS À S.

« Changements de pathologies bien sûr, il y a 20 ans on voyait beaucoup de spinalophibiens (transcription incertaine), on n'y voit plus, et ça c'est dû au dépistage précoce, par contre on voit beaucoup plus de parents qui s'inquiètent de ce que leurs enfants font encore pipi au lit, et on découvre une micro-pathologie neurologique. Ca c'est très net. (Ensuite,) je pense que les parents sont plus attentifs. Il y a 25 ans dans le 77, si la gamine pissait au lit et bien elle pissait au lit. Et maintenant il y a le dépistage scolaire. Et puis on voit de plus en plus souvent des papas, alors qu'il y a 25 ans on en voyait jamais. Ça c'est une grosse évolution. Des scoliozes on en voit de moins en moins, des paraplégies, moins aussi, par contre des accidents de la route autant sinon plus. Par contre je ne sais pas s'il y en a beaucoup moins ou s'il y a plus de centres qui traitent, et il y a de plus en plus de familles qui peuvent garder leurs enfants à la maison grâce aux progrès obtenus en matière de dépistage et de soins. Mais l'enfant à la maison c'est bien dans certaines limites, si les deux parents travaillent, c'est du vent. On ne peut pas dire à tout crin 'l'enfant handicapé à la maison'. On en fait des analphabètes et c'est pas bien.

LA VIOLENCE NOUS A RATRAPÉ, on a la violence des enfants eux-mêmes, vous avez des gamins de 8 ans qui sont des sauvages, qui rackettent ceux de 6 ans, et quand vous faites venir les parents, enfin, ils sont au courant les parents quand même, vu que leur gamin se ramène avec 4 blousons chez lui, et

les parents ne savent pas, et quand vous leur expliquez, je ne sais pas s'ils comprennent. Je vais vous raconter une histoire drôle. Un jour, (on a un petit malien qui a une malformation des mains et une malformation des pieds), un enfant d'une agilité avec ses malformations, il était extraordinaire, il grimpeait dans tous les arbres. Il était intelligent, mais c'était un petit sauvageon. Donc il a fait du racket, et après avoir cherché qui pouvait avoir fait ça, on est tombés sur lui, on a fait venir ses parents, visiblement la maman ne comprenait rien au français, et le papa était le chef de tribu. Donc on lui explique pendant une heure que c'est pas bien, que s'il trouvait des blousons il fallait qu'il explique à son gosse que c'était pas bien et qu'il ramène les blousons, et il a battu sa coulpe, dit que ça se reproduirait plus et tout. Bon papa. Et il a pas pu s'empêcher de me dire, juste avant de partir, 'il se débrouille bien mon gosse quand même, hein ?'. Et là, je me suis dit, on est quand même passés à côté. Donc si vous voulez on se heurte à des problèmes de connaissance de comment roule une société, et si on l'explique pas bien aux gosses, et bien ils font des petits voyous. Violence entre eux. Mais ça, les gosses ont toujours été violents entre eux, mais c'est à la maternelle qu'on se les envoie, et il faut leur apprendre à vivre, parce que derrière les petits sauvages, on les retrouve.

IL Y EN A QUI ONT DES PARENTS ODIEUX, mais il faut se dire que d'une part personne n'est parfait, et que de temps en temps il y a des prises en charge qui sont un peu limite, et il faut bien savoir comment ça s'est passé avant de râler, et puis vous avez des gens qui expriment leur angoisse, leur méconnaissance de la maladie, leur mépris de tout ce qui peut les angoisser, dans ces cas là vous pouvez soit essayer d'établir un contact avec eux, en leur disant, vous savez, c'est dur pour vous on le sait, mais c'est dur aussi pour les autres, il y a un respect du personnel à avoir, parce que nul n'est à votre botte, et si votre enfant est agressif, et que l'aide soignante lui répond sur le même ton, vous savez c'est une jeune femme de 25 ans qui peut avoir ses limites, et ou ils comprennent ou ils vont voir ailleurs. Là je crois qu'il faut être très clair parce qu'ILS ONT DES EXIGENCES QU'ILS N'AURAIENT PAS CHEZ EUX, PAR EXEMPLE SUR LE PLAN NOURRITURE, il y a de temps en temps des parents qui ont une exigence mais ils ne pourraient pas donner ça chez eux à l'enfant. Et quand il y a une situation ambivalente et conflictuelle, il faut toujours être prudent avant de foncer, mais en tant que médecin, on peut toujours défendre son personnel. Ça pour moi c'est une règle d'or. Si vous voulez une équipe valable, c'est normal de se mouiller ; quand vous travaillez depuis vingt ans avec des gens et que vous les estimez, c'est normal de le dire.

DES ABUS SEXUELS. Bien sûr, je vais vous dire, j'ai fait mes déclarations vite fait, c'est-à-dire qu'il faut prendre toutes ses précautions, il n'y a pas plus menteur que des gosses, donc il faut faire très attention à ce qu'on fait, et je vais vous dire quand l'enfant se met à parler, il y a toujours quelqu'un dans la famille qui est au courant mais qui a pas voulu voir, et dans ces cas là moi je sais que j'ai toujours été très claire pour ça : j'ai en charge un enfant, je ne vais pas fermer les yeux sur les choses abominables qui me sont racontées, je fais venir la famille et je fais tout en sorte pour que la déclaration et ce qui s'ensuit prenne un cours vivable pour l'enfant. Parce qu'il faut faire très attention lorsque vous faites la déclaration, car si en amont vous n'avez pas préparé la structure pour que l'enfant ne se retrouve pas seul, on fait des catastrophes, donc il faut faire très attention. Au niveau du personnel, ça m'est arrivé 2 fois, c'est un gosse qui m'a prévenu, c'était lui la victime, et il est venu tout seul me demander ce qu'il fallait faire. Et je lui ai dit qu'il venait de faire son premier acte de grande personne parce que des secrets comme ça, on est obligés de les partager, et je lui ai pris la main, et je lui ai expliqué. Et j'ai fait ce qu'il fallait faire pour pas que ça recommence, je suis allé voir le directeur, et je lui ai dit, (j'étais furieuse) : 'monsieur, on a un pédé', et il m'a dit 'Oh ! Madame, que vous êtes mal élevée, que vous parlez mal !', et je lui ai dit excusez-moi mais ça m'a bouleversée, et le directeur a viré ce type dans les 48 heures, mais après il est allé dans un autre centre. Et là c'est comme quand on vend un chien qui mord, c'est lamentable. Mais ça bien sûr, il faut toujours être très très prudent.

Changer de secteur d'activité ? J'ai changé dans ma vie, il y avait G., et l'hôpital universitaire, j'y suis restée 9 ans, et il y avait des étudiants, et ça me plaisait bien. Par contre, et ça j'ai complètement oublié

de vous en parler tout à l'heure, j'avais passé le concours de l'hôpital Joffre, et j'avais été reçue, c'est normal, j'étais la seule, et là c'était du 3^{ème} âge, et c'était intéressant aussi, mais vous aviez des moyens tellement limités, et en plus, si vous voulez, j'ai découvert que d'être vieux c'était pas une maladie, et on nous mettait comme médecins dans des centres pour vieux, et on se retrouvait un peu en porte à faux. Donc si vous voulez, moi je me serais plutôt vue faire un stage de formation au club med ; donc de mettre ces vieux dans un système hospitalier, si vous voulez, c'est une affreuse méprise. Et ça, ça m'avait beaucoup dérouté.

Les secteurs redoutés sont les enfants et les personnes âgées. Ça demande du boulot vous savez, pour les garder dignes, les mamies qui ont 93 ans et plus leur tête, vous avez des trésors de femmes qui les coiffent, qui les lavent, qui les bichonnent, qui les font manger, mais elles sont pas malades, et je vous dis, il vaudrait mieux recruter au club med, parce qu'il faut les occuper ces femmes et ces hommes. Les enfants, si vous n'aimez pas le monde de l'enfance, il ne faut pas y aller. Et il y a quand même une chose qu'il faut noter, c'est qu'un enfant handicapé sait très bien attirer les petits sadiques, et ça en tant que médecin, vous devez toujours faire attention. Par rapport au personnel, aussi.

J'AI OUBLIÉ DE VOUS PARLER DES 35 HEURES, ET POUR MOI ÇA A ÉTÉ TRÈS GRAVE, parce que si vous voulez, ça a dévalorisé le travail, pourquoi : on a une majorité de personnel féminin, beaucoup de femmes seules, qui gagnaient leur vie avec une générosité extraordinaire et on leur permettait des heures supplémentaires qu'elles donnaient quand il le fallait, sans en abuser, parce que c'était des femmes propres qui savaient rester auprès d'un gosse quand il pleurait, qui savaient rester auprès d'un groupe d'adolescents quand ils discutaient, quand il y avait de la violence, avec les 35 heures, elles partent à l'heure, et les mômes peuvent pleurer dans leur coin, ou les gamins peuvent continuer à se disputer dans le couloir. Parce que le temps que les autres arrivent, ils se mettent au courant. Et ça a dévalorisé le travail, d'une part pour ça et parce que ces femmes se sont dit que ça faisait 20 ans qu'elles travaillaient comme des brutes, et maintenant jamais personne ne nous aura dit un merci. On leur aura dit : ne dépensez pas trop. Ce qui fait qu'elles partent à l'heure. Et le travail fini ou pas fini ça dépend de chacun. Mais la responsabilité dans le travail n'a pas été maniée ».

MESSAGE AU MINISTÈRE

« Premièrement, il faut former les médecins, parce que vous leur demandez souvent des choses, enfin, si vous laissez place à l'administration c'est parce que les médecins ne sont pas au courant de ce que c'est qu'une administration. Et à ce moment-là l'administration elle a beau jeu, parce que les médecins ne sont pas irresponsables, mais responsables, on ne leur a pas appris, et je pense que la responsabilité c'est comme le reste, ça s'apprend ; premièrement à la fac, on doit leur apprendre la responsabilité médicale, mais à tout point de vue : sur la famille, sur les patients, sur les dépenses, et le travail d'équipe, c'est pas inné chez les gens, et il faut prendre ça en amont, et aux administratifs, qu'ils aient bien une limite à leurs responsabilités, qu'ils n'interprètent pas les annexes comme nous on nous les a interprété, sans respecter notre travail. Et les médecins n'ont pas su leur répondre parce qu'on n'était pas formés à ça. Quand on leur dit : 'mais on est au sein d'une équipe' et qu'on nous répond : 'mais c'est moi le chef d'équipe', qu'est ce que vous voulez répondre à cela ? Vous voulez vous mettre en rivalité avec cette bonne femme ? On n'en a ni le temps, ni l'envie, ni l'intérêt. En 82 il y a eu pendant un an ou deux la possibilité pour les médecins à l'assistance publique la possibilité pour les médecins de devenir gestionnaires. Et quand j'étais à l'hôpital universitaire le directeur était un médecin, et un bon médecin. Parce que si vous voulez il y a un certain nombre de médecins qui font de l'administration mais qui sont des mauvais médecins, et il faut des gens qui connaissent notre métier mais qui respectent notre métier. Et qui peut être si vous voulez peuvent faire confiance, parce que c'est dur notre métier, quand vous travaillez avec des gosses, et que vous les voyez mourir et que vous savez qu'ils vont mourir, c'est très dur, d'accompagner la fin de vie, c'est très dur de savoir qu'un gosse pour lequel vous vous êtes battus pendant des années va mourir. Vous savez c'est vrai que ça forge. Alors comme parallèlement vous avez une administration qui ne comprend rien du tout et qui dit 'ahaha, vous voulez encore me faire dépenser de l'argent' alors que vous demandez quelque chose

pour que la gamine qui ne peut pas respirer, si elle ne se sent pas bien, elle puisse. C'est une question de respect du travail de chacun. Et c'est vrai que là, certains médecins peut-être abusent, mais on les formerait, ils abuseraient peut-être un peu moins.

D. Les précaires attachés

(D.1) Jeanne (MR39), radiologue, Hôpital parisien, depuis 30 ans *attachée*, travaille sur trois sites simultanément, préfère les vacances au lieu de risquer le chômage en province, après avoir fait des longues études

« on nous appelait les esclaves, nous, les attachés »

PARCOURS D'UNE RADIOLOGUE, DEPUIS 30 ANS ATTACHÉE

« J'ai eu le CES de radiologie et j'ai commencé sans savoir vraiment si je voulais être pédiatre ou radiologue, j'ai fait les deux en même temps, j'ai bifurqué au bout de la première année, j'ai opté pour la radio, et ÇA FAIT 30 ANS QUE JE SUIS ATTACHÉE. J'AI ÉTÉ À N., PUIS J'AI SUIVI UN PATRON, QUI M'A MENÉ À D., À N. où je faisais de la radiologie adultes ON M'A RETIRÉ DES VACATIONS LORSQU'IL Y A EU UN CHANGEMENT DE PATRON. On m'a quand même laissé une vacation, parce que j'étais attaché consultant, mais on m'a cantonné à la mammographie. Là (à l'Hôpital), j'étais venue soi disant pour trois mois, et ça fait plus de 20 ans que j'y suis. J'étais venue pour faire de la radio pédiatrie, et quand ça a fermé on m'a dit bon, vous allez faire autre chose. Mon parcours hospitalier ça a été ça, J'AI ESSAYÉ DE PASSER LE CONCOURS POUR ÊTRE PH, JE L'AI PASSÉ 3 FOIS, J'AI ÉTÉ NOMMÉE CHEF DE SERVICE EN PROVINCE. Là-bas, ils m'ont fait des difficultés parce qu'ils voulaient garder quelqu'un, on m'a dit que si je prenais la place j'allais être mise à la porte dans un an, donc je me suis dit que ce n'était pas la peine de tout quitter pour me retrouver en province sans rien après. J'ÉTAIS DANS UN CENTRE MÉDICAL QUI A FAIT FAILLITE, JE ME SUIS RETROUVÉE AU CHÔMAGE PARTIELLEMENT ET J'AI RETROUVÉ DU TRAVAIL AILLEURS, DANS UN AUTRE CENTRE, où je continue de travailler, où à mon avis JE VAIS AVOIR DES VACATIONS SUPPLÉMENTAIRES, DONC JE VAIS ARRÊTER D'ÊTRE AU CHÔMAGE PARTIEL. Depuis mes études, je me suis perfectionnée, j'ai fait des stages, ce qui représente bac + 17, mais c'est ce que font tous les radiologues (...) ».

On a quand même une épée de Damoclès, parce qu'on est virable tous les 2/3 ans, alors bon, moi en plus j'ai été échaudée par le chômage, alors je prépare un peu mes arrières, il y a quand même toujours une petite inquiétude, bon, si on veut rester attaché, parce qu'ils ne font pas de sentiments. AVEC LE NOUVEAU STATUT, ON A LA GARANTIE D'EMPLOI PENDANT TROIS ANS, mais plus vous vieillissez plus ils se disent, ben attendez je vais prendre une petite jeune en plus, et puis voilà.

SES CONDITIONS DE TRAVAIL, À PLUSIEURS ENDROITS

« En gros moi JE TRAVAILLE DANS TROIS SITES, j'ai deux vacations à S., une à R. et une à N. J'en avais une autre à B., mais comme ils ont nommé un PH, ils ont vidé tous les attachés, alors que ça faisait 27 ans que j'étais là, comme une malpropre, pratiquement sans préavis, et sans indemnité, rien du tout, et sans papiers pour pointer au chômage, ils m'ont dit que du fait d'avoir d'autres vacations, ils considèrent ne m'avoir rien retiré. Je regrette, on m'a retiré du salaire, et AVEC LE NOUVEAU STATUT, S'ILS VIDENT LES GENS ILS VONT ÊTRE OBLIGÉS DE LES INDEMNISER.

Ici c'est dispersé, il n'y a pas d'unité de lieu, alors qu'ailleurs c'est regroupé, ce qui est peut-être plus facile. Aujourd'hui j'ai travaillé déjà sur deux sites, et MON TRAVAIL CONSISTE À INTERPRÉTER DES RADIOGRAPHIES et donc j'ai une pile de radiographies qui ne sont pas faites forcément en ma présence. Parce que LE CHEF MANQUE D'AUXILIAIRES ET DE VACATAIRES, et donc du coup il est obligé de regrouper tout ce qui est standard. Avant, je travaillais sur un poste où je faisais les radiographies osseuses, et il y avait toujours quelqu'un, maintenant ça a changé parce qu'il n'y a plus assez d'attachés et alors je dois faire toutes les radios osseuses et les urographies du service ; et comme je ne suis pas là tous les jours, eh bien IL RESTE DES RADIOS SANS INTERPRÉTATION, BIEN QUE CE SOIT URGENT, etc. Donc il y a cette dispersion, et il y a les locaux. Ici c'est calme, mais à côté il y a beaucoup de bruit, donc je peux vous montrer comment c'est disposé : il y a un poste de radio, une

salle de lecture où le personnel regarde les radios qui ont été faites, et où il y a donc beaucoup de monde ; et il y a une salle d'attente, donc là il y a une ouverture ; et DONC JE FAIS À LA FOIS L'ACCUEIL, J'ENTENDS TOUT LE MONDE, LES GENS QUI RÂLENT DANS LEURS BRANCARDS, LES DISCUSSIONS DE LA SALLE D'ATTENTE, LES GARÇONS QUI ARRIVENT, DONC IL Y A UNE AMBIANCE DE BRUIT QUI EST IMPORTANTE, IL Y A UNE AMBIANCE DE LUMIÈRE QUI EST INSATISFAISANTE, IL Y A TROP DE LUMIÈRE, ET PUIS LE BRUIT DE LA MACHINE. Enfin, je pense qu'on ne fait pas assez attention à l'ergonomie du poste de travail. Donc l'organisation du travail elle-même, bon, les horaires sont les horaires, bon, parfois nous sommes bien obligés de les dépasser, parce qu'il y a des urgences, c'est normal, en plus NOUS SOMMES DES VACATAIRES, ON EST SEULEMENT ATTACHÉS, DONC ON EST TOUT LE TEMPS EN TRAIN DE COURIR. Et puis chaque médecin a sa tâche déterminée : ON EST COMME UNE RUCHE, IL Y A LE PATRON QUI EST COMME LA REINE, ET PUIS CHACUN À SON DOMAINE, ON CANTONNE TOUJOURS LA MÊME PERSONNE À LA MÊME TÂCHE. Mon travail à moi est intéressant, parce que je vais à droite à gauche, où J'AI DES TÂCHES VRAIMENT INTÉRESSANTES. JE FAIS DE LA RADIO-PÉDIATRIE, À NECKER JE FAIS DE LA MAMMOGRAPHIE, ICI JE FAIS PLUTÔT DE L'OS, DONC MÊME DANS MA SPÉCIALITÉ ; POUR QUE LES GENS SOIENT PLUS EFFICIENTS ON LES SPÉCIALISE, certains vont faire de l'ostéo-articulaire, d'autres vont faire du foie etc...C'EST LA TENDANCE À CANTONNER LES GENS DANS DES SPÉCIALITÉS. Depuis un certain temps. Ailleurs, où c'est de la radio pédiatrie pure, ils sont performants partout, avec certains qui sont plus orientés sur certaines parties du corps.

L'attractivité du travail ici, c'est quand même un aspect intellectuel, car il y a des cas qu'on ne voit pas en ville ; donc on est très contents d'avoir été à l'hôpital, parce qu'on va reconnaître plus de choses. Et c'est très important d'avoir un pied à l'hôpital lorsqu'on travaille en ville. Oui, JE TRAVAILLE DANS DES DISPENSAIRES, C'EST-À-DIRE DES CENTRES MÉDICAUX. Et je disais, aussi dans l'attractivité du travail, il y a la communication avec des collègues, bon, on se fait des copains, c'est pas négligeable, et pour les salaires c'est vraiment très très bas, bon, il va y avoir une amélioration parce qu'il y a des nouveaux statuts, mais par contre il risque d'y avoir aussi des contraintes, qu'on pourra peut-être pas accomplir parce qu'on a un travail à l'extérieur, et que ça peut nous mener dans des situations impossibles. Donc il peut aussi y avoir des départs de ce fait-là. Bon dans mes conclusions, il y a : chefs de cliniques très compétents, mais qui ont beaucoup de tâches administratives, mais qui sont indispensables à l'organisation du travail médical parce qu'ils savent ce qu'est le travail médical ; on ne peut pas confier l'organisation d'un service à quelqu'un d'autre, vous voyez ; ici ce qui est séparé c'est qu'il y a des surveillants en radiologie qui vont s'occuper de gérer les manipulateurs et le chef de service va organiser un peu tout le fonctionnement. Et vous savez, il est aussi important pour le choix du matériel. Bon, je suis en gros assez satisfaite, avec des petites choses qui ne vont pas, que les patrons essayent de résoudre avec leurs moyens, et qu'il y a UN COMPROMIS À AVOIR ENTRE LES MOYENS ET LA RENTABILITÉ, et puis bon ben on peut toujours voir des améliorations à faire mais aussi selon les moyens ».

S'ADAPTER À DES CONDITIONS CONTRAIGNANTES

« Moi J'AVAIS COMMENCÉ AU SCANNER et puis j'essaie de ne plus en faire, et lorsqu'on ne fait plus une chose on perd l'habitude et surtout que LA TECHNOLOGIE A AVANCÉ DEPUIS TRÈS LONGTEMPS. J'ai commencé l'échographie au début de N., et DEPUIS TOUT A CHANGÉ, MÊME L'IRM, et si ON NE TRAVAILLE PAS EN PERMANENCE, DE FAÇON CONTINUE, C'EST COMME SI ON FAIT DES GAMMES DE PIANO, ALORS MOI À UN CERTAIN ÂGE, JE ME CANTONNE À CE QUE JE SAIS BIEN FAIRE. Donc LE PROBLÈME C'EST QU'IL Y A UN MANQUE DE MOYENS, le patron manque de vacataires pour faire ce qu'il veut, que même au point de vue matériel il manque PAR EXEMPLE DE MAGNÉTOPHONES, on en est à se partager un magnétophone, IL N'Y A PAS DE BIBLIOTHÈQUE, au cas où on aurait besoin de consulter un volume pour un cas particulier, alors qu'à D. il y a une bibliothèque formidable ».

DES GRANDES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION

« On n'a pas à notre disposition tout le matériel et toute la gamme de possibilités qu'on devrait avoir. Bon, il y a aussi la crainte parce qu'il y a des livres qui étaient à disposition et qui ont disparu, et il y a des gens qui ne sont pas très délicats. L'intérêt aussi, le fait d'être confronté à des cas un peu difficiles,

et d'avoir à faire à des collègues ça nous fait aussi une formation continue, parce que ceux qui après le CES se sont installés et ils sont restés tout seuls, à moins qu'ils aient passé du temps dans leurs radios, je pense qu'ils sont un peu largués, et c'est quand même TRÈS IMPORTANT D'AVOIR UNE CONFRONTATION AVEC DES COLLÈGUES et même aussi des collègues cliniciens, c'est-à-dire PAR L'INTERMÉDIAIRE DE STAGES OU EN LES VOYANT PERSONNELLEMENT. Ce que je regrette aussi c'est L'ABSENCE DE COMMUNICATION AVEC LES GROSSES TÊTES. Bon, certains sont très disponibles comme à D., où on leur pose une question mais ICI ON NE PEUT PAS ALLER DÉRANGER LE PATRON. Moi ça fait 15 ans que je suis ici, et je lui ai demandé une fois quelque chose.

Est-ce que les personnes qui sont le moins accessibles sont plutôt en haut de la hiérarchie ? Quelques fois, oui, mais ça dépend aussi de leur caractère. Et par exemple à D., le nouveau patron, on évite de le prendre dans le mauvais sens du poil. On sait qu'il est un peu casse-pieds, quoi, et on se méfie de l'eau qui dort, donc on ne va pas aller le solliciter comme l'ancien, qu'on connaissait et qui était plus accessible.

L'exception ce sont plutôt ceux qui sont disponibles. Les grosses têtes peuvent être des gens excellents mais ils ne sont pas accessibles parce qu'ils ont leur boulot, et puis il y a une organisation telle qu'on ne peut pas aller voir comme ça. Bon. Et puis il existe aussi des staffs inter services, mais nous on n'a pas la possibilité d'y aller parce qu'on n'a pas le temps, et puis il y a un staff très intéressant, alors moi j'y vais sur mes heures de liberté, où il y a les internes, quelques chefs et le patron, et là on se rend compte de l'excellence du patron, et puis moi j'apprends des choses, et puis je suis tout à fait satisfaite de ça. Bon, et ce que je reproche aussi c'est dans les rapports avec les autres services, lorsqu'ils demandent une radio, ils ont des formulaires à remplir, par exemple on va vous demander un rachis cervical, souvent il n'y a pas de précisions alors que ça peut être la recherche d'une tumeur, ça peut être un traumatisme, ça peut être une douleur, etc. Et on aimerait bien avoir de façon systématique des informations cliniques et on ne les a pas forcément toujours, et ça peut être aussi ennuyeux pour les manipulateurs qui savent pas non plus comment gérer le malade, etc. Et puis n'étant pas sur place tout le temps, il se peut qu'il y ait des clichés complémentaires à faire qui ne vont pas être faits d'emblée, alors moi je suis obligée de revenir en disant ben moi j'aimerais avoir un cliché en plus etc., ce qui fait du travail en plus ».

LE DÉROULEMENT D'UNE JOURNÉE ORDINAIRE DE TRAVAIL

« Bon ben, moi j'arrive, bon, ici je suis assez indépendante, c'est-à-dire bon, on me donne une tâche et puis je m'organise comme je veux. Par exemple la semaine dernière j'avais une formation qui m'intéressait et je leur ai proposé de venir interpréter le soir et puis de compenser mon travail autrement. Ailleurs, c'est : « vous arrivez à telle heure, vous effectuez votre tâche bien déterminée », mettons à [l'Hôpital N.], je fais les mammographies, je travaille de 2h à 5h30/6h. Ça dépend, mais comme si je suis un peu libre autrement, et s'il y a un cas difficile, je reste, parce que la priorité c'est quand même les malades. À [l'Hôpital B.] je suis aux urgences, c'est-à-dire que je gère tous les cas graves. Si j'ai un souci, bon avant j'avais un patron qui part à la retraite mais qui était tout le temps disponible, ou bien sa bibliothèque et en plus, avant il y avait tout le temps un staff en fin de vacation. Donc là je restais au moins 5 heures pour une vacation de 3h, mais au moins il y avait l'intérêt, maintenant il n'y a plus ce staff et pour ceux qui étaient là tous les jours ils n'avaient plus le temps de manger, et ils étaient un peu fatigués ».

ENTRAIDE, TENSIONS, CONFLITS

« En fait, POUR RESTER ATTACHÉ, IL FAUT SE FAIRE PETIT, et faire son boulot, ON NE PEUT PAS REVENDIQUER, SINON, ÇA NE MARCHERA PAS, si vous êtes une grande gueule ; il faut avoir compris ça déjà. À la limite on peut dire un jour ou l'autre « vous vous moquez de moi, ce n'est pas à midi et demi que je vais commencer un examen alors que je dois partir », mais le patron lui n'accepterait pas que vous disiez : j'ai un travail ailleurs, c'est le malade avant tout, alors que nous pouvons avoir du travail par ailleurs, vous voyez ?

(...) Moi je dois faire une interprétation, et si je ne suis pas sûre, je peux demander à quelqu'un d'autre, et celui-ci va me dire ah ben oui, mais va voir le patron parce que je ne sais pas, ou alors, va voir dans quel bouquin...etc. - Quand je suis à [l'Hôpital B.], ça arrive tout le temps.

À [l'Hôpital B.] ça marche comme ça, mais à [l'Hôpital N.] par exemple il y a plutôt une deuxième lecture pour voir si la première personne qui a fait l'interprétation ne s'est pas trompée, si on ne passe pas à côté d'un cancer, et si la décision d'opérer est valable ou pas. Bon si on fait la deuxième lecture et qu'on a l'impression que la personne s'est trompée, on va lui dire gentiment, et si on est pas surs on recherche toujours un troisième avis, alors pour éviter de se frictionner avec le premier interprète, on lui laisse un message en expliquant pourquoi il nous a semblé nécessaire d'avoir un troisième avis. Donc il y a certaines personnes qui ne sont pas très agréables et il faut éviter de les chagriner, et d'autres qui sont plus accessibles, vous voyez ? »

COOPÉRATION ENTRE SERVICES

« Il y a aussi LE PROBLÈME QU'ON EST DÉPENDANTS DES AUTRES SERVICES. Et LA COOPÉRATION SE PASSE DE LA MANIÈRE SUIVANTE : s'il y a un malade, il vient d'un certain service. Si on ne m'a pas demandé de renseignements cliniques et qu'il vient de cancérologie et qu'on m'a demandé des radios osseuses, qu'est-ce que je cherche ? Des métastases. Bon. S'il vient d'un autre service et tout, vous voyez, si je n'ai pas de précisions et si je sais de quel service il vient, je sais en gros ce que je recherche, hein, et si on me demande un squelette complet, ça vient du service d'hématologie, et c'est une localisation osseuse de certaines maladies. Avant, je prenais mon téléphone, je gueulais un coup, MAINTENANT JE GUEULE MOINS ET J'ÉCRIS SUR MON COMPTE RENDU : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POINT D'INTERROGATION, et puis voila, quand je ne suis pas contente, mais JE SUIS DEVENUE EN VIEILLISSANT PLUS DIPLOMATE QU'AVANT, où je gueulais, mais ce serait bien que de façon systématique ils nous transmettent des renseignements cliniques.

Prendre la parole au niveau de certaines commissions ? Oui, je suis déjà intervenue, parce qu'il y a des réunions de service de temps en temps et j'ai été nommée, bon, au hasard, donc j'ai participé deux ou trois fois à ces réunions de service, mais pas très souvent, parce qu'il y a LE COLLÈGE DES ATTACHÉS, et comme on est très nombreux, c'est tombé une fois sur moi, et j'y ai participé deux ou trois fois. Bon et le patron il était content que ce soit tombé sur moi, parce que je m'intéressais, et que les autres n'y allaient pas, parce que vous savez, POUR CE QU'ON EST PAYÉS, C'EST-À-DIRE 270 FRs POUR UNE APRÈS-MIDI, vous voyez, donc ça ne motive pas beaucoup, mais il y en a qui sont malins qui se disent je vais à l'hôpital, je vais récupérer des vacances, bon, c'est pas mon cas, mais vous comprenez ? (*Il y a des intérêts secondaires ?*) Oui, tout à fait, c'est le fait d'avoir un pied à l'hôpital, d'apprendre des techniques, etc.

Les relations avec le personnel paramédical ? Bon, il y a eu des frictions parce qu'il y en avait [parmi les manipulateurs] qui faisaient n'importe quoi, mais là ça s'est assaini. Il y en avait qui étaient un peu bizarres sur le plan psychologique, et puis il y en a qui se laissent un peu aller parce qu'ils ne sont pas encadrés, alors comme ils ne voient jamais un seul médecin, ils font vite fait leur boulot et puis voila, mais il y en a aussi beaucoup qui sont très motivés et qui font presque trop bien leur boulot, avec presque trop d'incidences etc. En fait il y a un manque de motivation aussi du fait qu'il y a des cadres qui ne sont pas bien aussi avec eux, et ces frictions font que ça peut se ressentir sur le travail. Et puis il y a aussi LE PROBLÈME DE LA SURCHARGE DE TRAVAIL, qui rend la communication avec le malade peu évidente, C'EST UN PEU LE TRAVAIL À LA CHAÎNE, donc la discussion n'a pas de place, et puis il y a UN PROBLÈME CRUCIAL AVEC LES AMBULANCES, qui ne sont pas disponibles, alors les malades attendent des heures dans le couloir et puis alors ils râlent, et c'est normal. Mais nous qu'est-ce qu'on peut faire, on dit ben oui, on a appelé les ambulances et bon, il y a des frictions aussi la dessus ».

<p><i>Les 35 heures n'ont rien apporté aux attachés ;</i> mais avec le nouveau statut, on pourra avoir une formation continue, à condition d'avoir assez de vacances.</p>

À l'intérieur de l'équipe, ça n'a pas eu grande conséquences (non plus) : vous savez, pas grand chose, les médecins font le même boulot qu'auparavant, parce qu'ils ne sont pas en train de comptabiliser leurs heures, vous voyez ? Mais le personnel est un peu content parce qu'il a un peu moins de travail pour le même salaire. C'est un avantage acquis et bon, il ne faut pas y revenir.

« AVEC L'ADMINISTRATION Le directeur etc. ? On n'a aucune relation, ça se passe au niveau du patron, bon, voyez, ils parlent entre chefs. Sauf si c'est pour avoir une promotion ou pour nous mettre à la porte, bon, c'est plus à l'entrée où ils nous demandent des papiers, mais le plus souvent on ne voit pas le directeur.

AVEC LES PATIENTS En fait il m'est arrivé de faire vraiment de l'entraide, bon, parce qu'il y avait quelqu'un qui est venu d'un pays étranger avec un cancer, et moi je l'ai guidé vers le service approprié, bon, j'ai pris mon téléphone, et très très rapidement pour leur rendre service, bon par exemple je vois quelque chose de grave sur une mammographie j'appelle le médecin traitant, bon, là c'était un peu particulier parce qu'elle avait de la famille médicale, mais IL FAUT FAIRE AUSSI ATTENTION À CE QU'ON FAIT PARCE QU'IL Y A LE SECRET MÉDICAL, ALORS IL FAUT DEMANDER À LA PERSONNE SI ELLE NOUS AUTORISE À APPELER SA FAMILLE OU PAS. Bon il peut y avoir des situations comme une fois par exemple ou une personne avait quelque chose de très grave, une grossesse extra utérine qu'il fallait opérer en urgence, et elle m'a dit attendez, il faut que j'aille chez moi placer mon chien et je lui ai dit : attendez, donnez moi vos clés je m'en occupe, et du coup je me suis trouvé chez moi avec son chien pendant trois jours. Vous voyez ?

Prendre contact avec l'assistante sociale Très rarement, bon, nous on fait du diagnostic, alors il y a parfois la famille et puis nous, on oriente, on discute et puis voilà.

Pour ce qui concerne le public de ses différents hôpitaux : Bon alors il y a soit les malades internés soit ceux qui viennent en externe, alors moi j'ai un contact direct avec le malade parce que je l'examine, alors c'est différent si ce sont des hospitalisés parce qu'ils seront pris en charge par leur service, sinon c'est à moi de prendre contact avec leur médecin, et puis c'est tout.

À [l'Hôpital B.] il y a beaucoup d'étrangers, on en arrive presque à 70 %. Il y en a qui arrivent aux urgences pour n'importe quoi alors ils râlent et ça peut tourner au vinaigre, mais dans l'ensemble il y a des relations normales.

L'esprit d'équipe, est-ce qu'il y a quelque chose qui peut améliorer un esprit d'équipe ? Il faut beaucoup le sens de la diplomatie, ce qui peut poser problème ce sont des personnalités qui ne sont pas à l'écoute et qui veulent imposer leur autorité, bon, si on ne sait pas communiquer et qu'on n'est pas diplomate, on n'arrivera à rien, et si on est trop timide non plus, vous voyez, et puis si on ne se connaît pas ».

TRAVAILLER DANS LE PUBLIC ET DANS LE PRIVÉ

« Bon comme LA CONTRAINTE EST LA RENTABILITÉ MAXIMUM, il y en a bien sûr qui vont être consciencieux et qui vont bien faire leur travail et d'autres qui vont aller vite au détriment de la qualité, et ça peut être dangereux. Et il y en a certains qui vont demander de faire des radios non nécessaires pour augmenter la note. Et c'est pas très normal.

Bon, LES CLINIQUES C'EST LE PROBLÈME DES GARDES. Moi j'ai donné quand j'étais jeune, et maintenant j'ai envie qu'on me laisse tranquille la nuit avec ma santé. Il y a un moment pour tout.

« *La paperasse* » Bon, il y a une chose qui m'exaspère, il y a une campagne de dépistage du cancer du sein, et c'est lourd, lourd, lourd, parce qu'ON EST OBLIGÉS DE REMPLIR UN QUESTIONNAIRE, ET PUIS APRÈS DE FAIRE UN COMPTE RENDU, CE QUI EST TRÈS TRÈS LONG, et puis ils sont pinailleurs comme c'est pas permis, avec des gens qui font une deuxième lecture et qui veulent pas dire leur nom, etc. Et à mon avis, ça va capoter parce qu'ils vont inquiéter trop de femmes avec ça et comme IL N'Y A PAS DE COMMUNICATION entre le 1^{er} et le 2^{ème} lecteur, ÇA FAUSSE LES PISTES ET ÇA VA AVOIR DES EFFETS NÉFASTES. Et puis si on vous dit que les clichés sont pas bons, et qu'IL Y A UN MANQUE DE COMMUNICATION (ET) ÇA PEUT CASSER LA BARAQUE, on n'a plus de crédibilité après, vous voyez ?

Le passage à l'informatique Alors ici c'est trop lourd à gérer, parce que je n'ai pas le temps de valider mes comptes rendus, que je fais sur un magnétophone, normalement je devrais les valider, mais je n'ai pas le temps, il me faudrait une vacation en plus. À D., je fais tout moi-même, mais là-bas, tout est fait correctement, c'est autre chose.

Les secrétaires – Moi j'ai beaucoup de contacts avec elles, y'a pas de soucis bon, il y en avait une qui était un peu caractérielle, elle est partie ailleurs, mais il faut savoir un peu se faire des amis.

Lieux de sociabilité extérieurs, fêtes, etc. Moi, les fêtes, j'y vais pas, mais j'ai eu un patron qui m'invitait chez lui, vous voyez ? Là on a fait une fête parce que le patron part et on a fait un pot de départ, et puis il y a un pot par an, mais là les gens qui se font la gueule n'aiment pas trop. Il y a aussi des lieux où on prend le café entre nous. (*Et pour le déjeuner ?*) Ben moi comme je ne travaille pas au même endroit je déjeune dehors. (*Cela crée une certaine distance ?*) Ben vous savez, il y a toujours des clans, en gros on nous appelait des esclaves, nous les attachés, alors bon, il y a des inconvénients et des avantages et puis vous savez, on finira tous au même endroit, alors il ne faut pas se faire trop de soucis au sujet de ce qu'on est et de ce qu'on aurait pu être et puis voilà ».

Jocelyne (Pha40), pharmacienne à l'Hôpital parisien ; elle travaille depuis 30 ans sans contrat de travail ; son parcours est en milieu hospitalier essentiellement

« Je suis pharmacienne, j'ai fait mes études de pharmacie après un BTS de chimie, et ensuite j'ai enchaîné, j'ai fait une année d'assistantat en officine de pharmacie, alors ça c'était juste après le bac..., dans les années 74 75, le BTS puis les années de pharma, que j'ai terminées en 79. Puis j'ai fait une année de pharma de ville comme assistante, puis j'ai repris la fac pour refaire des diplômes, en une année j'en ai fait trois, j'en ai raté un, j'ai raté l'hématologie, j'ai réussi l'immunologie, la bactériologie, c'était des spécialisations en biologie, sur les 5 modules j'en ai raté 1, j'en ai eu trois et il y en a un que je n'ai pas passé. Et en même temps je faisais des gardes en hôpital. Et après, j'ai continué à faire des gardes en hôpital, et j'ai fini par travailler dans le labo de l'hôpital, j'ai fait plusieurs hôpitaux, Broussais, Ste Perrine, qui est un hôpital de géronto, Ambroise Paré, qui est à Boulogne. En même temps, je travaillais en hormonologie à Bichât, et pendant que j'étais à Ambroise Paré, l'équipe de la pharmacie de [l'Hôpital] m'a appelé pour me demander si ça m'intéressait de travailler en pharmacie. C'était différent, mais j'ai été d'accord, je savais qu'un an plus tard le chef du labo dans lequel je travaillais à A. Paré partait à la retraite et on ne sait jamais quand un chef de service change si l'équipe va changer. Pour moi c'était (aussi) l'occasion de me rapprocher de chez moi, de faire quelque chose de nouveau et de mettre fin à une situation qui risquait de devenir critique. J'ai bien fait, parce qu'effectivement le labo a été complètement remodelé, de toutes façons j'aurais été obligée de partir.

Sinon, je suis à la pharmacie de [l'Hôpital] depuis février 2001, donc 2 ans et demi, j'ai commencé au niveau d'un poste de médicaments du sang, qui est une catégorie de médicaments qui demande une surveillance particulière, et ensuite, quand la personne qui s'occupait de la vente aux particuliers est partie, j'ai pris son poste, parce que j'ai un bon contact avec les patients qui viennent, et ça se passe bien ».

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

« Dans une équipe en fait il y a, en dehors du chef de service, des praticiens qui sont responsables d'une partie de la pharmacie et qui ont sous leurs ordres d'autres pharmaciens qui sont eux justement plus mobiles, et puis des préparateurs qui sont un peu ce que les infirmières sont aux médecins, et LA CATÉGORIE DE PERSONNEL DONT JE FAIS PARTIE MOI CE SONT DES VACATAIRES. Donc des gens qui ne sont pas titulaires et qui n'ont pas de poste officiel, parce qu'il y a aussi des assistants qui sont nommés pour une tâche particulière, les attachés sont des gens qui finalement passent d'un poste à l'autre. Et je fais partie des gens qui n'ont pas de contrat de travail fixe, et il faut se dire que les attachés, aussi bien au niveau médical que dans la pharmacie, sont DES GENS QUI SONT LÀ POUR ASSURER LA ROUTINE, et c'est UN POSTE QUI EST PLUTÔT MAL PAYÉ mais ce ne sont pas DES GENS QUI VONT ÊTRE CONNUS POUR LEUR RECHERCHE, EN REVANCHE CE SONT EUX QUI VONT VOIR LES

PATIENTS TOUS LES JOURS, qui vont faire les consultations etc. Donc c'est un poste qui est peu connu des gens qui ne font pas partie du domaine de l'hôpital.

Il y a un chef de service et 4 pharmaciens hospitaliers, alors ce sont les titulaires, ensuite il y a un certain nombre d'assistants qui ont des CDD, 4 ou 5, qui sont distincts des internes, et puis sinon il y a des attachés comme moi, on est 2 ou 3. [*Vous vous considérez comme constituant une équipe ?*] Oh oui, et nous les pharmaciens nous ne changeons pas de place, bien que moi, j'aie changé récemment, parce que le rayon des médicaments dérivés du sang a été remanié pour accepter plus de personnel parce que ça en demandait ; mais c'est au lieu d'être deux comme quand j'y étais, il y a le pharmacien qui s'en occupe mais qui s'occupe aussi d'autre chose, et il y a un interne qui fait des validations et un préparateur qui prépare des médicaments ».

« JE SUIS À L'INTERSECTION DE PAS MAL DE CHOSES »

« Alors là où je suis, JE SUIS À L'INTERSECTION DE PAS MAL DE CHOSES. Puisque je suis la pharmacienne, il y a un préparateur qui travaille avec moi, et LA PERMANENCE C'EST MOI ET LES PRÉPARATEURS, c'est le principe de leur emploi ici, vont PASSER D'UN POSTE À L'AUTRE, DANS LES DIFFÉRENTS POSTES DE LA PHARMACIE, POUR POUVOIR ÊTRE POLYVALENTS, parce que dans une pharmacie hospitalière, il y a un tas de choses qui se jouent, il y a d'abord la délivrance de médicaments aux personnes hospitalisées, avec une certaine surveillance, il y a la délivrance de médicaments aux gens qui ne sont plus hospitalisés mais qui ont encore besoin de médicaments qu'on ne trouve plus ailleurs, il y a des préparations pour des gens qui sont hospitalisés de poches anticancéreuses ou de trucs comme ça, il y a des contrôles, alors contrôles de l'eau, ou par exemple on a pas mal parlé de problèmes de légionellose, alors la partie de contrôle de l'eau fait partie des tâches de la pharmacie, il y a toute une partie de stérilisation du matériel, tout ce qui n'est pas matériel à usage unique doit être stérilisé, et puis il y a toute une partie de travail administratif et de comptabilité de produits divers, donc il y a des pharmacies où les personnes sont associées à une tâche particulière et d'autres comme ici où les personnes tournent.

La stérilisation est au premier étage, et le reste est ici. Donc en fait, les préparateurs tournent, ce qui fait que je n'ai pas toujours le même préparateur avec moi, ce qui fait que POUR LES PATIENTS JE SUIS UN PEU LA PERSONNE STABLE. Ensuite pour ce qui est de la vente aux particuliers, ça a une certaine indépendance, ça veut dire que nous gérons le stock de médicaments dont nous avons besoin, qui n'est pas forcément le même que celui dont on a besoin pour les personnes hospitalisées, en revanche pour notre fournisseur, on n'est pas séparés des autres, donc on reçoit tout ensemble, dans la même palette, donc lorsque la commande arrive, le préparateur qui est avec moi part avec ses collègues pour tout déballer, tout vérifier, c'est un très gros travail parce que bien évidemment il y a une très grande consommation, et ensuite chacun range chez soi, si bien que finalement les préparateurs travaillent ensemble de cette façon-là, et bien qu'on ait des rayonnages séparés, on peut bien évidemment se dépanner s'il nous manque un produit que l'autre a, c'est une forme de coopération. De même pour l'heure du déjeuner, on s'arrange avec le préparateur pour que la pharmacie reste toujours ouverte, et si je me retrouve sans préparateur, je vais en chercher un autre pour me remplacer à l'heure de midi.

ÊTRE JOIGNABLE À TOUT MOMENT, ÊTRE REMPLAÇABLE. Oui ça se passe bien parce qu'en règle générale tout le monde y est passé, puisque c'est la polyvalence, et même lorsqu'il y a un nouveau, il sait en général suffisamment de choses pour pouvoir rester et quitter à dire après qu'il n'y est pas arrivé ; de plus, lorsque je vais déjeuner, j'ai toujours un téléphone en poche, donc je reste toujours joignable sauf lorsque je vais déjeuner à l'extérieur.

Chacun a son rôle à droite à gauche et quelques fois on se regroupe, par exemple lorsque je suis absente, si un préparateur a quelque chose à demander, il peut le demander à une de mes collègues. Et, de même, ils peuvent aussi demander à mon supérieur hiérarchique, parce qu'il y a des préparations qui vont coûter assez cher, alors il vaut mieux avant de prescrire quelque chose qui va coûter quelques milliers d'euros demander l'aval d'une autorité supérieure.

UNE AUTONOMIE LIMITÉE. Oui pour tout ce qui sort de la routine, parce que je gère couramment des produits qui sont très chers, mais tant que ça reste effectivement des produits dont les patients vont

prendre 4 ou 5 injections par mois, chaque injection coûtant 500 euros, ce sont des produits qui sont très chers, mais compte tenu que je connais suffisamment les médecins, je sais reconnaître ce qui est normal ; si quelque chose me paraît anormal, je vais voir avec le médecin, pour vérifier, si vraiment c'est très anormal, je vais demander à une deuxième autorité qui est spécialisée dans le problème, si c'est un problème de cancérologie, je vais demander au spécialiste en cancérologie, pour savoir s'il connaît le patient. Donc là nous sommes trois à participer. B. est un des hôpitaux qui a fermé pour donner naissance à P., mais ça n'a pas complètement fermé, donc une fois par semaine on va rechercher un certain nombre de médicaments assez délicats comme des médicaments dérivés du sang ou des stupéfiants et pour ça il nous faut un pharmacien, et ça se fait une fois par semaine, et on va à tour de rôle avec un préparateur, parce qu'effectivement on ne peut pas se balader comme ça avec des médicaments délicats tout seul, donc on y va une fois par semaine et on s'arrange, même pendant les vacances, on peut se remplacer, ça se passe bien. De temps en temps on se rend compte qu'on n'a pas fait la semaine en cours, et là c'est panique à bord, on se réunit et on trouve toujours quelqu'un qui va le faire. Sinon, pour certains médicaments je travaille soit avec un autre pharmacien soit avec un interne en pharmacie, parce que ces médicaments n'ont pas encore une autorisation de mise sur le marché. C'est-à-dire ils ne sont pas encore accessibles mais soit sur dossier soit pour des raisons humanitaires, il est possible de les débloquer pour certains patients. C'est toujours très restrictif et chaque boîte doit être justifiée, et ça on travaille soit un pharmacien et un interne, donc c'est toujours une partie de l'équipe qui travaille sur ça et il se trouve que j'en fais partie, et là il y a toujours beaucoup de paperasse, pas mal de coups de fil, mais ça c'est l'interne qui s'en occupe, il faut du suivi et l'interne est là pour ça, c'est la raison d'être de son poste, et c'est la dernière étape du parcours d'un médicament avant son entrée sur le marché, ou il y a certains médicaments qui n'auront jamais d'autorisation mais dont certains patients peuvent avoir besoin, donc pour qu'ils puissent l'avoir on laisse ouvert, ça peut se faire au niveau de la France, mais ça peut être mondial, ou européen, et ça c'est une coopération entre pharmaciens.

COOPÉRER AVEC LA HIÉRARCHIE. Alors moi j'ai un supérieur direct qui s'occupe de ce qu'on appelle le circuit du médicament, mais pour certains médicaments je peux m'en référer à un autre pour ce qui est de la cancérologie. Et de la même façon, CES SUPÉRIEURS ME DEMANDENT DES CHIFFRES ; puisque CE SONT EUX QUI SONT EN RELATION AVEC L'ADMINISTRATION, POUR TOUT CE QUI EST DE L'ORDRE DU STOCK, des coûts et de la distribution, parce que parmi tous les médicaments qui existent, tout ne va pas être délivré à l'hôpital. Les médecins plusieurs fois par an, font un choix pour avoir tout ce dont ils ont besoin mais pas tout ce qui existe, puisque certains médicaments sont similaires. Sauf cas exceptionnels où deux services différents auront des raisons valables pour prendre chacun un des deux médicaments similaires et ceci nécessitera d'avoir les deux, et ceci se fait en commission plusieurs fois par an avec le personnel concerné, MOI IL M'ARRIVE DE PARTICIPER À DES RÉUNIONS PRÉPARATOIRES POUR DONNER DES INFORMATIONS SUR LES CONSOMMATIONS, sur les coûts, sur les spécificités de chacun, de façon à ce qu'ils puissent avoir des informations valables pendant les commissions. CES COMMISSIONS, J'EN FAIS PAS PARTIE ET JE NE PEUX PAS EN FAIRE PARTIE TANT QUE JE NE SUIS PAS TITULAIRE.

Vous avez beaucoup de réunions ? Non, moi non, mais au niveau de l'hôpital il y a beaucoup de réunions, il va y avoir des réunions sur l'organisation du travail, sur les produits dont on dispose, sur les locaux, parce qu'on est très très à l'étroit, malgré les apparences, il y a des réunions régulières de services qui travaillent entre eux avec l'administration, et la pharmacie étant présente dans tous les services...Mais ce sont plutôt les supérieurs qui participent, en revanche ils me demandent très souvent des bilans de consommation.

Des conflits professionnels ? Il n'y a rien de bien visible, mais je suppose qu'il y a comme toujours des rivalités, même au niveau des praticiens, puisqu'en fait souvent sur certains paramètres il peut y avoir deux personnes qui sont tout aussi intéressées, et là il peut y avoir des conflits mais en règle générale, les personnes se conduisent de manière civilisée, donc il n'y a pas grand chose de visible, de temps en temps parce qu'on a un praticien qui est plus expansif, il explose et puis voilà. Le chef de service peut aussi bien intervenir discrètement, mais ça se fait sans que toute la pharmacie soit au

courant. Et il y a juste eu un problème d'incompatibilité d'humeurs entre une praticienne et une attachée, et donc cette attachée a fini par partir ailleurs.

Avec les médecins ? Bien alors ça dépend. La praticienne qui me chapeaute connaît très bien les médecins, il y en a certains qu'elle connaît depuis l'internat, donc elle a des relations très privilégiées avec chacun d'eux, donc ces médecins-là vont l'appeler elle d'abord aussi parce que ce qu'ils vont demander, ce n'est pas seulement qui concerne les personnes extérieures, mais aussi les personnes internées, alors autant avoir quelqu'un qui chapeaute les deux parties ; ça c'est d'un côté, et puis quand ils ont quelque chose de particulier à demander, comme une faveur, ils s'adressent à elle. MOI JE VAIS M'ADRESSER À EUX OU EUX À MOI POUR DES QUESTIONS PRATIQUES : est-ce qu'il est possible de délivrer ceci ou cela en même temps, etc.

Les faveurs ? C'est par exemple donner plus que la quantité autorisée, ou d'arranger les dates, est-ce que vous pouvez par exemple donner le deuxième mois alors que le premier n'est pas fini, ou bien encore il n'a pas sa carte de sécu mais est-ce que vous pouvez l'avancer ou ce genre de choses. Et ça c'est souvent plus les patients eux-mêmes qui demandent, et parfois le docteur fait l'interface.

Avec les infirmières ? Alors les infirmières, j'ai peu de contacts avec elles sauf quand elles viennent me chercher pour un patient qui est encore là mais qui va sortir, donc infirmière ou aide soignante ou surveillante, ce qui se passe c'est que JE SUIS QUELQUES FOIS OBLIGÉE DE LES RENVOYER SI ELLES N'ONT PAS TOUS LES PAPIERS QU'IL FAUT, mais généralement ça se passe bien. Justement de temps en temps lorsqu'elles m'appellent pour me prévenir qu'elles viendront, je leur dresse la liste de tout ce qu'elles ont à m'apporter comme ça elles ne s'embêtent pas. Et puis j'ai aussi un contact avec l'administration, parce que les médicaments qui sont distribués ici sont remboursés par la sécurité sociale. Ils ne sont pas à la charge de l'hôpital et on ne les trouve pas en pharmacie, et c'est pour cela qu'ils viennent les chercher ici. Donc en fait on fait tous les papiers et on se fait rembourser par leur centre. Et ça fait beaucoup de papiers. Pour les dossiers les plus chers, on les transmet à l'administration qui va elle vérifier l'adresse du centre, la validité du numéro, qu'au niveau de la carte on a tous les renseignements, etc. Et ce sont des dossiers qu'on donne régulièrement à l'agent administratif qui s'en occupe et qui elle-même est chapeauté par une autre personne qui vient me voir de temps en temps lorsqu'il y a des changements ou des vérifications à faire, donc je suis en contact vraiment très régulièrement avec elles, et elles viennent me voir lorsqu'il faut régler un problème ou clarifier une situation.

Tous ces papiers ne représentent pas une surcharge de travail ? C'est du travail mais c'est aussi une obligation parce qu'on est dans un hôpital public ! Parce qu'on a quand même des patients qui sont très lourds et il serait impossible d'aller leur dire de chercher leurs médicaments ailleurs. Il y a aussi toute la documentation sur les médicaments, qui est là pour nous permettre de vérifier une ordonnance, alors parfois on la vérifie avec les médecins, et parfois eux nous disent que même si un médicament n'est pas censé être approprié, ils veulent l'utiliser dans cette situation donnée.

LES VÉRIFICATIONS *sont aussi une forme de coopération avec les médecins*, oui, tout à fait. Alors en fait il faut vérifier que ce qui est dessus est cohérent, et parfois ça arrive comme par exemple une fois où il fallait délivrer un anticancéreux, mais à des doses plus importantes que d'habitude, et ça m'a paru pas important, et on s'est retrouvé avec un patient qui n'avait plus beaucoup de globules blancs, bon, ça n'a pas été dramatique, mais tout de même, alors il faut toujours vérifier que la dose est appropriée, et si c'est vérifié, on peut enfin donner notre aval.

Aujourd'hui, par exemple, j'ai renvoyé un patient voir son docteur parce que je n'arrivais pas à le joindre par téléphone et je ne pouvais pas me permettre de délivrer le médicament, bien que ce qui était prescrit n'était pas très différent de ce qui était prescrit avant, mais quand même, alors puisqu'on savait où se trouvait le docteur, on a envoyé le patient le trouver et puis le médecin s'était trompé, et c'est vrai que comme on le fait toujours avec des arguments, c'est comme un garde fou, et puis comme les médecins connaissent les pharmaciens depuis un certain temps, il y a une relation de confiance qui

s'instaure, et les médecins se sentent rassurés. Et puis en même temps ils savent que si on leur pose la question, ce n'est pas pour leur mettre des bâtons dans les roues, ce n'est pas une critique, c'est plus comme un service rendu et c'est notre rôle, après tout.

(Par rapport à l'administration), c'est vrai qu'il faut que je leur donne toujours plein de chiffres, alors je m'adapte parce qu'on peut très bien me demander les chiffres comparatifs entre tel et tel mois pour tel médicament, et la fois d'après me demander des chiffres bruts de la consommation sur une certaine période. Alors je m'adapte car on peut me demander tout et n'importe quoi.

Vous réagissez aux demandes, mais comment peut-on vous aider ? Ben déjà tout simplement en précisant bien leurs demandes de manière à ce que je n'aie pas à le refaire après. Donc c'est eux qui me fournissent en général, parce que l'hôpital fait partie de l'assistance publique, et j'ai des demandes de la part de l'hôpital et aussi de la part de l'assistance publique. Alors il faut faire en sorte que tout cela colle bien.

Les médecins peuvent-ils vous aider ? Non, pas vraiment, sauf en ne se trompant pas. Mais je voulais dire quelque chose au sujet des médecins : vous savez, il y a de temps en temps des réunions d'information sur des sujets divers et ces réunions, il y a des médecins qui y participent, ça dépend évidemment du sujet mais si c'est un sujet médical, il y a un médecin qui y participe, pour donner son avis sur la question, et ça, ça se fait en règle générale une fois par semaine, et c'est une réunion qui dure une heure ou deux et là il y a soit un médecin qui vient faire la conférence soit y participer ».

COOPÉRER ET COMMUNIQUER

« *Le circuit de l'information, du haut vers le bas, passe bien ?* Oui parce qu'en général, sauf quand ils m'envoient des mails, je reçois la circulaire sur papier ou alors je participe à une réunion avec les deux ou trois personnes dans l'administration qui s'en occupent, de façon à bien faire passer les nuances, parce qu'il y a eu pas mal de changements depuis deux ans sur les papiers à faire, plutôt une simplification, ce qui est pas plus mal.

Vous sentez-vous informée suffisamment ? Eh bien pas assez, du fait d'abord de ma position géographique, puisque je suis un peu à l'écart, je rate certaines informations, on ne pense pas toujours à m'en parler, quand ce n'est pas formalisé. Mais il est difficile de changer ça puisqu'on a un manque de personnel. C'est difficile de transformer cela puisque je vais bien aux réunions, mais lorsqu'il se passe quelque chose d'impromptu les informations font souvent défaut et c'est pas évident de changer cela.

L'informatique a-t-elle amélioré la communication ? Alors l'hôpital est sur réseau et donc on se branche et en fonction de son mot de passe on a accès à certaines informations, le seul problème c'est que parfois ça pédale un peu, tant il y a d'informations qui passent en même temps.

Les patients ? Bon, ici nous allons avoir en général des patients qui vont revenir assez souvent, alors pour la plupart je les connais de vue, souvent je sais ce qui leur est arrivé, en gros, en plus je parle souvent avec eux et pour peu qu'il y ait un peu de temps j'apprends pas mal de choses, et eux PARFOIS ILS ME DEMANDENT DE LEUR FACILITER LES CHOSES, et c'est vrai que souvent j'essaie d'arranger les choses, et que J'AI PLUS DE SOUPLESSE QUE JE POURRAI. Alors bien entendu je n'arrange pas un changement de médicament, mais JE JOUE SURTOUT AU NIVEAU DU TEMPS ET DE LA DURÉE. Globalement les gens ici sont très gentils, contrairement à d'autres hôpitaux où les patients peuvent être très désagréables, ici on a la chance qu'ils soient globalement très gentils. C'est sûr que la plupart sont des gens du 15^{ème}, du 7^{ème}, donc plutôt haut, mais on a aussi des gens qui sont plutôt bas, comme des SDF, il y a des ouvriers etc., mais malgré tout en règle générale il y en a peu qui soient désagréables.

Avec les producteurs et les distributeurs ? Alors pour moi c'est simple puisque je ne suis pas prescriptrice, alors je suis toujours preneuse lorsqu'il y a des informations, donc je reçois facilement les représentants des industries pharmaceutiques, et celles-ci organisent souvent des réunions concernant leurs médicaments, bien entendu, et par exemple je suis allée la semaine dernière participer à une réunion d'information sur des médicaments de psychiatrie. Alors c'est pas du tout la spécialité d'ici, mais j'y suis allée quand même, puisqu'un représentant m'avait invitée et c'était d'ailleurs fort intéressant, ça se passait à Bercy, et c'est l'avantage de Paris, comme il y a beaucoup de choses qui se passent sur Paris, ça permet de les faire plus facilement. Certainement plus difficile pour les pharmaciens de province. Et moi je sais que si j'en entends parler, j'y vais facilement, parce que c'est organisé souvent autour d'une catégorie de médicaments ou d'un type de pathologie, et ça n'est pas forcément axé uniquement sur le médicament sorti par le labo organisateur.

Les visiteurs, oui, je les vois très régulièrement, et ils vont voir tous les pharmaciens, aussi bien que les médecins, mais lorsqu'ils vont voir des pharmaciens, ils vont plutôt voir ceux qui vont décider de la commande des médicaments, et quand ils viennent me voir moi, c'est plutôt pour connaître le marché, pour savoir ce qui se donne et pour me donner des informations que je pourrai avoir à retransmettre aux patients. Alors de ce côté-là, j'ai pas de soucis à me faire, il n'y a pas de risques de corruption. Mais eux c'est sûr qu'ils ont intérêt à ce qu'on utilise bien leurs produits, pour que les patients soient contents et qu'on continue à les prescrire, mais c'est indirect ».

Moi, les 35 heures je ne connais pas, peut-être un jour ça arrivera, mais peut être ça n'arrivera jamais. En tout cas pour l'instant, ça ne me concerne pas.
--

LA CHARGE DE TRAVAIL A BEAUCOUP AUGMENTÉ. TOUS LES PHARMACIENS ICI SONT SURCHARGÉS DE TRAVAIL. Essentiellement par manque de personnel.

« *Et est-ce que cette surcharge de travail a une influence sur les relations de coopération dans l'équipe ?* En fait chacun est un peu dans le même cas et il est certain que par exemple la seule chose que je peux faire pour quelqu'un d'autre c'est à propos des médicaments qui ne sont pas encore en vente de remplir une partie des papiers. Sinon comme nous avons tous des tâches spécifiques, il n'y a pas grande chose à faire à ce niveau-là. Sinon, à propos de l'informatique, on en reparlera tout à l'heure, mais il y a un programme bien particulier qui était le même dans le poste où j'étais avant et dans mon poste actuel, et comme je le connais bien c'est facilement à moi qu'on vient demander lorsqu'il y a un problème ce qu'il est possible de faire.

CHANGER DE POSTE OU D'INSTITUTION, SE RECONVERTIR. Oui et non, le contact avec les patients est assez agréable, et puis c'est aussi une certaine indépendance mais c'est sûr qu'il y a un problème, c'est l'insécurité, à cause de l'absence de contrat de travail, mais c'est vrai aussi que je ne me suis jamais battue pour obtenir un poste, on est toujours venu me chercher. Et pratiquement ça c'est toujours fait comme ça. Et à chaque fois que j'ai cherché quelque chose par moi-même ça a échoué. À ce niveau-là, je ne suis vraiment pas douée. Je ne sais pas me présenter, et ce genre de choses, j'arrive mieux à les faire pour quelqu'un d'autre que pour moi.

Par rapport à certains de mes collègues, je ne suis pas assez formée, j'ai moins de diplômes, j'ai pris mes précautions par ailleurs pour avoir des revenus supplémentaires, et dans les dix prochaines années ça devrait aller. Surtout que LES RÉGLEMENTATIONS AYANT CHANGÉ, IL Y A DE PLUS EN PLUS BESOIN DE PERSONNEL D'ENCADREMENT.

Déjà il y en a pas mal qui prennent ces postes et qui à un moment partent ailleurs, par exemple dans l'industrie pharmaceutique parce que c'est généralement mieux payé et qu'il y a plus de possibilités d'avancement avec le temps, mais il faut se battre. (*Moi aussi j'ai essayé*), mais je n'ai pas réussi. Et maintenant je suis trop âgée pour rentrer dans ce système-là.

Je n'ai jamais été engagée dans un syndicat bien qu'il existe et que des collègues y participent, mais à ce sujet-là je manque totalement d'agressivité ».

LE MESSAGE POUR LE MINISTÈRE

« Alors le principal problème est un problème de sécurité, on se trouve un peu sur des sables mouvants, on peut se retrouver dehors du jour au lendemain si on n'est plus intéressant et on peut partir aussi du jour au lendemain, il n'y a pas d'obligations ni d'un côté ni d'un autre. Ca c'est le gros problème, sinon, c'est mal payé, et il n'y a pas de possibilités d'avancement dans le temps, mais c'est un travail qu'on est censés faire pendant un moment avant de passer à autre chose, mais la plupart des gens restent, parce qu'ils n'ont pas d'autres possibilités ou parce que c'est tout de même un travail intéressant où on peut voir des choses intéressantes, où on a un pied dans l'hôpital...

Mais c'est vrai que ça dépend aussi de l'équipe dans laquelle on est, par exemple à mon ancien poste l'équipe était très désagréable, donc j'étais bien contente d'en partir, alors qu'ici je suis bien mieux malgré le fait que je me sente un peu exilée géographiquement ».

2. Personnels intermédiaires

(A) CADRES INFIRMIERS ET ASSISTANTE SOCIALE CHEF DE SERVICE

Ce sous-échantillon est hétérogène : nous avons réuni les trajectoires professionnelles de trois cadres infirmiers, tous les trois en psychiatrie (mais une des trois en mutation pour une mission en hôtellerie), et d'une assistante sociale, chef de service dans un des hôpitaux les plus connus de Paris, sur le seul critère de leur fonction d'encadrement et de la proximité entre les deux professions intermédiaires (infirmier et assistante sociale). Les questions relatives au statut professionnel et à l'autonomie occupent une place importante dans ces entretiens. On relèvera cependant un certain nombre de différences importantes pour ce qui concerne le positionnement par rapport à l'institution médicale et aux différents corps professionnels qui la composent. Il y a aussi les différences de conditions de travail entre les établissements de chaque personne interrogée, ainsi que le cas particulier du fonctionnement en « intrahospitalier » et en « extrahospitalier » dans la psychiatrie. Ce sous-groupe est composé de deux hommes et deux femmes et on retiendra la place particulière qui revient aux activités intellectuelles (études, publications) dans le bilan professionnel des deux femmes.

Dominique (ASS11), chef du service social, Hôpital parisien

Trajectoire professionnelle exceptionnelle, devenue une porte-parole de la profession à travers des travaux écrits et des « théories » développées sur la vocation du métier – près de 30 ans d'ancienneté, continuité dans sa position professionnelle. Ce qui l'intéresserait, c'est d'être coordinatrice du service social, et d'avoir une charge universitaire à côté, et être bien payée, estimant qu'elle est sous payée actuellement.

Entrée dans la profession « un peu par hasard, ma tante était assistante sociale et elle m'a dit que je pourrais faire des études, je les ai faites un peu par curiosité », son père avait fait « l'école normale, était né en 1920, avait fait la Résistance, avait été secrétaire à Londres, fait le débarquement, a été bousculé par la guerre, mais il avait déjà un sentiment de liberté très développé. Alors il a refusé d'être professeur, et est resté dans le social à sa manière, il est retourné dans son village faire facteur. Et il était très humain, et ma mère, en tant qu'épouse de l'époque, s'est consacrée à ses enfants. Et il n'était pas de bon ton par rapport à mon père que ma mère travaille, et ça lui a beaucoup manqué ; comme

elle me disait : les murs ne parlent pas. Ma tante a créé un centre où elle m'a demandé d'aller pour faire la gentille fille, mais connaissant Paris j'ai préféré rester et ne pas aller m'enterrer là-bas ».

Travaille à [l'Hôpital] depuis 5 ans, cela coïncide avec l'acquis de nouveaux outils par le biais de la formation, elle s'est rendue compte de L'IMPORTANT DE L'ÉCRIT ET DE L'OBJECTIVATION, de L'IMPORTANT DES PROTOCOLES. Depuis son DSTS en 75, elle a publié en gérontologie, a écrit un livre sur le service social, sorti en 2002, « le premier en son genre », réalisé avec une petite équipe. L'objectif d'avoir une culture du protocole et de l'objectivation, qui aurait manqué au service social depuis sa naissance, sur un plan global, collectif. Son hypothèse est qu'on est « dans la discipline de l'écologie sociale, mais qui n'a jamais été mesurée en tant que telle, parce que LE SERVICE SOCIAL A ÉTÉ CONSIGNÉ DANS UNE NON DISCIPLINE, PARCE QUE LA PROFESSION EST TROP FÉMININE AUSSI, PAS SUFFISAMMENT MIXTE, et on est restés dans cette subordination, ce qui est un désavantage et une disqualification même par rapport au travail.

« Écoutez je vais vous dire mon parcours rapidement : j'ai fait mes études d'assistante sociale après mon bac, je travaille depuis 1975, j'ai eu mon diplôme en 1975 et j'ai choisi de travailler dans des hôpitaux du fait de l'approche sanitaire parce que ça m'apportait des repères. J'avais l'impression que le social était tellement vaste et les problématiques sociales n'en parlons pas, alors avec l'approche sanitaire au moins j'arrivais à voir les repères. Et donc j'ai fait ce choix là, j'ai toujours travaillé sur les hôpitaux à Paris, j'ai travaillé 14 ans à l'Hôpitalière, au service neurologie pendant 2 ans, en médecine interne pendant 12 ans et je me suis aperçue après 14 ans de travail - alors que j'avais fait des stages de formation - qu'il me manquait des outils. Et j'ai demandé la formation DSTS (diplôme supérieur en travail social) et j'ai donc fait cette formation de 86 à 90, j'ai obtenu une maîtrise en économie sociale, et les outils qui me manquaient. Bien entendu, quand on forme on se déforme, c'est-à-dire que j'ai quitté la médecine interne où pourtant je me trouvais bien pour passer chef en gérontologie en 90, j'ai travaillé pendant 8 ans à B., où les conditions de travail étaient très difficiles, mais j'ai beaucoup aimé, mais je travaillais 12 heures par jour ce qui fait quand même beaucoup. Puis j'ai eu l'opportunité de venir ici comme coordonnatrice du service social alors que j'étais déjà chef à B., mais j'avais un plus petit service social alors qu'ici il est plus grand ».

UN INSTRUMENT POUR INSTITUER LA COOPÉRATION

Les instruments construits par Dominique visent explicitement UNE FORMALISATION ET UNE INSTRUMENTALISATION DES RELATIONS DE COOPÉRATION AU TRAVAIL. Cette démarche professionnelle correspond à une évolution des services, avec plus d'autonomie pour les professions intermédiaires – de soins et du social. La formalisation des activités est aussi une réponse aux accusations des représentants de corps concurrents, infirmiers ou médecins, leur contestant l'autonomie et une autorité propres. Cependant, la diffusion de ces instruments formalisés fait l'objet de critiques pour ce qui concerne l'emploi du temps (réunions de formation, temps de remplissage des fiches et formulaires) et d'augmentation des charges de travail.

DES ÉLECTRONS LIBRES DANS LA PROFESSION DU LIEN

Le titre d'un article écrit par Dominique renvoie explicitement à cette recherche d'identité professionnelle dans un environnement où la place des assistantes sociales est relativement récente et excentrée dans l'institution médicale :

« BRISER L'ERRANCE PROFESSIONNELLE » (est) le titre d'un article écrit à la DASS, l'errance professionnelle signifie ne pas savoir où on va professionnellement, et briser cette errance c'est essayer de relier les professionnels entre eux pour essayer de partager des objectifs communs, des méthodes de travail, des expériences. Pour atteindre ces objectifs, elle a créé un outil, utilisé *depuis*

longtemps un peu sans le savoir. Cela correspond à la demande de ceux qui sortent de l'école, à l'entrée dans la vie professionnelle, d'avoir un tuteur, quand on a l'impression d'être laissée pour compte... – parler ensemble des situations trop difficiles et des problématiques qu'on pourrait essayer de comprendre.

Cet outil de coopération dans l'équipe, « un outil qui n'existe pratiquement pas ailleurs », perfectionné dans le temps, intitulé L'ARPEJ (*Analyse, Rationalité, Perfectionnement, Évaluation et Jeu d'acteurs*), « déjà bien rodé à B. », formalisé, ritualisé, a été mis en œuvre à [l'Hôpital] : « quand je l'anime, je l'anime au tableau, toutes les collègues peuvent venir, il est ouvert à tous, BIEN SÛR IL N'EST PAS OBLIGATOIRE, mais je conseille vivement à tout le monde d'y être parce que tout le monde peut s'en saisir. » L'outil permet une ANALYSE SYSTÉMIQUE en général très limitée, comprenant LA SITUATION PARENTS ENFANTS, (...) UNE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME FAMILIAL ET DE SON INTERACTION AVEC DES SYSTÈMES EXTÉRIEURS, donc j'écris au tableau et puis bon la problématique, j'essaie de pousser les collègues à se poser plus de questions qu'à forcément trouver des réponses, alors qu'elles aimeraient plus avoir directement des réponses, donc là aussi, dans la configuration, il y a deux bords, et ce que je demande également c'est que les collègues prennent des notes et là par exemple J'AI MON OBSERVATOIRE DE L'ARPEJ DEPUIS DEUX ANS ET JE LE FAIS PAR EXEMPLE DEUX HEURES TOUS LES 15 JOURS. Au début on m'a dit que c'est trop de travail, et donc j'ai dû expliquer que ce n'est pas du tout chronophage. Maintenant elles viennent sans problèmes prendre des notes, etc. Et CETTE COOPÉRATION INSTITUÉE FONCTIONNE. Pour moi c'est important qu'elle soit instituée sinon on est électron libre et pour notre profession c'est important. Nous sommes dans la profession du lien, paradoxalement, des électrons libres, c'est ça notre paradoxe.

ORGANISATION DU TRAVAIL ET COOPÉRATION

Ici nous avons des fiches de poste, en fonction des statistiques qu'elles me rendent chaque année, je vois quelle est leur charge de travail, et je n'hésite pas à faire glisser deux postes sur un service. Ici j'ai 11 assistantes sociales sur le groupe hospitalier et 5 secrétaires. Par exemple, il y a des assistantes sociales qui travaillent à mi-temps parce qu'elles ont des enfants et grâce à l'ARPEJ j'arrive à me rendre compte des besoins et des possibilités de chacune. Par exemple j'ai demandé à une assistante sociale qui s'étiolait et qui n'osait pas le dire de répartir ses charges. Finalement on a pu trouver un équilibre. On est donc DANS UN RAPPORT DE COOPÉRATION GRÂCE À L'ARPEJ ET NON DANS UN RAPPORT DE CONCURRENCE.

POLYVALENCE

Par rapport à l'isolement dans son service, pour répondre à votre question, j'ai toujours entendu dans ma vie des discours du type : « moi je suis assistante sociale en médecine et je ne veux pas aller en psychiatrie ou aux urgences », discours contre lesquels je me suis toujours positionnée, parce que la problématique sociale est importante quel que soit le contexte, on est dans le rapport de l'adaptation à l'environnement, donc on n'est pas liées à une discipline médicale. Et j'ai remarqué que beaucoup de collègues étaient attachées à une structure et une discipline et cela pour des raisons historiques (...) et cela a créé des relations d'interdépendance donc on a perdu notre indépendance, et c'est grave en soi dans la mesure où nous sommes subordonnées. Par exemple, chacun étant dans son cadre, la surveillante générale peut donner l'ordre de faire quelque chose et nous nous ne sommes pas formées de la même manière, elle est soignante, alors que l'assistante elle n'est pas là pour écouter les ordres de la surveillante générale, il y a des interférences entre les hiérarchies et si on se limite aux hiérarchies, ça devient n'importe quoi, et les rapports sont très complexes.

Pour en revenir aux spécialités, je leur ai prouvé grâce à L'ARPEJ que les problématiques sociales n'étaient pas spécialisées, j'ai pu leur démontrer dans le temps et aussi pour les SUPPLÉANCES, JE N'AIME PAS LE TERME REMPLACEMENT –... lorsque j'envoie quelqu'un en remplacement, il y a souvent la surveillante générale qui m'appelle pour me dire : madame, pourquoi vous m'avez envoyé une telle, je ne la connais pas et je préfère une telle ! ON EST PAS LÀ POUR PRÉFÉRER.

RESPECT POUR LE PROFESSIONNALISME ET BESOIN DE RECONNAISSANCE

La sympathie ou l'empathie ne peuvent pas faciliter la coopération ? Alors ça non ! Non, je ne suis pas d'accord avec ça parce qu'on est professionnels, et la sympathie, si on ne l'a pas on doit avoir le respect pour le professionnalisme et je ne crois pas que la sympathie est naturelle donc moi je demande à mes assistants de réserver la sympathie pour leurs clients, pas les passeurs de commande, mais leurs usagers. Les passeurs de commande, c'est pas pareil, quand on passe une commande, on la paye, et moi je ne vais pas me subordonner, c'est mon service, ça passe par moi, on me passe une commande et on me la paye, j'ai une certaine autonomie.

J'ai brisé le mur des spécialités, et elles s'entraident, elles n'ont plus peur. J'ai démystifié les spécialités médicales – parce que jusqu'en 93, les assistantes sociales dépendaient directement du chef du service médical, c'était lui le patron ; on a été sous la coupe d'un patron, ON EST NÉES D'UN TERREAU MÉDICAL, MAIS ON N'EST PAS MÉDICALES, on est dans la branche environnement, interface, et il y a dix ans on a demandé notre autonomie, on l'a obtenue. Maintenant le service social dépend du cadre socio-éducatif qui dépend du directeur, qui n'est pas médecin.

Le professionnel et le personnel : imposer son pouvoir, prendre distance du personnel

JE SUIS TOUJOURS DANS LA CULTURE DU PROTOCOLE ET DE L'OBJECTIVATION, c'est-à-dire que ça reste très professionnel et on doit me démontrer ce qui est professionnel ; et ce qui est personnel ça ne m'intéresse pas. Alors en dehors des heures elles se réunissent au réfectoire par petits groupes, par affinités, et elles bavardent de questions et de perceptions personnelles, untel de tel service, etc., moi je n'y suis pas mais ça me revient automatiquement parce qu'on me raconte.

REFUSER DE NE PAS FORMALISER L'INFORMEL : Je refuse que l'informel qui marche ne soit pas formalisé. Il est évident que je ne veux pas formaliser tout l'informel, ça va de soi ; mais l'informel qui marche, il faut le favoriser, il faut montrer qu'en formalisant tout le monde obéit aux mêmes règles du jeu, moi je veux des règles du jeu claires et objectives et je suis persuadée qu'on a tout à gagner en formalisant des règles du jeu claires et précises.

LA RECHERCHE DE L'AUTONOMIE DANS LE JEU DES POUVOIRS

En fait il y a TROIS POUVOIRS : il y a LE POUVOIR MÉDICAL avec sa puissance, il y a LE POUVOIR ADMINISTRATIF avec ses atouts et beaucoup de défauts, qui mange sur les autres, parce qu'il y a deux producteurs, le producteur médical et le producteur social, et le pouvoir administratif s'insère en arbitre entre les deux. Et, pour jouer l'arbitre il monte, et parfois on est alliés parfois non. Il y a 10 ans, le service social est passé de sous la coupe médicale sous la coupe administrative, sans avoir son autonomie, donc automatiquement les interactions sont très liées à cette interdépendance.

LA COOPÉRATION AVEC LE PERSONNEL MÉDICAL

Les patrons sont devenus d'humanistes, humanitaires

Depuis peu nous ne sommes plus sous la coupe des médecins alors vous pensez qu'ils ne sont pas contents. D'autant qu'on est passées, en 10 ans de l'humanisme à l'humanitaire. Alors les nouveaux chefs de service ont plus souvent un profil humanitaire, pas tous évidemment, mais le changement d'organisation va avec le changement de société et de génération. Alors je vais vous donner un schéma un peu caricatural de la situation, mais pourquoi pas parce que ça facilite la compréhension. Alors les nouveaux patrons sont des types aux dents longues qui ont peur de se faire piquer leurs places, qui sont dans la compétition, et qui en plus sont menacés parce que les services ont des budgets, alors la dotation est liée uniquement à la durée moyenne de séjour à l'hôpital, c'est-à-dire que les chefs de service sont obligés de faire des rapports statistiques sur cette durée, en fraudant quelquefois pour justifier leur budget sachant que les budgets sont les plus étroits possibles, ce qui fait qu'ils ont toujours au dessus de leur tête une épée de Damoclès qui fait qu'ils sont humanitaires parce que c'est l'offre qui fait la prestation donc s'il y a une situation sociale qui les dérange ils ne veulent pas la voir, alors il font en sorte de virer la personne le vendredi soir pour que l'assistante sociale qui n'est pas là

ne se rende pas compte, et que personne ne conteste. On apprend le lundi et c'est trop tard. Alors les rapports qu'on a avec eux, je les formalise. Parce que les paroles s'envolent. Je leur ai dit, les soucis qu'on a en commun, c'est les soucis d'aval sanitaire. L'aval sanitaire est un problème médical. Mais ils doivent se reposer sur l'assistante sociale. On essaye de faire sortir les personnes au plus vite puisque c'est aussi notre intérêt, en tant qu'agents économiques, mais on doit faire en sorte que cela se passe au mieux possible, mais actuellement du fait de la rationalisation du budget et de la régionalisation sur un plan global, du fait de la restriction qui fait que chaque établissement se sectorise.

En fait, J'AI AFFAIRE À DES JEUNES LOUPS CONSOMMATEURS, ils n'ont pas encore acquis une autre dimension humaine, et puis ils sont toujours sous pression, menacés. Alors ce que je fais, c'est que je formalise (...) Alors en même temps ils sont très pressés mais ils sont très fuyants ; moi ils me fuient dès qu'ils me voient ça leur plairait plus d'être dans leur cellule mais moi qui suis la représentation de la problématique sociale, je suis là, et je suis épouvantable pour eux. Mais quand j'ai quelque chose à leur faire passer je demande de leur faire passer en comité de CCM réduit. Alors il y en a qui se sentent obligés de me recevoir alors j'ai droit beaucoup de salamalecs, je fais partie de la cour des grands, alors j'interviens et j'envoie la balle dans leur camp et je leurs dis à vous de jouer. Alors c'est pas compliqué pour moi uniquement parce que je suis ancienne et que je connais les rouages et que je comprends leurs soucis.

LES INTERFÉRENCES DE LA HIÉRARCHIE

LES MÉDECINS savent qu'ils n'ont plus la main sur l'assistante sociale, par exemple un jour un médecin m'a dit vous n'avez pas voulu rester avec nous alors nous maintenant nous ne voulons plus de vous. Alors au moins lui a dit les choses, il a été le porte-parole de ceux qui se taisent. Donc ils n'ont pas la mainmise sur nous ils n'ont pas la mainmise sur le social mais ça ne les dérange pas tellement, enfin ÇA LES DÉRANGE EN TERMES DE POUVOIR, CAR ILS ONT PERDU DU TERRITOIRE, MAIS DANS LA RÉALITÉ DE LA CHOSE ÇA NE LES DÉRANGE PAS, ILS SAVENT QU'ON EST UNE PLUS VALUE ET EN MÊME TEMPS ON EST LEUR BONNE CONSCIENCE et ça ils le savent bien, ils savent que c'est grâce à nous qu'ils peuvent trouver les bonnes solutions et ils savent quand ils nous appellent pourquoi ils nous appellent.

Là où on a plus de mal c'est avec le personnel soignant, non pas avec la base mais avec les surveillantes générales, bien sûr pas toutes mais... Parfois les surveillantes générales pensent qu'en étant infirmières elles peuvent tout prendre en charge (...). Et je tire toujours profit de l'ARPEJ pour remettre à jour la déontologie, pour rappeler aux assistantes qu'elles ne peuvent pas tout révéler de la vie privée des usagers, qu'elles peuvent éventuellement leur demander leur accord et, après l'avoir obtenu éventuellement, utiliser les informations, quand elles pensent que c'est utile, et si on leur pose des questions qu'elles peuvent répondre aussi bien : « demandez à l'intéressé ».

QUAND L'ENTRAIDE DEVIENT SYNERGIE

Dans la règle générale nous avons les mêmes clients avec des champs d'intervention différents, donc nous tendons tous vers le même objectif final (tout ce qui est annexe au bien de la personne humaine), nous devons travailler en synergie mais avec des territoires bien particuliers.

CES RELATIONS DE SYNERGIE SONT (AUSSI) FORMALISÉES

Les relations sont des relations de synergie, là aussi il y a eu une formalisation qui est arrivée grâce à l'accréditation des hôpitaux, grâce à l'ANAES (l'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION DES HÔPITAUX), alors l'ANES a demandé, **parce que le dossier social n'a pas d'accréditation juridique, que l'assistante sociale mette une fiche sociale dans une fiche de soins**, donc nous mettons une fiche sociale et déjà en 90 nous nous demandions quoi mettre dans une fiche sociale et moi je me suis demandé dès le début puisque j'avais l'habitude de la formalisation qu'est ce qu'on nous demandait de mettre, ce que le commanditaire voulait savoir. Et eux voulaient savoir les moments d'entrée et de sortie, et comment le malade était sorti. Il suffisait de mettre les demandes faites, et les conditions de retour à domicile et quelles étaient les dispositions prises, donc je leurs avais demandé d'écrire ces

items là et alors le médecin qui fait sa visite à 8 heures du soir ou à 5 heures du matin, il peut essayer de se renseigner pour savoir ce qui est mis en route pour le malade parce qu'il attend un autre malade dans 48 heures, il peut ainsi savoir quelles sont les dispositions, les personnes et les établissements concernés. Donc cette feuille sociale doit comprendre les demandes qui sont faites, les dates, les dispositions, et ce qu'on met comme moyens en œuvre pour aller dans le sens de la commande. Et cette fiche sociale nous la remplissons pour tous les malades que nous avons en charge (...). Ainsi LORSQUE LE MÉDECIN FERA SA VISITE, IL N'AURA PAS L'ASSISTANTE SOCIALE SOUS LA MAIN, MAIS IL AURA LA FICHE. Cette formation va aussi dans le sens de LA VISIBILITÉ DE NOTRE SYNERGIE.

CIRCULATION DE L'INFORMATION – LE JOURNAL DE L'HÔPITAL ET LES INFORMATIONS SUR D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS

On a un outil pour ça, c'est le journal de l'hôpital, où on publie des informations utiles lorsqu'on les reçoit, et qui s'appelle *Le clin d'oeil* ; donc c'est formalisé aussi ; alors je demande aux unes et aux autres lorsqu'elles visitent des établissements extérieurs de publier pour nous informer.

FORMALISER L'INTERFACE

L'interface est très importante, c'est notre essence ; il faut la privilégier en fonction de la typologie que l'on a : théoriquement on s'occupe de tout le monde, mais en pratique lorsqu'on regarde les rapports d'activité, on voit qu'on s'occupe SURTOUT DE PERSONNES ÂGÉES OU DE PERSONNES SEULES, SANS OU AVEC DOMICILE, MALADES OU HANDICAPÉS. Alors nous sommes sectorisés sur le 1, 2, 3, 4 et la collégiale sur le 5^{ème} arrondissement, donc nous recevons des gens de tout Paris selon les spécialités, voire des pays étrangers... Mais SINON NOUS SOMMES UN HÔPITAL DE PROXIMITÉ. Alors je vous disais qu'il fallait OBSERVER LA TYPOLOGIE ET FAIRE L'INTERFACE EN FONCTION DE CELLE-CI.

FORMALISER DES RÉUNIONS

Quand je suis arrivée, j'avais déjà une déformation acquise en gérontologie, après 8 ans de *geronto*, 12 ans derrière de médecine interne, alors ce que j'ai réussi à faire ici c'est de FORMALISER C'EST-À-DIRE DE FAIRE DES RÉUNIONS TECHNIQUES D'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES (RTPA), donc nous avons UNE RÉUNION MENSUELLE DANS LAQUELLE TOUS LES PARTENAIRES ESSAYENT D'ÊTRE PRÉSENTS : le centre d'action sociale, les services sociaux polyvalents, le centre d'hygiène sociale, les infirmiers et les psychiatres, les assistantes sociales de hôpital, celles de la sécurité sociale. Nous essayons de nous coordonner, mais le problème c'est que nous ne sommes pas dédommagées, par exemple les médecins traitants ne viennent pas souvent parce qu'ils sont appelés ailleurs par leurs clients et qu'ils doivent gagner leur vie. Ce que nous faisons, c'est que nous arrivons avec des études de cas sous réserve de leur accord. Alors là ON EST DANS LE SECRET PARTAGÉ. Et là nous mettons en commun de manière multidisciplinaire et territoriale, et on fait les réunions à tour de rôle chez les uns et les autres... Au moins une dizaine de personnes participent à ces réunions, environ une fois par mois.

LA FORMALISATION PEUT CEPENDANT ÊTRE COÛTEUSE ET INUTILE : « ils (l'administration) labellisent et formalisent, mais ça coûte quand même beaucoup d'argent et il y a mieux à faire que de dépenser de l'argent bêtement... » Cette réflexion lui a été provoquée par LES POINTS ÉMERAUDE, existant depuis cinq ans, mais en fait reprenant sous un autre label un (système ?) déjà existant...

FORMALISER LE TRAVAIL AVEC LES ASSOCIATIONS ET AVEC LES POLITIQUES :

Sinon, par rapport aux jeunes à problèmes et aux personnes en difficulté, nous travaillons beaucoup avec des associations comme Emmaüs de façon moins formalisée, mais ON FORMALISE LORSQUE L'HIVER ARRIVE, ON N'A PAS FORMALISÉ CET ÉTÉ, ON NE FORMALISE QUE LES GRANDS FROIDS ET PAS LES GRANDES CHALEURS, mais ça c'est LE PROBLÈME DES MINIMA, ON DÉPENSE DE L'ARGENT LÀ OÙ

IL N'EN FAUT PAS ET LÀ OÙ IL EN FAUT IL Y A DES MINIMA, QUI MARCHENT UN MINIMA, ET QUAND ÇA DÉPASSE, ÇA CASSE...

Mais, là aussi, AVEC LES POLITIQUES - et je travaille beaucoup avec la mairie du 4eme, puisque l'hôpital est associé à l'arrondissement, et que le maire est donc président du conseil d'administration -, mais là encore, LA POLITIQUE C'EST CE QUI SE VOIT, et dès que ça touche à la profondeur, quel que soit le bord, de gauche ou de droite, c'est pas qu'ils n'entendent pas, mais ça les dérange, ILS PRÉFÈRENT ÊTRE DANS L'HUMANITAIRE, ils préfèrent faire ce qui se voit.

LES RAPPORTS DE COOPÉRATION AVEC LES PATIENTS (CLIENTS) ET LEURS FAMILLES

LES ÉCUEILS SONT LES SUIVANTS : les intérêts et les enjeux des familles et des clients ne sont pas forcément les mêmes, je ne parle pas seulement des enjeux financiers (il y a des lois pour ça, la loi de la protection des biens), on est tout autant dans la protection des personnes, par le biais de l'éducatif, donc on a autant d'éducatif à faire à l'égard de l'entourage qu'à l'égard de l'individu. (...) J'ai co-créé avec X le comité juridico-social de AIDES en 1984 et ça correspondait aux années SIDA (...)

Georges (IC12), cadre infirmier en psychiatrie Hôpital parisien

« Créer une force centrifuge »

Il a commencé comme agent hospitalier ; passe de l'intrahospitalier à l'extrahospitalier ; critique de l'évolution de la profession et de l'institution.

Entré comme agent hospitalier à l'hôpital S., diplômé en 1975-1977 (formation payante, 27 mois), choix de la psychiatrie. A travaillé pendant 7-8 ans (1977-1985) en *intrahospitalier*, dans une unité de crise, services de femmes, étant le seul homme (la profession commençait déjà à se féminiser). De 1985 à 1995, en foyer post-cure – travail en équipe, avec des volontaires très motivés. Depuis 1995, il a quitté ce foyer, qui allait fermer ; 1990-95, une période de restrictions de personnel et de fermeture de lits ; crée le Chantier thérapeutique en 1995 et passe aussi l'examen pour devenir cadre infirmier ; revient en *intrahospitalier*, mais en créant cette unité qui représente « une ouverture vers l'extérieur » : de nombreux partenaires (dont Villejuif), richesse professionnelle ; association 1901, fonctionnement souple ; 15 à 20 personnes prises en charges (constituant des équipes d'ouvriers, travaux de réparation et de maintenance), pour une centaine de patients bénéficiaires (les clients, bénéficiaires). L'objectif professionnel de ce centre : comment introduire de la distance et conduire vers l'indépendance dans l'accompagnement autour de la question centrale du logement.

Son père était jardinier, et avait passé une grande partie de sa carrière en milieu hospitalier, en province – et ce que moi j'en percevais, ça ne m'intéressait pas forcément. Et puis c'est comme ça c'est les hasards de la vie, je ne voulais pas non plus aller à Paris, et puis les choix ont fait qu'à un moment ne suis monté à Paris pour faire ce type de boulot. Et en fait, jusqu'à maintenant, et maintenant je suis plutôt en fin de carrière, et je ne suis pas du tout déçu dans la mesure où ce parcours m'a toujours permis de faire relativement ce que je souhaitais faire. Ça a été important, saisissant les opportunités, saisissant les possibilités, c'était lié aussi effectivement à ma culture générale, à ma connaissance de certaines choses.

TRAVAILLER COMME SEUL HOMME DANS UN MILIEU DE FEMMES : 7 ou 8 ans en intra hospitalier, donc dans une unité de crise, avec une équipe assez polyvalente, et c'était un service de femmes, alors, il n'y avait que des femmes dans ce service, et essentiellement que des infirmières, et je me suis retrouvé pendant pratiquement 5 ans seul homme parce que c'était le milieu qui voulait ça. – La psychiatrie, à

une époque ça avait essentiellement été que des hommes, parce que c'étaient des styles de rapports conflictuels, durs, il qu'il fallait des hommes pour entourer et encadrer, parce que les rapports physiques étaient relativement violents. Tous les neuroleptiques sont arrivés, la prise en charge s'est modifiée, s'est un peu humanisée... J'étais en plus dans le service d'un docteur qui était un des grands pionniers du neuroleptique, qui avait mis en place dans son service des protocoles autour des neuroleptiques, ce qui a évidemment modifié la prise en charge du patient. Puisqu'à partir du moment où on arrivait à le stabiliser dans sa pathologie et à le rendre moins agressif, ou moins hors de la réalité, à ce moment-là on pouvait communiquer sur un mode plus facile et donc en fait à partir de là ça a été quelque chose qui s'est féminisé. La profession c'est... c'est sans doute très bien, à tel point que moi je me suis retrouvé dans un service où on traitait les femmes, et essentiellement qu'avec des infirmières. J'ai eu la chance, ça aurait pu être sans doute plus compliqué, d'être considéré comme le bonhomme du service, avec tout ce que je pouvais apporter moi comme bonhomme, c'était à St Anne, entre 1977 et 1985.

LES RESTRICTIONS DE 1990 À 1995 ET LEURS EFFETS. On s'est retrouvés à ne plus pouvoir faire ces accompagnements et on était à nouveau cantonnés derrière les murs. Ca n'avait pour moi aucun sens, on refaisait de l'intra dans l'extra, alors il ne se passait rien, les gens étaient bien, mais il ne se passait rien.

LA VOCATION

LES RAPPORTS HUMAINS M'ONT TOUJOURS INTÉRESSÉS, de façon générale, donc ces rapports on les trouve évidemment à différents niveaux ; à partir du moment où on rentre dans ce milieu-là, on est confrontés à tous les rapports humains qui puissent exister. AVEC LA HIÉRARCHIE, AVEC LES COLLÈGUES ET AVEC LES PATIENTS, ET C'EST ÇA QUI M'A TOUJOURS ATTIRÉ, C'EST MON TRUC. À partir de là, c'est vrai que LA HIÉRARCHIE, il y avait dans ce service UN MÉDECIN CHEF, DES INTERNES, LE SURVEILLANT, ET DONC DES GENS D'UN CHARISME BON, TRÈS CARRÉS, DOMINATEURS, etc. Et COMME J'ÉTAIS LE SEUL HOMME, J'ÉTAIS UN PEU EN AVANT QUAND IL FALLAIT AVOIR L'EXPLICATION SUR LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE, SUR LES PETITS CONFLITS QU'IL FALLAIT RÉGLER. Mais là aussi ça ne me dérangeait pas, c'était quelque chose qui me convenait aussi, et à partir de ce moment-là, où on prend en fait des gens en charge, et qu'on veut ouvrir des portes, c'est-à-dire ne pas se contenter effectivement de soigner quelqu'un en l'état, de faire en sorte qu'il aille mieux et puis en suite qu'il parte, très vite j'ai compris que faire ça sans doute c'était bien mais qu'allait-il devenir après, sachant que le fond des choses n'était pas traité, forcément, puisque c'était des conflits familiaux, c'étaient des histoires compliquées, c'étaient aussi des êtres fragiles à prendre comme tels et qu'on ne pouvait pas non plus faire des miracles, à soigner ou à vouloir trop prendre les choses en charge, mais il m'a semblé qu'on pouvait faire évoluer les choses pour faire avancer, une petite goutte, mais pour faire un petit peu les choses. Et à partir du moment où on quitte un petit peu les rails, où on se lance, ben forcément ça peut coïncider, et donc il peut y avoir des conflits...

DES CONDITIONS DE TRAVAIL AMÉLIORÉES PAR LA LUTTE

On travaillait 6 jours d'affilée, on se reposait deux jours, on retravaillant 6 jours et ensuite il y avait une compensation d'un week-end prolongé de 3 jours. Et ça C'ÉTAIT USANT. C'est-à-dire que vous travaillez 6 jours d'affilée dans un tel service, 4 jours c'était bien, et puis les DEUX DERNIERS JOURS ON N'ÉTAIT PLUS DISPONIBLES, ENFIN, MOI JE ME SENTAIS VRAIMENT FATIGUÉ, J'ARRIVAIS ICI J'ÉTAIS CREVÉ, VIDE, à la limite le matin on s'en sortait, mais c'était quelque chose de très fatiguant, et on avait imaginé avec les collègues de pouvoir établir un autre roulement mais qui n'existait nulle part ailleurs, et on a été deux, trois à bosser sur une autre possibilité de roulement, et là ça a été un rapport de forces assez important, entre nous, par rapport à une hiérarchie qui avait son fonctionnement depuis des années et le fait de vouloir introduire des éléments nouveaux, et donc des ouvertures aussi, et bien il a fallu, ça a duré environ deux ans, il a fallu écrire des rapports, le médecin a fini par donner son accord pour qu'on puisse au moins tenter l'expérience et ensuite ça a pu se développer. Mais il a fallu se bagarrer, se frictionner un peu à la hiérarchie, mais c'était porteur de quelque chose d'innovant, on

était d'un seul coup plusieurs qui pensaient qu'il fallait introduire autre chose autrement pour pouvoir développer des nouvelles choses.

TRAVAILLER EN EXTRAHOSPITALIER

- Le changement des conditions de travail avec les patients ont été les acquis professionnels les plus importants dans la période du foyer post cure. Les enseignements tirés.

LA GROSSE MODIFICATION ÇA A ÉTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT. Quand on était en intra, il fallait entrer en contact avec le patient, c'est-à-dire établir un rapport presque corporel pour pouvoir contenir la maladie, puis instaurer un traitement, ce qui se passait sur à peu près un mois. Quand je suis arrivé au foyer post cure, je me suis rendu compte qu'ON TRAVAILLAIT AVEC DES GENS STABILISÉS, il n'y avait plus la crise. Bon, la crise pouvait de nouveau réapparaître, mais ON TRAVAILLAIT SUR DE LA MAINTENANCE, pour maintenir cet état, mais aussi POUR COMMENCER À SORTIR VERS L'EXTÉRIEUR, c'était aussi notre projet à nous, de soignants, mais là on avait un problème, c'est que le soigné, étant bien à l'endroit, il cherchait à rester, donc il a fallu faire presque l'inverse, c'est à dire COMMENT TOUT EN GARDANT LE CONTACT, INTRODUIRE LA DISTANCE, ET LÀ AUSSI POUVANT GÉNÉRER LE CONFLIT, MAIS À L'INVERSE. CRÉER UNE INDÉPENDANCE ET NON PLUS FAVORISER ÉTAT DE DÉPENDANCE. Et donc C'EST ÇA LA GROSSE DIFFÉRENCE ENTRE TRAVAILLER EN INTRA, ET TRAVAILLER EN EXTRA, OÙ ON EST PLUS SUR LA RÉINSERTION, ET DONC CETTE NOTION DE DISTANCE EST EFFECTIVEMENT FONDAMENTALE PAR RAPPORT AU TRAVAIL qu'on va faire.

L'ACCOMPAGNER ET NE PAS FAIRE LES CHOSES À SA PLACE, par exemple ne pas parler devant lui, ou ne pas faire les choses pour lui – il fallait passer souvent derrière pour arranger les choses, ce qui demande du temps, et puis plus le temps d'hospitalisation était long et plus la maladie est profonde et plus l'handicap est grand.

PRISE DE RISQUE Il y a la peur du risque, la responsabilité que chacun peut avoir par rapport au risque qu'on peut prendre par rapport au patient, c'est-à-dire une espèce de surprotection pour protéger le patient sans doute, mais pour se protéger soi sûrement.

ÉTANT CADRE INFIRMIER, JE DOIS AUSSI ASSURER DES GARDES DE NUIT, ON M'A MIS AUSSI RESPONSABLE D'UN HÔPITAL DE JOUR et dès que j'ai voulu là aussi DÉVELOPPER L'ESPRIT D'ACCOMPAGNEMENT, ohlala, ça a été très compliqué ; non pas que les gens aient été contre, les gens avaient envie, justement, mais automatiquement il allait falloir développer des choses et ohlala, ça va être trop compliqué à gérer.

UN SERVICE DE PRESTATIONS

D'abord, à partir de l'expérience du foyer postcure, très vite on s'est rendu compte que compte tenu du peu de moyens qu'ils avaient, les gens, donc TROUVER UN LOGEMENT AVEC CE PEU DE MOYENS, C'ÉTAIT UNE TACHE QUASIMENT IMPOSSIBLE, pour quelqu'un de lâché dans la nature ; donc on était 2 ou 3 à essayer par le biais de ce foyer d'aider les gens à trouver des logements, donc moi je m'étais un peu spécialisé là-dedans, et donc à partir DU MOMENT OÙ ON TROUVAIT QUELQUE CHOSE, DE L'AIDER À LE METTRE EN ÉTAT, ET DE LE GARDER EN ÉTAT, ET DONC ÇA FAISAIT PARTIE DE CE PROCESSUS. Et on s'est rendu compte après l'avoir fait pour un et pour deux que D'AUTRES PATIENTS VOULAIENT NOUS AIDER POUR CE PROCESSUS, ET ON A VOULU DÉVELOPPER À PARTIR DE CETTE EXPÉRIENCE, est-ce qu'on pourrait pas METTRE EN PLACE UN SERVICE DE PRESTATIONS PERMETTANT À DES GENS DE REPRENDRE LE TRAVAIL SOUS LA FORME PAR EXEMPLE DE REMETTRE EN ÉTAT DES APPARTEMENTS POUR D'AUTRES PATIENTS. Donc de FAIRE D'UNE PIERRE DEUX COUPS. Donc s'est développé cette idée et ON A MIS EN PLACE UNE ASSOCIATION QUI PERMETTAIT D'EMPLOYER DES PATIENTS, donc DE LES RÉMUNÉRER, ENCADRÉS évidemment par des soignants. Partant de là LES PARTENAIRES SONT TRÈS VARIÉS.

UNE JOURNÉE ORDINAIRE DE TRAVAIL EN EXTRAHOSPITALIER

Moi j'arrive le matin, généralement vers 8h et quart, et je commence par planifier ma journée donc imaginer le travail qui est en cours. Donc de voir un petit peu où les gens vont aller, avec qui. Donc il y a deux encadrants, c'est à dire deux infirmiers qui travaillent avec moi en permanence, et il y a un pool de 6 à 8 patients. Et donc avec une répartition sur différents chantiers. COMMENT ILS SONT ORGANISÉS, CES CHANTIERS ? Les gens m'appellent, j'ai un bureau, ce sont généralement des services de tutelle de divers hôpitaux qui me disent qu'ils ont des gens, qui auraient besoin de faire des travaux chez eux. Moi je prends des contacts, je prends rendez vous avec soit l'assistante sociale, soit le tuteur, et avec le patient si possible et je vais sur place pour faire un état des lieux. À partir de là on établit un travail à faire et le coût, donc je fais un devis. On essaye de faire des devis qu'on peut équilibrer. Et bien sûr les devis que je fais sont moindres que ceux d'une entreprise normale. C'est aussi une des raisons d'être. Donc à ce moment-là on va rencontrer différents partenaires pour résoudre cette affaire. Ça peut être des médecins, ça reste quand même essentiellement autour du milieu médical. Donc le matin c'est la préparation des équipes pour aller sur le terrain, et en même temps réceptionner tous les appels qui peuvent avoir lieu, donc ben je suis pas mal à circuler, donc il y a le portable et le répondeur, tout un ensemble de moyens mis en place pour permettre de communiquer le plus facilement possible, NOTRE LEITMOTIV C'EST D'ÊTRE LE PLUS DISPONIBLES POSSIBLE, C'EST-À-DIRE D'AVOIR UNE SOUPLESSE DE FONCTIONNEMENT QUI NOUS PERMETTE DE RÉPONDRE À DES BESOINS URGENTS, parce que parfois, tant que nous ne sommes pas intervenus sur le terrain, le patient ne pourra pas rentrer chez lui.

Emploi du temps au quotidien et communications

SI ON PREND UNE JOURNÉE QUI VA COMMENCER À 8 HEURES ET QUI VA SE TERMINER À 5 HEURES, bon, là aussi il y a des journées où je vais passer beaucoup de temps au téléphone, mais ce sont des coups de fils relativement courts. Exceptionnellement, il arrive que selon le patient je rappelle une équipe et je discute sur le fond des choses. Dans ce cas-là, selon le problème, je demande un entretien. Et soit les gens viennent me voir soit je me déplace. Ça c'est pour les ouvriers. Il y a effectivement les clients qui appellent, et donc il y a aussi un travail avec les services de tutelle, parce que les clients continuent parfois à être dans les murs le temps des travaux, et là aussi il peut y avoir des choses à régler, soit pour ceux qui ne sont pas là avec les services de tutelle. Donc presque tous les jours je vais être en contact pour parler des travaux en cours, avec les travaux qui sont à venir. Et puis au quotidien, il y a deux équipes et donc ça génère à travers ce travail-là des liens, que ce soit avec les clients ou avec des ouvriers. Ça peut être aussi des coups de fil que je reçois de la part de la hiérarchie qui va m'appeler pour X problèmes, il y a tout le problème de la gestion, donc je vais passer beaucoup de temps, alors là aussi il faut s'organiser, et là par exemple je vais profiter des gardes pour mettre à jour mes papiers. Tous les soirs il y a un garde infirmier qui gère l'hôpital, alors moi c'est le mercredi soir où je suis à la trappe pour gérer les entrées et les sorties, et là aussi il y a cette gestion-là à gérer pendant 4 heures. C'est vrai que c'est très multiple, il y a le temps qu'on va passer en voiture, et il y a des jours où on ne peut pas sortir, alors j'essaie de regrouper mes déplacements, et puis de laisser des matinées pour rester bloqué au bureau et gérer le tout.

Une activité qui demande une grande disponibilité pour le suivi, avec beaucoup de déplacements et un investissement personnel soutenu : il y a un déplacement énorme ; essentiellement dans la partie sud de Paris. Finalement, développer une centaine de chantiers par an et prendre en charge une quinzaine de personnes en tant qu'ouvriers et avoir une file active de maintenance de 5 à 6 personnes par mois, tout ça se gère, bon, ça représente une masse de travail et une demande de disponibilité, certes, mais en même temps au quotidien c'est quelque chose qu'on peut vivre, parce qu'en plus de ça je dois m'occuper d'un hôpital de jour où je vais comme ça mais qui est relativement autonome, et puis où il y a des gardes assurées, et puis il y a aussi des RTT et j'essaie aussi d'en profiter... (C'est possible aussi parce qu'il délègue une partie de ses activités.)

L'HÔPITAL DE JOUR, c'est pour des gens qui sont presque à la limite de l'hospitalisation. Et donc il y a un groupe d'infirmiers qui tous les jours s'occupent d'eux, qui font des ateliers, donc ils ont leur

autonomie, ils fonctionnent bien là-dedans, c'est une équipe qui est assez soudée, et donc moi j'interviens relativement peu. – J'interviens au niveau de la planification, je prends en charge parfois des petits conflits ou je m'occupe de prises en charge un peu compliquées, par exemple je m'occupe d'appeler le médecin, – d'ailleurs je leurs dis, vous vous débrouillez bien, et parfois ils interviennent sur le chantier, et donc c'est une équipe qui se renouvelle, tous les 2 ou trois ans – ce sont des gens qui ont une certaine expérience et une maturité, on ne peut pas rentrer sur ce genre de travail en étant inexpérimenté – moi je n'ai pas envie de rentrer dans le genre de conflits machin truc, bon, ça arrive parfois, pas sur les chantiers, parce qu'on n'a pas le temps, mais il y a dans les équipes des personnalités plus dynamisantes que d'autres, donc parfois il faut venir et écouter, et puis répondre, et créer le lien. – Le médecin intervient très peu la dessus, c'est-à-dire qu'il y a le problème de la disponibilité, c'est vrai que parfois ils m'appellent et que je suis assez pris dans les choses et il m'arrive d'être bref et cassant, et de dire vous êtes des grands et responsables, démerdez-vous – vous m'emmerdez, résolvez ce problème, je passerai à telle heure, faites en sorte que le problème soit résolu. En même temps, il faut quand même que je revienne, l'abcès est crevé, les choses se sont dites, c'est vrai que pour certains il faut prendre le temps de les écouter.

LE FONCTIONNEMENT SUR LA DURÉE DE L'ÉQUIPE

Les équipes référentes pour le patient ouvrier, du bricolage organisationnel

Il y a toujours des équipes référentes pour le patient ouvrier. Eux peuvent venir du secteur dans lequel on travaille, d'ailleurs ça a été souvent une source de conflits avec la direction, parce qu'eux estiment que je dois travailler pour leur image en quelque sorte, alors qu'il y a à mon avis plus important, donc de fait je me suis trouvé plusieurs fois dans une situation telle que j'avais en charge des patients qui n'étaient pas des patients du service. Donc mes partenaires immédiats, les deux garçons qui travaillent avec moi, qui vont eux sur le terrain, savaient qu'il y a aussi la prise en charge du patient ouvrier, ce sont des CDD sur deux ans, et donc on a du temps pour faire en sorte que les choses évoluent et servent de tremplin et donc ne pas rester dans un truc bloqué. Donc il faut régulièrement rencontrer les équipes pour rappeler que ce ne doit être qu'un tremplin. Donc c'est mon rôle d'être là un peu vigilant pour forcer les choses, quitte à parfois être sévère.

La prise en charge est longue, entre un et deux ans, et la législation veut qu'on ne prenne pas plus de six personnes par jour. Il est évident que dans un chantier de 15 m² on ne va pas mettre 10 personnes, il y a un équilibre à trouver, il faut faire des roulements, faire en sorte que tout le monde puisse participer, puis il faut faire aussi en sorte que quelqu'un qui commence un chantier puisse aussi le terminer, pour qu'il y ait une continuité. Ça veut dire que par an on va avoir à peu près 15 à 20 personnes qui vont être prises en charge par rapport aux ouvriers. Par rapport aux clients, on va faire une centaine d'interventions, cent personnes qui bénéficient du service, avec la mise en place des maintenances. Notre mission est de remettre en état des appartements qui sont dégradés, mais pour certains types de patients qu'est ce qui va être fait derrière ? Si c'est pour que dans 6 mois on trouve un appartement dégradé, moi je ne suis pas là pour faire du fric ! Alors qu'est ce que vous proposez pour que ça reste propre, et ça fait partie des discussions que je peux avoir avec les personnes qui seront dans le suivi du patient, avec la mise en place d'une aide ménagère. Mais pour certains patients ça ne va pas être possible parce que leur folie est telle qu'une aide ménagère ne va pas rentrer chez eux. Là nous on propose de mettre en place un service de maintenance, mais vraiment lorsqu'on ne peut pas faire autrement, parce qu'il faut se servir un maximum des services qui existent déjà. Donc quand effectivement ce n'est pas possible, on passe deux trois fois par mois pour maintenir en état, ce qui permet aussi le contact avec cette personne. Les rapports s'établissent assez facilement, chez le psychotique ça peut être très violent, le monde extérieur fait peur, mais, à partir du moment où on arrive à établir un contact, les choses se passent bien. Ce n'est pas trop compliqué de travailler sur cette matière-là. Et puis il y a aussi ce qui se passe autour, les voisins, le concierge, là aussi il faut établir le lien.

RAPPORTS CONFLICTUELS ET RÉSISTANCES RENCONTRÉES

LES CONFLITS peuvent apparaître à différents niveaux, déjà simplement par rapport au patient, qui va se mettre en opposition, qui va faire tout son possible pour éviter, alors il va falloir faire en sorte qu'il accepte le projet.

Il y a LE CONFLIT AVEC LES AUTRES ÉQUIPES, où il faut leur dire aidez-nous parce que sans votre aide on ne va pas y arriver. Donc la bagarre elle est à ce niveau-là, CE N'EST JAMAIS UN CONFLIT OUVERT, MAIS PLUS DE LA PASSIVITÉ, UNE ESPÈCE DE RÉSISTANCE, ET C'EST ÇA QU'IL FAUT TOUJOURS ESSAYER DE CASSER.

Et donc ACTUELLEMENT LE GROS PROBLÈME C'EST QU'IL Y A MOINS DE PERSONNEL et que pour faire ce travail il faut avoir les moyens, et là c'est un autre conflit, c'est que L'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ELLE EST LÀ POUR AVOIR LES MOYENS DE GÉRER LA CRISE, EUX, TOUT CE QU'IL Y A DERRIÈRE, ILS ME DISENT : C'EST SÛREMENT TRÈS BIEN CE QUE VOUS FAITES, MAIS NOUS, ÇA NE NOUS REGARDE PAS. Ben oui mais, bon, c'est aussi cette prise en charge-là qui permet qu'il y ait un suivi et peut être moins de rechutes. Mais ACTUELLEMENT POUR FAIRE TOURNER UN SERVICE, ON TOURNE UN MINIMUM.

COOPÉRER AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES

En psychiatrie, il y a des partenaires qui vont être DES INTERLOCUTEURS DIRECTS, il y a les médecins, les assistants sociaux, il y a des psychologues, il y a parfois des analystes qui peuvent passer, ça c'est LE MILIEU MÉDICAL ; ensuite, effectivement quand on va faire des démarches, on peut rencontrer des gens d'autres ASSOCIATIONS, ou des gens de LA MAIRIE ou d'autres partenaires. Donc là aussi il y a une ouverture de fait, vers une base qui fait une société. Ça pouvait être accompagner des gens chez DES EMPLOYEURS, donc de fait RENTRER EN CONTACT AVEC UN MILIEU POUR LEQUEL ON N'ÉTAIT PAS FORMÉS, donc il y avait une approche, il y avait ce qu'on appelle un accompagnement, c'est-à-dire faire en sorte que l'autre puisse développer son autonomie, tout en restant à la bonne distance, et lui permettre d'avancer. (IC12)

« UNE TENDANCE GÉNÉRALE VERS LE REPLI SUR SOI »

MOI JE TRAVAILLE AUSSI BIEN AVEC l'intra hospitalier, avec l'extra hospitalier, avec des gens qui sont des fois complètement extérieurs, avec des fournisseurs, ON RENCONTRE EFFECTIVEMENT DES PERSONNES DE TOUS LES MILIEUX, ET ON A UNE VISION GLOBALE QUI FAIT QU'ON VOIT DES CLIVAGES ÉNORMES, CHACUN BOSSE UN PEU DANS SON COIN, bon, DÉFEND SON TRUC, PUIS LE DÉFEND AVEC DES MOYENS DE PLUS EN PLUS LIMITÉS, donc avec DE MOINS EN MOINS DE COMMUNICABILITÉ, COMME SI LA TENDANCE ÉTAIT AU REPLI SUR SOI. Moi JE LE VOIS DANS LE SERVICE DANS LEQUEL JE TRAVAILLE, C'EST CE QUI SE DÉVELOPPE. Ça a été encore évoqué récemment avec le chef d'équipe, c'est LE PROBLÈME DE COMMUNICABILITÉ ENTRE LES ÉQUIPES. On a beau FAIRE DES RÉUNIONS mais il y a des choses qui coïncent et LES GENS SONT DE MOINS EN MOINS MOTIVÉS, ILS ONT DE MOINS EN MOINS UNE VISION EFFECTIVE DES CHOSSES, ILS ESSAYENT DÉJÀ DE CONSERVER CE QUI FONCTIONNE, DE SE PROTÉGER SOI, ET DU COUP NE PLUS VOIR CE QUI SE PASSE À CÔTÉ. Et donc ils sont EN TRAIN DE PERDRE LE LIEN.

« DEUX MONDES EN TRAIN DE SE METTRE EN PLACE »

Moi JE PENSE QUE C'EST LIÉ TOUT SIMPLEMENT À UNE POLITIQUE. Moi j'ai le sentiment que la mise en place des RTT, bon, c'est très bien, mais si c'est pour développer le travail, sinon ça rime à quoi ?

RENTABILITÉ ET PERFORMANCE D'UN CÔTÉ, DÉPENDANCE ET INDIFFÉRENCE DE L'AUTRE

...il va y avoir des types qui vont être hyper performants, qui vont travailler cinquante douze heures par semaine, et puis il va y avoir des types qui sont là et qui font plus rien ou qui vont finir par s'en satisfaire, ou alors ils vont trouver des bénéfices secondaires, ou des systèmes pour survivre dans tout ce qu'on aura mis en place pour les rendre dépendants. Non, je dis, IL Y A QUELQUE CHOSE QUI DÉCONNE, C'EST-À-DIRE LE FAIT DE FAIRE QUELQUE CHOSE EN COMMUN, ÇA CRÉE DES LIENS, donc peut être aussi une hiérarchie mais parce qu'il faut bien que les choses soient coordonnées, mais ça

contient une dynamique et donc, en termes de pouvoir d'achat, et en termes de partage, mais c'est aussi une politique, et ON EST LÀ DANS UNE CHOSE QUI ME CHAGRINE BEAUCOUP, ON VOIT DEUX MONDES EN TRAIN DE SE METTRE EN PLACE, UN MONDE DE CEUX QUI VONT ÊTRE HYPER PERFORMANTS, QUI VONT SE FAIRE BEAUCOUP DE FRIC SANS DOUTE, ET PUIS UNE AUTRE SOCIÉTÉ, DE CEUX QUI VONT ÊTRE EN MARGE qui sera sans doute, voilà, ET CE MONDE-LÀ, ON LE RETROUVE AUTOUR DE NOUS et quand on regarde ce qui se passe sur terre on retrouve un peu le même schéma, et on va vers quoi ? Je ne sais pas. (...) on peut parler du retour du religieux, enfin, je ne sais pas, mais c'est inquiétant et tout à fait étonnant. Alors que moi je m'imaginai qu'on allait passer à autre chose. Mais là du coup on se renferme, on revient à des choses, parce qu'on a besoin de repères, bon, la religion peut en être un mais avec toutes les manipulations qu'il y a derrière, et moi ça me chagrine beaucoup de voir que l'homme avance mais n'évolue pas forcément, c'est pas une évolution qui va toujours vers le positif, depuis la nuit des temps.

C'est ce repli de la société qui se protège – j'ai le sentiment avec LA CRÉATION D'UNITÉS CENSÉES FAVORISER CETTE PROTECTION, PROTÉGER LE PATIENT, SANS DOUTE MAIS DU COUP TROP PROTÉGER LE PATIENT, ET LE RENDRE DÉPENDANT, alors ça on le perçoit actuellement, c'est-à-dire que du fait des structures qui existent, c'est plus quantifié. A une époque lorsque je travaillais en intra, les gens qu'on recevait étaient hospitalisés, et puis lorsqu'ils partaient ça nous échappait un peu.

Maintenant c'est bien ciblé et quantifié, (mais) de fait est-ce que ces choses-là sont plus quantifiables maintenant, mais est-ce que ces choses-là sont en évolution constante, par rapport à la population fragilisée, est-ce que la maladie a augmenté au fil du temps ? Je ne pense pas, parce qu'il faut dire aussi que le traitement stabilise, et puis tout est relatif, c'est vrai que moi j'ai plus tendance à dire qu'on peut faire mieux à condition de travailler autrement, c'est vrai qu'en soi le traitement et les structures mises en place arrivent à faire en sorte que... Si, à une époque, la chronicisation c'était entre 4 murs, maintenant elle est au sein d'un arrondissement, et on arrive à faire en sorte que les gens puissent circuler, qu'il n'y ait plus cet enfermement, cette contenance limitée à 4 murs, c'est quelque chose qui s'est élargi, le traitement de la crise s'effectuant assez rapidement.

Le problème c'est le grossissement de la population qui est le fait du manque de possibilités d'évacuation. Est-ce que c'est lié à la maladie, parce que la maladie c'est quelque chose d'assez incurable, donc de fait il y a toujours une fragilité qui est là omniprésente.

PRÉPARATION A LA SORTIE : INVERSER LA TENDANCE IMPRIMÉE PAR L'HÔPITAL

LA CHOSE FONDAMENTALE C'EST L'ÉQUILIBRE, et là dessus j'essaie d'être très pointu, c'est-à-dire voir à partir de quel moment les choses risquent de basculer, dans le rapport, et ce qui est IMPORTANT, C'EST DE POUVOIR VERBALISER, c'est-à-dire prendre du temps aussi pour que les gens puissent s'exprimer parce que si ça n'est pas pris en considération tôt, et bien ça peut créer des conséquences très graves par la suite. Et donc il faut trouver du temps. On a UN MÉDECIN QUI VA VENIR UNE FOIS PAR SEMAINE, et on va parler avec lui de ce qu'on fait, c'est un peu notre référent, IL N'A PAS UNE PLACE FONDAMENTALE DANS L'ORGANISATION, MAIS IL VA NOUS PERMETTRE DE VERBALISER LES CHOSES. Donc soit dans la prise en charge des patients, soit dans le rapport conflictuel qu'on peut avoir avec la hiérarchie, parce qu'il y a comme je vous l'avais expliqué ce risque de rapport bien que le travail soit reconnu et que même dans cette période de restrictions le médecin reconnaisse explicitement il y avait un travail qui méritait d'être développé. IL Y A UN OUTIL QUI EXISTE, MAIS C'EST AUSSI DES GENS QUI LE FONT PERDURER, ET LE PROBLÈME C'EST DE LE FAIRE PERDURER, et il faut FAIRE EN SORTE QUE TOUTES LES PERSONNALITÉS S'ENTENDENT, ET QUE L'OUTIL PUISSE SE CONSERVER MÊME SI LES AGENTS SOIENT INTERCHANGEABLES. Il faut TROUVER LES LIMITES D'UN FONCTIONNEMENT MINIMA QUI PERMETTE QUAND MÊME LE DÉVELOPPEMENT DE CE TRUC-là.

LE PROBLÈME DE L'HÔPITAL, ACTUELLEMENT, C'EST QU'IL CRÉE UNE FORCE CENTRIPÈTE, je le vois comme ça, c'est-à-dire qu'en fait IL Y A L'HÔPITAL, LES PATIENTS QUI RENTRENT ET QUI VONT

SORTIR. ET ON A CRÉÉ TOUT UN TAS DE RÉSEAUX EXTRA HOSPITALIERS. ET DONC LE PROBLÈME C'EST QU'AUTOUR DE CES PETITES STRUCTURES, IL N'Y A PLUS DE SORTIES, C'EST-À-DIRE QU'ON VA SE CONTENTER DE PATIENTS DU SECTEUR QUI VONT TOURNER AUTOUR DE CES STRUCTURES, ET DONC À CHAQUE FOIS QUE 5 PATIENTS RENTRENT, IL Y EN A SEULEMENT UN QUI VA RÉELLEMENT SORTIR. AVEC DE MOINS EN MOINS DE PERSONNEL, DONC IL FAUT EN PLUS PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS DONT L'AUTONOMIE EST EXTRÊMEMENT LIMITÉE, QUI SONT TOUJOURS À LA LIMITE DE LA RUPTURE, MAIS JUSTEMENT ON PARLE DE CE PROBLÈME DU RISQUE, ON SE PROTÈGE POUR ÉVITER TOUTE FORME DE DÉRAPAGE, ALORS QUE JE CROIS QUE LE DÉRAPAGE PARFOIS IL EST NÉCESSAIRE, IL N'EST PAS TOUJOURS FACILE À VIVRE MAIS IL EST UTILE POUR POUVOIR AVANCER. AVEC DES RISQUES QUE ÇA PUISSE ENTRAÎNER DES CHOSES, MAIS C'EST À NOUS DE PRÉVOIR. ET DONC MOI MON IDÉE C'EST DE CRÉER UNE FORCE CENTRIFUGE, C'EST-À-DIRE VRAIMENT VERS L'EXTÉRIEUR. QUI PERMETTE LA RÉHABILITATION.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE TRAVAIL

- Les charges et le rythme de travail ont augmenté suite à l'accélération des sorties de l'hôpital.

À partir du moment où il y a une structure de prévue pour 30 personnes, et que là on a des structures qui fonctionnent à 150 % de leur capacité d'accueil prévue à l'origine, et qu'on va avoir un effectif qui ne peut que baisser. Alors soit on pense autrement, donc on fait intervenir d'autres intervenants, effectivement, c'est de dire qu'on va remplacer les infirmiers par des éducateurs, pour certaines prises en charge, puisqu'il y a des structures *extra-hospitalières* qui sont là pour assurer la prise en charge de toute cette population à problèmes, autonomes, donc pour l'instant c'étaient des infirmiers et des aides soignants qui faisaient ça, mais on peut aussi bien introduire d'autres intervenants qui peuvent avoir aussi un éclairage autre, bon, l'expérience est à tenter, y compris sur les chantiers.

DES RÉUNION FRÉQUENTES : « quelque part tout est source à réunion, et on va parler énormément ».

LE CADRE INFIRMIER : PROFESSIONNEL DE SOINS ET ADMINISTRATEUR

REDÉFINITION DU PROFIL DE SON ACTIVITÉ, REFUS DE SE FAIRE RÉDUIRE À UN ADMINISTRATIF. ...on a une responsabilité, c'est effectivement en tant que cadre infirmier représenter un peu l'autorité, on va être dans une unité de soins pour faire appliquer les directives, garantir que le minimum de présence soit là, il va falloir gérer aussi les sources conflictuelles qu'il peut y avoir au niveau de l'équipe, donc ON ASSURE UNE ESPÈCE DE CONTINUITÉ DE SOINS, donc le boulot. C'EST VRAI QU'ACTUELLEMENT, ÊTRE CADRE INFIRMIER, ON N'EST PLUS DANS LE SOIN, ON EST UN ADMINISTRATIF, ça c'est très clair, or MOI JE ME BATS CONTRE ÇA, c'est-à-dire que par rapport à la hiérarchie, c'est de dire, MON TRUC, C'EST D'ÊTRE SUR LE TERRAIN, c'est effectivement être porteur de quelque chose et de l'organiser, et de faire en sorte d'être le liant.

Bon, après, ça va être AU NIVEAU DES CHANTIERS OU AU NIVEAU DE L'HÔPITAL DE JOUR. Et après il y a quand effectivement je vais arriver pour prendre ma GARDE, c'est-à-dire arriver pour prendre des problèmes d'absences, d'entrées, etc. Donc ça c'est quelque chose qui est DE L'ORDRE DE L'ADMINISTRATION. Et ça c'est surtout QUAND JE SUIS SURVEILLANT DE GARDE. En dehors de ça toute ma fonction est autre. Je suis toujours en contact avec l'autre, et je dois servir de liant et mettre la dynamique.

LA DIFFUSION ET L'IMPOSITION DE L'INFORMATIQUE ONT ACCENTUÉ LE PROFIL ADMINISTRATIF DU TRAVAIL

C'est mon grand problème, je me sens dépassé par rapport à ça, j'essaie de faire un gros effort par rapport à ça, d'ailleurs j'ai ma fille, on vient de se brancher sur internet, elle en avait besoin aussi pour travailler, tout ça donc je vais essayer moi aussi à coller à ça, et sur le plan professionnel j'ai quelques manipulations à faire mais ça reste des choses relativement simplistes mais c'est vrai que l'outil informatique en soi c'est vraiment important, et quand je vois certains de mes collègues qui passent les ¾ de leur temps devant l'ordinateur, il y a quelque chose d'antinomique, avec le type de travail qu'on

fait qui est quand même orienté vers le soin, c'est là qu'il y a un décalage énorme entre être infirmier et d'un seul coup passer au statut de cadre infirmier où on devient tout d'un coup on devient vraiment de l'administratif...

COMMUNICATIONS : TÉLÉPHONE, PORTABLE ET RÉPONDEUR. C'est vrai que le téléphone est important pour régler beaucoup de choses, c'est vrai que pour moi c'est l'outil essentiel, j'ai un portable évidemment, mais je me protège aussi pas mal, c'est à usage relativement personnel, à part mes collègues pour les urgences, pour le reste c'est le téléphone et le répondeur.

LA CHARGE MENTALE DU TRAVAIL : le besoin de défendre sa vie familiale, de réaliser une coupure après le travail (comparer avec ceux qui entretiennent des relations en dehors de l'hôpital). Ce métier-là me plaît parce que c'est multiple, IL Y A UNE POLYVALENCE DE FAIT, parce qu'on va traiter des problèmes assez hiérarchiques, et aussi du travail auprès des patients, et ce développement du chantier, on travaille sur la gestion, c'est-à-dire comment s'autogérer, c'est-à-dire ne pas dépendre et d'être suffisamment autonome, et puis dès que ça fonctionne, donc voilà, c'est ce qui m'intéresse, mais il y a une coupure, et c'est très clair, entre le boulot et la maison, j'arrive chez moi, et j'ai fermé la porte du boulot, pas forcément dans ma tête mais je n'ai plus de liens avec le travail. C'est deux mondes différents.

Romain (IC13), infirmier cadre en psychiatrie, Hôpital en Seine-Saint-Denis

Agent à la poste avant d'entrer dans le milieu hospitalier ; 15 ans expérience d'infirmier, moins de trois ans comme cadre ; critique du système de santé ; bon observateur « ethno » des rapports de pouvoir dans le milieu professionnel.

Formé à N... en 1988, travaille de 1989 jusqu'en 2000 dans une unité extrahospitalière ; 2000-2001, formation de cadre à la Croix Rouge. Depuis deux ans et demi, cadre infirmier dans une unité relocalisée d'un hôpital de Seine-Saint-Denis ; 15 ans d'expérience comme infirmier, deux ans et demi d'expérience comme cadre de santé.

LA PÉRIODE 1989/2000 – travail en tant qu'infirmier du secteur psychiatrique au sein de la cité, pour le bien être du patient avec un cadre de réinsertion, avec du coup un travail en réseau, au sein d'une équipe infirmière très autonome, peu médicalisée, peu hiérarchisée, où L'INFIRMIER ÉTAIT VRAIMENT LE NOYAU DU TRAVAIL, EN GROS QUI ORGANISAIT LE TRAVAIL, mais qui AVAIT TOUTE AUTONOMIE, c'est-à-dire qu'on ne lui disait pas de faire, mais qu'il devait imaginer comment il allait pouvoir prendre en charge aussi les patients. L'INFIRMIER POUVAIT SE POSITIONNER EN TANT QUE POURVOYEUR DE PROJETS, de prise en charge des patients, et ensuite si ces projets étaient validés par l'équipe pouvoir les mettre en place au sein de cette équipe pour les patients concernés. Ces projets c'était évidemment des soins mais des soins plus de réinsertions, de type formation, ou professionnelle, réinsertion sociale, au niveau du logement, et aussi sur un plan financier, de quelle aide pouvait-on faire la demande, tout cela avec la participation du patient, c'est-à-dire que s'il fallait monter des dossiers de demande ou d'aide, le patient participait aux rendez-vous qu'on pouvait avoir avec l'administration. CES PROJETS D'INSERTION – soin et collaboration du soin – avaient un rôle très éducatif : créer de l'entourage, s'en sortir tout seul. Avec des partenaires multiples : ville, HLM, ANPE, etc.

...on avait monté une petite entreprise de réinsertion, qui travaillait le bois, l'idée c'était de travailler des petits objets en bois, et ce projet était financé par des fonds EDF, cette société publique réservait aux parties de fonds pour travailleurs handicapés, et donc nous reversait une partie de l'argent pour justement pouvoir élaborer cette insertion professionnelle.

Il y avait beaucoup d'absentéisme, beaucoup de refus, c'était pas un milieu très sécurisant pour le patient, il manquait de prise en charge soignante au quotidien, parce qu'au sein de cette entreprise de réinsertion, il n'y avait que des techniciens, et si on y mettait des soignants, ça posait un autre

problème parce qu'au fond, les soignants ne connaissaient pas le métier du bois, et ne cernaient pas les tenants et les aboutissants du système, donc il aurait fallu les deux, et au bout du compte on s'est rendu compte que lorsqu'on mettait des soignants dans cette petite entreprise, et quand on mettait des professionnels, c'était pas simple la collaboration entre les deux car c'était des milieux très différents, le patient était un peu au milieu, et c'était complexe, en plus, il y avait des enjeux financiers importants, il fallait un minimum de rendement pour faire tourner la boîte, et avec des malades mentaux on n'avait pas de rendement et donc on a eu très vite des déficits, donc c'était compliqué.

...on a préféré se dire qu'il valait mieux déjà trouver un appartement, de type collocatif, l'OPHLM de la ville de B... nous avait octroyé des appartements de 4 pièces avec 3 chambres et on pouvait mettre 3 patients dans un appartement et payer en collocation, nous on intervenait au sein de ces appartements pour le suivi infirmier, et puis on s'est dit que peut-être ça suffisait, qu'il était déjà pas mal que le patient ait un appartement, qu'il ne soit pas isolé parce qu'ils sont à plusieurs dans cet appartement, qu'il y ait un suivi médical et infirmier, qu'il retrouve quand même une place au sein de la société, certes, sans travailler, mais en ayant une pension d'handicapé, ben c'est déjà une place dans la société et il ne faut pas être utopique et essayer de réinsérer à 100 % ; mieux vaut peut-être une réinsertion à 50 % réussie, qu'une demi réinsertion à 100 %.

Le mode de fonctionnement de l'équipe

C'était une équipe donc infirmière qui était constituée de 14 infirmiers/infirmières, qui fonctionnait en ce que l'on appelle équipe unique c'est-à-dire que nous faisons tous les horaires, matin, après midi ou nuit, on se répartissait les nuits qui étaient faites seuls, avec une personne d'astreinte à domicile, et puis donc les journées se déroulaient avec des axes majeurs, le matin c'était surtout un axe autour du repas du midi, de l'organisation du repas du midi, donc les infirmiers se répartissaient les tâches avec les patients, il fallait élaborer le menu, il fallait aller faire les courses, revenir, préparer le repas et ensuite partager le repas. C'était une tâche d'ensemble qui nous prenait d'environ 9h du matin à 14h, pour finir le repas. L'infirmier participait avec le patient à l'ensemble des tâches, c'était de la collaboration, c'est-à-dire que bon, éplucher les légumes, bon, ça dépendait aussi de l'autonomie des patients, et quand ils étaient plus autonomes, l'infirmier était plus en retrait. Pour les patients moins capables, il y avait des patients plus capables qui aidaient et qui du coup étaient éducatifs pour les patients moins capables, mais les infirmiers dans ce cas-là étaient plus proches, et se répartissaient les tâches (...) moments forts de réinsertion, de récréation du lien social, du tissu urbain...

...POUR LE TRAVAIL INFIRMIER UN AXE DE RESTITUTION DE CE QU'ON POUVAIT FAIRE, C'EST-À-DIRE ALLER ENSUITE AU SEIN D'AUTRES INSTITUTIONS, d'autres unités de soin, au sein de l'hôpital ou pas, dans d'autres unités, pour parler de leur expérience personnelle et de leur vécu au quotidien, pour essayer de démontrer qu'on pouvait soigner d'une manière différente mais surtout réinsérer des patients malades mentaux chroniques dont la maladie était toutes fois stabilisée.

...COLLABORATION AVEC LES ASSISTANTES SOCIALES, qui apportaient une compétence un peu différente que la notre, la collaboration, elle s'effectuait aussi avec d'autres unités du secteur, par exemple parfois il y avait besoin d'un étayage, un peu plus soignant, parce que le patient allait un peu moins bien, qu'il risquait une rechute, dans ce cas là on faisait intervenir un centre d'accueil et de crise du secteur qui gérait la situation, où le patient était vu quotidiennement en entretien, ça évitait l'hospitalisation, on laissait un peu tomber la réinsertion dans ce cas là, on privilégiait à nouveau le soin psychiatrique, ça permettait souvent d'éviter l'hospitalisation mais on ne cherchait pas à l'éviter à tout prix.

CENTRES POST-CURE ET RÉINSERTION

Il y avait toujours chez certains patients le potentiel de violence, qu'il fallait savoir gérer dans des unités inadaptées à ça, puisqu'on n'était pas dans un cadre hospitalier, mais dans une maison normale. Donc un patient qui risquait de s'agiter ou de casser des choses, voire de prendre des outils ou des ustensiles de cuisine et menacer les soignants c'est arrivé, bon, c'était toujours DES SITUATIONS

COMPLEXES qui posaient un certain nombre de problèmes et DONT DES RISQUES POUR LES SOIGNANTS, ce qui posait des problèmes au sein de l'équipe quand on a du admettre des PATIENTS PLUS JEUNES, MOINS STABILISÉS, ces patients-là avaient plus de risques de violence.

Donc il a fallu que l'équipe accepte ça, et ça se passait différemment, certains acceptaient bien, d'autres moins bien, entre autres le conflit s'est orienté vers la situation la nuit puisqu'il n'y avait qu'un infirmier présent dans la maison, avec 12 patients, et un autre infirmier d'astreinte, certes, mais loin, puisqu'il était à son domicile, mais joignable par téléphone. Donc parfois surtout, puisqu'il y a quand même de la féminisation dans l'équipe, comme partout, donc parfois des petites infirmières assez frêles, toutes seules la nuit avec 12 malades mentaux, ben au fond c'était gérable quand on avait des vieux patients chroniques, mais TRÈS VITE EN 1994 ON A EU DES PATIENTS PLUS JEUNES ET MOINS CHRONIQUES. Et c'était tant mieux, ces patients-là avaient moins d'années d'hospitalisation derrière eux et avaient d'autant plus de chances de pouvoir être réinsérés. C'est pour ça aussi qu'on voulait donner cette chance-là.

Mais on prenait LES CONSÉQUENCES DU POINT DE VUE DE LA DANGÉROSITÉ, avec des patients en pleine forme, forts, et donc là à un moment ou à un autre il y a eu conflit avec une partie de l'équipe qui a demandé à faire les nuits à deux, au lieu de 1, alors c'était plutôt les femmes, les hommes ne demandant rien de spécial ou n'osant pas le demander, d'ailleurs. CE SYSTÈME À ÉTÉ MIS EN PLACE MAIS TRÈS VITE À MONTRÉ SES LIMITES SURTOUT AU NIVEAU DES EFFECTIFS, car il y a commencé à y avoir pénurie des effectifs AUX ALENTOURS DE 95/97, C'ÉTAIENT LES DÉBUTS, BON, MAINTENANT À CÔTÉ DE ÇA AUJOURD'HUI C'EST UNE CATASTROPHE, mais c'était les débuts, et donc C'ÉTAIT DIFFICILE DE POUVOIR GÉRER DES PLANNINGS AVEC DEUX INFIRMIÈRES LA NUIT AU LIEU DE UNE si bien qu'IL A FALLU UNE INTERVENTION HIÉRARCHIQUE À LA FOIS MÉDICALE ET PARAMÉDICALE qui a dit qu'il fallait faire la nuit seul et que si des personnes ne le souhaitaient pas elles devraient quitter l'unité, et seraient remplacées, et ça a créé un conflit parce que ces personnes-là n'ont pas souhaité quitter l'unité, elles voulaient rester parce qu'elles estimaient avoir des choses intéressantes à y faire, mais elles voulaient rester à 2 pendant la nuit.

Donc le conflit était ouvert parce que la direction comme le personnel restaient sur leurs positions. IL Y A EU INTERVENTION DES SYNDICATS, conflits, etc., etc., qui pour en finir évidemment se sont terminés par la mutation d'office des soignants qui n'étaient pas d'accord. CE CONFLIT A MARQUÉ LES ESPRITS tant et tant qu'après il a fallu fonctionner avec une équipe nouvelle puisqu'il a fallu amener des nouveaux infirmiers, ce qui était intéressant puisque c'était surtout des jeunes, et en même temps il y a eu un gros problème qui s'est posé. Je crois que ce conflit avec la nuit a été l'initiateur de ce qui s'est passé.

CHANGEMENT DE LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE. On avait une équipe infirmière lourde avec 14 infirmiers et un cadre psychologue, et puis un médecin, et puis il y avait aussi une cuisinière et une femme de ménage. Ça représentait 20 personnes. Et on prenait autant de personnes en charge. Et sur ces patients, on pouvait voir que le potentiel de réinsertion réussi, il était élevé, quand même, je voudrais dire de 50 %, mais sur du long terme, sur 10 ans de travail. Ça veut dire qu'en gros on réinsérerait un patient sur deux en 10 ans. Et il s'est vraiment posé la question de dire est-ce qu'on peut monopoliser 20 soignants pendant 10 ans pour pouvoir réinsérer 10 personnes. Alors ça posait LA QUESTION DU COÛT FINANCIER mais aussi DU COÛT EN RESSOURCES HUMAINES. Et il y a eu une réorientation qui s'est opérée en 99 où les chefs de services ont souhaité fermer l'unité temps plein, pas la fermer complètement mais la faire fonctionner un peu tous les jours, et fermer les lits. Ce qui à nouveau a créé un conflit, le personnel s'est mobilisé contre, mais aujourd'hui avec le recul, je dirais que C'ÉTAIT INÉVITABLE PARCE QUE ÇA COÛTAIT TROP CHER MAIS AUSSI PARCE QU'ON AURAIT PU TRAVAILLER AUTREMENT. Mais qu'ON ÉTAIT TROP À L'INTÉRIEUR DE CE SYSTÈME POUR VOIR COMMENT ON AURAIT PU TRAVAILLER AUTREMENT, mais aujourd'hui avec le recul on voit bien qu'on aurait pu travailler autrement. Quand j'étais dedans je n'imaginai pas comment on pourrait travailler autrement avec des patients si lourdement atteints et si difficiles à remuer, à mobiliser, il aurait fallu vraiment oser peut-être PRENDRE PLUS DE RISQUES. On avait peur de leur refus, on était PEUT-ÊTRE TROP PROTECTEURS. AUJOURD'HUI, JE PRENDS DE PLUS EN PLUS DE RISQUES, LES DURÉES D'HOSPITALISATION DURENT DE MOINS EN MOINS ET POUR EN FINIR LE RÉSULTAT IL EST BON AUJOURD'HUI AUSSI. PAR CONTRE ON N'A PAS COMPLÈTEMENT RÉGLÉ LE PROBLÈME DE LA

RÉINSERTION AUJOURD'HUI DES MALADES MENTAUX, d'ailleurs aujourd'hui il y a des gens qui se disent, est-ce qu'il ne faudrait pas refaire des CENTRES POSTCURE, ON LES A PRESQUE TOUS FERMÉS, ILS ÉTAIENT TROP CHERS, EST-CE QU'ON A EU TORT DE LES FERMER, PAS VRAIMENT PARCE QU'ILS ÉTAIENT TROP CHERS, ON CHRONICISAIT AUSSI. C'est pas possible de garder quelqu'un 10 ans pour le réinsérer. Il faut REFAIRE DES CENTRES POSTCURE AVEC DE NOUVELLES MÉTHODES DE TRAVAIL, PLUS EXPOSÉS, AVEC PLUS DE RISQUES, mais peut être aussi si on le sait on fait aussi évoluer la prise en charge. Et on peut RÉINSÉRER DES PATIENTS BEAUCOUP PLUS RAPIDEMENT ET AVEC D'AUTRES MÉTHODES. Mais PAS EN CHERCHANT À LES PROTÉGER. Je crois que si on les protège, on sera dans un laps de temps qui sera long. Par contre si on les expose, je suis persuadé que SI ON LES EXPOSE, ON RACCOURCIT ÉNORMÉMENT LE TEMPS DE LA RÉINSERTION MAIS PAR CONTRE ON PASSE PAR BEAUCOUP PLUS DE MOMENTS DIFFICILES. Mais C'EST EN ÉTANT PLUS EXPOSÉ, LE MALADE EN FIN DE COMPTE S'EN SORT PARCE QU'IL MOBILISE SON PROPRE POTENTIEL, SI ON NE L'EXPOSE PAS IL MOBILISE LE POTENTIEL DES SOIGNANTS. Le soignant a trop fait à la place du patient. L'INFIRMIER DOIT AIDER LE PATIENT À MOBILISER SES PROPRES RESSOURCES, MAIS IL NE DOIT PAS FAIRE À LA PLACE DU PATIENT.

L'ÉTABLISSEMENT ACTUEL : Il y a 3 services de 20 lits. Donc trois services d'hospitalisation, donc ça fait 60 LITS, la population c'est [celle de 4 villes]. Et ça représente en effectifs soignants une SOIXANTAINE DE SOIGNANTS. 5 personnels administratifs pour les 3 services, c'est très peu. Et pour ce qui est le personnel de direction, il n'y en a pas, ce ne sont que les cadres soignants.

LA POPULATION ACCUEILLIE : ...de plus en plus de patients qui avaient des problèmes sociaux, surtout liés à hébergement. Ou qui se sont fait expulsés, ou qui vivent dans des appartements quasiment insalubres, ou qui vivent dans la précarité, et puis de plus en plus de malades mentaux qui sont SDF – les hôteliers paniquent et bien sûr ils les virent. Donc à nouveau ils se retrouvent à la rue, on ne sait pas quoi faire, ils sont hospitalisés, on les remet dans les maisons de repos, pendant un mois, pendant deux mois, et on revient à la case départ. Il y a beaucoup plus de précarité, on a envie de dire, mais ce n'est pas une précarité lourde, – c'est vraiment au niveau de hébergement que ça coince.

DÉLÉGATION ET CRÉATION DE « ZONES D'EXPERTISE »

Au fond, tout ce qui est du rôle propre de l'infirmier ce sont des tâches qui sont déléguées au soignant. Ce que fait l'aide soignant c'est bien le propre de l'infirmier, et ce que fait l'infirmier c'est de la délégation médicale ; je dis à mes infirmiers avec qui je travaille qui me disent qu'ils n'ont pas eu d'aides et qu'ils ont fait des lits toute la journée, et je dis que c'est votre travail, et ils me disent que leur rôle aussi est de faire des prises de sang, des injections, de prendre en charge relationnellement le patient en psychiatrie, et ça c'est le rôle propre du médecin et il vous le délègue. Mais tout ça est complexe. Et l'infirmier peut être qu'il trouve PLUS NOBLE DE FAIRE UNE PRISE DE SANG OU UN EXAMEN PSYCHIATRIQUE, plutôt que de faire un lit, ou une toilette. Pas si sûr pour en finir, parce que L'AIDE SOIGNANT ARRIVE AUSSI À DÉMONTRER QU'IL ARRIVE À METTRE EN PLACE UNE APPROCHE RELATIONNELLE BIEN DIFFÉRENTE QUAND IL FAIT UNE TOILETTE AU LIT DU PATIENT DANS UN ENVIRONNEMENT INTIME, ET QUE LE PATIENT LUI CONFIE DES CHOSES DIFFÉRENTES QU'IL N'AURAIT PAS CONFIÉES À UNE INFIRMIER LORS D'UN ENTRETIEN FORMEL. Donc les infirmiers se sont bien rendus compte de ça aussi. À force l'infirmier a compris qu'il y avait de la richesse auprès du travail d'aide soignant, et moi j'ai toujours travaillé auprès de mon équipe infirmière dans ce sens-là, en tant que cadre...

ILS AVAIENT TOUS AU FOND LEURS ZONES D'EXPERTISE, et peut-être que les aides soignants étaient mieux pour faire une toilette qu'un infirmier. Et tout le monde le reconnaît. Donc quand au sein d'une équipe on a réussi, en faisant des réunions un peu formelles, un peu informelles, à faire comprendre ça à chaque catégorie, qu'ils ont tous leur zone d'expertise. On le voit aujourd'hui, les infirmiers réussissent mieux leurs prises de sang que les médecins, et bien C'EST AUSSI DANS CETTE ZONE DE DÉLÉGATION QU'ON TROUVE SON EXPERTISE. Quant au RÔLE PROPRE, c'est une zone d'expertise un peu théorique qu'on a laissée à quelqu'un d'autre, mais L'ESSENTIEL C'EST DE BIEN S'APPROPRIER SA ZONE D'EXPERTISE ET LÀ ÇA SE PASSE BIEN ET DANS LA COMPLÉMENTARITÉ. L'aide soignant c'est le

collaborateur de l'infirmier et l'infirmier est le collaborateur du médecin, donc par définition l'aide soignant est le collaborateur du médecin. C'EST UN ENCHAÎNEMENT, le médecin a besoin de son collaborateur, l'infirmier sans lequel il ne pourrait pas travailler en réussissant ses actes. Mais pour que l'infirmier puisse aider le médecin, il faut qu'il ait un aide soignant avec lui parce que cet aide soignant va affiner encore plus les choses parce qu'il est plus au quotidien, au niveau de l'hygiène en particulier et de tout ce qui est alimentaire et corporel, donc on a une COMPLÉMENTARITÉ PARFAITE, un MÉDECIN AVANT TOUT PRESCRIPTEUR, qui représente aussi UN CERTAIN SAVOIR POUR LE PATIENT, UNE ZONE D'EXPERTISE ÉLEVÉE, et puis ensuite UN INFIRMIER QUI N'EST PAS QUE DANS UN ACTE TECHNIQUE MAIS À LA FOIS RELATIONNEL ET AUSSI DE RÉFLEXION, AUJOURD'HUI LES INFIRMIERS TRAVAILLENT ÉNORMÉMENT DANS LA RÉFLEXION DE LEUR GESTE ET DE LEUR APPROCHE, mais l'infirmier à besoin de son aide soignant à côté de lui qui va l'aider qui va le soutenir qui va le conseiller aussi. Et c'est ces trois corps de métiers pour en finir, quand ils ont compris cette complémentarité-là (qu'ils ont en leur sein !) on obtient une prise en charge globale, on obtient une prise en charge réussie. L'aide soignant sent à quel moment l'infirmier a besoin de lui. Il le sent.

LE MÉDECIN PARFOIS EST EN DIFFICULTÉ, il sait bien que c'est l'infirmier qui va lui apporter du renseignement supplémentaire, en lui disant des choses qu'il a aperçues, et le médecin pose toutes ces questions aux infirmiers, et ça instaure une réflexion, à travers ces informations que l'infirmier va apporter il va y avoir une relation de collaboration médecin infirmier à laquelle je rajouterai l'aide soignant et parfois même l'agent de service, en disant et bien grâce à notre zone d'expertise respective, on amène quelque chose à la réflexion qui permet élaborer cette prise en charge globale.

Pour moi, ça ne fonctionne qu'avec des gens qui ont compris toute la valeur de leur zone d'expertise quelle qu'elle soit, et qui ne la dépassent pas. Le médecin n'a pas tout pouvoir, le médecin n'a pas tout savoir, par rapport à l'infirmier. C'EST UN PANIER ET CHACUN Y AMÈNE DE SA COMPÉTENCE, DE SON SAVOIR FAIRE ET DE SA PERSONNALITÉ, AUSSI, DE SA SENSIBILITÉ, de sa zone d'affect, de ses émotions, et que DE CE PATCHWORK FINIT PAR NAÎTRE UN SOIN EN LIEN AVEC LES PATIENTS, ET J'OSERAI METTRE DANS CE PATCHWORK L'APPORT DES FAMILLES, L'APPORT AUSSI DES ASSISTANTS SOCIAUX, DES PSYCHOLOGUES, DONC UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE C'EST IMPORTANT, MÊME AILLEURS, d'ailleurs, donc ÇA C'EST DE LA DENTELLE POUR MOI. Quand chacun l'a bien compris, c'est un bateau dans un canal, il n'y a pas de vagues, ça fonctionne, mais il faut des gens intelligents qui comprennent toute la complexité du système, parce qu'à coté de ça il y a des enjeux institutionnels, personnels, il y a des gens qui s'entendent pas avec d'autres, et il faut dépasser ça aussi, et ÇA C'EST AUSSI LE RÔLE DU CADRE DE DIRE ATTENTION ON N'EST PAS LA POUR TOUTES CES CHOSES-LÀ, à mon sens, je crois que ça fonctionne, PAR CONTRE AUJOURD'HUI ON EST DE PLUS EN PLUS DIVISÉS PAR UN SYSTÈME INSTITUTIONNEL, IL FAUT LE DIRE, QUI PÈSE, ET QUI NE FACILITE PAS DU TOUT LA TACHE, C'EST PAS QUE L'ADMINISTRATION N'EST PAS DU TOUT COOPÉRANTE, moi je ne critique pas du tout l'administration, l'administration fait tout pour aider ses soignants ! Elle leur apporte des choses dont ils ont besoin, mais IL Y A UN SYSTÈME HOSPITALIER QUI EST UNE ENTITÉ VIRTUELLE QUE PERSONNE N'ARRIVE À COMPRENDRE, où il y a des zones d'incertitudes variées et quotidiennes qui fait que LES GENS S'Y PERDENT UN PEU QUAND MÊME DANS LE LABYRINTHE INSTITUTIONNEL. On est LE PREMIER SYSTÈME DE SANTÉ AU MONDE CERTAINEMENT MAIS EN MÊME TEMPS ON EST LE PLUS COMPLEXE. Et cette complexité là moi je ne suis pas sûr qu'elle va nous permettre de travailler encore longtemps comme ça. Surtout qu'on est aujourd'hui confrontés à des difficultés, là on a l'impression qu'on est arrivés à la zone de saturation.

DÉLÉGUER EN TANT QUE CADRE

J'ai pu déléguer au bout d'un an. On peut déléguer quand on est dans la confiance. Oserais-je dire que j'ai délégué tout ce que je n'aimais pas faire ? Beaucoup de tâches administratives (mais il y a des choses qui ne se délèguent pas) : LES GESTIONS DE PLANNING, à un infirmier qui a bien voulu le faire, parce qu'il n'y en a pas beaucoup qui veulent le faire, mais un infirmier à qui j'avais permis un petit privilège.

Cette équipe elle fonctionne bien parce que chacun avait pu obtenir ce qu'il désirait au niveau PLANNING, HORAIRES, etc. J'ai pu mettre en place un planning riche complexe et diversifié où il y a 3

roulements différents. – Cet infirmier-là est un infirmier qui a un petit confort, il travaille du lundi au vendredi de 9h à 17h. Donc c'est quand même un avantage que beaucoup voudraient. – Il a des enfants en bas âge, et tout ça et c'est un bon avantage pour lui.

J'AI DÉLÉGUÉ AUSSI MA PRÉSENCE SUR DES RÉUNIONS PARTICULIÈRES : des réunions sur l'hygiène, j'ai délégué ça à une infirmière qui est responsable de l'hygiène ; des réunions sur le sida – j'ai délégué à une infirmière – je pense que ça apporte des choses à ces soignants-là, et ensuite aux réunions, ils apportent à toute équipe des compétences en plus, et moi ça me libère quand même du temps.

J'AI DÉLÉGUÉ LE RÔLE DE POURVOYEUR DE PROJETS – le cadre dans une unité est pourvoyeur de projets. Je l'ai fait mais en même temps j'essaye que les infirmiers soient pourvoyeurs de projets. Que les pré-projets soient élaborés par des petits groupes dans l'équipe, et moi je ne me mets pas dans le pré-projet.

AUTO-ANALYSER SON RÔLE DE CADRE

Mon ancienne surveillante avait une approche humaine du rapport avec les gens, c'était pas une hiérarchique, comme on dit ! Elle était à l'écoute des soignants et des patients, elle était douce, elle les laissait parler, et essayait toujours de trouver des solutions au fond adaptées quand il y en avait – un mode de MANAGEMENT AFFECTIF, ou presque.

Aujourd'hui, quand je vois mon travail au quotidien en tant que cadre, JE NE ME SENS PAS SURVEILLANT. Je pense que JE SUIS QUELQU'UN QUI EST PLUTÔT DANS L'HUMAIN, d'ailleurs j'ai fait mon école à la Croix Rouge, j'aurais pu la faire à l'hôpital Ste Anne, mais je l'ai faite à la Croix Rouge parce que je savais que c'était une ORGANISATION HUMANITAIRE. – Je ne suis pas très hiérarchique – je me rends compte que quand même j'ai réussi, je crois que je peux être fier de moi, j'ai bien le droit d'avoir un peu d'amour propre dans l'exercice de ma profession – il y a une part d'affect entre moi et les soignants que j'encadre, mais par contre je reste toujours dans mon éthique professionnelle. Je n'en avantage pas un au détriment de l'autre. [Suit un exemple de situation où on l'avait accusé d'avoir privilégié une infirmière, qui lui était subordonnée, par rapport aux horaires de travail.]

[Content de son travail et des appréciations formulées par son équipe.] Aujourd'hui, j'ai l'impression que mon travail s'est facilité, qu'ils font tout et que je ne fais plus rien, que je ne fais que continuer ce que j'ai mis en place pendant cette année-là ; parce qu'aujourd'hui il y a la confiance en plus, c'est comme le bateau sur le canal. Et ça, ben c'est formidable, ça m'apporte beaucoup de richesse, ça apporte beaucoup de richesse à l'équipe, et je suis extraordinairement surpris par cette équipe qui le dit haut et fort.

UNE ÉQUIPE FRUSTRÉE ET ÉPUISEE. Son équipe est composée de 12 infirmiers, 5 aides soignants, ensuite il y a 4 médecins, une psychologue et une assistante sociale. À ça s'ajoutent bien sur une unité d'ASH, et puis des étudiants infirmiers, 3 ou 4 par jour, qui sont aussi des gens à encadrer. – beaucoup de diversité professionnelle, des corps de métier très différents, mais tous complémentaires, et un ensemble bien huilé.

Et quand je dis 12 infirmiers, il devrait y en avoir 12 mais en fait il n'y en a que 9. Alors SURCHARGE DE TRAVAIL. Et une FRUSTRATION D'ÉQUIPE, cette équipe, j'ai toujours favorisé LES PROJETS D'ÉQUIPE. Pour moi, UNE ÉQUIPE, POUR QU'ELLE TOURNE ET QU'ELLE FONCTIONNE BIEN, ELLE DOIT SE PROJETER DANS L'AVENIR. Donc on a fait des projets ensemble, des PROJETS ÉQUIPE, DE MISE EN PLACE DE SOINS PARTICULIERS, UN PETIT SERVICE DE POST HOSPITALISATION, des tas de choses en place, et donc pour que tout ça puisse s'opérer, il me faut mon maximum de capacité d'infirmiers, donc il me faut les 12. Sauf que ça coince, parce qu'il MANQUE LES TROIS SUPPLÉMENTAIRES POUR FAIRE AUTRE CHOSE QUE DU SOIN QUOTIDIEN.

Et ça c'est ENNUYEUX, parce que tous ces projets que nous avons en nous et qu'on ne peut pas réaliser, ça participe de la FRUSTRATION. Et de L'ÉPUISEMENT. Mais on dit l'épuisement, il ne vient pas aussi à cause de la surcharge de travail parce qu'il y a moins d'effectifs, ça vient aussi de ça, parce qu'on se dit qu'on voudrait aussi mettre en place nos projets, ce sont aussi les nôtres, on a réfléchi là dessus, on a pris le temps de prendre du recul, on n'a pas toujours été dans le geste, non, on s'est assis autour

d'une table, on a réfléchi pour avoir une meilleure prise en charge des patients, et on a trouvé des solutions qui sont réalisables. Et on ne peut pas le faire à cause de ça. Et ça favorise l'épuisement du personnel, et LA DÉMOTIVATION – Et c'est comme ça que s'organise aussi la fuite, L'HÉMORRAGIE DU PERSONNEL INFIRMIER, y'a DES POSTES PARTOUT, EN PLUS ON PEUT MARCHANDER, on demande tout ce qu'on veut, on l'a, donc on ne se gêne pas (...).

Aujourd'hui moi en tant que cadre je n'ai plus de solutions, je n'ai pas d'outils pour combler des infirmiers qui sont absents. Moi je n'ai pas de solution pour ça, JE PENSE QUE C'EST POLITIQUE (...).

Il y a PLEIN DE PROTOCOLES qui sont en train de se mettre en place, où il y a PLEIN DE RÉUNIONS où on réfléchit sur comment au fond ÊTRE AU TOP DU TOP. On ne demande pas mieux que d'être au top du top mais ceci pose la question de savoir ce qu'on était avant quand même, alors IL FAUT AMÉLIORER LES CHOSES, LES PROCÉDURES, LES SOINS, LES PRISES EN CHARGE, L'HYGIÈNE, alors ON A PLUS EN PLUS DE DOCUMENTS À REMPLIR, DES TAS DE PROCÉDURES QUI SONT DE PLUS EN PLUS COMPLEXES où ON ÉCRIT DE MOINS EN MOINS MAIS OÙ ON MET DE PLUS EN PLUS DE CROIX (...) Il faut continuer comme ça et en plus IL FAUDRA METTRE EN PLACE L'INFORMATISATION, DE METTRE EN PLACE LE NOUVEAU DOSSIER DE SOINS, DE FAIRE DES PROTOCOLES SUPPLÉMENTAIRES, DE RÉFLÉCHIR AUSSI SUR COMMENT AMÉLIORER L'HYGIÈNE DANS VOTRE SERVICE, ET PUIS IL VA Y AVOIR AUSSI DES INSPECTEURS QUI VONT PASSER POUR REGARDER SI TOUT EST BIEN EN ORDRE (...) Les infirmiers se demandent qu'est ce que ça veut dire ce discours, et ils sont UN PEU DANS LA RÉBELLION en disant : ARRÊTEZ DE NOUS DIRE QU'ON FAIT TOUT BIEN ET QU'ON EST LES MEILLEURS POUR EN PROFITER ET NOUS EN DEMANDER PLUS. On continuera à être ce qu'on est et ce qu'on peut être. Et il y a quand même UN MOUVEMENT QUI REMET EN CAUSE L'ACCREDITATION et moi j'entends bien les infirmiers disant qu'ILS NE SONT PAS CONTRE MAIS ATTENTION DANS UN CONTEXTE DE PÉNURIE D'EFFECTIFS, C'EST PEUT-ÊTRE PAS LA MEILLEURE PÉRIODE POUR LE FAIRE. Donc ils disent clairement DONNEZ-NOUS L'EFFECTIF NORMAL AVANT DE LE FAIRE. LA PRIORITÉ AUJOURD'HUI N'EST PAS L'ACCREDITATION, MAIS LES EFFECTIFS. On est quand même dans un système très complexe qui est en train de se mettre en place, parce que la pénurie infirmière l'hôpital ne peut pas la régler, donc ON VA RENTRER DANS UN CONFLIT ENTRE L'ADMINISTRATION ET L'INSTANCE SOIGNANTE.

AUTORITÉ ? JE DIRAIS PLUTÔT LÉGITIMITÉ. Alors légitimité oui, parce qu'on débarque avec un diplôme de cadre infirmier. Deuxièmement, parce que j'ai 15 ans expérience et que l'ancienneté apporte de la légitimité. Troisièmement, ma manière de travailler, je suis proche d'eux, attentif, et que je mets en place des choses qui correspondaient à ce qu'ils me disent, je prends en compte leur parole.

Il y avait des tonnes de dysfonctionnements dans ce service, qui avait eu EN 2 ANS 4 CADRES. Je suis arrivé comme le 5^{ème}, j'ai mis les choses à leur place au début. Je ne suis pas un cadre infirmier qui débarque avec son attaché case et qui est un administratif, JE SUIS INFIRMIER AVANT TOUT. JE SUIS COMME VOUS. – J'en ai rien à foutre de mon diplôme de cadre, ce n'est pas pour ça que je viens, c'est parce que je suis infirmier, c'est le métier que j'ai choisi au départ.

LES DYSFONCTIONNEMENTS. Je me rappelle une des premières réunions on a fait une liste, et j'ai noté, on avait 5 pages. J'oserai dire qu'aujourd'hui j'ai presque tout réglé ? Mais en fait qu'est-ce que j'ai fait ? J'AI TÉLÉPHONÉ TOUT LE TEMPS. Je téléphonais au service des travaux, au service de l'administration, au service économique, il faut faire ci et faire ça. Je téléphonais tous les jours aux mêmes gens. Je crois qu'ils ne pouvaient plus de m'entendre, je les ai usés, et à force ils sont venus, et bien sûr, j'ai fait intervenir les supérieurs hiérarchiques quand je voyais que ça ne marchait pas. Je faisais aussi intervenir l'équipe. Je faisais intervenir les syndicats. Forcément que ça assoit l'autorité. Bien entendu, j'ai tapé aussi du poing sur la table, par exemple un jour j'ai trouvé en entrant dans le bureau des infirmiers un aide soignant affalé sur la chaise les pieds sur le bureau.

C'est aussi parce que J'AI MONTRÉ MON AUTORITÉ AUPRÈS DES PATIENTS. C'était au tout début. Il y avait des patients jeunes, difficiles, souvent toxicomanes, psychopathes, pour ne pas dire loubards, chefs de bande de banlieue, qui n'hésitaient pas à faire rentrer du cannabis et de l'alcool dans l'établissement. Et là aussi c'était mon travail de cadre de remettre les choses en place, PAR EXEMPLE LORSQUE LES PATIENTS FUMAIENT DANS LES CHAMBRES. Et là j'ai montré devant l'équipe, je me suis exposé aux patients, c'est-à-dire que je me suis trouvé nez à nez avec des patients dont l'équipe avait un peu peur, et je n'ai pas hésité à prendre des responsabilités en disant : je vous préviens, je suis le

responsable de ce service. Et je ne supporterai pas que quelqu'un ne respecte pas le règlement de ce service. Vous avez fumé dans la chambre, c'est interdit monsieur, je vous préviens, vous arrêtez ou bien c'est à moi que vous aurez à faire. En élevant la voix, en étant posé mais toujours respectueux, devant l'équipe. Ce que comprend l'équipe dans ce moment là c'est que je suis dans un soutient, dans une aide de cette équipe là mais qu'en même temps et ça c'est intéressant, CE QUE JE SUIS EN TRAIN DE FAIRE AU PATIENT, JE SUIS CAPABLE DE LE FAIRE À L'ÉQUIPE. Donc c'était intéressant parce que MONTRER L'AUTORITÉ AUPRÈS DES PATIENTS VOUS DONNE BEAUCOUP DE LÉGITIMITÉ ET EN MÊME TEMPS VOUS ASSOIT EN AUTORITÉ AU SEIN DE L'ÉQUIPE. Mais en même temps je savais être à l'écoute du patient, c'est-à-dire que lorsque des patients me pointaient des problèmes, « Mr, vous êtes le responsable, voilà, ce midi on m'a servi à manger froid. » « Comment ça on vous a servi à manger froid ? Qui vous a servi à manger froid ? » Là aussi devant l'équipe. C'est un moyen d'asseoir son autorité, mais c'est aussi ma ligne de conduite, mon éthique professionnelle. C'est pendant un an que j'ai ramé tous les jours comme ça.

UN POUVOIR INTERMÉDIAIRE

Pour moi, LE CADRE DANS UN SERVICE SE SITUE DANS UNE ZONE QUE JE QUALIFIERAIS MOI D'INTERMÉDIAIRE. Il est à la fois le responsable de l'équipe, donc il est chef (tous les membres de l'équipe m'appellent chef et j'arrête pas de leur dire d'arrêter de m'appeler comme ça, et ils ne veulent pas). C'est pas chef comme à l'armée, c'est le bon chef, avec de l'affect derrière.

Deuxième point, je suis dans UN TRAVAIL DE COLLABORATION AVEC L'ÉQUIPE MÉDICALE. Et la troisième zone est la zone administrative, parce que je suis à l'intermédiaire de cette zone administrative, et JE ME CONSIDÈRE COMME UN REPRÉSENTANT ADMINISTRATIF DE L'HÔPITAL AU SEIN DU SERVICE. Donc je me situe dans CETTE ZONE D'INTERSECTION et c'est comme ça que je l'entends. ENTRE DES MÉDECINS, DES SOIGNANTS ET L'HÔPITAL.

Et en même temps j'ai un supérieur hiérarchique qui pour moi doit être quelqu'un qui est d'accord avec ce que je mets en place, qui me soutient et qui m'aide. – C'est vrai que MON CADRE INFIRMIER SUPÉRIEUR ÉTAIT MON CADRE INFIRMIER LORSQUE J'ÉTAIS INFIRMIER, et donc je le connaissais avant – et c'est aussi une des raisons pour lesquelles je voulais aller travailler dans ce service parce que je savais qu'il y avait été nommé cadre sup.

JE SUIS AU MILIEU DE CES TROIS POUVOIRS, et mon pouvoir là-dedans c'est d'être au milieu des trois. Cette zone de pouvoir c'est la mienne et je l'utilise vers l'hôpital, ou quand je suis devant les responsables administratifs, je fais jouer mes deux autres zones, quand je suis avec les médecins, je peux faire jouer les autres zones et ainsi de suite. Tout ça en réussissant à être dans une relation de confiance, comme je l'ai été avec l'équipe infirmière, avec l'équipe médicale et l'équipe administrative.

Je pense qu'au bout de 2 ans et demi l'hôpital a fini par me faire confiance et j'ai fini par faire confiance à l'hôpital. C'est beaucoup plus long qu'avec l'équipe soignante ou l'équipe médicale, parce qu'il y a aussi plus d'intervenants.

Avec l'équipe médicale, de la même manière qu'avec l'équipe soignante, montrer que je prenais acte de ce que pouvait avoir le médecin comme zone d'expertise et qu'il était hors de question que quiconque la remette en cause. Et que c'était à moi au sein de l'équipe soignante de prendre la parole au nom des médecins et de dire attention, le médecin est prescripteur, le médecin sait ce qu'il fait, – Sauf si ça foire, s'il y a un mauvais médecin qui prend des mauvaises décisions, et ça peut arriver, c'est arrivé que je me retrouve en conflit avec un mauvais médecin. – J'AI PROTÉGÉ L'ÉQUIPE SOIGNANTE, J'AI MONTRÉ QUE J'ÉTAIS RESPONSABLE DE L'ÉQUIPE, JE ME SUIS MIS EN AVANT ET JE SUIS ALLÉ AU FRONT. – J'ai fait un rapport à l'administration, le médecin en a subi les conséquences, faute médicale, j'avais les preuves, IL M'A DEMANDÉ DE LUI FAIRE DES EXCUSES, SOUS PRÉTEXTE QU'IL ÉTAIT MÉDECIN. – Il fallait protéger l'équipe, pour sa cohésion. – du coup là l'hôpital m'aide, et ça c'est intéressant les jeux de pouvoir. – Je me suis dit je me mets dans le rapport de forces, tant pis. J'avais un interne qui m'a pris à part qui m'a dit que c'était inadmissible ce que je lui avais fait, qu'il n'avait jamais vu ça entre collègues, et ce à quoi j'ai répondu que je n'étais pas son collègue. Je ne suis pas médecin. – LES AUTRES MÉDECINS ONT VU QUE LE CADRE INFIRMIER JOUAIT UN RÔLE

D'AVERTISSEUR. Et c'est important – des médecins intelligents qui se sont dit qu'au fond c'est bien, C'EST SÉCURISANT. ILS ONT COMPRIS QUE JE N'HÉSITAIS PAS À ME METTRE EN DANGER POUR ASSUMER PLEINEMENT MES RESPONSABILITÉS, ET QUE JE NE FUYAIS PAS LE CONFLIT EN FAISANT LE DOS ROND, QU'ILS AVAIENT À FAIRE QUAND MÊME À UN CADRE QUI SORTAIT D'ÉCOLE ET QUI ENTENDAIT FAIRE TOURNER LE SERVICE.

Je vais vous raconter, c'est intéressant comme exemple, plusieurs fois le médecin m'avait dit : il y a DES PROBLÈMES AVEC LES PRISES DE SANG, certains infirmiers ratent les prises de sang, il y a eu coagulation dans les tubes, le labo a appelé plusieurs fois pour dire que les prises de sang merdaient, alors quand j'avais des jeunes infirmiers en plus, c'était un peu normal, mais il y avait eu quelques erreurs quand même et la PH m'interpellait, et elle avait raison. Alors J'AI FAIT UNE LETTRE À TOUS LES SOIGNANTS, en disant : attention à ce que vous faites, je ne tolérerai aucune erreur dans le protocole soignant, c'est à moi que vous aurez à faire, JE JOUAI À NOUVEAU TOUTE MON AUTORITÉ, par écrit, DANS UNE ENVELOPPE FERMÉE ADRESSÉE NOMINALEMENT À CHAQUE SOIGNANT. En disant que si cela continuait, il y aurait des sanctions disciplinaires au sein de l'hôpital. – Le médecin chef était à coté de moi et lisait la lettre pendant que je la rédigeais sur l'ordinateur, me disait que j'y allais trop fort, me demandait de ne pas parler de sanctions disciplinaires, de ne pas parler de conseil de discipline, qu'on allait droit dans le conflit. – Après, il y a eu une réunion avec l'équipe médicale au cours de laquelle j'ai été accusé nommément d'y être allé un peu fort. Les infirmiers sont allés pleurer auprès de leur médecin chef, qui est une mère bienveillante pour eux. Et là, j'ai été soutenu par le PH. – Et là aussi j'ai montré ma légitimité au sein de l'équipe et que je comprenais bien le jeu des acteurs, comme on dit. Et que je savais bien me situer dans ce jeu-là, qui défendre et qui ne pas défendre et que je n'étais pas un kamikaze, et que je ne faisais pas quelque chose si je ne pouvais pas m'en sortir. Et ça a assis aussi mon autorité auprès des médecins, ils ont compris que j'étais un relais de collaboration. – quand l'ancienne PH m'a introduit à la nouvelle, elle lui a dit : « tu sais, tu peux compter sur lui, s'il faut casser de l'infirmier parce qu'il y a eu des conneries de faites, tu peux lui faire entièrement confiance, mais par contre, méfies-toi, il n'hésite pas à casser du médecin ».

Et bon, j'assume, enfin, des fois je rentre le soir en me demandant « qu'est-ce que j'ai encore fait », mais bon, on verra bien dans l'avenir. Mais JE SUIS TRÈS CONFIANT ET TRÈS OPTIMISTE PAR RAPPORT À MA PETITE BULLE, MOINS CONFIANT EN CE QUI CONCERNE LE RESTE, MAIS EN CE QUI CONCERNE MA PETITE BULLE, ÇA VA.

RÉFLÉCHIR AUX STRATÉGIES. C'est que des stratégies, je crois qu'aujourd'hui si on ne réfléchit pas à ce qu'on va faire, on se plante parce que les rapports sont devenus trop complexes, je réfléchis beaucoup dans les transports en commun. Je réfléchis une demi heure le matin et une demi heure le soir, et la différence entre les deux c'est le terrain, et c'est cette richesse qui me sert pour ma réflexion du lendemain. – Je pense que j'aime ça, c'est tout le bonheur de ce métier. Je me réveille le matin et je vais travailler avec le bonheur en moi de ce que je vais rencontrer dans ma journée.

COMMUNICATION, INFORMATIQUE : Alors, c'est quelque chose dont je me sers beaucoup, dont les infirmiers se servent aussi, c'est quelque chose qui améliore le travail, c'est quelque chose qui facilite le travail, qui permet de faire plus de travail en moins de temps – il y a une traçabilité informatique qui n'est pas négligeable, alors, là où ça commence à alourdir, c'est quand on veut mettre en place l'informatisation de la pharmacie. – Alors, il y a 20 patients, 20 traitements, le matin, 20 le midi, parfois il y en a à 16 heures, parfois à 19 heures, et tout le temps le soir. Multiplié par le nombre de spécialités, il y a des patients qui ont 4 ou 5 spécialités par tournée, ça fait en multipliant environ par jour pas loin de 1 000 items à remplir. Ça prend pratiquement autant de temps que la distribution de médicaments en elle-même. En plus c'est le même qui distribue qui doit remplir les items. – Un infirmier coûte 1 600 à 1 800 euros par mois, s'il gagne ça c'est parce qu'il a une certaine compétence, mais est-ce une compétence liée à cliquer ? Est-ce que ça vaut autant. Je ne sais pas si une secrétaire derrière un ordinateur frôle les 2 000 E par mois.

Sandra (IC14), cadre infirmier, anciennement en psychiatrie, responsable de l'hôtellerie au Centre Hospitalier (91)

Fille d'un agent de maîtrise, famille de mineurs du nord, elle a fait de la danse classique, aurait voulu faire des études d'art (bac arts plastiques en 1978), a commencé des études de psychologie, mais le profil de la fac (Paris V) ne lui convenait pas ; devient infirmière un peu par hasard, en 1981, diplômée en 1984, passée cadre en 1992. Victime de l'agression d'un patient, a été persuadée de ne pas abandonner ; lacunes sur son parcours de 1988 à 1992 ; travaille aussi dans le 8^e arrondissement à Paris ; est dans l'admiration de ses médecins chefs, dont elle cite les grands noms. Sa trajectoire bifurque en 1992, après avoir fait l'école des cadres à Sainte Anne (autre diplôme), différentes responsabilités surtout en formation et des « missions transversales » en Île-de-France. Absente de l'hôpital pendant plusieurs années, y retourne volontairement en 2001, car « la dynamique de groupe me manquait » ; accuse des surcharges antérieures de travail et l'incompatibilité entre sa vocation de *formateur* et les missions d'*enseignement* (apparemment dépassée par ses nouvelles obligations). Sa réintégration à l'hôpital ne semble pas avoir réussi ; si elle continue d'avoir des « missions transversales » et de faire fonction de cadre supérieure (en remplacement), écrire des livres (sur l'audit clinique), etc., au niveau de l'équipe elle entre en conflit avec les médecins, qui lui reprochent d'avoir dénoncé des situations graves dans le service (maltraitements d'enfant, consommations de drogues par les malades et détention d'armes à feu), et fini par obtenir une mutation avec une nouvelle mission, cette fois responsable de l'hôtellerie et de son développement dans l'hôpital (son hôpital est en cours d'accréditation et d'agrandissement). Si des conflits de compétence et d'autorité avec les médecins sont évoqués, des grands éloges sont formulés à l'adresse de la directrice générale, de son mode d'administration autoritaire, de ses orientations (dépasser les localismes, intégrer...). Actuellement, elle est en train de construire, de « créer des liens » et de se « mettre en articulation » dans sa nouvelle mission, alors qu'elle s'est retrouvée à travailler seule dans son bureau, apparemment ignorée par les collègues des bureaux voisins ; sa mutation a dû être douloureuse. L'entretien contient des observations intéressantes sur les effets de la fusion des deux établissements (Ville1 et Ville2), les sources d'union (si manque de personnel, défense des droits) et de division (économique) dans le fonctionnement des équipes. Aussi des observations sur l'hôpital dans son environnement social sur la longue durée.

*Vous avez pensé changer d'établissement ? Il y a des jours où j'en ai marre où je rêve de planter des carottes, mais je crois que ça ne me conviendrait pas quand même parce que c'est trop répétitif et c'est dur, non en fin de compte j'aime ce que je fais et du fait que l'hôpital ait un projet, c'est diversifié, je ne vois pas pourquoi j'irai voir ailleurs, et c'est en plus près de chez moi, et je ne vois pas pourquoi j'irai ailleurs pour faire un truc original. Et puis maintenant que je suis en train de faire ce projet, que je suis sortie du truc de soins, et bien quelque part je me rends compte que j'aime faire quelque chose de créatif, et là je fais en quelque sorte la jonction avec mon bac arts plastiques. Monter un projet ça correspond à de la création. *Vous vivez un grand défi, faire une chose toute seule alors que vous avez toujours travaillé en équipe ?* Oui, mais j'ai encore beaucoup de contacts, et puis, vous savez, moi je ne suis pas une personne discrète, et depuis que ça va un peu mieux dans ma tête, et bien les gens m'invitent à manger, et je me fais des nouveaux contacts. Mme V. [directrice de l'établissement] veut me faire faire un stage au Hilton, et donc je devrais faire aussi des contacts à l'extérieur. Et je garde toujours un peu des contacts à l'extérieur. C'est vrai aussi que j'ai des côtés un peu particuliers, mais je le revendique aussi.*

LES EFFETS DE L'UNIFICATION DE DEUX HÔPITAUX

...avant les deux personnels de (Ville1 et Ville2) étaient très séparés et il fallait pas se mélanger quand il fallait faire des travaux communs. – ce que j'ai observé dans des différentes réunions où j'ai pu aller, c'était que c'était un moment séparatiste, vraiment marqué, on ne mélangeait pas les gens, on s'affrontait dans le personnel, et que la fusion ne pouvait pas se faire. Et comme il y avait DES

SERVICES QUI ÉTAIENT EN DOUBLON, et ils voulaient les réunifier, mais ÇA A PRIS 5 ANS – Ca a pris 5 ans parce que dans les esprits des gens maintenant on n'est plus de (Ville1) ou de (Ville2), mais on est là pour le patient. Qu'est-ce que c'est 8 km ? – on a changé notre façon d'entrevoir la prise en charge du patient, parce que MAINTENANT ON EST LÀ POUR LE PATIENT ET NON PAS POUR GÉRER POUR SES PROPRES INTÉRÊTS, – maintenant, je trouve que L'HÔPITAL GRÂCE À CETTE FUSION, A CHANGÉ, MAIS C'EST MA CONCEPTION PROPRE, JE N'ENGAGE QUE MOI en disant cela, mais on ne vient plus uniquement pour avoir un salaire avec ses propres intérêts et sa gestion individuelle, mais on vient pour un patient, et même si ça existait avant, mais j'ai l'impression que le patient est considéré autrement.

UN MANAGEMENT « UN PEU DIRECTIF »

Le management un peu directif, ne donne pas le choix, Mme V. est arrivée en 2000, (comme) directeur général missionné par le ministère pour redresser l'hôpital, elle est venue avec toute son équipe, avec un certain nombre de directeurs adjoints qui ont un peu le même profil qu'elle – c'est-à-dire soit on est contents, soit on est pas contents et on s'en va.

Elle est AUTORITAIRE, MAIS ELLE PREND QUAND MÊME L'AVIS DES GENS, mais quand elle a décidé quelque chose, elle nous passe en GRANDE RÉUNION, ce qu'on appelle LA GRANDE MESSE, d'ailleurs on en a une demain après-midi et elle réunit tous les cadres et elle nous fait UN PLAIDOYER, TRÈS ARTISTE en même temps, elle est TRÈS ORATOIRE, TRÈS CONVAINCUE, THÉÂTRALE, c'est intéressant, on sent quelqu'un de TRÈS MOTIVÉ À L'INTÉRIEUR, mais je pense que globalement JUSQU'À MAINTENANT ON N'A PAS EU DE DÉCIDEUR, C'ÉTAIT TRÈS À L'AFFECTIF QUE ÇA FONCTIONNAIT, et je pense que quand on a une institution de 3 200 salariés, et de 300 et quelques lits, avec UN PROJET DE SITE UNIQUE POUR MONTER À 800 LITS D'ICI 2007, et ELLE EST MISSIONNÉE POUR ÇA, donc je crois qu'il faut qu'elle donne, bon quelque part je suis assez admirative de ce qu'elle peut faire parce que pour mener à bien 3 200 salariés, il FAUT TRANCHER DANS LE VIF ET ON NE PEUT PAS SE PERMETTRE D'ÊTRE AFFECTIF. En même temps elle TRÈS À L'ÉCOUTE DES GENS, JE LA REMERCIE PARCE QU'ELLE EST VENUE ME SORTIR DE LA PSYCHIATRIE parce que j'avais des problèmes et puis elle sait être à l'écoute et elle a UN CÔTÉ TRÈS HUMANISTE À LA FOIS.

Aucun directeur n'est médecin, ils sont tous passés par l'école de santé publique qui est à Rennes, et puis c'est des gens qui ont fait des hautes études, C'EST PAS DES POLYTECHNIQUES MAIS PRESQUE, ce n'est pas des HEC, mais des machins comme ça. – elle a un savoir sur des données très complexes, je suis assez admirative, mais en même temps SA POLITIQUE, JE LA TROUVE UN PEU RAIDE, S'IL Y A UNE PERSONNE QUI LUI PLAÎT PAS, ... LA PERSONNE DÉGAGE, FONCTION PUBLIQUE OU PAS, ELLE MET LES GENS DANS UN PLACARD ET PUIS ELLE NE S'EN OCCUPE PLUS.

TRAVAILLER DANS UN SERVICE EXTRAHOSPITALIER. Elle avait travaillé comme cadre infirmier sur le service extrahospitalier de (Ville2). Sur ce secteur j'avais en charge 7 services sur un secteur particulier, secteur connu historiquement parce que Lucien Bonnafé, qui était un antipsychiatre, y a travaillé, y a mis en place LA SECTORISATION et y a installé LA PRISE EN CHARGE DU MALADE DANS LA CITÉ. Et donc jusqu'en 99 il n'y a pas eu d'unité d'hospitalisation en son service, lui étant depuis les années 60 un des grands pontes de l'extrahospitalisation.

Je suis arrivée avec tout ça en psychiatrie dans un courant anti-psy, anti-hospitalisation, où le patient est roi, il décide, il fait ce qu'il veut, moi j'avais une certaine formation en psychiatrie, après les humanistes du Perray, les lacaniens psychanalytiques, et arrivant là-dedans qui était quand même DE LA PSYCHIATRIE SOCIALE DE LA CITÉ, ça m'a fait tout drôle, mais bon je m'y suis faite,

L'ÉQUIPE

L'unité d'hospitalisation était gérée par un cadre, j'avais un cadre sup., et le médecin chef qui est là à l'heure actuelle, et c'est vrai que moi sortant de l'école des cadres où j'ai été formée à la méthodologie, pendant 8 ans ça laisse des traces, quoi qu'on en dise, même si j'ai un bac artistique parce que j'ai des moments de folie, mais on est bien formatés à ce niveau-là.

Entre temps, j'ai écrit aussi des livres de psychiatrie pour les étudiants, parce que quand on écrit il faut entrer dans la page du livre, parce qu'on est corrigés par plein de gens, et j'ai connu un peu le monde de l'édition – ça aussi m'a marqué.

TRÈS ATTACHÉE À DES MISSIONS TRANSVERSALES : j'ai travaillé pour l'ANAES, pour faire un audit clinique sur la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide. C'est un AUDIT qui a duré six mois sur 45 dossiers au niveau des urgences de Corbeil, et en même temps j'ai été FORMÉE par l'ANAES POUR LA MÉTHODOLOGIE DE L'AUDIT. Et nous étions 3 à gérer cet audit, avec mon médecin chef, et le médecin des urgences, et le médecin chef a été d'une grande réticence à utiliser les outils statistiques donnés par l'ANAES qui sont rigoureux. -- Ils M'ONT FÉLICITÉ AU BOUT DU COMPTE D'AVOIR RÉUSSI À AMENER UN PSYCHIATRE À SE SERVIR DES OUTILS STATISTIQUES.

Madame M. voulait fermer la structure (comme elle est stricte au niveau de la sécurité), mais finalement comme ON A MONTÉ UN PROJET DE RÉHABILITATION DE LA STRUCTURE, AVEC TOUTE L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE, C'EST-À-DIRE QUE J'AI POUSSÉ TOUTE L'ÉQUIPE À FORMALISER UN PROJET, à faire un TRAVAIL DE RÉFLEXION, et c'est vrai qu'on a mis en place un projet en 6 mois, avec la méthode UCP machin.

JE PARTICIPAIS AUSSI À LA COMMISSION INTERSECTORIELLE DE PSYCHIATRIE, QUI GÈRE GLOBALEMENT TOUS LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE QUI SE RÉUNISSENT GLOBALEMENT TOUS LES 15 JOURS. À cette époque on a eu LA MISSION MASSÉ qui est venue ÉVALUER TOUTES NOS DIFFICULTÉS EN PSYCHIATRIE, et qui a dit effectivement QU'ON N'AVAIT PAS TOUTES LES STRUCTURES APPROPRIÉES ET QU'ON N'AVAIT PAS LES CENTRES D'URGENCE SPÉCIFIQUES À LA PSYCHIATRIE ET QU'IL FALLAIT EN FAIRE UN. ET DONC J'AI PARTICIPÉ À CETTE COMMISSION TRANSVERSALE DE MONTAGE DU CUR, CENTRE D'URGENCE RENFORCÉE, et dans le contrat d'objectifs et de moyens engagés par la direction et l'ARH (agence régionale d'hospitalisation), il y avait certaines structures suite à cette mission Massé qui devaient être revues, et madame M. M'A DEMANDÉ DE PARTICIPER À UN AUTRE GROUPE QUI ÉTAIT L'HOSPITALISATION DU SECTEUR de (Ville2), DE V., ET DONC JE M'OCCUPAIS DE MES SECTEURS...

RAPPORTS CONFLICTUELS AVEC LES MÉDECINS

En 2000, ma cadre sup. est tombée malade, et elle a été absente 7 mois, et entre temps le cadre de l'unité d'hospitalisation est parti et je me suis retrouvée avec une « faisant fonction », c'est-à-dire une infirmière qui partait pour l'école des cadres, qui ne l'était pas et qui en plus venait des services de somatique et il fallait l'accompagner, donc JE ME SUIS RETROUVÉE GLOBALEMENT AVEC MES 8 SERVICES D'EXTRA-HOSPITALIER, LE SERVICE D'HOSPITALISATION, ET LA MISSION DE FAISANT FONCTION DE CADRE SUP., ET LES MISSIONS TRANSVERSALES, ET EN MÊME TEMPS L'ANAES M'A DEMANDÉ DE CONTRÔLER LE NOUVEAU BOUQUIN QUI SORTAIT SUR L'AUDIT CLINIQUE PUISQUE J'AVAIS UNE EXPÉRIENCE, ET JE L'AI FAIT, ET MON MÉDECIN CHEF M'A DEMANDÉ DE TRAVAILLER SUR LA MISE EN PLACE DU RECRUTEMENT D'UN ÉDUCATEUR DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE, enfin je ne sais plus, il m'a DEMANDÉ UN TAS DE CHOSES QUE J'AI ASSUMÉES, en même temps sur le pavillon d'hospitalisation nous avons rencontré D'ÉNORMES DIFFICULTÉS PAR RAPPORT À LA PROBLÉMATIQUE DES PATIENTS, et en même temps moi j'ai eu à régler un PROBLÈME DE TRAFIC ET D'USAGE DE STUPÉFIANTS, ET DE MALTRAITANCE D'ENFANTS, je vous dis tout ça en vrac, ET DE DÉTENTION D'ARMES PAR UN PATIENT, donc ÇA A ÉTÉ TRÈS DUR et en tant que cadre J'AI FAIT DES RAPPORTS À LA DIRECTION, J'AI REFUSÉ DE GARDER LA DROGUE DANS LE SERVICE, surtout qu'il y avait des incidents avec d'autres patients, parce que certains patients s'amusaient à donner de la drogue à des patients qui n'en voulaient pas, et J'AI FAIT DES RAPPORTS À LA DIRECTOIRE ET MON MÉDECIN CHEF N'A PAS SUPPORTÉ ET IL M'A TRAITÉ DE DÉNONCIATRICE DE CE QUI SE PASSAIT DANS SON UNITÉ, C'EST POUR DIRE QUE J'AI EU UNE PRESSION AU NIVEAU MÉDICAL, ET AUCUNE COLLABORATION ALORS QU'ON EST EN MILIEU PSY, J'ÉTAIS TOUT À FAIT SOUTENUE PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE, PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE, PAR L'ÉQUIPE DES PSYCHOLOGUES, et puis quand il y a un trafic de drogue on est obligés de le rapporter, MAIS DU COTÉ DES MÉDECINS CHEFS, UNE INTOLÉRANCE, UNE PRESSION, et maintenant à l'heure d'aujourd'hui quand je suis sortie, la pression elle ne datait pas de ce moment là mais ça a été des éléments déclencheurs, à ce que je craque. Le soutien médical n'était plus là. Par contre QUAND

J'AI FAIT MA DEMANDE DE MUTATION, PARCE QUE JE FAISAIS DES HORAIRES DE 7H DU MATIN À 23H, PARCE QU'IL FALLAIT ASSURER 9 OU 10 SERVICES. Les autres médecins se rendaient compte de ces pressions mais ne prenaient pas de risques, et puis après les contacts avec la direction, à la suite des rapports et des nombreux coups de fil, parce QU'ON A EU D'ÉNORMES PROBLÈMES DE VIOLENCE, c'est-à-dire que [l'Hôpital] reçoit une population très spécifique au niveau de la maladie mentale, parce qu'il y a ici 3 CITÉS QUI POSENT PROBLÈME, (...), et ces personnes qui habitent ces cités, dès qu'elles en sortent elles posent problème, parce que ce sont DES CAS SOCIAUX, DÉLINQUANTS, EN MÊME TEMPS PSYCHOTIQUES EN MÊME TEMPS ON NE SAIT PAS TROP, parce que nous intervenons dans la cité avec la BAC, POUR ALLER LES CHERCHER, ON EST UNE VINGTAINE POUR Y ALLER AVEC LES FLICS, ET IL Y A DES PROBLÈMES DE VIOLENCE ÉNORME, et je ne peux pas en tant que cadre laisser mon personnel en danger, donc j'appelais la direction parce qu'ils cassaient tout, etc. Donc ÇA N'A PAS PLU AU MÉDECIN, PARCE QUE ÇA POSAIT LE PROBLÈME DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE AU NIVEAU MÊME THÉRAPEUTIQUE, C'EST-À-DIRE QU'ILS HÉSITENT BEAUCOUP À SÉDATER UN PATIENT. Mais moi-même qui ai travaillé AVEC DES PSYCHIATRES HUMANISTES, J'AI APPRIS À SÉDATER LE PATIENT UNE FOIS QU'IL EST CALMÉ QU'IL N'EST PLUS EN SOUFFRANCE, JE N'AVAIS PAS LA MÊME IDÉOLOGIE QUE CERTAINS et c'est vrai que j'ai eu UNE PRESSION QUI EST REMONTÉE DEPUIS QUE MA CADRE SUP. ÉTAIT ARRÊTÉE et c'est vrai que MON MÉDECIN CHEF, ÇA FAISAIT 10 ANS QU'IL ÉTAIT SUR LE SECTEUR ET IL Y AVAIT 15 PERSONNES QUI ÉTAIENT PARTIES, DE SON SERVICE DANS LES MÊMES CONDITIONS QUE MOI. Un jour madame Morin m'a fait venir ici en me disant qu'elle me mettrait en faute professionnelle si un jour je retournais dans le service parce qu'elle savait qu'il n'y avait que cela qui ferait que je n'y retournerais pas. Donc effectivement COMME J'AVAIS ÉNORMÉMENT D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES JE SUIS PARTIE AU REPOS, PARCE QUE JE NE VOULAIS PAS D'ARRÊT MALADIE parce que je n'étais pas malade, et MADAME V. M'A PROPOSÉ UNE AUTRE MISSION QUI CONSISTAIT À LA MISE EN PLACE DE LA FONCTION HÔTELIÈRE SUR TOUT LE CHSF, et donc je l'ai accepté.

Ils se sont sentis dépossédés de leur autorité, et donc c'est L'ORIGINE DU CONFLIT, qui est MA POSITION PAR RAPPORT À L'AUTORITÉ MÉDICALE, de toute façon qui remonte à il y a trop longtemps. AU NIVEAU DES MÉDECINS, JE SUIS UNE TRÈS GRANDE REBELLE, UNE GRANDE RÉVOLTÉE, DEPUIS TOUJOURS, est-ce que c'est par rapport à la question de l'autorité, je ne veux pas savoir, ce qui me dérange beaucoup, c'est que LE CORPS MÉDICAL EST SECTAIRE, et qu'il faut alors cliver les choses, IL FAUT CLIVER LES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ET JE CROIS QUE JE SUIS EN RÉBELLION PAR RAPPORT À ÇA parce que globalement vous m'excuserez l'expression mais quand on va aux toilettes qu'on soit un homme ou une femme pour la grosse commission on s'assoit de la même façon, et C'EST PAS PARCE QU'ON A FAIT DES ÉTUDES QU'ON A LE DROIT D'ÊTRE IMBU DE SA PERSONNE, et ça, qu'on soit ASH, qu'on soit médecin, qu'on soit directeur, ON DOIT ÊTRE AU SERVICE DE LA PERSONNE SOIGNÉE, et quand les médecins restent en retrait, ça me dérange, et une autre chose me dérange, c'est qu'au niveau de (Ville1), ON RÈGLE SES AFFAIRES DE LINGE SALE EN FAMILLE, il ne faut absolument pas savoir ce qui se passe, C'EST UN PEU L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE, et moi je trouve ça dommageable, qu'on reste sur des habitudes ancestrales, et puis C'EST VRAI QUE LES CONFLITS J'AIME PAS, bon, c'est la troisième fois que je vous le dis, vous allez finir par le savoir, enfin j'aime les conflits quand ils apportent quelque chose, ça sert à construire, si c'est faire un conflit pour faire un conflit, moi je préfère aller cueillir des fleurs.

SOUS HAUTE PROTECTION. Depuis le 1er octobre (2003), je suis sur (Ville2) et je suis chargée de LA MISSION HÔTELIÈRE, – c'est là que madame M., et je la remercie, m'a laissé le temps qu'il me fallait pour réfléchir, alors que d'habitude elle demande les projets pour avant-hier ; LÀ JE SUIS QUAND MÊME ASSEZ PROTÉGÉE. DONC JE SUIS DANS CE BUREAU AVEC UNE COLLÈGUE À CAUSE DES PROBLÈMES D'ESPACE, ET JE MONTE LE PROJET TOUTE SEULE, POUR 800 LITS CE QUI EST TITANESQUE, donc MON CHEF DIRECT EST LA COORDINATRICE DES SOINS, QUI EST UNE ÉCHELLE EN DESSOUS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL Mme V., elle est le directeur des directeurs de soins QUI SONT EUX LES CHEFS DES CADRES SUP. QUI ENCADRENT LES CADRES. J'ai donc la mission de mettre en place la prestation hôtelière dans un aspect qualitatif et j'ai pris en main le processus avec des référentiels de certification, et je prends la démarche de certification pour monter le projet, et J'AI EU DU MAL À SORTIR DE LA SITUATION PARCE QUE ÇA A ÉTÉ DÉNONCÉ COMME MALTRAITANCE ET HARCÈLEMENT

MORAL, et globalement j'ai émergé à la mi novembre. Je suis EN LIEN AVEC LA COORDINATRICE DES SOINS, MME B., QUE MALHEUREUSEMENT JE N'AI VU QU'UNE FOIS, et je dis bien malheureusement, et SINON JE NE SUIS EN CONTACT AVEC PERSONNE. Je dois monter le projet, et c'est vrai que JE SUIS QUELQU'UN DE RELATIONS QUAND MÊME, ON M'INVITE À DIFFÉRENTS GROUPES, JE CRÉE DES LIENS, JE ME METS EN ARTICULATION AVEC DES GENS CONCERNÉS PAR LA PRESTATION HÔTELIÈRE, TOUT CE QUI EST LA FONCTION LINGE, LA FONCTION HYGIÈNE, RESTAURATION, Mme B. n'est pas tout à fait d'accord mais je le fais quand même parce que je trouve qu'un projet titanesque comme ça ne se fait pas tout seul, par contre J'AI UNE GROSSE DIFFICULTÉ PARCE QU'ELLE NE VEUT PAS QUE JE ME METTE EN RELATION AVEC MES COLLÈGUES CADRES, qui je pense ont une position importante pour ce genre de projet, et LORSQUE VOUS PARLEZ DE RELATIONS, ET BIEN JE ME SENS UN PEU MAL, QUOI.

LA DIFFÉRENCE FAVORISE LA COOPÉRATION ? Globalement, les personnes qui ont un savoir différent du mien et qui me donnent une ouverture, j'ai une coopération formidable avec eux. On travaille avec ces gens-là de façon très complémentaire, ils ont soit une expérience pratique ou un grand savoir, mais en plus ce sont des gens intelligents, c'est-à-dire qu'ils N'ÉTAIENT PAS LEUR SAVOIR POUR ÉCRASER L'AUTRE, mais qu'il y a un système d'échange et de coopération, et la c'est fantastique, je vous ai d'ailleurs cité des noms, et justement c'est pour cela que j'enchaîne parce qu'il y a ce côté intellectuel et aussi un côté humain, qui se perd en ce moment, il faut savoir vivre, savoir accueillir l'autre, et moi je veux bien travailler avec des gens qui veulent bien partager, collaborer, PAS DES GENS QUI APPARTIENNENT À UNE CATÉGORIE PROFESSIONNELLE ET QUI VEULENT EXCLURE LES AUTRES. J'ai fait un stage dernièrement, ou j'ai rencontré un directeur dont la femme est une « de quelque chose », vous voyez, et c'est une personne pas du tout guidée, qui a envie de travailler avec les autres et de partager son savoir, sa ressource humaine, et là il y a des possibilités de coopération. Il y a UN GRAND PROBLÈME DE RECONNAISSANCE DE L'AUTRE ET DE SOI.

DYNAMIQUE DE GROUPE. Ce que j'apprécie beaucoup dans la dynamique de groupe c'est qu'on a un OBJECTIF COMMUN et qu'on travaille tous selon LA MÊME DÉMARCHE, ça revient un peu à la même chose que je disais par rapport à la coopération. Si on a le même objectif, même si on a des avis différents correspondant aux différents chemins par lesquels on doit y arriver, et bien si on a cet objectif commun, je pense qu'un groupe peut fonctionner, il peut y avoir une bonne relation entre les membres et on peut avoir UN PLAISIR À VENIR TRAVAILLER, et dans ce cas-là ON ARRIVE PLUS VITE À L'OBJECTIF ET DE FAÇON PLUS PERTINENTE ET EFFICIENTE.

TRAVAIL DÉLÉGUÉ OU TRAVAIL PARTAGÉ ? La notion de délégation lui suscite quelques réserves : Moi JE SUIS UNE HYPOMANE, C'EST-À-DIRE QU'IL ME FAUT ÉNORMÉMENT D'ACTIVITÉS POUR POUVOIR VIVRE, c'est pour résoudre des problèmes personnels que je n'énoncerais pas ici mais que je connais, DONC JE SUIS EN ACTIVITÉ PLUS PLUS ET JE SUIS CONNUE POUR ÇA, ET RÉPUTÉE --- c'est mon mode de fonctionnement d'être très active --- je ne peux pas faire la même chose tout le temps, je ne peux pas répéter, --- je prends des risques et je fais des choix, --- mes choix ont jusqu'ici privilégié ma vie de travail au détriment de la famille et - même à la maison j'amène du travail.

AVEC LES ÉQUIPES, globalement je leurs dis : nous avons ça à atteindre, et il y a ça et ça et ça, et JE NE ME SITUE PAS EN TANT QUE CHEF QUI DONNE DES ORDRES, MAIS EN TANT QUE PERSONNE QUI VOUS DONNE DES MOYENS D'Y ARRIVER. Et ils me disent ce dont on a besoin, comment ils veulent procéder, on discute, et puis après on s'organise. Mais la décision finale leur revient. Ce n'est pas de la délégation, moi je suis dedans mais je fais participer les gens à la prise de décision donc aussi aux responsabilités. QUAND IL Y A PAR EXEMPLE UN CONFLIT, MOI JE NE LE GÈRE PAS, MOI JE METS EN ÉVIDENCE LE CONFLIT, je dis qu'il vient de là ou de là ou de là, et je dis qu'il faut en arriver là, et VOUS VOUS DÉBROUILLEZ, POINT FINAL. Par contre, moi J'AI UN RÉSULTAT À ATTEINDRE DONC DONNEZ VOUS LES MOYENS. Je me situerais plus dans UNE POSITION DE CONTRÔLE, DE SUPERVISEUR, MAIS PAS DE RÉALISATION. Par contre POUR LE PROJET HÔTELIER, JE SUIS TOUTE SEULE, ET DONC C'EST UNE CHARGE DE TRAVAIL ÉNORME, et je suis toute seule, donc ça me gêne un peu, PAS TANT POUR LA QUESTION DE LA DÉLÉGATION, MAIS DANS LA QUESTION DU PARTAGE, MOI JE SUIS DANS LA QUESTION DU PARTAGE.

Quelque part je leur fais faire ce que je veux, donc JE NE DÉLÈGUE PAS MAIS JE FAIS FAIRE À L'AUTRE, C'EST DIFFÉRENT, mais en même temps la relation que je peux avoir avec le commissaire (de police), eh bien je suis allée le voir et il est venu ensuite dans l'unité, et ON A COLLABORÉ C'ÉTAIT GÉNIAL, ALORS QUE LES FLICS C'EST POURRI C'EST CECI, C'EST LA LOI, MAIS JE DIS NON, si on travaille avec eux à bon escient, en les respectant, d'une façon individuelle et dans leur mission, on ne peut que bien fonctionner. Il faut reconnaître les gens dans ce qu'ils représentent en tant qu'individus, mais aussi dans leur domaine de compétence, -- moi je dis à l'autre de faire, mais c'est pas parce que je ne sais pas, parce que JE NE SUIS PAS UNE IDIOTE, MAIS MOI JE N'AI PAS UNE EXPERTISE.

LA FLEXIBILITÉ OU LA POLYVALENCE

Je trouve que c'est bien parce que ça permet de ne pas s'enterrer vivant, c'est bien d'avoir une certaine polyvalence, mais je dis bien une certaine polyvalence, c'est-à-dire qu'il ne fait pas faire tout en n'importe quoi au nom de la polyvalence, il faut savoir ce qu'on exerce c'est-à-dire en amont avoir les outils nécessaires pour exercer cette polyvalence, avoir les bases.

COMMUNICATION, INFORMATIQUE

Ça fait DEPUIS L'ÉCOLE DES CADRES, depuis 92 que je suis sur l'ordinateur, je suis une grande fana de l'ordinateur. Je me sers beaucoup de l'informatique pour communiquer, et puis J'ÉCRIS BEAUCOUP, JE FAIS DES COMPTES RENDUS, et je les envoie à tous les gens concernés, pour éviter les incompréhensions, et en plus je suis quand même BAVARDE, dans le lien oral.

L'informatique et les formulaires constituent une surcharge de travail ? Oui, tout EST EN TRACABILITÉ, mais moi je ne m'en plains pas, je suis pour. Parce que je trouve que globalement ça permettrait de simplifier la transmission. évidemment, c'est fatiguant, mais quand on est bien organisé, moi je suis bordélique, je le fais toujours au dernier moment, mais 10 minutes par jour c'est bien, il faut le vouloir et puis c'est tout.

CHANGEMENT DU PUBLIC DE L'HÔPITAL

En matière de psychiatrie, sur les 20 ans, j'ai observé une différenciation entre la population parisienne et la population de banlieue, c'est-à-dire qu'à Paris les gens n'ont pas les mêmes problèmes, mais c'est vrai que quelque part la cité parisienne contient les gens, bon ils ont des délires, mais qu'est ce que c'est beau leur délire, oh la la, c'est fantastique, c'est comme Paris, c'est super, en plus c'est les délires qui sont imprégnés de leur environnement (...) dans la banlieue c'est pareil, on retrouve l'environnement, mais l'environnement des cités, je ne voudrais pas y vivre, bon, c'est vrai que j'y suis intervenue, que je suis allée en visite à domicile, et c'est vrai que nous en tant que soignants on n'a rien à craindre, qu'on est protégés parce qu'on va faire du bien, même si c'est pas forcément ça pour tout le monde, mais globalement dans les cités la population a changé, et on avait dans le début des années 90 des problèmes psychiatriques, et maintenant on a plus de gens qui ont des problèmes sociaux et des problèmes psychiatriques, plus des gens qui n'ont que des problèmes sociaux et il y a UNE CONFUSION ENTRE LES PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES ET LES PROBLÈMES SOCIAUX (...) les flics l'envoient en psychiatrie parce qu'ils ne savent pas quoi en faire, ce que je comprends aussi, il arrive chez nous (mais) il n'est pas psychiatrique, il a des problèmes de violence et on ne sait plus distinguer la violence des problèmes psychiatriques. Et j'ai justement remarqué ça après avoir discuté avec le commissaire de police, qu'on a le même type de population dans les asiles et les prisons, et donc les gens qui dérangent dans la société soit ils vont chez les flics soit ils viennent ici, et on ne traite pas le fond du problème.

(B) Trajectoires d'infirmières expérimentées

Nous avons regroupé dans ce sous-échantillon les trajectoires de 6 infirmières et 2 autres représentantes des professions intermédiaires (orthophoniste, attachée de recherches cliniques), ayant pour la plupart des longues années d'activité derrière elles et un statut

professionnel généralement reconnu, tel qu'il apparaît dans l'entretien. Elles travaillent aussi bien dans le public, dans le secteur associatif ou en cliniques privées.

Brigitte (IP15), infirmière psy en CMP, hôpital général parisien

26 ans d'ancienneté, continuité dans la spécialité, mais changements de région et d'établissements. Fille de médecin et d'infirmière, elle se félicite d'avoir convaincu son fils à ne pas faire des études de médecine (*mais, « pire », il travaille à l'URCAM, et en psychiatrie*). Diplômée de Ste Anne, elle travaille en psychiatrie depuis les années 80.

« Ensuite, je suis descendue en Haute Savoie, j'y ai travaillé en pédopsychiatrie pendant 5 ans, puis pour des raisons familiales il a fallu que je remonte sur Paris, où j'ai travaillé dans un centre de crise et d'accueil, où on accueille toute personne qui demande des soins ou une aide psychologique et on les oriente, et après j'ai été infirmière responsable d'une maison de retraite, pendant un an et demi, et ça c'était pas évident du tout, c'était de 93 à 96, et maintenant je suis à l'hôpital général (...) où ils font le pari de s'occuper de la psychiatrie. On est installées au sein des urgences et tout ce qui relève de la psychiatrie vient vers nous et nous on les reçoit, on les oriente, et on fait le lien avec tout ce qui est CMP...

Un CMP c'est ce qu'on appelait avant un dispensaire, donc eux reçoivent les patients en consultation, alors nous n'avons guère à faire à eux, contrairement aux psychiatres qui ont des patients à faire soigner et là c'est un moment privilégié, autrement on les côtoie pas, le seul moment où on travaille ensemble c'est le moment où on accueille quelqu'un où il faut savoir ne pas creuser, ne pas rentrer trop dans l'analytique pour ne pas empiéter... et ça c'est pareil, on ne peut pas le faire en deux ans, il faut avoir fait tout un circuit...

L'ACCROCHAGE DU MÉTIER. J'ai commencé par être infirmière classique pour être sage femme, mais ça ne m'a pas plu, je suis arrivée pile-poil à temps, j'ai rencontré Lacan qui consultait juste à côté, et ça m'a stimulée, moi j'étais avec un psy qui était un créateur de secteur qui est assez connu, à Ste Anne, et ça m'a plu.

Une réflexion que j'ai et qui a fait que je sais que je ne suis pas faite pour les accompagnements sur 20 ans. Moi je sais maintenant pour quoi je suis bonne et je sais que J'AIME BIEN LES CRISES PLUTÔT QUE LES ACCOMPAGNEMENTS, j'y suis plus efficace. Et une crise pour nous ça dure 15 jours. Après mon boulot à moi c'est de les orienter vers les bons relais.

Elle envisage changer de poste et d'établissement : là je pars en SAU. Juste LES URGENCES. Parce que ça manque, parce que J'AIME L'ACCUEIL, L'ORIENTATION ET LES RELATIONS TRANSVERSALES. --- Moi J'AI FAIT LE CHOIX DE NE PAS FAIRE CADRE, donc moi je suis claire. J'ai commencé dans CE QU'ILS APPELLENT LE TEMPLE DE LA PSY, et j'ai changé plusieurs fois de service et j'ai toujours fait le choix de mon secteur ».

COOPÉRER C'EST SAVOIR LAISSER LA MAIN

« Je pense qu'à l'heure actuelle une jeune infirmière veut avant tout être une bonne infirmière. Et ON NE PEUT PAS ÊTRE UNE BONNE INFIRMIÈRE SUR TOUS LES PLANS. Alors BIEN FAIRE JE CROIS QU'ESSENTIELLEMENT DANS LE TRAVAIL D'ÉQUIPE C'EST SAVOIR CE QU'ON SAIT BIEN FAIRE ET SAVOIR NE PAS FAIRE ET LAISSER LA MAIN LORSQUE D'AUTRES SAVENT MIEUX FAIRE. On peut être très à l'aise dans un acte et moins dans un autre et lorsqu'on est deux, savoir laisser la main et se relayer et accepter de dire : je ne sais pas faire. La maturité d'une équipe, je veux dire, fait que les gens acceptent de dire ça ».

LE CADRE EN TANT QUE MANAGER EST ESSENTIEL

« Pour apprendre à travailler en équipe, l'essentiel est le cadre, le cadre en tant que manager, cadre infirmier de proximité. Il n'est pas surveillant puisqu'il a fait une formation d'infirmier de proximité

où on lui apprend le management. Et c'est à lui de détecter les ressources des personnes – avant c'était à l'ancienneté, c'était pas la même chose, on avait des surveillants.

LA CADRE – n'est pas la chef d'orchestre, elle est dans l'harmonisation, c'est-à-dire qu'elle intervient dans les formations, elle voit où les gens pêchent et propose des formations pour aider les gens à aller plus loin, là on a réussi à faire cette formation, la pédopsychiatre est venue, et nous on s'est mélangés avec nos collègues de l'intra, gérer l'agressivité, c'est-à-dire savoir arrêter une situation de crise comme celle qu'on vit. Moi ça ne me dérange pas mais je pense que si j'avais quelqu'un de réducteur devant moi ça me dérangerait, mais si l'équipe est bonne, la personne qui encadre s'aligne ».

L'ÉQUIPE

« Nous c'est assez spécifique, à savoir que nous sommes 13 infirmières, 2 éducatrices, 2 assistants sociaux, après il y a le psychologue, le psychiatre, et nous avons des tâches particulières, soit de faire des VISITES À DOMICILE soit de L'ACCOMPAGNEMENT, soit de L'ACCUEIL, surtout pour l'accueil. (La responsable) a su bien choisir des personnes qui étaient bonnes en accueil sans pour autant être intrusives quand elles accueillent. Et donc on est différents acteurs qui intervenons autour d'une même personne. Donc l'essentiel est que chacun garde sa place et n'empiète pas sur l'activité des autres.

EFFECTIFS : nous avons une ville de 60 000 habitants, on a un dispositif d'accueil de plus de 700 personnes, et on a un PH, c'est-à-dire un temps plein, un mi-temps, un 80 % de mi-temps et trois vacataires.

EXPÉRIENCE ET COMPLEXITÉ : on est TRÈS AUTONOMES, c'est-à-dire quand on reçoit quelqu'un qu'on ne peut pas gérer, quand on doit mettre en place un soin, on se débrouille, on fait appel au SAMU, on appelle les urgences, les pompiers, c'est à nous d'avoir cette initiative. C'est pour ça que DANS NOTRE MÉTIER IL NE PEUT PAS ARRIVER COMME ÇA DE JEUNES DIPLÔMÉS, notre métier s'apprend comme ça sur dix ans, AU BOUT DE DIX ANS ON EST OPÉRATIONNELS, C'EST COMPLEXE ».

LA TRAÇABILITÉ ET L'ACCÈS À L'INFORMATION

« On a une capacité de 730 personnes et chaque fois qu'on reçoit quelqu'un ou qu'il se passe quelque chose, IL FAUT QU'À TOUT MOMENT N'IMPORTE QUEL MEMBRE DE L'ÉQUIPE PUISSE SE SAISIR DE L'INFORMATION ET CONTINUER À ALLER DANS LE SENS DU SOIN. -- toute information doit être écrite de façon qu'à tout moment un autre collègue, sans connaître la personne, puisse poursuivre et répondre à un besoin.

À la différence d'autres établissements, le dossier du patient n'est accessible qu'aux thérapeutes (médecin, infirmier, psychiatre, psychologue), pas au personnel social.

TRAVAIL EN BINÔME : On est toujours par deux donc il faut qu'on s'équilibre, un entretien c'est toujours deux infirmiers, de manière à avoir deux regards, et s'il y a des personnes qui ont fait le choix de ne pas faire la formation cadre, c'est vachement clair, il n'y a pas de problème.

LA COOPÉRATION MISE EN ÉCHEC. On peut être bloqué si une infirmière considère qu'un patient est son malade et ne donne pas accès aux autres, si elle en fait son patient privilégié. Ça arrive fréquemment, surtout quand il y a des jeunes qui n'ont pas cette distance que nous appelons DISTANCE THÉRAPEUTIQUE, et c'est aussi pour des gens qui sont dans LE REGISTRE DE LA BONNE INFIRMIÈRE, QUI ONT ENCORE BESOIN DU REGARD DU PATIENT ».

COOPÉRER AVEC L'AIDE SOIGNANTE

« J'ai déjà travaillé en clinique, seule avec une aide soignante pour 30 patients, -- écoutez c'est simple car c'était moi qui était responsable du service, LE MATIN JE FAISAIS UN PETIT DEBRIEFING OÙ JE RÉPARTISSAIS LES TÂCHES, -- ce qui est important pour moi, c'est de BIEN CONNAÎTRE LES CAPACITÉS DE L'AIDE SOIGNANTE, POUR NE PAS LUI ATTRIBUER UNE CHARGE QU'ELLE NE SERAIT PAS CAPABLE DE PORTER, DONC ON EST TOUJOURS DANS LA CONNAISSANCE DE LA PERSONNE.

AIDER ET FAIRE PROGRESSER. Je l'aidais plus comme quand je suis tuteur d'un infirmier stagiaire, c'est-à-dire que je lui explique à sa portée, ou je lui explique, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui comprennent très bien et d'autres auxquels il faut se réadapter soi et son discours pour essayer de faire réfléchir car je pense que tout acteur de santé doit progresser.

COMMENT ÊTRE AIDÉE. Et bien je cherche, mais si ce n'est le confort de ne pas être dérangée par des choses qu'elle peut gérer seule, peut-être des informations, quant à un événement, mais ça c'est pareil, il faut bien connaître la personne avec laquelle on travaille. -- Il n'y a pas de souci dans la mesure où c'est un acte délégué d'infirmière ».

LUTTES POUR LE STATUT

« *Personnel suffisant ?* En nombre suffisant pour moi non, parce que le travail à accomplir est énorme, mais JE NE SUIS PAS NON PLUS POUR QU'IL Y AIT TROP D'AIDES SOIGNANTS ET QUE L'INFIRMIÈRE SOIT PLUS QUE DANS LES INJECTIONS ET DANS LES LIAISONS AVEC LES AUTRES INTERMÉDIAIRES... là on voit **ON EST EN SOUFFRANCE DEPUIS 20 ANS**, IL Y A DE MOINS EN MOINS D'INFIRMIÈRES, et notre rôle... **ON SE BAT POUR NE PAS DEVENIR QUE DES EFFECTEURS, POUR RESTER DANS L'ÉLABORATION, DANS LA RÉFLEXION**, surtout que par rapport aux autres comme les médecins, on a changé de statut, ON N'EST PLUS DÉPENDANTS COMME AVANT, s'il y a un souci, ON N'EST PLUS SOUS LEUR TUTELLE, IL Y A UNE ADMINISTRATION, UN CADRE, UNE HIÉRARCHIE, ON EST PARTENAIRES, COLLABORATEURS, MAIS ILS NE SONT PAS NOS CHEFS. Ca a remis les choses à leur place.

RIVALITÉ AVEC LES MÉDECINS Ils ont du mal à nous laisser notre identité professionnelle parce qu'on marche un peu sur leurs plates bandes. On a acquis nous une spécificité, avec les patients on fait des entretiens, comme les médecins, alors qu'avant ç'eut été impensable, donc ils sont aussi quelques fois dépossédés de leur travail alors qu'ils sont eux aussi en souffrance à cause du nombre de leur effectif, donc on doit aussi s'harmoniser avec eux bien que ce soit difficile.

Les situations où vous vous retrouvez en exécution d'un acte sous la commande d'un médecin ? On se retrouve dans ces situations quand on doit faire une visite à domicile sans que cela soit concerté à l'avance. Par contre nous dans notre spécificité nous pouvons dire et nous savons dire que nous ne sommes pas d'accord. -- On veut un partage de la décision bien qu'elle reste toujours médicale, mais on revendique dans la discussion, dans la réflexion, notre partie qui nous appartient. -- *Ça fait partie d'une véritable situation de COOPÉRATION* - sinon ça s'appelle des INJONCTIONS MORALES.

DIFFICULTÉ DE TRAVAIL AVEC LE MÉDECIN : d'abord il n'est pas toujours là, ensuite parce qu'il ne prend que des consultations, et on parle beaucoup de cadre symbolique, mais bon...

AIDER LES MÉDECINS DANS LEUR TRAVAIL Nous les aidons quand nous allons à domicile, eux ne vont jamais à domicile, alors nous pouvons leur apporter de nouveaux éléments puisque nous voyons les personnes évoluer dans leur milieu. Si un médecin voit peut-être son patient une fois par mois, nous, nous le voyons deux fois par semaine. Pour (faire) effectivement un travail de lien. Et avec les patients, puisque nous insistons pour que le patient soit toujours un acteur, quand on va à domicile, nous ne pouvons pas entrer s'il ne nous ouvre pas la porte. Alors nous travaillons sur ce lien qui est nécessaire pour la continuité des soins, et si ce lien est rompu, nous, on questionne, on interpelle, on téléphone, on les invite à venir nous rencontrer, notre rôle c'est essentiellement de maintenir ce lien ».

RÉUNIONS, SUPERVISIONS

« **L'IDÉAL QU'UN MÉDECIN NOUS AIDE**, ON RÊVE, mais c'est excessivement cher, c'est **DES SUPERVISIONS**, **MAIS FINANCIÈREMENT C'EST EXCESSIVEMENT CHER**, NOUS AVONS DES RÉUNIONS INSTITUTIONNELLES, C'EST DÉJÀ UN MOYEN QUAND MÊME, UNE RESSOURCE POUR TRAVAILLER, c'est-à-dire que tous les jeudis nous avons une **RÉUNION** de deux heures où tous les acteurs sociaux sont présents, les médecins, les éducateurs... Et il faut savoir qu'à côté de ça, il y a aussi des petites réunions qui se font à côté, par exemple nous avons nous une réunion tous les lundis. Et comment on intervient sur l'hôpital, **ON TRAVAILLE BEAUCOUP LES LIENS**, **ON TRAVAILLE LES RÉSEAUX**, **PARCE QU'ON INTERVIENT AUSSI SUR LE COLLECTIF**, euh, avec **LE COLLECTIF SDF**, **DONC ON INTERVIENT ÉNORMÉMENT SUR L'EXTÉRIEUR** **DONC À UN MOMENT DONNÉ IL FAUT TOUT RAMENER ET PARTAGER À L'INTÉRIEUR**.

LA SUPERVISION POUR AFFRONTER LA VIOLENCE C'est justement toujours dans cette situation dont je parlais tout à l'heure, donc ce jeune est venu et nous a menacé, il m'a menacé de mort l'année dernière, et il est allé à l'hôpital aussi casser des choses, première fois de ma carrière que je faisais une

main courante, parce que l'hôpital a porté plainte, et je pensais que c'était important dans cette situation de faire intervenir la loi et ça avait fonctionné puis là il a réitéré son truc avec une autre infirmière, avec un tournevis, il a fallu arrêter le processus parce que tout est une histoire de territoire. Par exemple, l'autre jour j'ai reçu quelqu'un, alors moi j'ai pour principe lorsque quelqu'un arrive de me lever pour l'accueillir, et cette personne a sorti un couteau et a dit : je veux un secours, parce qu'on est en santé mentale, alors moi je lui ai dite asseyez-vous monsieur, je vais voir ce que je peux faire pour vous, et là j'ai appelé le commissariat pour le désarmer, parce que c'était pas à moi de le faire, parce qu'autrement je n'aurais pas pu entreprendre le soin et après j'aurai pu discuter avec lui et lui faire accepter de prendre le soin, mais là j'ai dû faire comme un *debriefing* sauvage, c'est là où de temps en temps on a besoin, parce qu'on a de temps en temps des charges émotionnelles énormes dont on ne sait pas quoi faire.

UN SUPERVISEUR QUI PUISSE NOUS AIDER DE TEMPS EN TEMPS, CAR ON PATINE, on a du mal, on peut être dans le rejet sans le savoir, et il nous faudrait un superviseur qui nous aide à faire le point, qui ne fasse pas partie de l'équipe de thérapeutes qui interviennent.

Oui, ça dépend des établissements et des moyens qu'ils ont. Étant donné qu'on a rallié l'assistance publique, et qu'eux la psychiatrie ils n'y connaissent rien, ils connaissent très bien la dépression, le trouble alimentaire, mais la santé mentale, la précarité, tous ces trucs-là où on avance sur des oeufs, où il n'y a pas de protocole, pour eux c'est très difficile.

LES RÉUNIONS CLINIQUES : il y a le médecin chef, le médecin du secteur, parfois il y a même le professeur qui descend, on a cette SAGESSE DE PARTAGER LES INFORMATIONS et de tenter de FAIRE UNE SYNTHÈSE POUR TOUT LE MONDE, mais pour que tout le monde ait le temps, il faut bien une semaine.

Les situations où ça déraile (en équipe) ? Et bien justement notre questionnaire était, ce n'est pas la personne qui dérange, c'est le symptôme, parce qu'il va dans toutes les fissures de notre fonctionnement et c'est ça qui dérange toute une équipe, parce que pour nous il y a la peur qui intervient...donc tous les gens qui sont en difficulté par rapport à la violence sont en rejet, donc là en ce moment il y a une scission dans l'équipe, où on est dans il faut remettre et laisser des portes ouvertes et d'autres qui disent qu'on peut envoyer le patient à 200 Km ».

LA PRÉVENTION

« On travaille avec les tuteurs du GAP, l'aide sociale à l'enfance, le collectif SDF, parce qu'il y a des infirmiers qui sont constamment en sortie, on fait partie aussi du truc anti tabac, enfin, anti tabac pas trop, mais surtout à l'école, parce que notre chef de service est spécialiste de l'addictologie, on fait aussi de la prévention contre l'alcool, tout ce qui est prévention, on prend, on part dans la rue et on distribue des tracts...(*Ça vous prend beaucoup de temps ?*) Énorme, on a calculé et ça fait quasiment un demi-temps infirmier par semaine. C'est un travail d'anticipation. C'est-à-dire que nous travaillons dans la ville et on ne peut pas se permettre de n'être pas dans une situation de coopération avec tous les partenaires, il faut qu'il y ait une cohérence.

L'hôpital, c'est différent, nous dépendons de l'hôpital mais NOUS SOMMES UNE STRUCTURE EXTRA HOSPITALIÈRE, MAIS NOUS TRAVAILLONS AUSSI AVEC L'HÔPITAL, c'est-à-dire nous RENCONTRONS NOS COLLÈGUES, NOUS FAISONS DES SYNTHÈSES AVEC ELLES, ET ON VA À UNE RÉUNION TOUS LES VENDREDIS MATIN POUR PRÉPARER LA SORTIE DES PATIENTS.

L'interface entre l'hôpital et le monde extérieur -- La politique du secteur est de traiter les patients aussi près de leur domicile que possible, c'est LE PRINCIPE DE LA SECTORISATION, et nous on a 25 lits d'hospitalisation pour 60 000 habitants, donc on va aussi, si quelqu'un est hospitalisé, sur une autre structure, on va aussi rencontrer les équipes, on est toujours dans le lien.

COOPÉRER AVEC D'AUTRES ÉQUIPES : Alors CE QUI EST LE PLUS HARMONIEUX... C'EST UNE HISTOIRE DE TERRITOIRE, QU'ON SACHE S'ARRÊTER, ne pas les mettre dans l'injonction de...Si on rencontre une équipe et si on veut que la personne ressorte avec des consultations où qu'ils prennent en considération la précarité et qu'ils l'emmenant dans d'autres lieux et puis qu'on les associe dans le projet global du patient en les laissant à leur place SANS ÊTRE DANS L'INJONCTION de leur demander de le faire.

Et de votre expérience, c'est avec qui ça se passe le mieux ? Et bien pour nous c'est plus DIFFICILE DE RENCONTRER D'AUTRES INFIRMIÈRES SAUF QUAND ON TRAVAILLE DANS UN AUTRE HÔPITAL, c'est plus facile, parce qu'il y a UNE SOLIDARITÉ ET UN RESPECT DE L'EFFORT MUTUEL. Parce que nous avons des patients qui relèvent de la psy, et il y a une collègue qui les emmène en cancéro, alors IL FAUT SAVOIR PASSER LA MAIN ET REPRENDRE LA MAIN.

LES PSYCHORIGIDES : Il y a des GENS QUI SONT DANS LE TORT, LES PROTOCOLES, TOUT ÇA, nous il faut qu'on soit vigilants, là j'ai quelqu'un d'autre je ne vais pas aller au moment où c'est la visite, c'est pas parce que je suis une infirmière que j'ai un passe-droit, je demande aussi à l'autre infirmière quand je peux y aller et en fonction de mon propre emploi du temps.

LA FORMATION : j'ai toujours pris part où je suis passée, tout en ne restant jamais au même endroit, là je vais partir sur les SAU, faire autre chose, et pour ce qui est de LA FORMATION EN PSY, C'EST À TOUT MOMENT, ON SE FORME PUISQUE RIEN N'EST FIGÉ, IL N'Y A PAS DE PROTOCOLE, mais oui, j'ai fait la formation de DE et j'ai fait avec une collègue la gestion du risque, et c'est ce à quoi nous servent les aides soignants et les élèves, qui nous posent des questions, qui nous remettent en question, c'est ce qui m'arrive un peu en ce moment, je suis tuteur, j'ai un élève, et il faut savoir une fois qu'on est arrivés en fin de carrière, passer notre connaissance, parce qu'il y a peu de spé en psychiatrie ».

LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

« *L'ethno psychiatrie...* Justement à Ste Anne on avait des cours de psycho par rapport aux gens du sud et aux gens du nord et ça nous a aidé parce que effectivement on peut pas, c'est plus démonstratif dans le sud et la famille est beaucoup plus présente dans le sud que dans le nord au niveau de la prise en charge du handicap. Par exemple on a beaucoup moins de personnes maghrébines dans les foyers, ils sont beaucoup plus dans les familles, il y a des facteurs, mais c'est plus intéressant pour notre travail, et puis on n'aborde pas le corps chez les musulmans n'importe comment, et la question de la mort aussi, les rites, par exemple la femme n'a pas le droit de toucher le corps du mort, donc c'est toute une histoire de protocoles, ce qui est difficile dans un hôpital, puisque la structure ne nous permet pas de prendre en considération tous ces facteurs, puis on n'a pas beaucoup le temps.

Pour nous, LES PATIENTS ET LES FAMILLES SONT DES PERSONNES RESSOURCES, on doit s'appuyer sur eux, sauf quand ils ne sont pas tout jeunes.

Ce sont ESSENTIELLEMENT DES FAMILLES AFRICAINES ET NORD AFRICAINES, AU SEIN DESQUELLES LE TAUX DE CHÔMAGE EST TRÈS ÉLEVÉ, IL Y A BEAUCOUP DE TOXICOMANIE, et tout ça, de toutes les façons les CMP étant ouverts tous les jours de 9 à 17 sauf deux jours par semaine de 17 à 19, ON A ESSENTIELLEMENT DES GENS QUI ONT DES SOUCIS DE TRAVAIL. Autrement ils vont à l'extérieur, parce que les heures d'ouvertures ne correspondent pas aux heures de sortie de travail.

La coopération avec l'assistante sociale : C'est hyper important, il faut, LA SAGESSE SERAIT QUE TOUT LE MONDE SOIT AUTOUR D'UNE TABLE AVEC TOUS CES QUESTIONNEMENTS ET ACCEPTER QUE L'AUTRE NOUS APPORTE LA LUMIÈRE DONT NOUS AVONS BESOIN.

Coopération avec les éducateurs : Oui, énormément parce qu'il y a des moments où nous infirmiers, on a un rôle éducatif mais il faut qu'on sache ne pas le prendre pour rester soignants. Il faut qu'ils sachent nous utiliser eux aussi dans notre rôle spécifique ».

L'ABSENTÉISME

« Notre moyenne d'âge c'est 45 ans, on a tous des niveaux d'études différents et on sait tous pourquoi on est là. Il y a des collègues qui me disent qu'ils ne pourraient pas faire autre chose et il faut savoir qu'on est UNE DES ÉQUIPES OÙ LE TAUX D'ABSENTÉISME EST QUASI ÉGAL À 0.

EN INTRA IL Y A PLUS D'ABSENTÉISME PARCE QU'IL Y A UNE SOUFFRANCE DE L'ÉQUIPE QUE NOUS ON N'A PAS. C'est très dur de travailler dans un service où il y a....pour l'infirmière de se resituer c'est-à-dire qu'ON NOUS A PROPOSÉ D'Y ALLER ET ON A DIT NON, POURQUOI ? PARCE QU'IL Y A CHEF DE CLINIQUE, PROFESSEUR, PH, EXTERNE, INTERNE ET AU BOUT DE LA CHAÎNE L'INFIRMIÈRE NE PEUT QU'ÊTRE EFFECTEUR, DONC OUI IL Y A MOINS DE TÊTES PENSANTES, ILS NE SAVENT PAS SE RÉUNIR. À la limite c'est nous qui avons mis au point la réunion du vendredi avec eux. Nous leur avons demandé de les rencontrer, en leur disant nous sommes obligés de vous rencontrer. Et c'est le médecin, la

psycho-mot qui viennent nous voir le vendredi, mais C'EST NOUS EXTRA HOSPITALIERS qui leur avons demandé cette réunion pour faire en gros le bilan de la semaine, mais C'EST PARCE QU'ON A CETTE FORMATION UN PEU SPÉCIALE QUE NOUS AVONS PU DEMANDER CETTE RÉUNION, et je ne pense pas que des gens en cancéro puissent obtenir la même chose que nous. On n'a pas les mêmes fonctionnements ».

Vous êtes les plus autonomes dans le corps des infirmiers ? On peut le dire comme ça.

« Au début (les autres infirmiers) pensaient pouvoir (les remplacer) avec cette RÉFORME DE NE PLUS FORMER LES PSYS que c'était plus facile de travailler en psycho, que LORSQU'ON EN AVAIT MARRE DE TRAVAILLER DANS DES SERVICES DIFFICILES ON ALLAIT EN GÉRONTO OU EN PSY, et en fait ILS SE SONT APERÇUS QUE TRAVAILLER AVEC DES PSYCHOTIQUES C'EST PAS DONNÉ à tout le monde, que TRAVAILLER AVEC DES DÉPRESSIFS ÇA ALLAIT MAIS AVEC LA PSYCHOSE ET LA TOXICOMANIE C'EST PAS AUSSI FACILE. Ca fait MAINTENANT TROIS ANS QU'ON EST CLASSÉS ASSISTANCE PUBLIQUE, AVANT ON ÉTAIT SUR UNE CONVENTION, et ça fait peu de temps qu'elles comprennent vraiment le principe de notre travail, qu'elles ne peuvent pas le faire, et que c'est une formation spécifique - entre temps, le ministère en a décidé autrement... c'est dommage ».

CONDITIONS GÉNÉRALES DE TRAVAIL

« Je trouve qu'on est mal payés face aux responsabilités qu'on a, c'est décourageant.

La traçabilité, c'est très important, on le fait tous les jours, et de plus on y est CONTRAINTS DE QUANTIFIER PUISQU'ON EST SOUS LE RÉGIME DE LA RENTABILITÉ, ON FAIT DES CROIX AVEC NOTRE CHARGE DE TRAVAIL, MAIS ON N'A PAS PRÉVU DE FAIRE DES CROIX POUR LE TEMPS QU'ON PASSE À FAIRE DES CROIX AVEC NOTRE CHARGE DE TRAVAIL.

L'INFORMATIQUE – ça vient ce truc-là, je suis en train de faire la formation.

LE RYTHME DE TRAVAIL AUGMENTE et on est obligés de faire des choix, on s'organise autrement, notre charge de travail n'ayant pas diminué, ON ROGNE UN PEU SUR LES RÉUNIONS, ON REPORTE SUR D'AUTRES COLLÈGUES, IL Y A MOINS DE FORMATIONS, parce que déjà, on manque de personnel, et en plus les formations sont difficiles, c'est intéressant mais c'est dérangeant pour notre travail de prise en charge, on est obligés de balancer sur des collègues.

LES HORAIRES – moi ça va maintenant, c'est 9H-17H, c'est assez régulier, je n'ai pas à négocier, c'est mieux, parce qu'IL Y A TROIS ANS ON POUVAIT FINIR À 23 HEURES ET ATTAQUER LE LENDEMAIN À 7 HEURES POUR DES QUESTIONS DE MANQUE DE PERSONNEL. Et là, AVEC LA CANICULE, C'EST PAREIL, LES COLLÈGUES DE L'HÔPITAL ONT FAIT DES HEURES SUP ET ILS SONT ENCORE EN TRAIN DE PLEURER POUR ÊTRE PAYÉS, et là IL Y A UN RÉEL PROBLÈME PARCE QUE CE N'EST PAS UNE VOCATION, IL N'Y A PLUS DE BONNES SŒURS, NOUS-MÊMES ON DIT À NOS ENFANTS DE NE PAS FAIRE ÇA, PARCE QUE C'EST INCOMPATIBLE AVEC UNE VIE DE FAMILLE... »

Rose-Marie (O16), orthophoniste en CMP en Seine-Saint-Denis

Diplômée de 1987, a fait au début des remplacements en libéral, puis a travaillé elle-même en libéral, avant de trouver un travail salarié dans ce CMP en Seine-Saint-Denis, où elle est depuis 1994. Père chauffeur de taxi, mère femme au foyer et femme de ménage. Le CMP a des liens distordus administratifs avec l'hôpital. Elle préfère largement le public au privé, le travail en équipe est une des principales raisons, professionnellement c'est plus gratifiant, l'homogénéité de l'équipe thérapeutique a progressé dans le temps avec la spécialisation de ses membres, mais sans le renouvellement des postes d'origine (infirmières devenues psychothérapeutes, mais dans les fiches de postes de l'hôpital enregistrées toujours comme infirmières) ; le chef d'équipe est absent et ignore les problèmes, d'où l'existence d'une liste d'attente. La spécialisation et le rétrécissement du champ d'action sont apparus en même

temps – un exemple étant l'assistante sociale –, ils doivent faire appel aux assistantes sociales de la mairie.

L'entretien contient des données intéressantes concernant les modalités de travail, comment on obtient la coopération de l'enfant (se mettre à son niveau, être à son écoute, lui donner raison, ne pas s'imposer) ; aussi, une description du rôle très précieux de la femme de ménage, qui peut faire fonction de secrétaire, a appris certaines techniques thérapeutiques, étant la plus ancienne dans l'équipe (depuis plus de 20 ans), devenue irremplaçable (bien qu'il soit prévu qu'elle soit remplacée par un service d'entretien) ; des observations sur le rôle de l'ancienneté dans la cohésion d'une équipe, sur la question de la reconnaissance, moins sensible que dans l'espace très hiérarchisé de l'hôpital, et sur le public largement immigré du CMP.

SON ÉQUIPE, UNIQUEMENT FÉMININE, est peu nombreuse : à part elle, 2 psychologues, la responsable médecin psychiatre, une autre médecin généraliste qui vient d'arriver et intervient en tant que psychothérapeute, une psychomotricienne, une infirmière psychiatrique, la secrétaire et la femme de ménage. Elle travaille à temps partiel, 70 %, et voit 25 enfants par semaine.

« C'est des gens qui ont fait des formations, et qui pour garder leur ancienneté ont conservé leur statut de base, et CETTE COLLÈGUE ÉTAIT SUR SA FICHE DE PAYE INFIRMIÈRE ALORS QU'ELLE ÉTAIT PSYCHOTHÉRAPEUTE DEPUIS PLUS DE 20 ANS MAINTENANT, et qu'elle travaillait comme psychothérapeute, donc il nous manque un psychothérapeute, et si on regarde la fiche de paye, on nous dit que c'est une infirmière qui est partie, et qu'on en a encore une. Voilà, on se retrouve dans des situations comme ça ; on avait une assistante sociale qui avait fait ses études de psycho qui travaillait comme psychologue, qui est restée assistante sociale sur le papier, et puis on n'a plus d'assistante sociale depuis des années depuis qu'elle a fait sa formation, mais statistiquement on a une assistante sociale, malheureusement.

On peut dire que vous êtes POLYVALENTE ? Moi non mais mes collègues thérapeutes oui. Elles viennent de professions différentes, elles sont formées et spécialisées et puis ça a entraîné ce phénomène qui fait que certains postes ne sont plus pourvus au centre, et c'est un effet négatif de cette spécialisation.

Une séance dure en théorie ¾ heure, et ça c'est aussi le luxe de travailler en CMP, c'est qu'il y a des normes, la SÉCU, telle pathologie c'est ½ heure de rééducation, telle c'est ¾ d'heure, et moi je ne fais plus attention à ça, je prends en général ¾ d'heure et si ça dépasse un peu, c'est pas très grave non plus, et si je prends un peu moins parce que l'enfant n'est pas très bien ce jour-là, et bien les parents ne regardent leur montre l'air de dire, j'ai payé, -- il y a des jours où on peut abréger, et des jours où on peut dépasser un peu, et ce sera pas très grave non plus.

On a changé plusieurs fois de SECRÉTAIRE, et donc ça se passait bien avec une, ça se passe moins bien avec celle qu'on a là, et il va falloir qu'on gère, elle est revenue depuis peu de temps, elle est bordélique, mais il va falloir qu'on fasse avec.

HOMMAGE A UNE COLLÈGUE Il y a une chose que je pourrais dire pour ma collègue ASH, je peux dire que quand elle partira à la retraite, on n'aura plus de femme de ménage, on fait appel de plus en plus à des entreprises privées, qui viennent le matin, alors que dans une structure comme la nôtre, par exemple elle arrive très tôt le matin, elle peut répondre au téléphone pour nous, parce que nous on arrive entre 9 et 10, en moyenne, donc ça fait déjà 2 heures qu'elle est là, des gens qui appellent avant de partir au boulot, pour dire que dans la journée ils ne viennent pas parce que leur enfant est malade ou parce qu'ils ont un problème au bureau, c'est intéressant qu'ils puissent parler à quelqu'un au lieu d'avoir un répondeur, parce que du coup elle va avoir les agendas sous la main, etc. On a eu un moment un jeune homme qui était très très fou et qui téléphonait tout le temps. Et puis ben la thérapeute qui le suivait avait prévenu tout le monde, « s'il appelle vous lui répondez comme ça, vous

dites oui, oui, etc.. » Et ben elle aussi, lorsqu'il téléphonait elle répondait gentiment à ce jeune homme ce qui fait que lorsqu'il téléphonait il ne pétait pas encore un peu plus les plombs dans la nature. Lorsque tout le monde est occupé et qu'il y a un enfant dans la salle d'attente elle peut s'en occuper, et après, lorsque quelqu'un viendra entre 5h et 7h quand tout sera fini et qu'il n'y aura plus personne pour balayer, il ne se passera rien. En plus elle connaît l'emploi du temps, les problèmes, elle sait par exemple quand ma collègue recevra un enfant IMC qui ne peut pas marcher. Donc elle sait qu'il faut beaucoup nettoyer quand il y a le petit Badou qui arrive sinon, comme il se traîne par terre, on va le rendre à la maman noir. Dans la salle de la psychométricienne on faisait l'atelier touche à tout, et il y avait un petit goûter, pour essayer de faire ça un peu convivial, et il y avait du jus de fruit, et les enfants qui versent qui versent qui versent, le verre est plein depuis longtemps mais eux ils continuent à verser, et évidemment ça coule partout et ça colle, alors elle repasse plusieurs fois la serpillière, dans la journée pour différents groupes, elle participe énormément à la cohésion de l'équipe. En plus on a un problème matériel ; avant, on avait un appartement, on travaillait dans un appartement dans un immeuble, et puis l'hôpital a acheté ce centre, en 96, et ben quand les gens arrivent ils sont étonnés de voir qu'il est encore beau. Parce que quand il y a un gamin qui a tagué au mur, elle va prendre un chiffon, et frotter frotter l'endroit, elle vide les étagères, elle nettoie les placards, c'est vraiment quelqu'un de très compétent, et qui fait qu'on a gardé un lieu très beau et très très propre malgré les années qui ont passé. Quand elle n'est pas là un jour, c'est terrible, on voit dans quel état c'est. C'est l'horreur. On va perdre beaucoup parce qu'on va perdre une personne très précieuse qui est rattachée au centre, et je crois que c'est d'ailleurs la plus ancienne, elle est là depuis 20 ans.

C'est UN CENTRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE À TEMPS PARTIEL, je n'ai pas mis en place de projets cette année, parce que je travaillais avec MA COLLÈGUE PSYCHOMOTRICIENNE, on mettait en place un atelier, qui s'appelait un groupe touche à tout, pour des enfants qui ont du mal à jouer avec les autres, qui ont du mal à se poser, et donc c'était un atelier bordel, un atelier monstre, parfois, donc c'était des enfants qui pouvaient faire tout ce qu'ils voulaient, et j'ai fait ça pendant 2 ans, et ça a commencé à déborder de plus en plus et j'avais besoin de passer à autre chose, et j'ai proposé un atelier mais il y avait UNE COLLÈGUE QUI PARTAIT À LA RETRAITE, et un certain nombre de choses qui ont fait que ça c'est pas mis en place. Du coup JE VOIS PLUS D'ENFANTS DANS MON BUREAU.

UNE RÉUNION TOUTES LES SEMAINES. Dans notre centre LORSQU'IL Y A UN NOUVEAU SIGNALEMENT, la secrétaire donne un rendez vous avec notre infirmière psy qui reçoit les parents sans l'enfant, pour exposer les difficultés, la démarche, ce qui permet, parce qu'on a UNE LISTE D'ATTENTE QUI S'ALLONGE SANS CESSER, PARCE QUE MALHEUREUSEMENT LA COLLÈGUE QUI EST PARTIE ON PENSE QU'ELLE NE VA PAS ÊTRE REMPLACÉE, et on se retrouve à travailler avec une équipe de plus en plus petite.

SON PUBLIC : Il y a les enfants névrosés et les enfants psychotiques, les enfants psychotiques qui sont scolarisés, avec des contrats particuliers, on a aussi des enfants pas scolarisés du tout parce que très très malades, et dans la perspective qu'on peut leur trouver une place ou dans un hôpital de jour, ou dans une structure plus spécialisée, souvent on les accueille au CMP, et après, on continue à les recevoir comme quelque chose s'est installé AVEC UN THÉRAPEUTE, on essaie de conserver ce lien-là. Ce n'est pas toujours possible mais bon, on essaie. Puis il y a des enfants avec des petits soucis de la vie, devenus bagarreurs, qui pleurent le soir... Ca bouge tout le temps, parce que ce sont des courants d'immigration réguliers, là en ce moment on voit arriver des enfants tamouls. Il y a quelques années on a vu arriver beaucoup d'enfants du Rwanda, et surtout quand ça a été des guerres.

Un système qui est peut-être particulier à l'équipe – je ne reçois d'enfants en orthophonie que lorsqu'ils ont vu un thérapeute, je ne reçois pas directement en orthophonie. Chez nous ça ne marche pas comme ça, on envoie d'abord la demande à un thérapeute, et ils ne nous les renvoient pas systématiquement. Et ça arrive rarement qu'on prenne en charge un enfant, et quand ça arrive, on fait toujours la double prise en charge. Et JE SUIS RAREMENT LA SEULE À RECEVOIR UN ENFANT. SAUF À CAUSE DES DÉPARTS.

COMMENT OBTENIR LA COOPÉRATION DE L'ENFANT : Je ne connaissais rien à la psychiatrie avant d'arriver là (...), et après avoir travaillé pendant des années avec des enfants psychotiques, j'ai appris une chose, c'est de ne jamais me placer comme celle qui sait. --- ça c'est effectivement la chose que j'ai apprise en milieu psychiatrique, qu'il n'y a pas une réponse, que c'est vraiment au cas par cas. ---

il faut arriver à se présenter comme quelqu'un de très bête, c'est elle qui sait. Alors effectivement on est dans une situation où c'est elle qui est en difficulté, et je suis là pour essayer de faire en sorte que, mais « oh la la je suis très idiote, j'y comprends rien du tout et c'est toi qui vas m'apprendre, montre moi donc; parce que tu sais, toi ? Génial ! Super, apprend moi donc comment on fait », et c'est en me montrant qu'elle va essayer de me dicter un texte, qu'elle va le lire, et le corriger, et puis on va travailler un texte et puis voilà. Et C'EST TOUT CE JEU DE COMMENT ON SE PRÉSENTE, QUELLE EST LA POSITION QU'ON VA AVOIR ET LES AUTRES ENFANTS OÙ C'EST PRESQUE DIRE PARFOIS : « si tu continues je te donne une fessée », parce que c'est ça qui peut aller là avec celui-là, mais bon, on peut se planter aussi, en tout cas on se pose la question : « Où je suis ? Est-ce que je suis l'orthophoniste ou tout simplement quelqu'un de très modeste en face, ou est-ce que je suis une andouille parfaite ? » en tout cas je sais jouer à ça.

TRÈS PEU DE CONTACTS AVEC LES PARENTS : Les jours de bilan par exemple, je fais rentrer les parents parce que la plupart des enfants ne connaissent pas leurs dates de naissance, et puis pour voir ce qu'ils ont à dire, et il y en a que je mets très vite dehors parce que sinon c'est eux qui vont parler pendant deux heures ».

PROBLÈMES D'ORGANISATION : L'ÉLOIGNEMENT DE L'HÔPITAL

« Notre souci au niveau de l'intersecteur, c'est qu'on a une responsable du CMP et un chef de l'intersecteur, basé à l'hôpital de jour à A..., et qu'on ne voit jamais nous dans le CMP, qui malheureusement à l'impression que puisqu'il est dans un hôpital de jour, il est le seul à savoir qu'est ce que la psychose, qui travaille avec la psychose, qui oublie que nous aussi on travaille avec la psychose et qu'on manque de moyens. La spécificité du CMP c'était bien d'aller dans la ville, de S'IMPLANTER DANS LA CITÉ, et donc on ne va pas envoyer des gens dans une ville plus loin, les gens ne le feront pas, et donc on a UNE LISTE D'ATTENTE QUI S'ALLONGE, qui s'allonge... Malheureusement, avec DES CAS DE PLUS EN PLUS DIFFICILES. L'hôpital, on en est loin, on en est loin. Notre responsable a plus de liens, mais elle n'est justement que responsable du CMP, ce n'est pas notre chef de service.

À L'HÔPITAL ILS NE SAVENT MÊME PAS COMMENT EST COMPOSÉE NOTRE ÉQUIPE. LE MÉDECIN EST À MI-TEMPS ; L'AUTRE RESPONSABLE EST À MI-TEMPS, ET LES DEUX AUTRES PSYCHOLOGUES SONT À TEMPS PLEIN. Alors que dans l'année il y a environ 300 enfants qui passent, et c'est vraiment pas beaucoup parce qu'en plus il y a les réunions avec les écoles, il y a des recherches d'un endroit pour accueillir certains enfants, enfin toutes ces choses qui sont lourdes et qui permettraient de recevoir plusieurs enfants du coup.

La liste d'attente : Six mois et environ une trentaine de personnes – c'est l'infirmière qui reçoit les parents, pour faire le tri des urgents, on est obligé. *Ca vous arrive de leur envoyer des patients ?* Non, il y a différentes structures sur la ville, il y a nous, il y a un CMPP, et un CMS (centre municipal de santé). Et il y a des orthophonistes dans les autres structures et on leur demande d'aller voir les autres structures, parce que c'est vrai qu'en libéral ça coûte cher. On participe à des RPP et surtout à des CCPE, des réunions lorsqu'il y a un redoublement, un contrat d'intégration d'un enfant qui n'a pas tout à fait sa place à l'école, mais qui va à l'école, il y a des réunions où il y a l'inspectrice d'académie, le directeur d'école, l'instituteur et nous, et tous les 15 jours on nous envoie un courrier comme quoi l'enfant va passer en CCPE, et si je vois un nom qui me concerne, j'y vais ».

CONDITIONS GÉNÉRALES DE TRAVAIL

« LA PLACE DE L'ÉCRIT, COMMUNICATION : je me suis beaucoup déchargée, je n'écris que lorsqu'il faut faire un rapport pour l'école, sinon j'ai mes notes, et je présente un cas au travail et je fais très très peu de comptes rendus, j'écris sur mon dossier qui est disponible pour tout le monde au secrétariat (...) ce que je regrette parce que ça nous sert beaucoup, on a un ordinateur pour travailler avec les enfants, bon ça c'est bien mais c'est dommage qu'on ne soit pas assez équipés d'ordinateur. MOI CE DONT JE RÊVE C'EST CARRÉMENT UN ORDINATEUR DANS MON BUREAU. CE SERAIT GÉNIAL.

Des contraintes par rapport aux HORAIRES de travail ? Non pas du tout, comme c'est une équipe où on s'entend bien, je peux aménager mes horaires comme je veux ».

Michèle (ARC18), attachée de recherche clinique, Institut Mutualiste

Fille d'agriculteurs de l'Oise, a passé un BTS de biochimie en 1977 et a commencé à travailler dans l'établissement de P..., dans un laboratoire pour des examens d'urgence, jusqu'en 97 ; à l'institut mutualiste suite au regroupement de deux établissements.

« Il y avait un sureffectif au niveau du personnel en laboratoire, et quand des postes se sont libérés, ils ont été proposés à ceux qui étaient susceptibles de changer de métier. L'INSERM de Lyon (nous sommes un hôpital privé attaché au service public) a proposé qu'un technicien travaille sur ce site pour recueillir toutes les données sur un de ses projets. Donc je TRAVAILLE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DEPUIS 1998 SUR TOUT CE QUI EST THÉRAPIES NOUVELLES, ESSAIS CLINIQUES, ET DONC JE FAIS FONCTION DE TECHNICIENNE D'ÉTUDES CLINIQUES, C'EST UN STATUT QUI N'EXISTE PAS EN MILIEU HOSPITALIER, ET J'AI FAIT LA FORMATION D'ASSISTANT DE RECHERCHE CLINIQUE DE SEPT. 1999 À JUIN 2000, à la fac de St Antoine, UNE FORMATION QUI N'EST PAS RECONNUE ».

PRÉCARITÉ DE CEUX QUI TRAVAILLENT POUR LA RECHERCHE DANS DES HÔPITAUX

Elle est toujours considérée comme laborantine, plaide pour la reconnaissance de son poste ; la jalousie des autres, qui ne sont pas si spécialisées, ni si autonomes ; me montre à la fin un dossier avec toutes les fiches et formulaires à remplir pour une étude (essais) ; son discours est un plaidoyer très orienté vers la défense d'une mission qui est à la fois très spécialisée et peu institutionnalisée.

« Ah, LA HIÉRARCHIE, j'ai une position très compliquée, parce qu'avant ma place ici était payée par un budget de l'INSERM, en partie et un budget qui était flottant de par le déplacement des gens qui étaient déplacés d'un service dans un autre pour compenser les sureffectifs et tout ça. Ca c'était sur 5 ans puis le budget de l'INSERM a disparu, donc logiquement je devais retomber sur le budget de l'urologie, mais je fais aussi un apport sur l'ensemble des essais cliniques puisque j'ai apporté de la documentation quand j'ai apporté mon diplôme; j'ai apporté un savoir faire justement sur les conventions et tout ça, et donc ça a permis de mettre en place justement des procédures, et en fait maintenant je suis considérée comme étant rattachée au PH, de la direction de l'organisation des prestations hospitalières ».

Projets d'évolution professionnelle

« CE QUE JE VOUDRAIS BIEN, SUR LE PLAN DE MA CARRIÈRE, C'EST QUE LE POSTE D'ASSISTANT RECHERCHE EN MILIEU HOSPITALIER SOIT RECONNU, on n'a pas de statut. Il y a DES TAS DE CHOSES QU'ON PEUT FAIRE, d'autres qu'on ne peut pas faire, et je voudrais bien que ce soit reconnu, et CE SERAIT BIEN QUE L'ÉTABLISSEMENT SOIT RECONNU POUR FAIRE DE PLUS EN PLUS D'ESSAIS CLINIQUES, parce que les labos aiment faire des essais avec les gens qui ont de l'expérience, parce que c'est plus rentable, et plus pertinent, et CE QUI EST BIEN QUAND IL Y A UN CENTRE D'INVESTIGATIONS DANS L'HÔPITAL, c'est qu'il y a un médecin, SI ON N'A PAS DE STATUT OFFICIEL SUR DES ESSAIS CLINIQUES ÇA NE SERT À RIEN. Autrement, changer d'établissement non, je suis trop vieille, ceci étant, si je dois changer d'établissement je changerai, et je pense que par rapport à ce que je peux faire je pourrai trouver ».

LA COOPÉRATION À L'HÔPITAL

« À une vue très large, transversale, sur l'hôpital, suivant plusieurs projets : il y en a 7, 3 en attente, ça fait 10 projets qui nécessitent chacun une dose de travail très différente. Et puis il y a pas mal d'études épidémiologiques. Il y a un éventail important de gens avec lesquels je suis amenée à travailler :

- dans le département, les médecins ou les chirurgiens acceptent de participer à un essai clinique et on en parle, il y a un document qui est édité, c'est un projet d'études, le plus souvent c'est en collaboration avec un labo pharmaceutique, eux discutent du bien fondé de l'étude, des objectifs, etc.
- moi je discute ensuite avec eux des conditions techniques, financières dans lesquelles on peut réaliser l'étude. Et là il faut que je fasse appel à un certain nombre d'autres métiers dans l'hôpital, c'est-à-dire la pharmacie, le laboratoire, avec les infirmières et puis avec la direction de l'hôpital pour des raisons juridiques et financières ;
- après, si ça peut être fait, c'est-à-dire dans le rapport entre le surcoût pour l'hôpital et les honoraires versés au titre de la recherche, je délègue à chacun ses responsabilités. Et après j'ai affaire avec les labos, les médecins, leurs secrétaires, éventuellement avec les services juridiques des labos, les assistants de recherche cliniques qui viennent voir une fois que le projet est en route, et avec les patients ».

UN TRAVAIL EN RÉSEAU

« Dans notre service on ne génère quasiment jamais un projet, parce qu'il n'y a pas de médecin ici dont ce soit le seul métier : les gens qui savent faire, de l'institut Gustave Roussy avec lesquels on travaille en réseau, -- pour voir SI ON PEUT ASSOCIER TELLE THÉRAPIE ET TELLE CHIRURGIE, -- ça se joue dans le rapport ENTRE LES CHIRURGIENS ET LES MÉDECINS qui ont le savoir-faire --- ensuite à partir du moment où L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ARRIVE avec un projet tout fait, ils nous demandent si on peut faire des tests pour voir si c'est pertinent et si c'est adaptable, si on peut faire comme ça en France ou non.

Un projet se passe sur plusieurs hôpitaux. Il y a différents protocoles pour les essais pharmaceutiques qui sont tous internationaux, on peut varier les questions selon qu'on veut voir les effets à longue distance.

On est OBLIGÉS DE PRATIQUER L'ANGLAIS, LES RÉUNIONS SONT INTERNATIONALES, ET LE VOCABULAIRE MÉDICAL N'EST PAS TRÈS COMPLIQUÉ, PAR CONTRE LA PLUPART DES DOCUMENTS CIRCULENT EN ANGLAIS, Y COMPRIS LES DOSSIERS PATIENTS. Je suis allée à Bruxelles parce que le médecin n'a pas pu y aller, ça arrive en remplacement ».

SES PARTENAIRES

Ses homologues – une autre assistante, qui elle s'occupe de l'ensemble des services. -- comme il y a pas mal d'essais en cours dans le service, je suis restée ici, et elle elle s'occupe de l'ensemble des essais dans l'établissement.

« Des PARTENAIRES DE L'EXTÉRIEUR : j'ai des échanges systématiques avec la personne qui a la même fonction que moi dans le laboratoire. Elle vient ici, elle récupère les classeurs de données et elle vérifie que les données qui y sont soient bien les mêmes que celles qui sont dans le dossier patient. Donc je la vois régulièrement. Avec les secrétaires du chef de projet ou avec le chef de projet lui-même (aussi), pour savoir où on en est du projet.

Les relations avec les personnes de statut proche – LES INFIRMIÈRES, quand il va y avoir QUELQUE CHOSE QUI LES CONCERNE DANS LA RECHERCHE, – je leur donne un peu d'information et je fais en sorte qu'il y ait une réunion entre elles et les gens du labo, de manière à ce qu'elles n'aient pas seulement à leur disposition uniquement la petite fiche que je leur donne moi sur la procédure à suivre dans le cadre des essais de cette discipline, de façon à ce QU'ELLES SACHENT TOUT CE QU'IL Y A À FAIRE, PARCE QU'IL ARRIVE SOUVENT QU'ELLES NE CONSIDÈRENT PAS L'IMPORTANCE D'UN DÉTAIL et qu'elles le laissent de côté. Si il y a DES GENS DU LABO QUI VIENNENT LEUR PARLER DIRECTEMENT POUR LEUR EXPLIQUER, elles

vont s'OUVRIR PLUS DIRECTEMENT À LA CHOSE QUE SI ON LEUR ENVOIE DES PROTOCOLES PAR MAIL OU PAR COURRIER.

IL Y A DES GENS QUI NE COMPRENENT PAS CE QUE JE FAIS, par exemple en service ambulatoire et quand elles me disent qu'il y a des bacs qui attendent pour être vidés et je dis que je suis désolée mais que je ne travaille pas au bloc, et que quand il y a des bacs qui attendent pour la stérilisation, ce sont les gens de la stérilisation qui doivent les faire. J'ai aussi appris à faire la stérilisation, mais l'infirmière a maintenant pris le relais, parce que comme j'en fais beaucoup on en attend beaucoup, et puis il arrive que si quelqu'un appelle pour savoir comment ça s'est passé, ils répondent que je ne suis pas là aujourd'hui, parce qu'ils considèrent que si je ne suis pas là, et ben je ne bosse pas. Donc l'infirmière qui est là, on lui dit « maintenant que tu es là, elle glande toute la journée », alors bon, je dis, « non, non, je rentre des données parce que ça c'est mon travail, mon travail de base », et il y a des gens qui n'ont pas envie de savoir. Il m'est arrivé de me faire entendre dire par la surveillante du bloc « après tout qu'est-ce que vous faites dans cette salle, quelle est votre formation, qu'est-ce que vous avez pour justifier de votre présence dans cette salle ? ». Le médecin n'est pas toujours présent, il sort, il y a des temps de traitement et je surveille que tout se passe bien, s'il y a une inquiétude je l'appelle ».

Quand il y a des réunions de service, je suis considérée comme n'en faisant pas partie. *Vous vous sentez exclue ou frustrée de ne pas y participer ?* Quelques fois oui, parce qu'il y a des informations que j'apprends sur des choses nouvelles mises en oeuvre que je ne connais pas, mais c'est vrai qu'avec les secrétaires on parle beaucoup, au café le matin, c'est un endroit où on apprend des tas de choses, comme ça par l'échange. À la direction ils se sont aperçus qu'elles ont fait une réunion avec les médecins qui faisaient les essais cliniques dans leurs services, il y a deux ans, et un certain nombre de gens qui participaient aux essais cliniques, et ils ont donc fait une réunion pour dire qu'il ne fallait pas passer à côté d'un certain nombre de choses, comme la procédure et des choses comme ça, et en fait le lendemain, il y en a une qui s'est dit: « on l'a complètement zapée, on l'a oubliée, elle avait peut-être quelque chose d'intéressant à dire ».

« Quand on reçoit d'un service ou d'un autre un document distribué à toutes les secrétaires, j'ai beaucoup de choses que je fais différemment, et LES INFORMATIONS ET DES PROCÉDURES QUI NE VIENNENT PAS JUSQU'À MOI PARCE QUE JE N'AI PAS MA PLACE DANS L'ORGANIGRAMME DU SERVICE, alors qu'en fait j'y suis effectivement, et qu'ils font appel à moi entre autres pour des choses qui ne sont pas de mon ressort, mais dont ils pensent que je pourrais les aider à débayer ou que je pourrais avoir l'information pour la personne qui la cherche tout ça, mais quelquefois ça m'est arrivé, qu'ils me disent qu'ils auraient pu faire appel à moi ».

LES PATIENTS

« ANCIENNES EXPÉRIENCES AYANT FAVORISÉ LE TRAVAIL ACTUEL : SUR L'ANCIEN SITE, QUAND ON ÉTAIT LABORANTINE, on avait DES DEMANDES D'EXAMENS QUI ARRIVAIENT DANS LA SOIRÉE, ET DONC ON PRÉPARAIT NOTRE TRAVAIL POUR LE LENDEMAIN, et la première chose qu'on faisait dès le matin c'était d'aller voir les patients. Et quand on avait des résultats qui n'étaient pas normaux, on demandait tout de suite où était la source. On avait un chef de service qui était à la fois très présent mais en même temps qui comptait sur nous pour faire les choses, c'est-à-dire que si on avait un souci on ne passait pas par lui, on devait demander le médecin à la source. Et donc, AU LIEU DE FAIRE SIMPLEMENT UN EXAMEN, ON DEVAIT POSER DES QUESTIONS, FAIRE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES, CE QUI FAIT QU'ON N'ÉTAIT PAS UNIQUEMENT CONSIDÉRÉES COMME DES LABORANTINES, QUI DOIVENT SIMPLEMENT PRÉSENTER LA FEUILLE UNE FOIS SORTIE DE L'EXAMEN ; ON APPRENAIT DES TAS DE CHOSSES, ET DONC ON AVAIT BEAUCOUP DE CONTACTS AVEC LES MÉDECINS, LES INFIRMIÈRES ET LES PATIENTS. ICI PAR EXEMPLE IL N'Y AVAIT PAS BEAUCOUP DE CONTACTS ET LE PERSONNEL EN ÉTAIT AFFLIGÉ. *Vous avez gardé cette possibilité de contact direct avec les patients ?* -- il y en a un certain nombre que je vois ou que j'ai au téléphone, moins directement, par exemple JE PRENDS LA LIGNE DE MA COLLÈGUE QUI EST SECRÉTAIRE LE JEUDI QUAND ELLE N'EST PAS LÀ ET IL Y A UN CERTAIN NOMBRE DE PATIENTS.

Ici je crois que les gens travaillent en moyenne entre 45 et 50 heures par semaine... Dans ce service, LES SECRÉTAIRES ET DONC Y COMPRIS MOI, PARCE QUE JE LES AIDE, je prends leurs APPELS, je recueille les MESSAGES, --- mais la plupart des gens ici parce qu'on a des patients qui ont des pathologies lourdes, on a un espèce de fonctionnement qui fait que... peut être on a tort aussi, quelques fois on va trop prendre par la main le patient quand il doit faire une radiographie osseuse, un scanner, on lui organise ses rendez-vous pour que ce soit plus facile, on pourrait aussi faire comme dans d'autres services, les laisser se débrouiller tous seuls, ON EN FAIT PEUT ÊTRE TROP, je crois qu'on en fait trop, mais QUELQUES FOIS NOUS SOMMES OBLIGÉES D'EN FAIRE PLUS PARCE QU'IL Y EN A D'AUTRES QUI N'EN FONT PAS ASSEZ. Dans certains services, ils n'ont pas de répondeur et quand la secrétaire n'est pas là pendant 10 jours, les patients nous appellent et puis lorsqu'un patient me demande quelque chose, moi je ne vais pas lui dire 'écoutez, moi je ne sais pas, je ne suis pas concernée', je lui dis que je vais noter ses coordonnées et que je vais voir ce que je peux faire ».

COMMUNICATIONS

« TOUT CE QUI CONCERNE LES GAGS ADMINISTRATIFS, OU AUTRES PROBLÈMES, ON SE LES ÉCHANGE PAR MAIL OU PAR TÉLÉPHONE ET C'EST DEVENU UNE HABITUDE, ON LE VALIDE COMME DEVENANT UNE PROCÉDURE. Par exemple d'abord on ne savait pas par exemple comment CALCULER UN SURCÔÛT POUR L'HÔPITAL, et par exemple il y avait un labo qui nous accordait chichement 5 euros pour des prélèvements à l'extérieur. Un jour j'ai trouvé dans une feuille un avis d'un labo d'analyses qui envoyait au labo pharmaceutique sa facturation, j'ai été surprise du montant, et on a décidé d'employer la même procédure, cet à dire que maintenant on envoie des lettres au labo en disant que notre tarif sera de tant!

Surcharges de travail : En général, comme ce sont des choses assez rigoureuses à faire, par exemple des prélèvements à faire dans les 10 minutes, et comme lors des essais cliniques ce sont des informations tout à fait anonymes, plutôt que de mettre l'étiquette qui circule dans la maison, il faut mettre un code, alors, il faut toujours REGARDER DANS LE CLASSEUR DU PATIENT LES NUMÉROS QUI VONT DE 4 À 8 CHIFFRES, PUIS IL Y A LES PROBLÈMES DE LEURS INITIALES, si leurs initiales sont AM et qu'il y a un code qui est MA, C'EST PÉNIBLE, ALORS IL FAUT ALLER LES VOIR ET INSISTER SUR L'IMPORTANCE DU DÉTAIL, vous voyez? Et puis il faut LEUR PRÉPARER DES FEUILLES et puis peu à peu elles disent non, mais c'est bon, vous voyez, j'y arrive.

ÊTRE CONVAINCANTE, PARVENIR À OBTENIR LA COLLABORATION DE TOUS : des fois elles sont réticentes, « oui, attends, ton truc il nous emmerde », mais la plupart du temps ça va. Le top, c'est quand on a les résultats d'études, mais souvent c'est très longtemps après la fin des tests, -- de pouvoir leur donner un topo de 30 lignes pour qu'elles sachent pourquoi elles ont travaillé.

AVEC LES AIDES SOIGNANTES, par exemple quand il faut prélever les urines, il faut les prélever dans DES CONDITIONS TRÈS PARTICULIERS, c'est-à-dire qu'il ne faut surtout pas que pendant la journée où étaient faits les prélèvements les récipients soient lavés à la javel, parce que la javel neutralise le produit. Il a fallu QUE JE VOIE LES AIDES SOIGNANTES POUR LEUR DEMANDER DE FAIRE ATTENTION AUX PRODUITS UTILISÉS, MAIS SURTOUT QUE JE FASSE UNE AFFICHE POUR QU'ELLES L'AIENT SOUS LES YEUX, pour y penser parce que L'INSTINCT C'EST QUAND MÊME D'UTILISER LES PROCÉDURES HABITUELLES.

Obtenir la collaboration directement ou passer par un responsable En fait quand on organisait les réunions avec les infirmières j'en parlais à la surveillante du service qui était présente à la réunion aussi, mais MA NATURE ME POUSSE À ALLER DIRECTEMENT VERS LES GENS avec lesquels j'ai à parler.

Au niveau des secrétaires ? Alors là oui, parce que ÇA CRÉE AUSSI DES CONTRAINTES POUR LES SECRÉTAIRES, PARCE QU'ELLES ONT LES DOSSIERS DES PATIENTS EN MAIN, ET QU'IL FAUT QU'ELLES Y RENTRENT TOUT CE QUI S'EST PASSÉ. Et puis il y a UNE GYMNASTIQUE À FAIRE PARCE QU'IL FAUT QU'ELLES PENSENT TOUJOURS À ME RENVOYER LES DOSSIERS AVEC UN PETIT POST-IT dessus.

EXEMPLE DE COOPÉRATION AUTOUR D'UNE MACHINE. Le traitement qui se fait au bloc -- AU DÉBUT IL FALLAIT MONTER LA MACHINE⁴⁰ TOUS LES MATINS, dégazer le liquide avec une pompe à vide, aller chercher de la glace au sous-sol, dans des bacs isothermes, j'étais présente durant tout le traitement, je m'occupais en outre de la maintenance de la machine, et de l'information en temps direct à faire passer pour les personnes à Lyon qui devaient l'améliorer, donc ça par contre il y a eu toute une époque où c'était pas possible, SI JE N'ÉTAIS PAS AU BLOC, LE TRAITEMENT NE SE FAISAIT PAS. Et puis ÇA ME PRENAIT BEAUCOUP DE TEMPS. DONC ON A FORMÉ UNE INFIRMIÈRE DEPUIS LE MOIS DE FÉVRIER, puisque la machine n'est plus un prototype, elle a son fonctionnement autonome, ELLE EST LÀ POUR SURVEILLER, ET PUIS DEPUIS J'AI PLUS DE TEMPS, donc je peux faire plus de travail comme ça. Et JE PARS EN VACANCES UNIQUEMENT LORSQUE LE TRAITEMENT DE TOURNE PAS. La seule chose qu'il faut faire QUAND JE NE SUIS PAS LÀ, C'EST DE PRÉVENIR LA PHARMACOVIGILANCE S'IL ARRIVE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES OU GRAVES. Je pense que dans 99 % des cas ça se fera même si je ne suis pas là, parce que c'est la responsabilité du médecin, ce sera PLUS SIMPLE SI JE SUIS LÀ PARCE QUE JE SAIS OÙ SONT LES FORMULAIRES. Mais déjà ils peuvent faxer ».

LES PROCÉDURES

« Au laboratoire, il s'est mis en place une procédure qui fait qu'un médecin est nommé responsable des essais cliniques, et quand on met des essais cliniques en route, le médecin regarde s'il est possible de tout faire, quelles sont les conditions, PUIS LUI ME PASSE LE PLAN, ET DONC IL Y A CERTAINES CHOSES COMME ÇA, COMME ENVOYER DES PRÉLÈVEMENTS EN GRANDE BRETAGNE, c'est le médecin du labo qui s'occupe de ça et PUIS ON FAIT APPEL À UNE DAME QUI EST MON ÉQUIVALENT AU LABORATOIRE ET AVEC ELLE ON S'ORGANISE POUR QU'IL Y AIT LE MOINS DE PERTE D'INFORMATIONS POSSIBLE. Alors vous savez, les bouquins de procédures ils sont gros comme ça, et la dame du labo voit arriver au matin un tas de papiers et de prélèvements avec marqués dessus ARIB6000 machin, il lui arrive des tubes avec des noms marqués, MA60409, ça va pas lui dire beaucoup, et de la même manière que moi je marque ici des procédures simplifiées pour les infirmières, elle elle va faire des procédures simplifiées pour les laborantines, qui savent tel ou tel truc. Et il faut faire très attention, même aux médicaments, parce que ce sont des médicaments spécifiques faits pour les tests, alors il faut ASSURER LA TRAÇABILITÉ ET PRENDRE SOIN DE NE PAS ÉGARER LES BOITES ».

DES RÉUNIONS D'INVESTIGATEURS

« On se rencontre, il y a des réunions d'investigateurs, c'est-à-dire que le projet du labo est bétonné, et les médecins se rencontrent et discutent de points de détail, et maintenant on assiste aussi aux RÉUNIONS POUR DES DÉTAILS TECHNIQUES COMME PAR EXEMPLE LE NOMBRE DE SCANNERS À EFFECTUER ET LE RESPONSABLE DE LA PRISE EN CHARGE DU SURCÔÛT, il faut qu'on puisse DIRE QUE C'EST LE LABO QUI DOIT PAYER CE SURCÔÛT ET NON LA SÉCURITÉ SOCIALE. Avant les labos avaient cet aspect des choses, ils proposaient un petit peu au groupe hospitalier, alors maintenant j'ai reçu un avis très proche de celui que j'avais formulé. -- La première fois que je suis allée à une réunion d'investigateurs, il y avait 30 médecins et moi. Maintenant, la dernière où je suis allée il y avait 30 % de médecins, 40 % de gens des labos, des directeurs de projets, des ARC, des gens qui s'occupaient de la pharmaco, et nous, les ARC, on était près de 15 %.

L'INFORMATIQUE : apprentissage lourd et accès sélectif à l'internet

Nous aussi à l'époque on avait des grands classeurs comme ça, on mettait les numéros des flacons de sang qui sortaient (qui sont des numéros à 11 chiffres) et qui rentraient, -- on avait des classeurs longs comme ça, des feuilles longues comme ça, il fallait rechercher, et comme on faisait ça à la main, on faisait ça à la petite semaine, c'était effrayant. Je devais savoir faire ça mais j'avais jamais vu un ordinateur, --- quand je suis arrivée ici, c'est tout ce que je savais faire mais un ordinateur ne me faisait plus peur. Je ne connaissais pas Excel, je ne connaissais pas Word, parce qu'on avait des bases

⁴⁰ Un projet de recherche au service d'urologie sur UNE MACHINE QUI PERMET UN TRAITEMENT PHYSIQUE DES CANCERS DE PROSTATE, traitement qui se fait au bloc opératoire.

de données toutes faites, mais je tapais machin, mais je me suis trouvée avec un tableau qui avait été fait par un médecin pour le traitement qui commençait, – je me suis formée comme ça.

Et pour les mails ? C'est un réseau interne et en fait notre responsable ne connaît pas et donc je ne fais pas partie des gens qui ont accès à internet. LES SECRÉTAIRES OUI MAIS MOI NON, IL N'Y A RIEN À FAIRE IL NE VEUT PAS REVENIR LA DESSUS. Pour ÉVITER D'OUVRIER TOUT À TOUT LE MONDE, ce qui est logique et que je comprends, il y a des catégories socioprofessionnelles qui ont DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ACCÈS. Par exemple on gère nous sur le plan administratif des patients sur un (inaudible) qui s'appelle *station clinique*, il ne voulait pas non plus que j'aie accès. Et donc J'AI UNE BOITE E-MAIL MAIS JE N'AI PAS ACCÈS À INTERNET, PARCE QUE ÇA PASSE PAR LE RÉSEAU. ET EN FAIT DANS LES AUTRES CLINIQUES, IL Y A 90 % DES INFORMATIONS QUI PASSENT COMME ÇA PARCE QU'EN FAIT L'INTÉRÊT C'EST D'AVOIR LES DOCUMENTS. Les conventions nous arrivent par mail [une histoire longue et confuse de luttes pour l'accès à l'information] ».

CONFRONTATION ENTRE RECHERCHE ET MARKETING

« Je pense qu'ils ont dépensé beaucoup d'argent pour des études mirobolantes parce qu'ils pensaient prouver quelque chose, alors qu'en étant pointilleux on arrive presque à prouver le contraire ou à trouver qu'un traitement n'apporte pas d'efficacité autre que ceux qui existent et qui sont éprouvés donc avec moins d'effets secondaires, ILS SONT BEAUCOUP PLUS HUMILES ET ILS ONT, MOI MA PERCEPTION C'EST QU'ILS ONT COMPLÈTEMENT DISSOCIÉ LE MARKETING DE LA RECHERCHE et qu'en fait ces problèmes-là que nous on percevait en disant : mais dépêchez-vous de mettre le nouveau patient en essai, maintenant, en fait (ces problèmes-là) ils les ont en interne -- c'est les gens de recherche et développement qui disent aux gens du marketing -- attendez, on ne peut pas mettre un essai clinique comme ça en route tout de suite, les investigateurs vont vous dire que c'est pas faisable, vous voulez qu'ils vous prouvent ce que vous voulez, mais en fait ils vont vous dire qu'ils NE PEUVENT PAS FAIRE CES ESSAIS SI ON NE FAIT PAS AUSSI DES QUESTIONNAIRES DE QUALITÉ DE VIE, donc je pense qu'on a moins, c'est-à-dire qu'en fait je crois qu'IL Y A DE MOINS EN MOINS DE MÉDECINS QUI VOIENT DES GENS QUI LEUR PROPOSENT DES ESSAIS CLINIQUES. ILS SONT BEAUCOUP PLUS SÉRIEUX DANS LEUR DÉMARCHE ».

FORMATION À LA RECHERCHE

« LA FORMATION DU FAR NE DOIT EXISTER QUE DEPUIS 10 ANS et ON N'EN FORME QU'UNE CENTAINE PAR AN, il y a un tas de gens qui font ce métier-là et qui viennent d'ailleurs, qui dans les labos pharmaceutiques ont commencé à rentrer des données, à aller en chercher sur les cahiers...

Des anciennes secrétaires aussi, beaucoup de gens qui viennent des labos, et il y a de plus en plus qui passent les diplômes, dans mon cas le diplôme je l'ai passé sur mon temps personnel, et justement parce que LES ESSAIS CLINIQUES APPORTENT DE L'ARGENT DANS LES SERVICES, LES MÉDECINS NE PERÇOIVENT PAS D'HONORAIRES, C'EST VERSÉ DANS UN FONDS DE RECHERCHE QUI EST APRÈS REDISTRIBUÉ EN FONCTION DES BESOINS, donc entre autres ma formation a pu être payée, une formation pour une fonction qui n'existe pas, donc en fait c'était pas mon objectif, par contre je trouvais que c'était indispensable ».

RAPPORTS AVEC LES MÉDECINS ET LA HIÉRARCHIE

« C'est pas toujours facile avec tous, parce que maintenant il y en a qui ne comprennent pas très bien ce que je fais, il y en a qui ont fait des essais cliniques qui sont simples, pour des pathologies bénignes, eux ont fait sans moi, ils ont l'habitude de faire seuls.

Leur rappeler les contraintes de la procédure Il y en a un jour qui m'a dit très gentiment « il faut remplir toutes les cases ? » je lui dis oui, et il me dit que quand c'est pas coché c'est que c'est non, et je lui dis, « je suis désolée, mais en recherche clinique, si vous ne notez pas que le patient est vivant à la date du tant, c'est qu'il est mort et de la pathologie pour laquelle vous le traitiez ». Mais ça se passe globalement bien, il est vrai que je les ramène à des contraintes bassement terre à terre mais bon, ils savent que ça fait partie du tout ».

Cécile (II19), clinique d'orthopédie, instrumentiste en bloc opératoire, clinique banlieue parisienne

En fin de carrière d'infirmière, longue de plus de 40 ans, en bloc opératoire depuis 20 ans, instrumentiste depuis 15, elle a travaillé à temps partiel jusqu'à la mort de son mari, à plein-temps depuis 1990. Diplôme en 1962-63, a été au début à C., « ville avec le plus de médecins mais sans hôpital », a travaillé dans l'hôpital qui venait d'ouvrir ; en 1970, montée à Paris, travaille dans le privé – assistante d'un gastro-entérologue, l'accompagnant dans différents hôpitaux et cliniques ; depuis travaille 1990 à la Clinique.

« Je me suis spécialisée plus ou moins en bloc opératoire pour finir définitivement en bloc opératoire instrumentiste. LA SPÉCIALISATION S'EST FAITE PETIT À PETIT, c'est à dire que vous faites un service et puis s'il manque quelqu'un au bloc on vous demande si vous voulez bien y aller et puis vous êtes formée petit à petit, C'EST TRÈS SPÉCIFIQUE LE BLOC OPÉRATOIRE. (...) Principalement en orthopédie, c'est la discipline la plus difficile, je suis restée et j'ai fait de l'orthopédie, et je suis rentrée à la fameuse clinique A. qui encore à l'heure actuelle est réputée être la meilleure clinique d'orthopédie ».

Une grande confiance dans l'exercice de son métier, à la fois parce qu'elle travaille dans un établissement d'élite (la clinique serait classée première en chirurgie orthopédique depuis quelques années) et parce qu'elle accompagne des grands chirurgiens, pour lesquels elle se sent indispensable. Sur son lieu de travail, le patient se trouve au centre du travail chirurgical, mais il ne s'agit que de son corps, les contacts directs sont quasi inexistantes.

Le caractère très ritualisé des opérations et des mouvements des participants à l'acte chirurgical renforce la représentation quasi-sacrée des lieux (elle utilise le mot sacerdoce). Les mouvements selon des règles strictes, qui donnent un pouvoir particulier à ceux qui sont censés les respecter, ou veiller pour qu'elles soient respectées (comme les infirmières), en l'imposant à leur supérieur (le chirurgien). En réalité, ces règles sont souvent transgressées, ce qui oblige à des arrangements et à des compromis, dans des situations imprévues, de pannes ou de défauts (parfois par des farces destinées à mettre à l'épreuve les novices, à les rappeler l'autorité des 'expérimentés').

Un contraste frappant entre le discours officiel sur la bonne entente et la cohésion nécessaires de l'équipe (autrement le travail serait impossible) et les pratiques qui reposent sur des rapports de forces, où le chirurgien affirme son autorité parfois à travers des scènes ou psychodrames impressionnants, avec agressions verbales. Des moments où il faut savoir l'affronter, lui montrer ses propres fautes, ne pas se laisser humilier.

L'impression qui se dégage est celle d'une ambiance de surveillance réciproque des participants à l'acte chirurgical, l'enregistrement strict des mouvements et des opérations étant d'ailleurs prévu par les nouveaux protocoles, qui n'empêchent pas pour autant les stratégies de contournement, et n'écartent pas les soupçons ou la crainte des dénonciations (les « notations ») des médecins par leurs infirmières.

Faire équipe avec le chirurgien : se rendre indispensable en le complétant – anticiper ses mouvements, faire éventuellement des « fermetures » à sa place (une confiance hors enregistrement), grâce à une longue expérience être capable de faire les mêmes opérations qu'un chirurgien.

Le personnel de la clinique serait autour de 70 en tout. *Les chirurgiens ? Une dizaine. Les infirmières?* – au bloc, chez nous on n'a pas de personnel qui n'est pas diplômé, ça fait douze infirmières en tout, 4 par étage, mais le personnel médical pur est moins nombreux que le personnel d'administration. Au bloc, il doit y avoir normalement 6 infirmières, 2 brancardiers, du personnel de stérilisation, personnel de la salle de réveil, une, deux anesthésistes, à mon avis on est 12 ou 14 pour tout le bloc. Il y en a plus en comptabilité... mais il faut croire que c'est plus important.

UNE SPÉCIALISATION PROGRESSIVE

« Je me suis spécialisée plus ou moins en bloc opératoire pour finir définitivement en bloc opératoire instrumentiste. LA SPÉCIALISATION S'EST FAITE PETIT À PETIT, c'est-à-dire que vous faites un service et puis s'il manque quelqu'un au bloc on vous demande si vous voulez bien y aller et puis vous êtes formée petit à petit, C'EST TRÈS SPÉCIFIQUE LE BLOC OPÉRATOIRE. Principalement en orthopédie, c'est la discipline la plus difficile, je suis restée et j'ai fait de l'orthopédie, et je suis rentrée à la fameuse clinique Arago qui encore à l'heure actuelle est réputée être la meilleure clinique d'orthopédie ».

L'ÉQUIPE DU BLOC EN CLINIQUE PRIVÉE ET À L'HÔPITAL PUBLIC

« En clinique on est beaucoup plus près du chirurgien qu'en milieu hospitalier. En clinique, dans le bloc vous avez le chirurgien, l'instrumentiste, c'est-à-dire moi, l'anesthésiste, la panseuse circulante, et c'est tout, ce n'est pas comme à l'hôpital où on est 12 dans la salle. De toutes façons, MOINS ON EST DANS LA SALLE, MIEUX C'EST POUR LES MALADES. Même les labos qui viennent, on en accepte deux au maximum, c'est tout. Vous verrez qu'il y a UNE GROSSE DISPARITÉ ENTRE LES BLOCS OPÉRATOIRES À L'HÔPITAL ET LES BLOCS EN CLINIQUES.

LE RYTHME N'EST PAS PAREIL. Nous faisons ici en une semaine ce que Cochin ne fait pas en un mois. On fait par exemple une prothèse de hanches en $\frac{3}{4}$ d'heure tandis qu'eux, il leur faut 2h, 2h30. Et ici on ne fait que de l'orthopédie et généralement des prothèses de hanches et des prothèses de genoux. AVANT D'ÊTRE OUTRAGEUSEMENT SPÉCIALISÉS, on faisait des urgences, des fractures, des épaules, mais maintenant on est tellement ÉTIQUETTES HANCHE ET GENOU qu'on est DÉBORDÉS, les gens sont sur la LISTE D'ATTENTE ».

L'ÉTHIQUE DU PATIENT AU CENTRE

« *Qu'est ce que vous pensez du fait que vous êtes le quart du personnel présent à l'hôpital ?* Il ne faut pas me poser cette question, JE RISQUE D'ÊTRE TRÈS MÉCHANTE. JE PENSE QUE C'EST PAS NORMAL, JE PENSE QU'IL FAUT PLUS DE PERSONNEL, HUIT HEURES DEVANT UN BUREAU ET HUIT HEURES EN INTERVENTION, C'EST PAS LA MÊME CHOSE. On est stressées, on travaille sur l'humain, le malade se remet entre nos mains, moi ça m'a choqué et ça me choque encore qu'on ait cette responsabilité d'un corps, le malade s'endort, il vous fait un sourire, et là vous pouvez pas vous permettre de dire : là je vais souffler 5 minutes. En fait c'est lancinant, TANT QU'IL Y A LE MALADE, C'EST LA PRESSION. Et puis si ça se complique je ne vous raconte pas. LES CHIRURGIENS ADORENT SE DÉFOULER SUR LES INSTRUMENTISTES. ET SI L'INSTRUMENTISTE SE LAISSE PAS FAIRE, SUR LA PANSEUSE CIRCULANTE. IL FAUT LES ENVOYER BOULER TRÈS TRÈS VITE, ET NE PAS LAISSER S'INSTALLER UNE MAUVAISE HABITUDE. C'est pour ça qu'on devrait avoir des heures de travail plus cool, et les autres un peu plus de travail.

À l'hôpital public, là vous avez une panseuse circulante, son assistante, une infirmière en formation, une aide soignante, une aide aide soignante, le chirurgien qui est le patron, deux assistants, l'interne, c'est-à-dire qu'il y a douze personnes et on est 4. À l'hôpital public, tout le monde a de l'aide.

Il y en a (DES INTERNES) qui viennent de temps en temps pour se former, et ce serait bien qu'il y en ait plus souvent, mais c'est pas moi qui vais changer la manière dont sont formés les chirurgiens. Quand il y a un JEUNE CHIRURGIEN qui arrive chez nous, et bien c'est nous et les vieilles panseuses qui leurs apprenons tout pratiquement ».

Nous, LES GENS DU PRIVÉ, ON A UN PEU LA HAINE ENVERS LES HÔPITAUX. Nous ne sommes pas liés comme les hôpitaux, ON PEUT FAIRE DES BÉNÉFICES, et malgré ça on n'est pas malheureux, je

peux vous dire que CHEZ NOUS LES INFIRMIÈRES GAGNENT AUTANT QUE DANS LES HÔPITAUX, BON, C'EST SÛR AU BLOC, ON MANQUE UN PEU DE PERSONNEL FORMÉ, ALORS ON EST PLUS STRESSÉS, mais si on était en nombre suffisant... JE NE SAIS PAS COMMENT SE CRÉENT TOUS LES PROBLÈMES QU'IL Y A DANS LES HÔPITAUX DONT VOUS ENTENDEZ PARLER. POUR NOUS C'EST CHOQUANT, TRÈS CHOQUANT. EN GROS ILS NE SONT PAS RENTABLES, à Cochin à 14 heures vous avez terminé, et puis vous vous emmerdez. Et puis vous allez voir. À CHAQUE FOIS QUE L'HÔPITAL VA MAL, ÇA VA ARRIVER, ILS VONT TAPER SUR LE PRIVÉ, AU LIEU DE SE SERVIR DE L'EXEMPLE DU PRIVÉ, je ne dis pas tout le privé, mais il y a des unités qui sont performantes, PAR EXEMPLE POUR LA FORMATION DES CHIRURGIENS. Parce que nous utilisons LA MÉTHODE JUDÉE PAR EXEMPLE POUR OPÉRER LA HANCHE, c'est-à-dire que nous ne découpons aucun muscle, mais comme le professeur Judée a eu des problèmes, à C. par exemple ils font même une trochantérotomie, c'est-à-dire qu'ils coupent le trochanter mais CHEZ NOUS LE PREMIER CHIRURGIEN QUI A VOULU FAIRE ÇA, ON L'A MIS DEHORS, C'EST-À-DIRE QUE MOI J'AI REFUSÉ DE LUI DONNER L'INSTRUMENTATION. C'est pour vous dire qu'il y a DEUX ÉCOLES, et je ne comprends pas pourquoi, par exemple le fils qui a réussi à récupérer l'hôpital R. de G., et qui continuait à faire la prothèse des hanches parce que son père le faisait de la même manière ».

UN MONDE HERMÉTIQUE ET ASCÉTIQUE

« Quand vous connaissez le milieu du bloc, c'est très très SÉVÈRE, c'est très RYTHMÉ, très à cheval sur l'infection, c'est très CARRÉ, ça DÉBORDE D'AILLEURS SUR NOTRE VIE PRIVÉE TELLEMENT C'EST CARRÉ. Et surtout L'ORTHOPÉDIE, JE CROIS QUE C'EST LA MATIÈRE LA PLUS SÉVÈRE.

Le bloc opératoire c'est vraiment un monde à part, un petit monde très fermé, où un vit tous les uns sur les autres et c'est pour ça qu'ON EST OBLIGÉS DE S'ENTENDRE. POUR MOI C'EST ESSENTIEL, C'EST POUR ÇA QUE JE SUIS RESTÉE À [LA CLINIQUE], PARCE QUE LE CHIRURGIEN TRAVAILLE BIEN, ET IL NOUS RESPECTE ».

SE FORMER COMME INSTRUMENTISTE

« Au début, vous regardez et vous notez. Vous avez un petit cahier dans votre poche et vous regardez votre collègue, puis vous notez, comment elle fait sa table, quels instruments elle prend pour faire telle intervention, et j'avais un petit carnet et je notais chaque instrument en fonction des interventions, les tables, les installations, toutes les manies de chaque chirurgien, bon, moi après j'ai été instrumentiste d'un seul, mais c'est comme ça qu'il faut faire.

En plus il y a des tables spécialisées, il y a des tables générales, des tables pour les genoux, pour les hanches...

Et puis c'est dans l'ordre on ouvre, on cautérise... on met sur la table les instruments dans l'ordre de leur utilisation et ceux qui ne vont plus être utilisés sont systématiquement mis de côté. Et ça il n'y a pas de bonne école, il faut regarder, et copier, il faut trouver une bonne instrumentiste, et copier, et tout noter.

Avant, on restait une semaine avec la personne à former, on la lâchait au bout d'une semaine, maintenant au bout d'une heure elles sont lâchées. Et ça c'est très stressant. Et les chirurgiens, quand vous leur collez une instrumentiste qui débute et qui ne les connaît pas, alors là c'est l'horreur. Il s'énerve et comme il sait qu'il va devoir tout contrôler, tout expliquer, il s'énerve. Et c'est vrai qu'un chirurgien doit opérer, si en plus il faut qu'il vérifie que tout se passe bien dans la salle, c'est pour ça que les chirurgiens tiennent à leur instrumentiste comme à leurs yeux, si vous leurs enlevez leur instrumentiste, ils sont perdus, et on les comprend quand on sait qu'ils voient le malade avant l'opération, ils vont le voir au bloc et ils vont le voir après. Et toutes les conneries faites en amont, ils vont en avoir la répercussion en aval. Si tout se passe bien, ils n'ont plus de soucis ».

PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE

« Et puis il y a LA PANSEUSE CIRCULANTE, c'est la responsable de la salle, c'est elle qui fait rentrer le malade, et comme ELLE N'EST PAS HABILLÉE, ELLE A LE DROIT DE SORTIR DE LA SALLE, C'EST POUR ÇA QU'ON L'APPELLE CIRCULANTE, et elle doit apporter au chirurgien tout ce dont il peut avoir besoin au cas où il y a un imprévu. C'est elle qui va signer l'entrée du malade, l'état de la salle, parce que la

paperasserie c'est abominable, et en plus la circulante, ELLE EST RESPONSABLE JURIDIQUEMENT, C'EST-À-DIRE QU'ELLE EST NOTÉE SUR LE CAHIER DE POLICE, ALORS QUE L'INSTRUMENTISTE EST SOUS LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN. Contrairement à ce qu'on pense, et malgré le fait que l'instrumentiste ait un rôle plus valorisant, c'est la circulante qui est responsable juridiquement. --- C'est elle aussi qui donne le matériel de prothèse.

Il y a aussi LE MÉDECIN ANESTHÉSISTE, mais lui IL N'A RIEN AVOIR, IL REGARDE LES MACHINES ou s'inscrivent les données, le rythme cardiaque, et tout ça est noté par la machine, mais L'ANESTHÉSISTE N'EST PAS CENSÉ QUITTER LA SALLE, pour veiller au rythme du patient, mais bon, il y a des alarmes, et comme la machine note tout... Et puis comme ELLE NE FAIT PAS DE PHOTOS DE L'ANESTHÉSISTE... Bon, il pourrait avoir un bouton à presser toutes les 5 minutes, ça va venir, ça, mais je pense que c'est la circulante qui appuiera à sa place ».

On est obligés [de ne pas respecter les consignes] par manque de personnel. Le médecin anesthésiste ne doit normalement s'occuper que d'un malade à la fois, il doit le prendre en charge à l'arrivée dans le bloc, il doit le garder dans la salle et après il doit le remettre dans la salle de réveil pour être libéré.
--

« UNE JOURNÉE ORDINAIRE -- vous arrivez le matin, vous avez accès au bloc, alors, il y a des zones de couleur, il y a la première zone qui est une zone blanche, c'est-à-dire où on se déshabille et où on s'habille en tenue de bloc, et on pose tout, et il y a un rythme normalement, il ne faut pas aller des pieds à la tête mais l'inverse. On met des surchausses et le masque et puis on va se laver les mains ensuite. Oui, on le fait toutes seules. On a un casier, où on range nos affaires civiles, et puis on prend le chapeau, le masque et les surchausses. Et ensuite on passe le sas, on se lave les mains, et puis on passe dans le bloc à proprement parler. Et toutes les portes doivent être fermées parce qu'on est sous pression. Parce que si vous laissez une porte ouverte ça va entraîner un appel d'air. Donc le matin on arrive à 8h moins le quart pour être à 8h dans le bloc, on regarde le programme, l'équipe à laquelle on est attribué, et ça c'est du pipeau parce que moi j'instrumente toujours le même chirurgien, mais quand il n'est pas là j'en instrumente d'autres.

La surveillante du bloc décide de la composition des équipes. Et on n'est au maximum que deux équipes, il n'y a que deux chirurgiens qui travaillent, il est tout petit notre bloc, il n'y a que trois salles. Il faut prévoir bien sûr la circulation, et c'est la surveillante et les chirurgiens qui décident ensemble. Et en voyant le programme, on voit s'il commence par une hanche, par un genou, et on regarde s'il y a sur la table tout le matériel nécessaire à cette opération. Et puis il faut aller dans la salle qui vous est attribuée, il faut se présenter au malade, c'est impératif, lui demander quelle intervention il va subir, qui il est, vérifier que le dossier corresponde, normalement c'est le brancardier qui le fait mais vous ne pouvez pas faire confiance, vous ne vérifierez jamais assez. Ensuite vous avez les premiers papiers à remplir, c'est-à-dire que vous avez le dossier du malade, et dans ce dossier il y a une fiche où l'infirmière qui l'a fait descendre a noté qu'il était douché à la bétadine, qu'il était considéré comme propre, qu'il n'avait pas de bobo quelque part, pas de bijoux, pas de maquillage, voilà, et si vous voyez quelque chose qui ne va pas vous notez et puis vous signez la fiche. Et puis vous installez le malade, puis vous nettoyez le site opératoire, c'est-à-dire qu'on nettoie la zone, puis on essuie, puis on badigeonne avec un désinfectant, et une fois que c'est sec, on en remet une couche. Et je vais vous dire, le site opératoire, si c'est la jambe, et bien c'est toute la jambe qui doit être nettoyée ».

RYTHME D'ENFER ET RESPONSABILITÉS

« ON EST DÉBORDÉS, SI JE VOUS DIS QU'ON PEUT FAIRE 5 PROTHÈSES DE HANCHE, 2 PROTHÈSES DE GENOU DANS LA JOURNÉE, vous allez avoir peur. Mais c'est notre pain quotidien... et si je vous raconte comment doit être LE PARCOURS OBLIGATOIRE LÉGALEMENT DU PATIENT, il doit normalement arriver en salle de réveil, il doit y passer 10 minutes, puis il doit être amené au bloc, et après l'opération, on doit normalement [laisser] la salle blanche pendant 20 minutes. Comme c'est une salle qui est sous pression, il y a de l'air stérile qui arrive en permanence, et au bout de 20 minutes normalement, le ménage est fait, si elle est blanche, c'est-à-dire qu'il n'y a personne dedans. Mais bon, ce n'est pas toujours possible, on est débordés.

On gagne du temps sur quoi? On gagne du temps... ben, on ne gagne pas de temps. Les papiers sont faits, et l'heure d'entrée et de sortie de la salle des patients sont notées, et IL FAUT QU'IL Y AIT UNE COORDINATION ASSEZ IMPORTANTE ENTRE CHAQUE...

Les 20 minutes ne sont pas respectées... – absolument pas, on n'a pas le temps. On ne peut pas. À mon avis ça ne sert à rien, mais bon, si jamais il y avait un problème, le malade pourrait se retourner contre nous parce que tout est noté. L'anesthésiste a plein de papiers à remplir, (mais) -- La panseuse circulante est responsable de toute la paperasserie, c'est à dire que quand elle sait que le malade x va rentrer dans la salle trois, elle doit y aller pour remplir les papiers comme quoi le ménage a été fait, tout est propre, donc ELLE PREND DES RISQUES EN PERMANENCE. L'anesthésiste a ses papiers à lui, le chirurgien n'a jamais rien à voir avec ça, et nous on a nos papiers à nous où tout est noté et le chirurgien n'a jamais rien à faire avec ça, à la limite le chirurgien va être sollicité pour sa signature quand on va garder de l'os qui va partir à la banque d'os. Là on a encore je ne vous dis pas combien de papiers à remplir, et parmi eux un qu'on doit faire signer au médecin. Et puis il y a aussi ce qu'on appelle, mais ça ils ne le font plus depuis longtemps, de toutes façons, LES CHIRURGIENS IL NE FAUT PAS LEUR DEMANDER QUOI QUE CE SOIT, ILS VONT VOUS DIRE D'ALLER VOIR LEUR INSTRUMENTISTE OU LEUR SECRÉTAIRE, il y a aussi un autre papier qui doit être rempli, parce que CHAQUE INTERVENTION EST CODÉE, et ça sert ensuite pour savoir l'activité statistique de la clinique sans que ça ne concerne encore le malade. Quand les hôpitaux sont classés, je pense qu'on se sert de ces statistiques ».

COMPLAISANCE À L'ÉGARD DES DÉPASSEMENTS ET DES RISQUES

« On travaille la journée minimum 12 heures, donc c'est accepté, la preuve c'est que CETTE ANNÉE ENCORE ON EST CLASSÉS N° 1 AU NIVEAU DES HANCHES. Ce doit être UN ACCORD TACITE, et puis ON EST UNE TOUTE PETITE UNITÉ, ON N'A QUE 63 LITS, MAIS ON EST TRÈS SPÉCIALISÉS. Et en plus ON NE REPREND PAS DES PROTHÈSES, bon, si on est tranquille, si on sait que c'est un problème d'usure de la prothèse, on le prend, MAIS S'IL Y A LE MOINDRE DOUTE D'INFECTION, ON NE LE PREND PAS PARCE QU'ON EST UNE PETITE UNITÉ ET QU'ON N'A PAS DE SALLE OÙ LOGER UN MALADE qui aurait un staphilo ou un strepto, etc... C'est La Croix Saint Simon qui s'est spécialisé là-dedans, et ils sont très bien classés aussi en orthopédie.

HORAIRES ET RTT

« AVANT, ON AVAIT SOI DISANT UNE GRILLE D'HORAIRES QUI N'ÉTAIT PAS RESPECTÉE, MAINTENANT ON TRAVAILLE TROIS JOURS ET ON S'ARRÊTE. Par exemple on peut travailler le lundi, le mercredi et le vendredi, parce qu'AVANT IL FALLAIT SOI DISANT FAIRE UNE JOURNÉE DE 6 HEURES, UNE JOURNÉE DE 8 HEURES ET APRÈS UNE JOURNÉE DE 10 HEURES, MAIS CE N'ÉTAIT PAS RESPECTÉ, surtout pour des vieilles comme moi, c'est-à-dire expérimentées, si une intervention était programmée à 13h et que C'ÉTAIT UNE GROSSE INTERVENTION, LE CHIRURGIEN VOULAIT ABSOLUMENT QUE CE SOIT MOI, DONC C'EST PAS LA PEINE QUE JE ME SAUVE, ça va encore être des bagarres, et PUIS ILS ARRIVENT TRÈS BIEN À VOUS CULPABILISER. C'est encore resté quelque part sacerdoce, ce sacré métier, du fait qu'on est resté dans l'humain, ILS ARRIVENT À NOUS CULPABILISER. ET DIEU SAIT QU'AU BLOC ON N'EST PAS HUMAINS, LE MALADE ARRIVE, IL DORT, IL REPART, IL DORT. DONC ON A TRÈS PEU DE CONTACTS AVEC LE MALADE, ON A BEAUCOUP DE CONTACTS AVEC SON CORPS, MAIS TRÈS PEU DE CONTACTS AVEC LUI. MALGRÉ LES ANESTHÉSIES PARTIELLES. Donc on a très peu de contact avec le malade. ON LUI DIT BONJOUR AU REVOIR, MAIS JE SUIS PERSUADÉE QU'IL NE SE SOUVIENT JAMAIS DE NOUS. EN PLUS ON EST DÉGUISÉ, C'EST-À-DIRE CHAPEAU, MASQUE, DONC ON A TRÈS TRÈS PEU DE CONTACT, de ce côté-là je ne vous apporterai rien ».

RÉSISTER À LA CULPABILISATION

« LES PAUSES ELLES DÉPENDENT DES INTERVENTIONS -- si on a la chance de manquer de matériel qui est dans l'autoclave, et bien on a une pause. Si on n'a pas cette chance-là, on bosse. Mais vous savez, MOI JE PRÉFÈRE ÇA À DES JOURNÉES QUI SONT SOI DISANT COURTES, C'EST PAS VRAI, VOUS SAVEZ, IL SUFFIT QU'IL Y AIT LA MOINDRE PÉNURIE DE PERSONNEL, ON EST À COUTEAUX TIRÉS DEPUIS DES

ANNÉES, DONC C'EST PAS VRAI, MOI À LA LIMITE JE PRÉFÈRE ÇA C'EST PLUS FRANC, ET JE REFUSE DE VENIR LE JOUR OÙ JE NE SUIS PAS PROGRAMMÉE, J'AI UN POUVOIR DE DIRE NON, ALORS QU'AVANT JE NE L'AVAIS PAS. Maintenant, même s'ils font du chantage, je m'en fous. Quand vous êtes chez vous qu'on vous appelle, il y a UN AUTRE RAPPORT DE DISTANCE, ON PEUT DÉJÀ NE PAS RÉPONDRE AU TÉLÉPHONE, MOI J'AI PRIS UN RÉPONDEUR RIEN QUE POUR ÇA.

... il n'y a pas de limites. Moi j'ai eu des semaines, je ne vous dis pas ! Pour peu qu'il y ait une urgence le dimanche ou le samedi, alors, là, c'est, parce qu'on a des gardes et des astreintes, une garde par semaine, et des astreintes, ça dépend, si le personnel est complet, c'est-à-dire si on est 6 c'est toutes les 6 semaines, si on est 5 c'est toutes les 5 semaines et ainsi de suite. Comme on prend des intérimaires et qu'ils ne font pas de gardes...

HONNÊTEMENT, ÇA M'ARRIVE TRÈS RAREMENT DE RENCONTRER DES MALADES. Ca m'arrive des fois de monter parce que nous on pose beaucoup de sondes urinaires, on a de l'expérience que les infirmières des étages n'ont pas mais maintenant on préfère les poser au bloc pour des raisons de confort et puis d'hygiène, parce qu'on attend que le malade soit endormi pour lui coller une sonde, ce n'est pas une situation agréable donc au bloc c'est mieux. Mais ça m'est arrivé quelques fois de monter pour des difficultés, comme un point qui lâche, ou une sonde à poser mais c'est exceptionnel. D'ailleurs, les malades nous croisent et ne nous reconnaissent pas. Et puis vous savez, le physique d'un malade dans le bloc et le physique d'un malade debout n'est pas le même du tout ».

UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE

« C'est DES MALADES QUI SE PRÉPARENT, en plus CHEZ NOUS IL Y A UNE POLITIQUE D'INFORMATION TRÈS POUSSÉE, ON VEUT QUE LES GENS SACHENT EXACTEMENT CE QU'ILS VONT SUBIR et malgré ça vous avez des questions, et à chaque fois qu'on nous pose des questions, ON LEUR EXPLIQUE, ET MÊME SI C'EST CANCÉREUX, ON LEUR DIT, puisqu'on a aussi un chirurgien qui fait aussi de l'orthopédie cancéreuse. ON A UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE. Si on a un pépin, une aiguille qui casse dans un os par exemple, le chirurgien va tout dire. Et C'EST UNE POLITIQUE QUI PAYE, PUISQUE LE MALADE INFORMÉ NE VA PAS VOUS ATTAQUER, c'est UN JEU MORAL. Nous il nous est arrivé des pépins, par exemple une aiguille qui se casse dans un os ; il aurait fallu du point de vue du malade une attaque de l'os beaucoup plus importante que si on lui laissait ce bout d'aiguille, c'était rien du tout, alors on lui a demandé de faire le choix, et il n'y a pas eu de problèmes.

LE PUBLIC DE LA CLINIQUE Honnêtement, on est assez cotés, mais ça dépend des chirurgiens, par exemple Mr M., le patron actuel de la clinique, a une clientèle très cotée, mais par contre on est ouverts à tout le monde, tout le monde peut venir, il y a des dépassements d'honoraires, mais ça c'est des discussions avec le chirurgien, ils sont très humains, et s'il y a une mutuelle c'est un dépassement d'honoraires lié à la mutuelle, et il y a beaucoup de personnes qui viennent de l'étranger et qui sont opérées sur devis, et c'est vraiment le strict minimum, et malgré ça personne ne le sait. Je peux vous dire qu'on a eu des malades très connus, et on s'en fiche complètement. Il n'y a pas de différence, le malade qui arrive au bloc, on s'en fout de savoir qui c'est. Il n'y a pas ce genre de problèmes, la problème c'est qu'on est une petite unité ».

MANQUE DE PERSONNEL

« HONNÊTEMENT, CE SERAIT BIEN D'AVOIR UNE PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE PAR INTERVENTION. Une hanche non, on a essayé avec une personne en plus, et ça ne sert à rien. Mais une prothèse de genou, ou un dos, comme l'instrumentation est compliquée, pendant que moi je cherche le matériel qu'il veut, si j'avais quelqu'un pour prendre l'aspiration ce serait utile. Je vais vous dire par exemple sur des grosses opérations comme le dos, il faudrait même trois instrumentistes, par exemple si c'est un cancer d'une vertèbre, il y a deux temps, d'abord on va opérer dans le dos pour mettre les appareils de fixation, et ensuite on va passer devant, pour enlever le corps de la vertèbre qui est cancéreux. C'est épouvantable ».

EXPLICATION DES PERFORMANCES : ROUTINE ET CONTRAINTES MORALES

Vous êtes très performants... Ca c'est parce qu'ON EST COINCÉS MORALEMENT, ET PUIS JE VAIS VOUS DIRE, ON EN FAIT DE MOINS EN MOINS DES DOS, PARCE QUE SI ON FAISAIT DES DOS, ON NE SERAIT PAS AUSSI PERFORMANTS. C'est notre pain quotidien, LA ROUTINE QUI AIDE À LA PERFORMANCE. JE POURRAI FAIRE UNE PROTHÈSE DES HANCHES UNE MAIN DANS LE DOS LES YEUX FERMÉS. C'EST PARCE QU'ON CONNAÎT L'INTERVENTION PAR COEUR. MOI MON PATRON NE ME DEMANDE JAMAIS RIEN. NOUS AVONS DES PROTHÈSES TRÈS PERFORMANTES ET QUI NE COÛTENT PAS PLUS CHER QUE CELLES QUI SONT FOURNIES AUX HÔPITAUX. Et puis ON NE CIMENTE PAS, ÇA FAIT GAGNER DU TEMPS et évite certains problèmes...

LA CRAINTE DES INFECTIONS

« *Chez nous en orthopédie on dit qu'il vaut mieux un malade mort qu'infecté.*

J'ai eu donc un infirmier circulant dans la salle, que j'ai fait partir en 10 minutes, parce qu'il était près de la table avec son pyjama non stérile qui touchait ma table. Et j'ai péché une durite et j'ai arrêté l'intervention, j'ai dit que je ne pouvais pas travailler dans ces conditions et que si on avait une infection, c'était moi qui était responsable, alors c'était pas possible.

Et bien moi j'ai eu un jour une prothèse et puis au cours de l'opération, on finissait les dernières vérifications, on allait refermer, et puis j'ai jeté un coup d'oeil sur la boîte de la prothèse, et il n'y avait pas de filtre, ce qui voulait dire que ma boîte était à l'air libre depuis un bout de temps. Alors que faire? La solution c'est la triple antibiothérapie. Il faut le dire tout de suite au chirurgien, il ne faut surtout rien lui cacher. Un chirurgien ne vous engueulera jamais si vous dites la vérité, alors que si vous mentez, c'est la cata. D'abord vous n'avez pas le droit, vis-à-vis du patient, et puis moi je pars toujours du principe qu'il faut tout dire, et puis de toute façon, il a vu mon patron, il a vu que mon dos s'est raidi, il a vu que je bougeais plus, et il m'a dit « qu'est-ce que tu vas m'annoncer comme connerie? » (...) Mais ça c'est toujours noté quelque part. Il y a un code, bien sûr qu'on n'écrit pas « prothèse non stérile, malade risque d'être infecté » parce qu'on n'est pas cons, là on va au tribunal directement, mais il y a un code. Moi je le note dans un coin, et on a le bon dieu pour nous, parce que c'est vrai qu'on a eu quelques soucis, mais les malades s'en sont toujours tirés. Donc il y a une triple antibiothérapie pendant trois quatre jours. Et là on lui dit qu'on a un doute sur la stérilité de quelque chose, parce que là aussi il faut lui dire, parce que s'il voit que le voisin n'a qu'un cachet et que lui en a trois, il va se poser des questions et vous créez un malaise. Donc il vaut mieux lui dire ça, en général ils ne font pas d'histoires. Ca c'était la méthode de mon patron, bon, je ne vous garantis pas que tous le disent ».

FORMER DES AIDES SOIGNANTES EN STÉRILISATION

« Ban, il n'y a pas de problèmes, les aides soignantes chez nous elles sont en stérilisation, c'est-à-dire qu'une fois qu'une intervention a été terminée, les instruments sont mis à tremper, ensuite ils partent, dans des sacs fermés pour qu'on ne balade pas des choses sales à travers tout le bloc. Il y a un secteur, où il y a ce qu'on appelle une salle « sale », où les instruments arrivent, et là ils sont rincés, ils sont mis dans des paniers qui vont dans des machines à laver ; et une fois qu'ils sortent de la machine, il faut refaire les boîtes, donc il faut déjà du personnel spécialisé, parce que si on se retrouve avec du matériel de genou dans une boîte de hanche, ça ne va pas aller. En général là on est obligées de les former. Et puis nous aussi on y va en stérilisation pour vérifier que tous les instruments sont bien prêts. Et puis on a une aide soignante qui fait le ménage des salles, avant c'était un brancardier et puis on a demandé à ce que les brancardiers ne fassent plus le ménage parce que c'est bien beau les brancardiers, mais c'est pas propre. Donc si chaque fois que vous bougez la table, ça n'a pas été nettoyé dessous, il faut que les choses soient carrées, mais nous on est une petite équipe donc on est obligés de s'entendre. Bien sûr, si c'est une nouvelle personne qui arrive, on va la mettre où le poste manque, puis si on voit qu'il n'y a pas une bonne entente avec le chirurgien et l'instrumentiste, on va essayer de la mettre ailleurs... IL Y A DES CHIRURGIENS QUI VONT ÊTRE PLUS PÉNIBLES QUE D'AUTRES, ON VA LEUR METTRE DES GENS QUI ONT DU RÉPONDANT ET QUI NE VONT PAS SE LAISSER FAIRE.

Problèmes de communication et vérifications de matériel- AVEC LA SURVEILLANTE, SOUVENT, PARCE QU'ELLE EST RESPONSABLE DU RÉAPPROVISIONNEMENT, ET C'EST SOUVENT LA BAGARRE, parce qu'elle vérifie souvent, plus ça va et plus je me rends compte que surveillante c'est un poste qui n'est pas bon, on me proposerait 10 fois je ne le prendrai pas. Et donc il y a souvent des problèmes avec la surveillante, PAS POUR LA GESTION PARCE QU'ON SE GÈRE TOUT SEULS, MAIS POUR LE RÉAPPROVISIONNEMENT : IL Y A DES CISEAUX QUI NE COUPENT PLUS, UNE PINCE QUI FERME PLUS, ALORS ON LES MET DANS UNE BOITE QU'ON FERME, que quelqu'un vient prendre, qui fait réparer tout ça ; alors il faut noter ce qui part, regarder quand c'est parti, et exiger que ça revienne, il y a quand même une surveillance du matériel qui est très très importante. (...) Pour des raisons d'espace NOUS NE POUVONS PAS STOKER. -- il faut toujours vérifier. Des que j'arrive le matin, je regarde combien j'ai de prothèses de hanches, je regarde les radios des malades, pour me donner une idée des tailles, et puis je regarde s'il ne me manque rien dans les prothèses car sinon c'est la bagarre, parce que moi, je refuse de me bagarrer pendant les interventions. Je veux bien me bagarrer avant et après les interventions, parce que c'est une charge supplémentaire, que je ne peux pas gérer, et c'est le malade qui va payer, et en plus quand c'est comme ça, moi j'envoie bouler tout le monde. On ne peut pas gérer un malade et d'autres choses, LE MALADE NOUS BOUFFE, en fait ».

CONTRÔLER LE CHIRURGIEN

« *Le chirurgien se décharge parfois sur son instrumentiste*, beaucoup oui ; je le comprends, lui combien de fois il a voulu me faire ouvrir, il sait que je connais le matériel mieux que lui, je connais même les temps mieux que lui. Il ne peut pas loucher un temps. Parce que j'ai l'instrument avant qu'il ne le demande. S'il saute un temps, je lui dis non, il faut faire ça avant. Donc C'EST VRAI QUE C'EST NOUS QUI CONNAISSONS. C'est sûr que le chirurgien qui est sûr d'avoir un instrument dans la main, il sait que vous connaissez la prothèse par cœur, IL SAIT QUE VOUS NE LE LAISSEREZ PAS FAIRE LA PLUS PETITE ERREUR, ET ÇA C'EST 90 % DE STRESS EN MOINS. Et, entre nous, MON PATRON SORTAIT, ET C'EST MOI QUI FERMAIT. Parce que JE FERMAIS MIEUX QUE LUI. ET PUIS ON FERME TOUT PAR PLAN. On ne peut pas oublier d'instruments dedans, mais par contre on peut oublier une compresse. Ca c'est le grand risque. On appelait ça la maison Boussac, parce que c'était une maison en France qui avait la plus grosse filature, c'était des gens du tissu, et OUBLIER UNE COMPRESSE, C'EST LA MAISON BOUSSAC. Et oublier une compresse, vous êtes sûr que c'est l'infection. Voila, le malade ne vous a rien demandé, il vous a fait confiance, et BOUM ! Donc il faut faire très très attention à ça.

LA COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTES SALLES DU BLOC. Ban justement, il faut regarder, on va faire la hanche en trois, puis on va faire le genou en une, puis on retournera faire la hanche en trois, donc ça veut dire que l'autre chirurgien qui était là, il faut qu'il aille aussi vite pour être sorti. Donc, ON GÈRE SELON L'INTERVENTION, SELON LE CHIRURGIEN. Et ça C'EST LE CHIRURGIEN QUI GÈRE AVEC LA SURVEILLANTE, ET LA SURVEILLANTE ELLE VOIT ÇA AVEC NOUS PARCE QUE C'EST NOUS QUI SAVONS LES TEMPS RÉELS D'INTERVENTION.

LES LABORATOIRES, ILS NOUS FOURNISSENT TOUT. Et le chirurgien va voir, il appelle son instrumentiste, et moi IL M'EST ARRIVÉ DE REFUSER DES PROTHÈSES parce qu'il y avait trop de morceaux, trop de boîtes (ancillaires), 6 au lieu de 2. C'est pas possible, vous n'allez pas ouvrir toutes ces boîtes. PLUS C'EST SIMPLE, MIEUX C'EST. Donc on travaille en étroite collaboration avec les laboratoires, ils nous fournissent tout, mais quand on ne pose plus leurs prothèses, on doit tout leur rendre. Et donc il faut faire très attention à ne rien casser. Lorsqu'on casse quelque chose, il faut les prévenir, ils nous assurent la maintenance, mais quand on ne pose plus leurs prothèses, on a tout le listing et on doit leur rendre tout ».

SE FORMER POUR ASSISTER À POSER LA PROTHÈSE

« Oui, si une prothèse est agréée par le chirurgien, ils viennent pendant 5 ou 6 fois pour poser la prothèse avec nous, et puis selon l'instrumentiste, il y en a certains qui n'y arriveront jamais à poser certaines prothèses, mais moi j'ai vu mon patron changer de prothèse, et LE LABORATOIRE VIENT ET IL FAUT QUELQU'UN DE FORMÉ, POUR NOUS ASSISTER À POSER LA PROTHÈSE. Honnêtement, quand on changeait de prothèse, j'allais au laboratoire, je posais tous les outils par terre et je faisais comme si j'avais une opération, pour savoir ce que je devais donner au chirurgien et à quel moment. Je faisais ce qu'on appelle un « working shop » et on faisait la prothèse sur un os artificiel. Et parfois on n'a pas pu faire ce travail préliminaire à cause des horaires de travail... MAINTENANT, DU FAIT QU'ON A MIS CES HEURES DE TRAVAIL, QU'ON TRAVAILLE TANT DE JOURS ET LES AUTRES NON, ON ARRIVE À SE FORMER. C'est vrai qu'il y a une formation, et si vous changez de chirurgien, qu'il n'a pas les mêmes prothèses et pas les mêmes habitudes, aie aie aie ! »

CHOISIR SON MÉDECIN ET SE FAIRE RESPECTER

« Normalement vous avez des jours, moi je suis maline, J'AI PRIS DES JOURS OÙ J'INSTRUMENTE DES CHIRURGIENS QUE J'AIME BIEN ET LES JOURS OÙ JE NE SUIS PAS LÀ IL Y A CEUX QUE JE N'AI PAS ENVIE D'INSTRUMENTER. Il y en a un qui opère très bien, c'est pas que je n'ai pas envie de l'instrumenter, je l'ai instrumenté pendant des années, mais il ne respecte pas du tout le personnel.

Moi, un chirurgien qui me balance un bistouri, et bien je suis plus méchante que lui, je balance la table. Et il ne le fera plus deux fois. S'il sent, il faut lui dire. « Vous avez fait un micro trou ». Et puis il faut le dire fort, parce qu'il ne faut pas le dire tout doucement, il faut que l'anesthésiste entende et que la panseuse entende, parce qu'ils aiment bien vous emmerder tout doucement. Donc il faut parler fort pour avoir des témoins. Je me souviens, j'ai eu une aventure terrible. Quand on a des tumeurs qu'on est pas sur d'avoir tout enlevé, on fait de la plurithérapie. La plurithérapie ce sont des fils montés avec des petits plombs qui sont radioactifs qu'on va mettre à l'intérieur du corps. Et ça veut dire qu'il va y avoir le traitement de la tumeur local. On le fait de moins en moins, mais on le fait, et il y a du personnel de Curie qui vient nous aider. Alors ILS FONT FAUTE D'ASEPSIE SUR FAUTE D'ASEPSIE. Et moi je SUIS ÉPOUVANTABLE AVEC ÇA et un jour elle a fait tomber une gaine et elle a demandé à la personne de ramasser la gaine et de lui balancer sur la table ce qu'il y avait à l'intérieur de la gaine. Et ban, moi je suis sortie de salle, je suis partie parce que je ne voulais pas assumer ça. J'ai dit au chirurgien que j'allais le noter, que j'allais marquer ça quelque part. L'argument fatal que vous avez, c'est que vous allez le noter ».

LA POLYVALENCE

« Je peux faire panseuse circulante, je peux être instrumentiste, et je peux aller dans les étages ou en stérilisation, oui, je peux faire les trois, et je crois que l'idéal ce serait qu'on alterne. Parce que l'instrumentiste a une grosse charge de stress pendant l'intervention, alors vous êtes instrumentiste et puis panseuse circulante à la suivante. *Et ça ne se fait pas ?* Non, parce que les chirurgiens une fois qu'ils savent que vous êtes une bonne instrumentiste, ils ne vous lâchent pas. Ils vous font du chantage.

DES RÉUNIONS DE TRAVAIL ? Non, on n'en a pas, vous avez raison, CE SERAIT MÊME VITAL QU'ON EN AIT, MAIS ON N'EN A PAS. Par contre le service du tiers payant, c'est-à-dire que ceux qui sont en contact avec la sécurité sociale, si nos papiers sont mal remplis, ils ne peuvent pas se faire rembourser ».

« L'ACCREDITATION REPOSE SUR DES PROTOCOLES »

« C'est épouvantable, vous savez, l'accréditation repose sur quoi ? Sur des protocoles. Par exemple ils peuvent venir m'interroger moi au bloc sur un protocole d'étage. Comment on fait les pansements, pourquoi venir emmerder quelqu'un comme moi qui ne veut pas sortir du bloc pour lui dire, et embêter quelqu'un des étages pour lui demander le protocole du bloc.

PAR CONTRE, ILS NOUS ONT RENDU SERVICE DANS LE SENS OÙ IL Y A DES PROTOCOLES POUR TOUT. Même pour les produits pour nettoyer le sol. Mais si je me mets à leur place, c'est vrai que pour remuer toute cette masse, ban c'est pas évident. Ils vont avoir l'impression d'avoir remué un gros machin, CE SERA EN FAIT UN TRUC RIDICULE, quand ça ne se terminera pas en queue de poisson. JE CROIS QU'IL FAUT UNE DIRECTIVE, MAIS JE CROIS QUE LA GESTION EN HAUT DOIT SE FAIRE AVEC DES GENS QUI ONT ÉTÉ AUSSI EN BAS ».

Karine (I21), infirmière en clinique d'oncologie

30 ans de parcours professionnel : en 1974, une formation d'auxiliaire de puériculture ; a travaillé dans divers établissements auprès de nouveau-nés essentiellement ; en 1978 a été mutée ailleurs, toujours en filière de puériculture, à A..., puis en 1993 a décidé de faire sa formation d'infirmière (« j'en avais assez de la maternité, je n'apprenais plus rien »), la formation a été payée par l'employeur (l'hôpital d'A...) ; diplômée en 1998 (« comme je n'avais pas le bac, il a fallu que je fasse une formation pour passer le concours. Ca a duré 2 ans car je ne l'ai pas réussi du premier coup »). En tant qu'infirmière a exercé une année en maison de retraite à A..., et après est allée travailler en centre de santé municipal et soins à domicile à B... ; actuellement, elle travaille depuis deux ans à la clinique de P., en tant qu'infirmière dans un service d'oncologie. Sa mère était standardiste dans une compagnie d'assurances, elle n'a pas connu son père.

« LA CLINIQUE. Notre service a 15 lits, le service de chirurgie a 40 lits, plus l'ambulatoire, il y a un service de maternité avec 20 lits, un service de dialyse avec 10 lits qui tourne en permanence, donc ça doit faire une centaine de lits. J'ai appris récemment qu'il y a 45 médecins, dont la majorité sont des chirurgiens qui travaillent aussi ailleurs. Mais moi je travaille avec un seul médecin hématologue en oncologie. Il y a deux infirmières pour mon service, et deux aides soignantes. Sur l'ensemble, je n'ai aucune idée, je sais qu'en chirurgie elles sont 3 infirmières et 2 aides soignantes.

UNE JOURNÉE ORDINAIRE. Je travaille en 12 heures, j'arrive à 8 heures le matin, je prends les transmissions orales de l'équipe de nuit, en général les aides soignantes sont présentes, mais ce n'est pas toujours le cas, ce qui fait que fréquemment les transmissions s'effectuent d'infirmiers à infirmiers ; actuellement je suis en train de mettre en place le fait que les aides soignantes soient présentes lors des transmissions. Il faut que je vous dise quand même qu'on m'a confié LA RESPONSABILITÉ DE CE SERVICE puisque c'est un service qui est là depuis peu, depuis que j'y suis, d'ailleurs, et que je suis LA RÉFÉRANTE ACTUELLEMENT. Les transmissions le matin, et puis dès que tout le monde est là, je transmet aux aide soignantes les détails concernant les patients du jour. En ce qui me concerne, je prends les dossiers individuels des patients, je relève ce que j'ai à faire pour la journée, ça me prend du temps... J'ai tellement peur d'oublier des choses que je vais en arrière, je vérifie pour me permettre d'être bien sûre de tout ce que j'ai à faire. Une fois que j'ai fait ça, ça me prend quand même un bon quart d'heure, si je ne suis pas dérangée, par le téléphone ou par des collègues ou des patients, ensuite je commence à préparer les injections, les médicaments, s'il y a des médicaments spécifiques à donner comme des stupéfiants, je manipule des stupéfiants, puisque c'est un service d'oncologie, on traite beaucoup la douleur, ça me prend une heure ou deux de faire le tour des patients, j'ai 15 patients à charge, donc avec tout ce que ça comporte, les patients angoissés, le réconfort, etc. Et ce tour là, je le fais toute seule parce que pendant ce temps mes collègues finissent le petit déjeuner et préparent les toilettes. Les deux aides soignantes font les toilettes ensemble et aussi les lits.

Vers 11h, je peux prendre mon petit déjeuner, c'est un peu tard, mais, malheureusement, je ne peux jamais le prendre avant. Après, j'organise les différents examens à passer par les différents patients, appeler les différents endroits pour que les examens soient faits, puis je prépare les médicaments pour

le lendemain, si je ne suis pas DÉRANGÉE, parce qu'il arrive qu'il y ait des COUPS DE FIL, des VISITES de collègues ou des intervenants extérieurs.

SOUVENT JE DÉLÈGUE LE TÉLÉPHONE AUX AIDES SOIGNANTES, parce que lorsque je fais un soin, il n'est pas question que je sois dérangée pour le dossier de monsieur machin. Mais elles viennent quand même me demander la réponse, puisqu'elles ne peuvent pas la connaître, alors je suis quand même dérangée. COMMENT FAIRE AUTREMENT ? C'EST UN POINT IMPORTANT.

Donc il est midi et demi quand je termine ma matinée de soin, j'ai un tour à faire à midi parce que j'ai encore des dextro ou des injections à faire, et puis je mange vers 13H30, quand j'ai pu finir tout ce que j'avais à finir, et puis à 15H j'ai à nouveau des injectables, antibio et tout ça... *Et vous faites tout ça toute seule ?* Oui, et puis à ce moment là le médecin arrive, parce qu'il arrive l'après midi, et on commence une visite à deux, après un petit temps de transmission, et on va voir les patients, il fait ses prescriptions, je relève les prescriptions, le temps passe, il est déjà 18h, vers 18h on distribue les médicaments, on va voir si les patients vont bien, les perfusions, etc., et puis les transmissions écrites, alors ça c'est pareil, ça prend beaucoup de temps, il ne faut rien oublier, puis 20h arrive, là il y a l'équipe de nuit, transmission orale, et puis voila.

C'est vrai que l'après midi c'est quand même plus facile à gérer ; c'est aussi grâce à la présence du médecin, mais c'est vrai que le travail est différent, moins lourd. Ce qui se passe aussi, quelques fois on n'a pas le temps de faire un pansement le matin, et on le reporte à l'après midi. Des choses qui reviennent comme ça l'après midi, parce qu'on n'a pas pu les faire le matin, ça finit par bien nous occuper. Et puis l'après midi on reçoit aussi les familles. Nous on est très sollicités par les familles, elles peuvent demander à voir le médecin tous les jours, et comme il est très disponible, il ne refuse pas. -- Souvent le médecin me demande d'être présente. Pour avoir d'autres éléments, apporter les informations, c'est très important pour les familles parce qu'elles sentent qu'il y a un lien entre les patients, le médecin et eux, bien sûr. Mais je ne peux pas toujours être présente ».

LES TRANSMISSIONS

« C'est sur que j'aimerais que ces transmissions soient plus courtes. Et c'est vrai que dans ce temps-là il y a des choses qui ne sont pas forcément dites, qu'on oublie, qu'on n'a pas le temps de noter, sinon ça prendrait un temps fou, avec certaines personnes il n'y a pas de soucis, elles n'oublient jamais rien, mais avec d'autres bien sûr ça arrive, mais sinon, je ne rencontre pas de grosses difficultés à ce moment-là.

Il peut y avoir DES LACUNES, OU DES MALENTENDUS. Par exemple, comme la plupart de nos malades sont perfusés, ce qui arrive le plus fréquemment, c'est que je ne sache pas à quelle heure a débuté la perfusion et à quelle heure elle se termine. Parce que c'est noté nulle part. Alors quelques fois je demande au patient l'information, et parfois ils sont capables de répondre, ou alors, je vérifie par rapport au volume de liquide qui est passé, on se débrouille de toutes façons.

Les équipes qui se remplacent (en 12 heures) ne se rencontrent pas. Elles échangent à travers les dossiers des patients, et pour les problèmes d'organisation du travail par des petits mots. Mais c'est insuffisant, mais on a pensé de mettre en place un petit cahier ».

DÉLÉGATION ET AUTONOMIE

« *C'est une équipe de 4 personnes. Je comprends que les aides soignantes sont très autonomes. Tout à fait, je peux leur DÉLÉGUER BEAUCOUP de choses, par exemple je peux leur demander de faire des perfusions, car c'est un acte qui n'est pas très difficile et qui n'entraîne pas de complications graves à condition que ce soit fait correctement.* En plus elles aiment bien qu'on leur demande des petites choses, les dextros par exemple, ou amener un patient à un examen.

LA COOPÉRATION ENTRE INFIRMIÈRES ET AIDES SOIGNANTES : je pense que dans les autres services elle ne se fait pas, sauf peut-être en maternité. Je pense que c'est (à cause) des mauvaises habitudes qui sont en place depuis des années. C'est partout pareil, même dans le public, je pense.

Conflits entre infirmières et aides soignantes DANS MON ÉQUIPE IL N'Y A PAS CE GENRE DE PROBLÈMES. Si j'ai le temps de vider un bassin, je le fais, si j'ai le temps de faire un lit, je le fais, je ne vais pas aller chercher un aide soignant pour lui dire de faire le lit, je ne crois pas que les aides

soignants soient exclusivement là pour ça, ça m'est déjà arrivé de faire manger un patient difficile. HONNÊTEMENT, ÇA NOUS CHANGE AUSSI UN PETIT PEU DE LAISSER LES SOINS TECHNIQUES DE CÔTÉ ET DE FAIRE LES LITS, ÇA NOUS RAPPROCHE DU PATIENT, ÇA NOUS REPOSE AUSSI UN PEU, AU DU MOINS C'EST COMME ÇA QUE JE LE RESENS, ET PUIS C'EST TOUJOURS AUX PERSONNES LES PLUS PRÉSENTES DANS LES CHAMBRES QUE LES PATIENTS SE CONFIENT LE PLUS FACILEMENT, et vous savez, nous sommes quand même dans un service difficile et les patients demandent souvent du réconfort, ils sont angoissés par rapport à leur devenir et ils nous faut du temps, malheureusement on n'a pas toujours le temps ».

TRAVAILLER EN ÉQUIPE DANS LE PRIVÉ ET DANS LE PUBLIC

« *Elle a une très longue expérience à l'hôpital public.* Je me suis toujours bien plu dans mon travail, je coopère facilement avec mes collègues, là où je travaillais avant, EN MATERNITÉ, C'ÉTAIT UN TRAVAIL D'ÉQUIPE, parce que je travaillais essentiellement en salle d'accouchement, où on a affaire au gynécologue, à la sage femme, et à la collègue aide soignante, et c'était un travail d'équipe et j'appréciais beaucoup.

LE PLUS IMPORTANT C'EST DE POUVOIR FAIRE CONFIANCE À L'AUTRE, de se dire : j'ai pas eu le temps de faire ça, mais je sais qu'elle l'aura fait. Cette confiance qu'on a entre nous ou on se dit que si on n'a pas eu le temps de faire telle ou telle chose, eh bien elle ne m'en tiendra pas rigueur. Ce genre de choses.

Les moments de tension qui peuvent apparaître : J'ai effectivement vécu des moments très difficiles, des moments d'angoisse, de stress très important, certains accouchements, il peut y avoir des situations plus ou moins dramatiques, mais on était toujours une équipe et on se soutenait les uns et les autres ».

C'est vrai que ÇA N'A PLUS RIEN À VOIR CE QUE JE FAIS MAINTENANT (en clinique). Par rapport aux aides soignantes, je voudrais travailler plus avec elles, PARTAGER LES SOINS AUPRÈS DES PATIENTS, mais je me rends compte que JE NE PEUX PAS, JE SUIS TOUTE SEULE DANS LE SERVICE, et AVEC TOUS LES SOINS QUE J'AI À FAIRE, JE NE PEUX PAS ME PERMETTRE D'ÊTRE AUPRÈS DES AIDES SOIGNANTES, c'est très rare. Mais je ne vois vraiment pas comment je pourrais collaborer avec elles dans le sens propre de la collaboration.

Des contacts avec les autres infirmières ? Malheureusement non, mais si j'ai besoin d'un médicament, par exemple, que je n'ai pas dans ma pharmacie, je peux monter au 2^{ème} pour leur demander. Et DANS L'ENSEMBLE, J'AI DE TRÈS BONS CONTACTS AVEC ELLES. MAIS DE LÀ À S'ENTRAIDER, NON, ON N'EN A PAS VÉRITABLEMENT LA POSSIBILITÉ. Et ça c'est un regret parce qu'on sait que quelques fois l'activité est moins importante à un niveau et on pourrait soulager ailleurs.

« TRAVAILLER AVEC UN SEUL MÉDECIN c'est un avantage, c'est sécurisant, on travaille avec les mêmes objectifs, et je m'entends très bien avec ce médecin. -- C'est arrivé qu'il me délègue une antibiothérapie à mettre en route, par exemple une sonde urinaire à mettre en place, je l'ai fait sans lui demander son avis parce qu'une patiente n'arrivait pas à uriner, il a confiance en nous.

Vous pouvez l'aider directement -- En lui donnant l'état du patient, en l'orientant vers la thérapeutique adaptée, par exemple pour la douleur, signaler ce qui manque ou ce qui est en trop, C'EST DANS CE SENS-LÀ QUE VA NOTRE COOPÉRATION, et moi je veille aussi, enfin, je suis un peu prétentieuse de dire ça parce que lui il le fait systématiquement, mais ON VEILLE À CE QUE LES TRAITEMENTS SOIENT LE MIEUX ADAPTÉS DANS LE TEMPS QU'IL FAUT.

Avoir un rapport privilégié - même s'il n'est pas présent tout le temps, il est joignable tout le temps sur son portable, on sait qu'il va nous répondre... ; physiquement il est présent dans la journée 4 ou 5 heures. Sinon, il travaille dans d'autres endroits ».

LES RÉUNIONS

« Il y a de plus en plus des RÉUNIONS de travail avec L'ACCREDITATION. Et bien moi personnellement je ne m'implique pas, je n'ai pas envie de m'impliquer, puisque je fais déjà beaucoup en tant que référente de mon service, mais il y a un groupe de travail qui est en train de monter ce projet.

Il n'y avait pas de réunions inter-services, pour voir ce qui ne va pas (ce qu'elle regrette). On a uniquement des réunions par service, et encore très rarement, depuis 2 ans que je travaille ici on n'a eu que 2 réunions ».

AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

« Depuis que je travaille ici, les choses ont beaucoup changé, parce qu'au départ, c'était pas du tout comme ça, on était moins nombreuses, et puis LES CONDITIONS DE TRAVAIL ÉTAIENT ÉPOUVANTABLES, j'ai fait bouger les choses, quand même. Au début, quand je suis arrivée, on travaillait sur les deux ailes (15 lits en médecine et l'aile de gynécologie, où il y a une dizaine de lits), et aujourd'hui j'ai obtenu d'avoir une infirmière pour la gynécologie et une pour la médecine. C'était épouvantable, ohlalala, on a vécu des choses terribles.

L'effet c'était qu'on ne pouvait pas faire le travail correctement auprès des patients ».

LA COOPÉRATION AVEC LES PATIENTS

« C'est sûr, il faut qu'à un moment donné le patient doit être acteur de ses soins, et moi je favorise beaucoup ça, JE FAVORISE ÉNORMÉMENT LE FAIT QUE LE PATIENT SE PRENNE EN CHARGE ET CONSERVE UN MAXIMUM D'AUTONOMIE, je n'arrête pas de dire ça aux aides soignantes, ne faites pas pour lui, essayez de lui faire faire, etc.

Par exemple, la mobilisation d'un patient qui n'a pas marché depuis quelque temps, sous prétexte qu'il n'a pas marché depuis longtemps, on ne va pas le faire marcher, et bien moi je vais vers le patient et je lui dis : voila, à partir d'aujourd'hui vous allez marcher, on s'entend bien, je ne vais pas faire marcher un patient qui n'est pas en mesure de le faire, évidemment. (...) Et si c'est moi qui le demande, l'infirmière, ça marche, alors que si c'est une aide soignante ça ne marche pas, ils répondent que le médecin leur a dit de ne pas marcher etc. --- Vous voyez, ce sont des gestes, on demande énormément la collaboration des patients.

Des mauvaises nouvelles à transmettre aux familles. Tous les jours, c'est évidemment un peu délicat, de plus, le médecin avec qui je travaille est peu souvent joignable, puisqu'il travaille à d'autres endroits, c'est très difficile à gérer, parce que la famille attend une réponse, une date presque, et là il faut faire preuve de tact.

Je leur retourne la question, ils me disent qu'ils pensent qu'elle n'est pas bien, qu'elle n'en a plus pour très longtemps, alors, moi je leurs dis « vous voyez bien, on fait ce qu'on peut, mais on ne peut pas faire de miracles », ou ce genre de choses. La question qui revient en permanence, c'est la question de la souffrance, et je leur réponds qu'on gère très bien la douleur, qu'on fait très attention.

Des relations conflictuelles entre les patients et les soignants. Il est arrivé une fois qu'un parent dise qu'on ne s'occupait pas bien de sa maman, parce que vraiment c'était sur des questions d'hôtellerie, mais pas sur un plan médical. C'est toujours là au dessus de notre tête. Mais je n'ai jamais eu à faire à ce genre de soucis, nous, nous expliquons beaucoup tout ce qui concerne le patient à celui-ci et à sa famille, pour nous tout est clair, le patient connaît son diagnostic, ce sont des patients qui nous sont adressés par L'HÔPITAL D'A..., d'ailleurs, parce qu'ON TRAVAILLE EN ÉQUIPE AVEC EUX. Donc c'est quand même pas anodin, parce qu'ils viennent d'une structure importante, publique, et qu'ils ARRIVENT CHEZ NOUS EN INTER-CURE, LE PLUS SOUVENT, ENTRE DEUX CURES DE CHIMIO, ETC. POUR NOUS, TOUT LE TRAVAIL EST FAIT, C'EST JUSTE UN TRAVAIL DE CONTINUITÉ. Je vous dis, À PART LA DOULEUR ET LES EFFETS INDÉSIRABLES DE LA CHIMIO, on traite comme on doit traiter et on n'a pas de remarques à ce niveau là ».

INFORMATISATION

« Non, on n'est pas informatisés, ça ne devrait pas tarder. -- Je n'appréhende pas, mais dans l'immédiat je n'en vois pas l'utilité ».

C'est lourd, LA POLYVALENCE. Ca dépend de ce qu'on y entend. Est-ce que ça veut dire ma possibilité de travailler dans plusieurs domaines ? (...) La polyvalence ça a un gros avantage, c'est qu'on peut travailler partout. Mais la polyvalence, comme je l'entends moi, c'est qu'actuellement, je sers de secrétaire, je sers de relais médecin-famille, de psychologue, et dans ce sens-là C'EST TRÈS LOURD À GÉRER AU QUOTIDIEN, MAIS CECI DIT C'EST AUSSI TRÈS GRATIFIANT. Parce que quand on sait que les patients, les familles ou les collègues ont confiance en vous, savent que vous pourrez répondre à leurs demandes, c'est très gratifiant. J'en tire un bénéfice, c'est sûr, c'est lourd à gérer certes, mais c'est valorisant aussi.

« *Avoir des bons rapports de coopération avec la direction.* Absolument, on a une DIRECTRICE DE LA CLINIQUE, et bon, je ne dis pas qu'elle accède à toutes nos demandes, parce qu'elle a des impératifs, mais bon, ELLE A ENTENDU QUE C'ÉTAIT TROP DIFFICILE POUR NOUS DE GÉRER DEUX SERVICES, ALORS ELLE NOUS A SÉPARÉES D'AVEC LE SERVICE GYNÉCOLOGIE. Et puis le matériel aussi, je peux vous dire que, LORSQUE JE SUIS ARRIVÉE DANS CE SERVICE, IL N'Y AVAIT RIEN, PAS UN TENSIOMÈTRE, RIEN ! PARCE QU'ILS AVAIENT DÉCIDÉ D'OUVRIR CE SERVICE VAILLE QUE VAILLE ET IL MANQUAIT BEAUCOUP DE MATÉRIEL, LES MÉDICAMENTS, JE PEUX VOUS DIRE, ON A RAMÉ, ET À UN MOMENT DONNÉ J'AI DÉCIDÉ DE DIRE STOP, J'AI RENCONTRÉ LA DIRECTION ET J'AI DIT QUE ÇA NE POUVAIT PAS CONTINUER COMME ÇA, LES PATIENTS N'ÉTANT PAS EN SÉCURITÉ. À PARTIR DU MOMENT OÙ VOUS DITES ÇA, ÇA BOUGE ».

PROJETS, CHANGER DE SECTEUR

« J'AI 48 ANS, ÇA FAIT SEULEMENT 5 ANS QUE JE SUIS DIPLÔMÉE COMME INFIRMIÈRE, ET J'AI L'INTENTION DE VOIR UN MAXIMUM DE CHOSES DANS MA CARRIÈRE, moi mes objectifs c'est d'aller voir un peu ce qui se passe ailleurs que ce soit privé ou public, JE PENSE MÊME FAIRE UN PEU DE LIBÉRAL ; PEUT-ÊTRE TERMINER MA CARRIÈRE EN PROVINCE, parce que je pense que c'est un autre aspect. Pas dans l'immédiat, parce que je me trouve bien là où je suis, mais je pense bouger encore. LA CHARGE DE TRAVAIL -- c'est très variable, c'est vrai qu'actuellement on n'a pas beaucoup de patients, mais c'est pas parce qu'on n'a pas beaucoup de patients, on n'a pas beaucoup de travail, on peut avoir des patients qui sont en fin de vie, des patients très lourds, (mais) LA CHARGE DE TRAVAIL ACTUELLEMENT EST TRÈS CORRECTE. Et puis on a un problème aussi, c'est quand IL MANQUE DU PERSONNEL, ON NOUS APPELLE SUR NOS JOURS LIBRES, alors quand on fait 4 fois 12 heures de suite, on est un peu fatigués ».

Eliette (AR22), infirmière en radiothérapie, hôpital (CHU)

13 ans d'ancienneté, collègue avec son mari, vision enchantée du milieu professionnel. Formation de 3 ans en radiologie à l'hôpital Pitié Salpêtrière, où elle est entrée en 1991 ; une première expérience professionnelle à l'hôpital (CHU), au service de radiologie générale, où elle a travaillé sur de diverses machines, IRM, scanner, etc. « On a un métier qui est très polyvalent ». En 1999, par souci de changement d'horaires, qui étaient une grande contrainte, a décidé de travailler en neuroradiologie, beaucoup plus spécifique, toujours à l'hôpital (CHU), où elle pense avoir « un parfait épanouissement professionnel ».

Tout se passe bien, les seules critiques sont à l'égard de la hiérarchie et de l'encadrement.

« LA JOURNÉE ORDINAIRE. *Travailler en symbiose avec les aides soignants.* -- La journée commence par un pointage, on signe à l'heure où on arrive, et c'est vérifié par un surveillant, et puis chaque mois on a un poste bien défini, et on est responsables de ce poste : IRM, scanner, radio standard, basculaire, et bloc, voilà ; ensuite on prend en charge un poste, par exemple moi ce mois-ci je suis au scanner, et on vérifie si tout est en place dans le dit poste, tout ce qui est soins, appareils de réa, enfin tout un tas de matériaux. *Elle fait toute seule la vérification* -- puisque je suis moi responsable de ce poste. Ça prend une bonne demi heure, parce qu'il manque souvent des choses, et on remet tout ça en place,

ensuite on remet un planning, et CE PLANNING EST RÉDIGÉ PAR UN AIDE SOIGNANT, QUI LUI VA CHERCHER DES MALADES, ET LÀ ON A UN SYSTÈME DE COOPÉRATION parce qu'on regarde ensemble quels sont les patients à aller chercher en lits, en chaises, comment on va s'organiser, quels sont les patients qu'on va faire le matin, quels sont ceux qu'on va faire après midi, quels sont les patients à jeun parce que leur traitement demande une injection, et ça c'est vraiment un travail en symbiose, ON ORGANISE VRAIMENT NOTRE JOURNÉE ENSEMBLE.

TOUJOURS EXPLIQUER -- C'est surtout des petites querelles qui peuvent survenir par exemple si je lui dis que tel patient doit être déplacé en lit et qu'il arrive là-bas et le trouve dans une chaise (...) IL FAUT SAVOIR - j'aime pas ce mot -, ORDONNER, IL FAUT SAVOIR DÉLÉGUER, IL FAUT SAVOIR INTÉRESSER, PARCE QUE C'EST VRAI QUE LES AIDES SOIGNANTS ONT UN TRAVAIL TRÈS DIFFICILE, ET LORSQU'ON LEUR EXPLIQUE UN PEU CE QU'IL FAUT FAIRE AU PATIENT, QU'ON LES IMPLIQUE, ÇA LES REVALORISE, ÇA LEUR DONNE UNE JOIE AU TRAVAIL, etc. Ca c'est important, JE DOIS TOUJOURS EXPLIQUER LE POURQUOI DU COMMENT, parce que c'est pas marrant d'aller chercher le patient dans sa chambre, alors bien sûr QUAND C'EST URGENT JE PEUX ÊTRE UN PEU SÈCHE, MAIS JE M'EXPLIQUE APRÈS (...), donc on a toujours cette relation à gérer, en plus ce sont des hommes, alors c'est toujours un peu particulier cette situation de femme qui demande, mais bon concrètement j'arrive à des bonnes choses.

LE TURN-OVER DES PATIENTS -- De 8h à 13h on voit une vingtaine de patients. Ca fait beaucoup mais c'est ce qu'on a. On a des patients valides, mais on a des patients comateux, et ON NE LEUR CONSACRE PAS BEAUCOUP DE TEMPS, on voit grâce à leur badge à qui on a affaire, on leur pose des questions de prudence élémentaire, et moi les patients je les vois pour la première fois, alors je leur demande rapidement s'il n'y a pas de contre-indications pour les examens qu'on doit leur faire, je les mets en place, je les positionne, je leur explique en quoi consiste l'examen, mais là encore, je n'ai pas le temps de m'attarder, alors tout ce qui est patients agités, on laisse tomber, on appelle les urgences et on leur dit : voilà, est-ce que vous pouvez vous en occuper, parce que moi je n'ai pas le temps de gérer cette situation, pareil pour les patients claustrophobes, on est là pour les aider, pour les rassurer, puis au bout d'un moment on en peut plus, parce que malheureusement... Bon, ça c'est vrai que c'est un manque dans ma profession, parce qu'en même temps il y a les patients qui attendent dans la salle d'attente et c'est un compromis à gérer tout le temps, et parfois ça râle alors on se dit zut, pourquoi ils râlent, on est à l'hôpital, il y a des urgences, les gens sont censés savoir, puis après on se dit : il avait rendez-vous à 10h et il est midi, comprends qu'ils aient le droit de râler. On est toujours dans ces contraintes.

Tous les patients valides je les fais toute seule, et éventuellement avec le médecin qui est là, puis les patients invalides je les fais avec mon aide soignant qui est tous les mois lui aussi assigné à un poste. Après, lorsqu'il y a des patients avec des pathologies très lourdes, on appelle d'autres personnes du service, ON EST UNE ÉQUIPE, et puis on dit voilà, je me retrouve avec ce problème, est-ce que vous pouvez me donner un coup de main ? Et puis bon généralement on arrive quand même à avoir du monde ».

ENTRAIDE OBLIGÉE DANS LE « NOYAU DUR » DE L'ÉQUIPE

« À PARTIR DU MOMENT OÙ TOUT LE MONDE TOURNE ET CHANGE DE POSTE, TOUT LE MONDE EST CONFRONTÉ À CE GENRE DE PROBLÈMES, DONC ÇA SE PASSE BIEN. On est consciente qu'il faut y aller, parce que SI ON RENTRE DANS LA POLITIQUE DU « JE NE VAIS PAS AIDER », ET BIEN QUAND CE SERA NOTRE TOUR, et bien personne ne sera là non plus, donc ça, ça peut pas marcher. ON DOIT CONSTITUER UN NOYAU DUR. De ce noyau font partie l'aide soignant, le médecin et moi. -- *Et comment ça se passe ?* Ca dépend. Ayant L'HABITUDE DE DEUX SERVICES, je peux vous dire que dans le précédent, on sentait quand même UNE BARRIÈRE. Et ici, ça se passe très bien, les relations sont très très bonnes, il y a VRAIMENT UNE ENTRAIDE, J'APPRÉCIE VRAIMENT CE SERVICE POUR ÇA ».

AIDER LE MÉDECIN

« Il y a une grosse organisation qui est là pour lui, on fait attention à ce que les dossiers soient en bon ordre, pour lui permettre d'être bien clair. La bonne gestion d'un planning, rien que ça pour un médecin c'est formidable, quand ils ont vraiment quelqu'un de confiance, ça compte beaucoup.

La compétence, le professionnalisme, la confiance, et puis aussi L'APPRENTISSAGE DE LA QUESTION DES URGENCES, et puis ÇA S'APPREND AUSSI, ON A DES FORMATIONS, bon, et puis connaissance, aussi, bien sûr.

Un dysfonctionnement du service ? Matériel défectueux, une mauvaise organisation, un manque de quelque chose, après c'est le médecin qui n'est pas sur place, et après il y a notre façon de réagir, par exemple le soir à 19h à cause de la fatigue.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE ÉLARGIE : Il y a 15 manipulatrices, il y a les gens à l'accueil, il y a les médecins, et les cadres ».

PATIENTS ET FAMILLES

« *Est-ce qu'un patient peut vous aider ?* Eh bien, par exemple pour les patients qui ont une très petite espérance de vie, que nous connaissons, il leur arrive de sourire et de plaisanter avec nous, et ça nous met du baume au cœur, ça AIDE À RELATIVISER.

Annoncer aux familles des nouvelles mauvaises. Ce n'est pas mon rôle ; moi je dis juste qu'on a fait l'examen, qu'il s'est bien déroulé, que nous avons obtenu de bonnes images et que le médecin va pouvoir interpréter. *Vous restez sur la qualité du produit technique.* Oui c'est ça, le reste n'est pas mon rôle et je ne voudrais pas avoir à faire ».

DÉFINIR LA COOPÉRATION

« *Qu'est-ce qui est important pour réussir une situation de coopération ?* LE RESPECT. Quand on arrive à se respecter entre nous, qu'on arrive aussi à respecter, non seulement le travail des supérieurs, mais aussi le travail des personnes qui sont situées sur une plus basse marche hiérarchique, et bien, L'ESSENTIEL est fait. ON CRÉE DES LIENS et des choses importantes. Et après, j'ai envie de dire qu'on a tous nos caractères, et qu'on a tous nos opinions différentes sur des sujets, et je pense qu'il est important, quand on n'arrive pas à s'entendre sur un problème, de FAIRE APPEL À UNE TROISIÈME PERSONNE, et ça c'est le rôle du cadre.

Et votre cadre remplit ce rôle ? Et bien, je vais être honnête avec vous, non, PAS VRAIMENT. Il est assez âgé, il est À TROIS ANS DE LA RETRAITE, et il me semble qu'il ne pense plus qu'à ça, il n'a plus du tout la motivation d'un jeune cadre dynamique qui a envie de créer quelque chose, de MOTIVER UNE ÉQUIPE. Alors que ma cadre sup., elle, elle est une dame formidable, elle sait temporiser, mais peut-être, des fois, elle ne prend pas de décisions assez tranchantes, n'assume pas assez son rôle de cadre en disant : « ce sera comme ça ».

Parfois il m'arrive de me retrouver avec un PLANNING INTENABLE, -- je vois ma cadre sup., et puis je lui dis : voila mon planning, à votre avis comment je peux m'en sortir ? Et là elle me dit mon dieu comment est-ce possible ? Et je lui dis que je n'en sais rien, puisque c'est à elle que revient cette responsabilité.

RÉUNIONS : Alors ça ON EN A BEAUCOUP ET ÇA NOUS A AIDÉ à vraiment avancer sur plein de domaines.

COMMUNICATION, INFORMATIQUE : Ça se passe très bien, puisqu'on a un responsable du service informatique qui s'est très bien occupé de notre formation. Tout le monde a eu sa formation, aussi bien la manipulatrice de 53 ans que la petite jeune qui vient de sortir de son école, et ça se passe VRAIMENT TRÈS BIEN, on a la chance d'avoir internet au travail, et je dirai même plus, il y a des copines qui n'étaient pas du tout informatique, et qui s'y sont mises grâce à cette occasion ».

TOURNER SUR LES HORAIRES

« Il Y A EU DES PROBLÈMES, ET JE ME SUIS BEAUCOUP BATTUE, si bien que j'ai été même une des initiatrices du projet qui a été mis en place. Les gens de l'assistance publique travaillaient en deux groupes, un qui faisait 8h-15h30, et une autre équipe qui faisait 12h20-20h, et c'était TOUJOURS LES MÊMES PERSONNES QUI TRAVAILLAIENT LE MATIN ET LES MÊMES LE SOIR. Et si vous voulez, au bout d'un moment je me suis dit pourquoi ? Ca a créé UNE GROSSE POLÉMIQUE, et je trouvais inacceptable qu'à notre époque il y a encore des services qui fonctionnent comme ça, et ON A RÉUNI TOUT LE MONDE, ON A FAIT DES GROUPES DE TRAVAIL, ET ON A BEAUCOUP RÉFLÉCHI LA DESSUS, CE QUI FAIT

QU'AUJOURD'HUI TOUT LE MONDE TOURNE SUR TOUS LES HORAIRES. J'ai vraiment vécu ça comme un dysfonctionnement, et depuis que ça a changé, il y a ÉNORMÉMENT DE CHOSES QUI SE SONT AMÉLIORÉES. Par exemple, les gens qui travaillaient le matin n'avaient pas le souci de terminer un planning, et de pouvoir rentrer à l'heure puisque de toute manière, l'équipe du soir était là. Alors maintenant que tout le monde tourne, c'est plus facile de se mettre dans la peau de l'autre ; c'en est impressionnant, tout fonctionne beaucoup mieux.

Surcharge de travail, formulaires IL Y A EN EFFET UNE CHOSE COMPLÈTEMENT ABSURDE, qu'on est obligées de faire, c'est de demander aux gens qui viennent consulter leur numéro de SÉCU. Et on est en pourparlers actuellement pour changer ça, parce que c'est de la perte de temps. Sinon le reste ça va, il y a des gens qui sont là pour nous aider à remplir les pochettes d'examen, c'est le rôle des gens de l'accueil, et heureusement qu'ils sont là, ça nous facilite la tâche.

Alors, CHANGER DE LIEU DE TRAVAIL NON, parce qu'ici c'est à coté de chez moi. Sinon DE TRAVAIL PEUT ÊTRE, J'AIMERAIS D'ICI DEUX TROIS ANS ME LANCER DANS DU MANAGEMENT, DE LA GESTION, FAIRE CADRE, parce que J'ADORE ÇA, FAIRE DES PLANNINGS, ORGANISER, etc. C'est vrai qu'on me dit souvent : qu'est-ce que tu es carrée, mais il faut bien, on a tellement de choses à faire dans la journée, tellement de responsabilités, qu'il faut bien s'organiser. C'est en effet une chose qui m'attire, à laquelle j'aimerais me consacrer et que j'aimerais bien voir aboutir, mais il faut d'abord que je laisse mes enfants grandir un petit peu ».

ON NE PEUT PAS TRAVAILLER ISOLÉ À L'HÔPITAL, ON A TOUJOURS BESOIN DE QUELQU'UN D'AUTRE. Donc ce n'est pas un caractère qui détermine l'entraide à la coopération, mais la situation, qui fait qu'on va spontanément aider quelqu'un parce qu'on sait bien que demain c'est nous qui aurons besoin de son aide, qu'il faut être solidaire. Et puis ce qui fait qu'on va aider, c'est le respect du travail de l'autre, tout simplement.

Yvonne (IA 23), infirmière anesthésiste à l'Hôpital (semi-privé, 92)

Yvonne a suivi une école d'infirmières après le bac, a eu son diplôme en 1980, à R..., ensuite a suivi son mari à L..., puis dans la région parisienne ; elle est ainsi passée du public au privé, ayant connu aussi le secteur associatif.

« J'ai eu mon bac éco-social en 77, je suis rentrée à l'école infirmière de R... en 78 et j'ai eu mon diplôme d'état d'infirmière en 80, j'ai travaillé 3 mois en famille réanimation à R... et j'ai dû partir de Reims parce que je me suis mariée, mon mari est dans l'industrie pharmaceutique, et on est partis sur L... À partir de là, j'ai fait de la réanimation et donc on est arrivés à L... en novembre 1980, j'ai commencé en réanimation aux hospices de L..., où j'ai travaillé 3 ans, ensuite j'ai passé mon concours d'entrée aux infirmières anesthésistes et j'y suis restée 2 ans, jusqu'en 85, et ensuite je suis allée à l'hôpital de L'A. Et je suis allée au bloc de chirurgie générale pendant 7 ans, et au bout de ce temps là je voulais changer de service, faire une autre spécialité, et ça n'a pas pu se faire et j'ai eu un coup de fil d'une clinique privée qui cherchaient une infirmière anesthésiste et c'était une clinique toute neuve et j'y suis allée. Et là j'y suis restée 3 ans, là on est en 95, et ensuite j'ai dû suivre mon mari à nouveau, qui est monté sur Paris, à R..., et j'ai voulu rester dans le privé, j'ai contacté plusieurs cliniques et je suis allé finalement au V., où j'ai fait beaucoup de chirurgie thérapeutique, et j'y suis restée jusqu'en 98. La clinique ne fonctionnait plus très bien, et je ne suis pas du genre à attendre, et donc j'ai pris les devants et je suis rentrée à l'hôpital F. en 98. Voilà ! (*Le nombre de lits dans votre hôpital ? Je ne sais pas.*)

Observations sur la longue durée entre les deux secteurs, privé et public, en ce qui concerne vos conditions de travail ? Dans le public je n'ai travaillé qu'à Lyon dans les hospices publics, et ici à F. c'est un CH, à moitié privé.

Vous n'avez pas choisi les cliniques privées volontairement ? Au début non, c'était le hasard et ça m'a plu parce que les conditions de travail étaient réglées, tout le monde savait de quoi il devait

s'occuper, et c'était bien. Au V. c'était différent. L'organisation était tout à fait différente et c'est un peu pour ça que j'ai quitté la clinique. CA PEUT ÊTRE TRÈS DIFFÉRENT DANS LE PRIVÉ, À L'HÔPITAL, ÇA DOIT ÊTRE PLUS SEMBLABLE D'UN HÔPITAL À L'AUTRE, parce qu'il doit y avoir un médecin et un anesthésiste par salle, alors que dans certaines cliniques, il y a parfois un médecin pour trois salles, et une infirmière qui tourne à droite à gauche, et j'ai estimé à un moment qu'il valait MIEUX TRAVAILLER DANS CERTAINES CONDITIONS DE CONTINUITÉ, QU'IL NE FALLAIT PAS BOUGER À DROITE À GAUCHE, qu'il fallait un suivi de A à Z. Parce que LES CONDITIONS DE SÉCURITÉ PARFOIS ÉTAIENT UN PEU LIMITE, donc pour peu qu'on soit un peu anxieuse, il y a un moment où ça devient un peu difficile.

Une journée ordinaire de travail. À l'hôpital en principe on sait à quelle heure on va terminer, d'autant plus que JE TRAVAILLE DANS UN BLOC OÙ IL N'Y A PAS D'URGENCES, et moi j'arrive vers 7 heures pour préparer le matériel, et je termine vers 17h, mais J'AI TOUJOURS FAIT DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES. À L'HÔPITAL, on préparait sa table, chaque infirmière préparait sa salle, et on avait un médecin anesthésiste par salle, et on suivait le programme qu'on avait, c'était assez réglé. EN CLINIQUE ça se passait à peu près de la même manière, mais j'essayais de PRÉPARER PLUSIEURS SALLES PARCE QUE JE TRAVILLAIS AVEC PLUSIEURS MÉDECINS et je pensais que ça leur ferait plaisir, à l'époque on était encore aux 39 heures, et je faisais 7h 17h et je faisais autour de 50 heures par semaine, et dans cette clinique privée il n'y avait pas un médecin par salle et je m'occupais d'une salle, et j'ai fait beaucoup d'inductions seule, et c'était assez pratique parce que les salles d'anesthésie étaient communicantes, donc ça se passait comme ça... Ensuite, au V., il y avait un médecin tous les deux salles, et il arrivait qu'on laisse un patient seul pendant qu'on endormait un autre patient. IL M'EST ARRIVÉ MÊME D'ÊTRE SUR DEUX SALLES, ce qui était déjà beaucoup moins confortable. Mais à Lyon il n'y avait rien à dire. À F., il y a un médecin par salle et une infirmière par salle, on a le programme, il n'y a rien à dire mais on travaille sur 12 heures, c'est un peu différent.

HORAIRES PRÉFÉRÉES ET GARDES C'est vrai qu'en travaillant 3 jours de 12 h, on a des jours pleins de récupération dans la semaine. Par contre à F. on a aussi des gardes de 12 h, et parfois il arrive de les faire à la suite des 12h de travail, ce qui fait 24h. Il m'est arrivé de faire encore 6h le matin, et avec le temps c'est un peu lourd. À partir de 45 ans ça commence à être lourd. évidemment, elles sont bien payées ces gardes, mais est-ce que ça vaut la chandelle ? Et au niveau de la sécurité...

Mes collègues, elles sont jeunes, et le fait de gagner plus les intéresse. Et le fait de travailler 3 jours ça leur permet aussi de travailler ailleurs dans le privé. Moi je ne veux plus faire le privé, je suis un petit peu échaudée, et il y a beaucoup d'endroits où c'est l'argent qui prime, bon, et moi je suis infirmière, et j'ai toujours voulu être infirmière, papa était médecin, donc j'aime beaucoup les médecins, mais il y a des limites, on a tous besoin de gagner notre vie, mais il y a des limites. À Lyon par contre c'était vraiment reglo ».

COOPÉRATION, DÉLÉGATION AU BLOC

« À F., on fait toujours l'induction avec les médecins, à partir de là, la plupart du temps nous sommes seules en salle, on peut joindre le médecin où il est, il y a des médecins qui restent plus que d'autres en salle, mais en règle générale on reste seules en salle. Si le malade a un problème particulier le médecin reste, mais sinon, on surveille le patient durant toute son opération, et on a été formées pour détecter les problèmes et on est en mesure de contacter le médecin dès que le besoin se présente. On a un interphone et un bouton d'alarme, qui se répercute dans tout le bloc. Ici on travaille dans des bonnes conditions de sécurité.

On est en interaction avec nos collègues dans la mesure où pour les grosses urgences on est en gamme, on est 2 infirmiers anesthésistes, plus un médecin, sinon, on travaille avec les instrumentistes, et les panseuses, et puis parfois on les aide un peu, on leur donne un fil, mais on ne peut pas dire qu'on travaille ensemble, c'est quand même des tâches bien délimitées.

On peut dire qu'on travaille ensemble et on peut dire aussi que les infirmières du bloc sont très proches des chirurgiens et nous on est très proches des anesthésistes, et donc ça fait déjà deux camps, donc l'instrumentiste aura tendance à défendre les chirurgiens et nous les anesthésistes...C'est vieux comme Hérode, ça, les chirurgiens eux-mêmes ont toujours été en conflit avec les anesthésistes, et donc ça se répercute.

Rapport aux aides soignantes Il n'y en a qu'en salle de réveil. En tant qu'anesthésistes on ne fait pas de lits sauf en salle de réveil où le soir un fait les lits avec les aides soignantes, on le fait sans problème ».

OBJETS DE CONFLIT

« Le chirurgien va dire par exemple le malade ne dort pas, et l'instrumentiste va le répéter. Le chirurgien est en retard, et bien c'est pas grave, le chirurgien est en retard, et nous on poireaute, pendant parfois une heure, avec le malade endormi, installé, c'est pas grave, monsieur est en retard. Alors forcément il y a des conflits en démarrant, des problèmes d'horaires.

Alors les chirurgiens sont souvent pressés, alors ils nous tannent pour faire une autre salle, et nous on fait pour le mieux, et eux étant souvent pressés, c'est une tension et une source de stress importante.

Ca peut être différent d'un chirurgien à un autre, mais en majorité c'est le cas. Moi J'AI CONNU UN CHIRURGIEN DANS LE PRIVÉ QUI, SI UN MALADE NE DORMAIT PAS QUAND IL ARRIVAIT DANS LE BLOC, C'ÉTAIT LE DRAME, ET IL FALLAIT QU'IL FASSE TROIS SALLES EN MÊME TEMPS. ET IL Y AVAIT QUELQU'UN QUI LE GUETTAIT POUR VOIR S'IL ARRIVAIT SUR LE PARKING. Donc vous voyez à quel point... la pression...et quand on n'avait pas fini le programme d'un de ses confrères et bien il fallait quand même caser ça vite fait. Et c'est vrai que travailler sous pression comme ça c'est un risque de faire des erreurs.

Les surveillantes du bloc op, ne nous aident pas beaucoup à ce niveau-là, (car) elles sont plutôt proches du chirurgien. Parce que les chirurgiens sont les chefs, bien que les anesthésistes soient sur le même plan, et puis le chirurgien vous dira c'est moi qui a la clientèle.

Il y a beaucoup de conflits autour du respect des règles de l'asepsie ? Ca c'est la responsabilité de la panseuse et de l'instrumentiste, ce sont elles qui contrôlent, nous on fait les gestes dans les règles, mais là encore on est pressées et on fait les choses au mieux, mais bon... »

LES RAPPORTS AVEC LE PATIENT

« Pour nous c'est assez privilégié, c'est-à-dire qu'on peut voir le patient quelques heures avant, on discute avec lui, il finit par nous faire confiance, c'est sur que tout le monde ne nous fait pas confiance, mais c'est vrai que les patients sont généralement moins confiants qu'avant, et souvent ils n'osent pas poser les questions au chirurgien, alors ils nous les posent à nous, et on essaie de les rassurer, le mieux possible. Bon, NOUS AVONS DE MOINS EN MOINS LE TEMPS DE NOUS OCCUPER DES PATIENTS, IL Y A DE PLUS EN PLUS DE PAPIERS À REMPLIR, ET DE MOINS EN MOINS D'INFIRMIÈRES et on a donc moins de temps à leur consacrer, par rapport à l'époque où je faisais mon école d'infirmière. Y compris les surveillantes des salles. Moi JE CONNAISSAIS DES SURVEILLANTES DANS LE TEMPS QUI CONNAISSAIENT LEURS PATIENTS PAR COEUR, QUI AIDAIENT LES INFIRMIÈRES, enfin bon, et au niveau formation elles avaient aussi des élèves infirmières, et MAINTENANT, ELLES SONT TOUT LE TEMPS EN RÉUNION. J'ai failli faire l'école des cadres et je ne l'ai pas faite, parce que ça ne me plaît pas d'être en réunion tout le temps et de parler de choses et d'autres alors qu'on n'avance pas forcément. MOI JE CROIS QU'ON DOIT ÊTRE PROCHE DU MALADE, que le malade doit être soigné bien sûr mais aussi entouré, écouté, il a besoin de soins intensifs, il a besoin de monde qui l'entoure.

Les malades parlent plus avec des femmes de chambre Oui, certainement parce que ce sont elles qui travaillent le plus souvent dans les chambres, et qui sont à leur contact. Et il y a eu des écoles d'infirmières de fermées, alors qu'on sait bien qu'il y aura toujours besoin d'infirmières.

Contacts avec les familles Beaucoup dans les services lourds, en réanimation, mais maintenant beaucoup moins, parce qu'on a moins de temps, et puis il y a aussi les histoires des intérimaires, vous savez, on a dû vous en parler, et je ne crois pas que ce soit une bonne solution, parce qu'il y a des filles qui arrivent dans des services qu'elles ne connaissent pas, et c'est quand même difficile quand il y a un problème quand on ne sait pas à qui faire appel, ça complique tout. C'est délicat de travailler dans un endroit où on ne sait pas où est le chariot d'urgence, ce n'est globalement pas une bonne concession ».

L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS GÉNÉRALES

« À l'hôpital F. c'est semi privé, donc... ça ne m'évoque pas grand' chose, mais dans l'ensemble je trouve que LES GENS SONT MOINS AIMABLES, PLUS PRESSÉS, PLUS MÉFIANTS, donc, et pourtant, il y a MOINS D'ACCIDENTS QU'AVANT, ON A DU MATÉRIEL PLUS PERFORMANT, L'ANESTHÉSIE A BEAUCOUP ÉVOLUÉ... Et L'ASPECT RELATIONNEL N'EST PAS PROPORTIONNEL À L'ÉVOLUTION TECHNIQUE, AVANT LES GENS NOUS REMERCIAIENT, NOUS OFFRAIENT DES CADEAUX, MAINTENANT C'EST PLUS TROP LE CAS ».

L'ADMINISTRATON

« J'ai toujours eu du mal avec l'administration. Quand j'ai voulu être infirmière, je me suis présentée à l'école et j'avais un entretien, mais l'option du bac tombait en même temps que l'entretien. Papa a téléphoné à la directrice de l'école pour lui dire que l'épreuve tombait en même temps que l'entretien et pour lui demander de déplacer l'entretien, et elle n'a jamais voulu, elle a dit que je devais choisir entre mon bac et l'école. Je suis quand même allée à l'entretien, et j'ai quand même eu mon bac du premier coup. Ensuite pour l'école d'anesthésiste à Lyon, on s'inscrit au concours et on nous dit peu de temps après qu'on nous empêchait de passer le concours parce qu'ils voulaient prendre les plus anciennes. Et on s'est battues, pour passer le concours, et on a fini par le passer, et puis je l'ai eu. Quand je suis partie de l'hôpital de Lyon, on m'a mis une pression d'enfer parce qu'elle ne voulait pas que je démissionne, je leur dis écoutez, c'est comme ça, et on me disait que j'avais pas le droit. Bon, voilà, cela n'a jamais été très clair. Et moi, depuis, l'administration, ce ne sont pas des gens que j'aime beaucoup. Il y a eu une histoire, on a eu deux jeunes femmes qui avaient une hémorragie aiguë, et les infirmières de la salle de réveil se sont proposées de nous aider, d'aller chercher du sang et d'autres choses comme ça. Et elles sont restées au-delà de leur temps réglementaire, c'est-à-dire qu'elles sont restées jusqu'à 24h au lieu de 20h, et elles se sont fait disputer par une surveillante, alors que c'était une urgence extrême. Et ça finit par agacer un peu ».

DES RÉUNIONS DE SERVICE

« On en a deux par an, mais il n'y a pas de problèmes particuliers, on n'en a pas besoin de plus et il faut dire que nous, les infirmières anesthésistes, on s'entend bien ensemble et on se soutient mutuellement, on n'a pas de soucis.

Des réunions pour formuler ses doléances Ce sont rarement des surveillantes sur place, des surveillantes de service, mais plutôt des surveillantes générales qui posent problème, et c'est souvent difficile pour les surveillantes de service de dire à l'administration quelque chose parce qu'elles sont liées à l'administration et que c'est difficile d'aller contre elle, elles sont entre les deux, là. Et c'est pas confortable ».

PERSPECTIVES POUR LA PROFESSION

« *Les sujets le plus souvent abordés informellement* Moi je parle beaucoup boulot, on parle de ce qu'on a fait le matin, des problèmes particuliers avec les malades, des problèmes techniques. (*Le salaire ?*) On ne parle pas beaucoup du salaire, ma génération on ne parle pas beaucoup du salaire, les jeunes en parlent beaucoup plus, nous non, on n'a pas fait ça pour gagner des sous, on savait où on allait, on a fait ça parce qu'on était motivées. Ca a changé. C'est sur. Moi ce qui me fait un peu peur c'est qu'on parle du fait que LES INFIRMIÈRES FERAIENT ENCORE PLUS D'ÉTUDES, ELLES PENSENT GAGNER PLUS EN RENTRANT DANS UN CURSUS UNIVERSITAIRE, mais je crois que ce n'est pas le cas, et je ne crois pas que ce serait une bonne idée. Moi j'ai quand même fait 28 mois et deux ans d'infirmière anesthésiste, ce qui fait près de 4 ans et demi. C'est vrai qu'on a beaucoup de primes plus les gardes qui sont, elles, bien payées, on a un salaire correct, le problème c'est qu'avec la nouvelle convention, les jeunes infirmières auraient plus dès le départ, mais ensuite on stagnerait pour finalement se retrouver avec presque autant et ça c'est pas une bonne chose non plus.

Vous envisagez de changer de secteur ? Non, plus maintenant, ici c'est très varié, on change de spécialité tous les jours, et on travaille bien donc non.

Vous avez des stagiaires ? Oui et ça se passe bien, en général elles sont motivées, donc ça se passe bien ».

Isabelle (IL29), infirmière libérale

Sa carrière a commencé tard, à 33 ans, après avoir été contrôleur aérien militaire ; parcours en lien avec celui de son mari. Son père faisait « des petits boulots », le dernier a été celui de surveillant à Roissy, il est décédé depuis et elle n'avait pas des contacts avec lui ; sa mère travaillait en tant que personnel civil (secrétaire) pour la défense.

« Avant j'avais été contrôleur aérien militaire, donc rien à voir, non, mais je voulais être infirmière au départ et je n'ai pas pu le faire, tout ça pour des raisons économiques, familiales, enfin tout ce qu'on peut imaginer, et je m'étais dit qu'un jour j'essayerai quand même. Donc j'ai passé mon concours d'entrée à l'école infirmière après avoir eu mon 3^{ème} enfant, en 93 et j'ai été reçue, j'ai commencé mes études en 93, j'ai fait une première année à Tours, et à la fin de ma première année mon mari a été muté à M. Donc il a fallu que je fasse un peu de forcing pour qu'on me prenne à l'école de M., parce qu'ils n'avaient pas validés les mêmes modules en première année. Et ensuite ça m'a fait perdre une année dans la mesure où ils ont voulu que je passe les deux modules que je n'avais pas passés à Tours, et ils m'ont réintégré en 2^{ème} année l'année suivante. J'ai terminé en décembre 97 et là j'ai été intégrée tout de suite à l'hôpital à M. dans le service où j'avais passé mon diplôme, c'est-à-dire le service de chirurgie orthopédique.

... Au début, ça m'a beaucoup perturbé, parce ça m'a fait perdre une année, et comme j'avais de très bons résultats, c'était vécu comme un redoublement et une punition, d'autant plus que je passais d'un grand IFSI à un petit IFSI⁴¹, avec des locaux plus petits, une bibliothèque plus petite, et je ne l'ai pas bien vécu, m'enfin bon, j'ai passé mon diplôme en décembre 97. J'ai été embauchée dans le service dans lequel j'avais passé mon diplôme, ce qui ne correspondait pas du tout à mes souhaits, parce que j'avais demandé le SAMU, soins intensifs de cardio ou réanimation, et je suis tombée en chirurgie orthopédique, et je suis restée un an dans le service et pour cause de mésentente avec les collègues, j'ai demandé à changer (...) Je suis descendue d'un étage, je suis arrivée au service de chirurgie viscérale et urologique, et là j'ai fait un an dans le service et ça s'est très bien passé mais au bout d'un an on m'a demandé de redescendre encore d'un étage en chirurgie vasculaire parce qu'il manquait du personnel. Et ça c'est très très bien passé. Et puis sur ce service est venu se greffer par la suite du digestif lourd. Je suis restée à peu près un an dans ce service et puis mon mari a été muté ici, en région parisienne... Je ne savais pas du tout avec le temps de transport comment je pouvais travailler, et donc j'ai fait de l'intérim pendant un an, j'ai été intérimaire, un peu au CCL à S., et ça m'a pas plu du tout parce que souvent les intérimaires sont très mal vus, très mal accueillis, et en plus de ça c'était pas facile, je prenais mon train à 6h le matin, je rentrais à 10h le soir, pour faire mes 12h, et puis S. les filles se faisaient cambrioler leurs affaires à l'intérieur du service, il fallait traverser les cités, il y avait les combats de pit bulls, enfin, je me suis dit que c'était pas pour moi, et puis j'ai fait quelques missions en maison de retraite, ce qui ne m'intéressait pas, mais j'ai fait pour voir ce que c'était, et puis on m'a proposé la clinique S. M. et là j'ai fait pratiquement tout le reste de mon intérim, parce que finalement je m'arrangeais avec les surveillants. Et puis, au bout d'un moment, comme on était satisfait de mon travail – enfin, partout où j'allais on était satisfait de mon travail, on me voyait arriver, on se méfiait, et puis quand j'arrivais la deuxième fois ça allait mieux –, (...) le surveillant me demandait si je ne voulais pas signer un contrat, et moi je disais non, non, je suis très bien en intérim, je ne travaille que quand je veux, et puis je continuais, et puis régulièrement il me proposait de me faire un contrat, et il a fini par me dire que ça pouvait se négocier, et moi j'ai dit : m'enfin quand même, vous ne vous rendez pas compte, et il insistait en me disant que ça pouvait se négocier et moi je n'y croyais pas du tout jusqu'au jour où il a tout géré avec la direction et ils m'ont fait un contrat à ces conditions-là, c'est-à-

⁴¹ Institut de formation en soins infirmiers.

dire que je travaille et que j'ai tous mes mercredis, tous mes week-ends, tous mes jours fériés et toutes les vacances scolaires, ce qui est quand même assez fabuleux. Et ce sont eux qui ont insisté pour m'avoir à ces conditions-là. Et là c'est la troisième année de contrat où je travaille à [la Clinique], et je leur ai demandé de faire des remplacements à tous les services, c'est-à-dire que je fais aussi bien de la médecine que de la cancéro et de la chirurgie, enfin un peu de tout. Et donc je suis volante sur la clinique, et donc je bouche un peu les trous, et ça me réussit bien parce que j'arrive à valoriser toutes mes compétences accumulées dans tous les services ».

Dans cette clinique, il y a deux services de chirurgie qui ont 37 lits chacun, un service de chirurgie ambulatoire, de 25 lits, un service de médecine oncologique qui a une vingtaine de lits, un service de chirurgie orthopédique ambulatoire qui a officiellement 6 fauteuils, et un service de soins intensifs où il y a 6 lits.

Elle est devenue très indépendante dans son travail, en tirant profit de sa polyvalence, du fait d'avoir négocié des horaires exceptionnels (réussissant une harmonie rare entre vie familiale et vie professionnelle), d'être « volante », faisant toute seule fonction de « pool » dans cette clinique, qu'elle apprécie plutôt pour les conditions de travail. Il est intéressant aussi qu'elle souhaite (en « premier vœux ») un personnel infirmier mieux formé, et plus de personnel en « second vœux » seulement.

LES INTÉRIMAIRES

« C'est un problème d'organisation de la part de ceux qui reçoivent LES INTÉRIMAIRES, ils n'ont qu'à laisser à l'intérimaire que ce qu'elle est capable de faire toute seule, c'est-à-dire pansements et soins techniques, par contre tout ce qui est coups de téléphones et visites il ne faut pas le laisser à l'intérimaire, et donc quand on n'est que 2 infirmières sur un service, et bien LA RÉGULIÈRE PEUT FAIRE TOUT CE QUI EST ADMINISTRATIF ET LAISSER INTÉRIMAIRE FAIRE TOUT CE QUI EST TECHNIQUE, mais c'est sûr que lorsqu'on laisse l'intérimaire se débrouiller et qu'on ne l'accueille pas déjà, on perd un temps fou.

Ici, comme tous les intérimaires, j'ai été reçue avec méfiance, comme de coutume, et puis quand on fait ses preuves on n'a plus de problèmes.

FAIRE UN POOL TOUTE SEULE – en tournant sur tous les services tout le temps, « sauf ce mois dernier où il manquait deux infirmières en service de chirurgie orthopédique, sinon je ne fais pas 4 jours le même service ! Je suis quand même contente parce que je crois que je suis quelqu'un qui m'ennuierais très facilement dans un service. Et puis au bout d'un moment j'ai l'impression de perdre tous mes acquis à faire tout le temps la même chose. Donc je fais aussi de la cancéro, de la salle de réveil... Donc oui ça me satisfait d'être volante comme ça. Il y a le fait que J'ACTUALISE MES CONNAISSANCES, et puis, DEUXIÈME INTÉRÊT, C'EST QUE JE CONNAIS DU MONDE SUR LA CLINIQUE, JE TRAVAILLE AVEC TOUT LE MONDE, j'ai tous les avantages sur la clinique parce que je suis toujours contente de trouver les collègues d'un service ou d'un autre, EN REVANCHE, JE N'AI PAS LES DÉSAVANTAGES QUI SONT LIÉS À UN SERVICE OU À UN AUTRE. TOUS LES PETITS CONFLITS INTERNES AU SERVICE, JE VOIS ÇA DE L'EXTÉRIEUR et je ne suis pas impliquée dedans et ça me permet de rester sans soucis ».

ÉCHAPPER AUX CONFLITS INTERNES

« J'ai un exemple très précis, c'est dans le service de chirurgie viscérale à l'heure actuelle, (il y a une) mauvaise ambiance entre collègues, parce que c'est UNE ÉQUIPE QUI A DÛ ÊTRE REMANIÉE À PLUSIEURS REPRISES, PARCE QUE VU LA CHARGE DE TRAVAIL, LES NOUVELLES EMBAUCHÉES NE RESTENT PAS, donc LES NOUVELLES EMBAUCHÉES QUI REVIENNENT, IL FAUT TOUT LEUR MONTRER, ET PUIS ELLES NE TRAVAILLENT PAS COMME LES AUTRES. Donc on a deux groupes dans ce service, d'une part les *madame je sais tout du service*, qui se croient les meilleures, et puis les autres qui sont considérées comme moins bien, parce qu'elles sont moins efficaces, parce qu'elles travaillent un peu moins bien, donc il y a un problème d'organisation du travail. Il y a MANQUE DE CONFIANCE DE CE

QUE J'APPELLE LE NOYAU DUR PAR RAPPORT À LEURS AUTRES COLLÈGUES. Et là il y a une nouvelle embauchée qui a à nouveau menacé de s'en aller, et elle est en coupure, c'est-à-dire 8h – 16h et selon l'équipe avec laquelle elle travaille, ON NE LA LAISSE PAS FAIRE CERTAINES CHOSSES, ET AU LIEU D'AVOIR UNE CHARGE DE TRAVAIL DÉFINIE, C'EST EN FONCTION DES COLLÈGUES DE CE QU'ELLES VOUDRONT BIEN LUI LAISSER FAIRE, c'est-à-dire qu'une va lui laisser faire les pansements sales parce qu'elle ne veut pas les faire ; l'autre qui va vouloir faire les pansements et l'autre elle va devoir faire la papperasse, et du coup un conflit, et celles qui sont habituées elles vont critiquer la nouvelle dans le dos, qui se sent mal à l'aise, etc., etc ».

LE CONFLIT ENTRE LES FILLES DE VASCULAIRE ET LES FILLES DE VISCÉRALE

« Oui, j'ai aussi un autre exemple qui est flagrant à [la Clinique], c'est UN CONFLIT pas au sein d'une équipe, mais ENTRE DEUX ÉQUIPES. C'est-à-dire qu'entre les filles de vasculaire et les filles de viscérale, il y a un conflit. Les filles de vasculaire refusent de prendre en charge les filles de viscéral, soit disant parce que ça pue, que c'est sale, etc. Donc DÈS QU'IL Y A URGENCE, DÈS QU'IL N'Y A PLUS DE PLACE, ET BIEN C'EST LA PETITE GUERRE, elles vont vérifier sur le planning qu'elles ont bien encore de la place, elles vont faire des problèmes, QUAND IL Y A UN MALADE D'ORTHOPÉDIE QUI EST INFECTÉ ON LE REPASSE VITE EN VISCÉRAL PARCE QUE C'EST SALE, enfin, voilà. Quand il y a un malade de médecine qui est hébergé en ortho, hophophop, on ne touche pas, on ne sait pas faire, etc. Et c'est idiot.

CONFLITS ENTRE ÉQUIPE DE JOUR ET ÉQUIPE DE NUIT. L'équipe de nuit est toujours considérée par l'équipe de jour comme un peu feignante, qu'elle ne refait pas toujours les pansements, qu'elle ne change pas les malades la nuit, ensuite quand il y a des irrigations pour les malades qui ont été opérés de la prostate, les gens le lendemain ont la sonde bouchée parce qu'elles ont ralenti l'irrigation pour ne pas aller trop souvent changer la poche, parce que les constantes ne sont pas prises le matin alors qu'elles devraient être..., etc.

ENTRE LES INFIRMIÈRES ET LES AIDES SOIGNANTES ça se passe généralement bien, globalement, il y a en ce moment une aide soignante qui me fait du souci quand je travaille avec elle, parce qu'elle prend des initiatives qui ne sont pas de son ressort, et elle ne fait pas passer l'info. L'autre jour, elle a déperfusé une dame qui était à jeun depuis 3 jours et quand l'anesthésiste est passé pour faire sa visite, il s'est demandé pourquoi elle n'a pas été maintenue sous perfusion, et moi c'est ensuite que j'ai appris tout ça. Et ça c'est pas la première fois que ça arrive. Et c'est ce qui me dérange mais je n'ai pas eu l'occasion de lui en faire la remarque parce que je tourne et je ne suis pas revenue encore la voir ».

NE FAIRE PAS PARTIE D'UNE ÉQUIPE, TOUT EN APPARTENANT AU CORPS PROFESSIONNEL

« C'était un de mes questionnements il y a pas longtemps, je me suis sentie très mal à l'aise parce que, bien que faisant à peu près ce que je voulais dans la clinique, je me disais que je ne faisais plus partie d'aucun service, et quand je travaille quelque part, je suis intégrée, mais quand il y a des choses qui se passent en bien ou en mal, je ne partage plus les soucis, je ne fais pas partie de l'équipe. Par exemple, on est en train de construire une nouvelle clinique, on va déménager dans de nouveaux locaux, et à chaque équipe, on a fourni les plans en disant : dites nous ce qui vous convient, ce qui ne vous convient pas. Moi JE N'AI JAMAIS FAIT PARTIE D'AUCUN GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PLANS, ON NE M'A JAMAIS DEMANDÉ MON AVIS. Et je me suis retrouvée à voir les plans, et à écouter mes collègues discuter, mais je n'ai jamais pu me placer. Après, au début, je faisais partie d'un groupe de travail sur la douleur et puis ce groupe a été abandonné, et depuis je vois toujours mes collègues qui me disent : j'ai encore un groupe de travail, j'ai encore ci et ça, et moi on ne me demande rien. Et c'est moi qui suis OBLIGÉE D'ALLER PLEURNICHER ET DEMANDER POURQUOI JE NE SUIS PAS INTÉGRÉE, ET ON ME RÉPOND QU'ON NE PENSE PAS À MOI PUISQUE JE NE FAIS PAS PARTIE DU SERVICE. Voilà, C'EST CE QUE J'APPELLE LE REVERS DE LA MÉDAILLE. Et là c'est pareil, on va avoir la fête de la clinique, et on fait chaque année des sketches, et moi je suis intégrée aussi à un sketch, mais quand j'entends les filles travailler, c'est le sketch du service et moi je ne suis pas intégrée dedans. C'EST UN PETIT PEU FRUSTRANT, ET D'UN AUTRE CÔTÉ JE ME RENDS COMPTE QUE JE NE POURRAIS PAS RESTER PLUS D'UN MOIS DANS LE MÊME SERVICE, JE SERAIS TROP FRUSTRÉE.

Est-ce qu'une contrepartie de ça ce seraient des relations privilégiées avec d'autres personnels de la clinique ? Et bien j'ai dû demander un jour au cours d'une réunion de service à laquelle j'avais été invitée si les chirurgiens n'étaient pas satisfaits de mon statut de volante. Et je leur demandais si ça ne leur posait pas un problème, et ils m'ont répondu que non parce qu'ils me faisaient confiance. Et c'est vrai que je me balade partout mais qu'au moins on me fait confiance ».

CRITÈRES POUR ÉVALUER LA RÉPUTATION DES CLINIQUES

« Je pense qu'il y a certaines choses qui rentrent en ligne de compte, on peut avoir de très bons retours comme on peut en avoir de très mauvais. IL Y A PLUSIEURS CHOSES QUI PEUVENT FAIRE QU'ON A MAUVAISE RÉPUTATION ET LA PREMIÈRE C'EST LE MANQUE DE PERSONNEL. ON EST TROP PEU AVEC TROP DE PATIENTS ET ON NE PEUT PAS ASSURER TOUS LES PATIENTS.

La deuxième à mon avis c'est LE TYPE DE CLIENTÈLE, c'est-à-dire que les gens à la clinique sont beaucoup plus exigeants, ne comprennent pas pourquoi on les met en chambre double, parce que s'ils viennent en clinique c'est pour avoir des chambres particulières.

Et puis il y a DES GENS QUI N'ONT PAS EU DE CHANCE, qui se sont retrouvés avec une mauvaise infection après l'opération, il y en a qui ont eu des accrocs avec l'équipe de nuit, donc ça je crois que c'est ce qui fait qu'une clinique a mauvaise réputation.

Et bien moi je souhaiterais travailler à l'hôpital (AP), et changer, C'EST UNE QUESTION D'HORAIRE, parce que là on travaille 12h, et j'ai un contrat de 120h, et effectivement, LE SAMEDI ET LE DIMANCHE JE SUIS À LA MAISON MAIS TOUS LES AUTRES JOURS JE SUIS À LA CLINIQUE. Alors qu'avant j'avais un temps plein à l'hôpital. Et je faisais du 8h et ça me faisait plus de bien que les journées de 12h qui sont quand même extrêmement longues. Donc J'AIMERAIS BIEN RETOURNER À L'HÔPITAL MAIS IL Y A PLEIN DE CHOSES QUI FONT QUE JE N'Y RETOURNE PAS ENTRE AUTRES LES CONDITIONS DE TRAVAIL QUE J'AI ICI ET QUE JE N'AURAIS NULLE PART AILLEURS. D'autant plus que SI JE DEMANDE MA RÉINTÉGRATION À L'HÔPITAL, ON ME METTRA PEUT-ÊTRE 6 MOIS OU UN AN EN GÉRIATRIE ET ÇA JE N'AI PAS ENVIE DE LE FAIRE, ET ÇA M'OBLIGERAIT UNE FOIS DE PLUS À ME RÉINTÉGRER ET À REFAIRE MES PREUVES AILLEURS. ET ÇA C'EST DUR ».

LA DIFFÉRENCE DE SALAIRE NE SERAIT PAS ÉNORME

« Ils ont effectué l'année dernière un réalignement en principe sur le public, je pense qu'il y a peut-être encore un peu de différences, mais ça ne doit pas être énorme, et DE TOUTES FAÇONS ILS SONT À UN TEL BESOIN DE PERSONNEL QUE TOUT SE NÉGOCIE. On a DES JEUNES DIPLÔMÉS QUI NÉGOCIENT LEUR SALAIRE ET QUI ONT PARFOIS DES SALAIRES SUPÉRIEURS À DES INFIRMIERS QUI TRAVAILLENT DEPUIS 10 ANS. Mais ça c'est au coup par coup. Les gens ne sont pas vraiment au courant des salaires des uns et des autres, par exemple moi, c'est flagrant, parce que TOUT LE MONDE SAIT MES CONDITIONS DE TRAVAIL, ET TOUT LE MONDE AIMERAIT LES AVOIR, ET JE POURRAIS RENCONTRER DES TAS DE PROBLÈMES AVEC ÇA, MAIS JE N'AI JAMAIS ENTENDU UNE RÉFLEXION, ON NE M'A JAMAIS MISE EN QUARANTAINE À CAUSE DE ÇA. Elles pourraient être jalouses, et en fait non, depuis 3 ans on ne m'a jamais fait de réflexions. Non, c'est quelque chose, même au niveau des différences de salaire, bon ben « toi t'as su mieux te débrouiller que moi, et puis voilà ». Il y a eu plus de grabuge quand c'était des différences de salaires privé/public, et de toute façon la clinique s'est réalignée sur le public, et on est en train de renégocier le 13^{ème} mois qu'on n'avait pas du tout, on en a une partie cette année, l'année prochaine on en aura 3/4, et l'année d'après on l'aura complet.

Conflits ou entraide avec les médecins. Ça dépend des médecins, par exemple il va y avoir des médecins qu'on va beeper et qui vont répondre tout de suite, et il y a des médecins qu'on va beeper et qui ne vont jamais arriver, même si c'est une urgence. En fonction de la personne avec qui on travaille on sait comment il faut s'y prendre.

Problèmes de reconnaissance, de distance sociale. Ça dépend des personnes, et aussi de la manière dont on se comporte, c'est-à-dire que LORSQU'ON EST TROP EN TANT QU'INFIRMIÈRE, QU'ON LEUR MONTRE QU'ON EST À LEURS BOTTES, QU'ON LÂCHE TOUT, AU MOINDRE CLAQUEMENT DE DOIGT, ILS ABUSENT, alors que, et c'est là où j'ai pris un peu de poil de la bête en étant intérimaire, parce que je pouvais me permettre un peu tout SACHANT QUE JE NE POUVAIS PAS ME PERMETTRE DE

ME FAIRE VIRER DE LA CLINIQUE PARCE QUE N'EN FAISANT PAS PARTIE, J'AI DIT CE QUE J'AVAIS À DIRE QUAND ÇA NE SE PASSAIT PAS BIEN, ET J'AI REMARQUÉ QUE LORSQU'ON SE FAIT UN PEU RESPECTER, ILS APPRENNENT À NOUS REGARDER AUTREMENT, PAS COMME DES BONNES.

Les relations qu'on a avec eux, ben, on a un peu de tout, on a un professeur, bon, et tout dépend avec qui il travaille, quand il travaille avec son équipe, il y a des moments où on arrive à le charrier, et d'autres où on voit bien qu'il est de mauvaise humeur, alors on ne dit rien... D'autres, avec qui on a des relations quasiment de copains, on peut les tutoyer, du moment que le travail est bien fait, on peut même se trouver en dehors pour faire des choses, par exemple JE FAIS PARTIE D'UN GROUPE OÙ ON FAIT DU FOOTING, AVEC 2 ANESTHÉSISTES, UN CANCÉROLOGUE, ENFIN, ON EST DEVENUS COPAINS, ET PUIS ÇA SE RESSENT DANS LE TRAVAIL, et C'EST UNE PETITE STRUCTURE ET C'EST FAMILIAL, IL Y A LES PETITES FÊTES, ET TOUT LE MONDE PARTICIPE, etc. Donc en fonction des personnes et des relations qu'on établit nous avec des personnes, ça se passe ou très bien ou moins bien. Professionnellement on obtient des gens qu'ils se déplacent et qu'ils fassent ce qu'on leur demande, ou bien ils s'en fichent. ÇA DÉPEND DES GENS, PAS DES STATUTS ».

LA HIÉRARCHIE

« En général moi on me donne LE PLANNING EN FIN DE MOIS, parfois on me le change avant que je sois prévenue et on me dit que j'aurais dû être là et puis moi je dis que personne me l'a dit... C'est souvent ça. Donc je N'AI PAS UN PLANNING FIXE COMME LES AUTRES DONC TOUS LES MOIS JE SUIS OBLIGÉE D'ALLER VOIR LA SURVEILLANTE, de lui donner mes jours de salle de réveil, parce que la salle de réveil est gérée différemment, donc je vais voir en salle de réveil, où on me dit quand ils ont besoin de moi, puis je vais voir la surveillante d'étage, qui me dit qu'elle a besoin de ça, et en fonction de ça elle me donne le planning.

Ça se gère à l'amiable. Pareil, là on est en manque de personnel, on n'a plus qu'une surveillante pour tous les services, on a une surveillante qui est en dépression, donc une seule surveillante doit tout faire. Il m'arrive d'avoir des conflits avec la comptabilité parce qu'ils font sans arrêt des erreurs au niveau des fiches de paye, c'est pénible, on est toujours obligés de pleurer pour 3 frs six sous.

NOUS N'AVONS PLUS D'ASH, NOUS FAISONS APPEL À UNE SOCIÉTÉ EXTÉRIEURE À LA CLINIQUE QUI S'OCCUPE DU MÉNAGE ET UNE AUTRE DE L'HÔTELLERIE, et alors là on est EN CONFLIT PERMANENT, par exemple pour les lits, elles ne touchent pas aux lits si on ne les a pas défaits, elles ne touchent pas à tout ce qui est pieds de perfusion et tout ce qui est en dehors de la chambre, si on a une ABC pendant la nuit, elles ne font pas la chambre, c'est ingérable, et au niveau des repas c'est pas mieux. AVANT ON AVAIT DES ASH QUI ASSISTAIENT AUX TRANSMISSIONS, QUI CONNAISSAIENT LE SERVICE, QUI SAVAIENT LES PATHOLOGIES... Les nouvelles têtes, qui viennent tous les jours et qui ne font que des erreurs, et c'est l'anarchie, et il y a beaucoup de problèmes...

LES RÉUNIONS pour discuter de tous les problèmes de travail N'ONT PAS DE PÉRIODICITÉ, on demande une réunion quand il y a un souci. Dernièrement, pour le conflit qu'il y avait en chirurgie viscérale, la surveillante et toute l'équipe ont demandé une réunion pour discuter de tous ces problèmes ouvertement. Tout cela est bien, quand ça râle un petit peu trop dans la clinique, la direction prévoit une réunion pour en parler.

Moi je trouve qu'il y a de l'écoute, un désir de bien faire, d'améliorer les choses de la part de la direction.

On a UN PSYCHOLOGUE, MAIS IL NE S'OCCUPE QUE DES FAMILLES DES PATIENTS, et pas de nous. Ponctuellement il veut bien nous écouter, mais a priori il n'est pas là pour ça ».

VIOLENCE DES PATIENTS

« Vous parliez des problèmes de la clinique, et bien on a des collègues qui se sont faites agresser physiquement dernièrement. Le jour de l'agression, dans le service où elle a eu lieu, on avait notre PDG qui était hospitalisé chez nous. Et il a assisté à l'agression, il est sorti avec son pied à perfusion, et il y a vraiment assisté. Effectivement il se trouvait au bon moment au bon endroit, et il a essayé de prendre la défense des infirmières, mais comme il pouvait, le pauvre homme, il était là en tant que patient, mais il a assisté.

On a beaucoup de personnes venant de l'étranger, on a beaucoup de maghrébins, d'antillais, de portugais ; et on a de tout, on a aussi des gens plus aisés et on a aussi bien des gens du voyage... Au niveau des catégories sociales, on a de tout, on a même des SDF. Il y a au moins une bonne moitié qui sont d'origine étrangère. Ah oui !

ON N'EN EST PAS ENCORE À L'HEURE DE L'INFORMATIQUE, ET SI C'ÉTAIT LE CAS, ON AURAIT LA POSSIBILITÉ DE FAIRE DES ÉCONOMIES DE TEMPS PARCE QU'ON A BEAUCOUP DE CHOSES À REMPLIR, DE DOSSIERS À RECOPIER... On a trois formulaires à remplir avec les mêmes données, ce qui est une aberration. Tout est fait à la main, quand on fait des entrées, tout est fait à la main, on doit tout recopier, les bons de radio, les bons de labo... »

STAGIAIRES, JEUNES INFIRMIÈRES

« Ça dépend des jours, quand on a le temps, qu'on est en nombre, et qu'elles sont motivées ça se passe bien, C'EST PAS SOUVENT QU'ON EST GÊNÉES PAR DES ÉLEVÉS INFIRMIERS, mais j'en ai eu une récemment, c'était un vrai boulet, elle ne savait rien, on devait lui apprendre, et puis on l'interrogeait, et elle n'avait rien retenu. Autrement, c'est toujours une d'entre nous qui doit être libre et disponible pour encadrer, si on fait ça en même temps qu'on a notre journée à faire, on ne peut pas les encadrer comme il faut parce que moi je passe trois fois plus de temps à panser par exemple lorsque j'encadre ou lorsque je la garde faire.

Moi je suis contente quand une élève infirmière qui me dit, comme en ce moment, que je devrais faire monitrice, et moi je ne veux surtout pas le faire, même SI J'EXPLIQUE BIEN. Mais j'explique bien pour être bien comprise et pour que mon élève comprenne vite et puisse faire la même chose que moi rapidement. Et, après, moi je leurs dis, je leur apprend de cette manière, une autre collègue leur apprendra différemment, et quand ils auront leur diplôme, ils choisiront leur méthode. Et quand à la fin d'un stage on me dit qu'on a bien travaillé, que j'ai bien expliqué, là alors quand même je suis contente, et je me dis que je n'ai pas travaillé pour rien.

Ça prend plus de temps ; et c'est pour ça qu'on est toujours contents de POUVOIR DÉLÉGUER, LORSQUE L'ÉLÈVE A APPRIS LES TECHNIQUES, et qu'il les fait bien sans faire de fautes. Moi ça me permet de faire autre chose, et eux ils sont contents aussi de se retrouver seuls à faire les pansements. Parce qu'ils n'ont pas le stress du regard critique quand même, et ils me l'ont dit. Donc quand je suis sûre de ce qu'ils font, au bout d'un certain temps je les laisse faire tout seuls ».

EFFETS PERVERS DE LA DÉLÉGATION, SURCHARGES DE TRAVAIL ? DÉRIVES ASSUMÉES

« Non, je ne crois pas. Il y a des glissements, forcément il y en a, par exemple moi je travaille en salle de réveil, j'extube des malades, normalement, je n'ai pas le droit, c'est un acte qui doit être fait au minimum par une IAD ou par un médecin anesthésiste, et là on a une dérive qui va loin en salle de réveil, parce qu'on a une aide soignante en salle de réveil qui le fait. Et moi j'ai dit à la surveillante que le jour où il y a telle personne qui travaille, moi je préfère travailler toute seule, je ne veux pas travailler en salle de réveil avec elle. Je préfère être toute seule dans mon petit bloc, et je veux avoir mes responsabilités, parce que si jamais elle extube un malade et qu'il va avoir un spasme, c'est pas elle qui va être prise pour responsable, c'est moi. On a essayé de travailler là-dessus pour redéfinir ses fonctions à elle, parce que là ça dérape, jusqu'à ce qu'il y ait une aide soignante qui extube les malades, là ça va pas !

Maintenant, dans les services ordinaires, on a TRÈS PEU DE DÉRAPAGES DANS LE SENS DES RESPONSABILITÉS MÉDECINS INFIRMIÈRES, sauf de temps en temps appliquer des prescriptions par téléphone, mais bon on s'arrange pour qu'après elles soient marquées et régularisées.

PAR CONTRE DANS LE SENS INFIRMIER AIDE SOIGNANT, IL Y A DE LA DÉRIVE, c'est-à-dire que souvent, quand il s'agit d'aller faire un lavement, normalement c'est un acte qui se fait sur prescription médicale, qui est non déléguable. Combien de fois j'ai vu les infirmières dire « bon ben tiens tu vas le faire », moi je ne le fais pas. Ce qu'on appelle l'électro-hémo-glocu test, c'est pas un acte aide soignant, bon souvent elles le font, j'ai vu moi au CCN des aides soignantes qui faisaient les tournées d'injections d'anticoagulants. J'ai bondi. J'ai dit que c'était pas possible de travailler comme ça. MOI J'ESSAYE, DANS LA MESURE DU POSSIBLE, J'ÉVITE DE DÉLÉGUER À MES AIDES SOIGNANTES LES ACTES

NON DÉLÉGABLES. Il m'arrive de temps en temps qu'il y ait une dame qui me dit : « j'ai la dame qui est sur le bassin, je peux lui faire son (inaudible) en même temps ? », je suis occupée, ben je dis oui. Mais globalement, je ne vais pas le faire. D'un autre côté, moi j'ai une sonnette qui sonne, les aides soignantes sont occupées, ben je vais répondre. C'EST UNE QUESTION DE COLLABORATION. L'aide soignante dont je parlais tout à l'heure, elle s'est mise à enlever toutes les injections pour la nuit, et c'est pas à elle de le faire...

S'il y ait un vrai problème, et à ce moment-là c'est médico-légal, c'est notre responsabilité qui est engagée, et si une aide soignante fait une bêtise qui met en danger la vie du patient, c'est pas seulement elle qui ira au tribunal, c'est aussi l'infirmière et voilà le problème où il est. »

(C) TRAJECTOIRES D'INFIRMIÈRES JEUNES ET PRÉCARITÉS DE STATUT

Nous avons réussi dans ce groupe, probablement le plus hétérogène de tout l'échantillon, des extraits des entretiens avec des spécialistes – nutritionniste, infirmière puéricultrice, deux infirmières travaillant de nuit, une infirmière au chômage... Elles ont toutes une ancienneté inférieure à dix ans, mais leurs trajectoires diffèrent, entre celles qui sont en début de carrière et celle qui ne doit sa faible expérience qu'à un retour tardif en France, après des années passées à l'étranger. Deux d'entre elles voudraient se reconvertir, quitter l'hôpital, se rapprocher du domicile, la plus âgée, au chômage, espère trouver du travail, malgré l'obstacle représenté par son âge. Trois autres (puéricultrice, deux infirmières de nuit) sont contentes de leur lieu de travail et si deux d'entre elles souhaiteraient aussi changer, c'est par rapport à des projets professionnels ou de vie familiale. On remarquera que les infirmières travaillant de nuit sont plutôt contentes de leurs conditions de travail.

Valérie (N20), nutritionniste en clinique

BTS diététique, dans la galère pour trouver du travail, souhaite travailler dans l'AP, grandes réserves à l'égard du secteur libéral. Travaille en clinique depuis trois ans (2000), c'est la dernière étape de son parcours, mais ne peut pas dire que cette clinique soit « le meilleur exemple de conditions de travail ». Nutritionniste c'est un nouveau statut, relativement imprécis, d'où l'absence accusée de contrôle par la hiérarchie ; profil professionnel incertain dans la mesure où elle cherche une reconversion sur le seul critère géographique (éviter les longs déplacements). En congé de maternité au moment de l'entretien, sa propre mère est enseignante d'ES, son père est agent de maîtrise, son mari travaille au ministère de la défense.

« Alors, la diététique c'est une spécialité que je voulais avoir depuis la 3^{ème}, j'ai tout fait pour l'avoir, j'ai réussi, j'ai passé mon BTS, je l'ai passé au bout de la 3^{ème} fois, puis après ça a été la recherche de travail, un peu galère, dans UN SECTEUR ABSOLUMENT BOUCHÉ, donc des petits jobs, du remplacement... l'intérim n'existe pas, mais il y a une association des nutritionnistes français qui diffuse des annonces. *Dans la profession* il y a deux grands secteurs, un INTRA-AP, et les HORS-AP, ça fait deux secteurs entre lesquels on voit vraiment bien la différence. Je travaillais d'abord pour une agence qui s'appelle *PROTÉINE*, j'ai fait des démonstrations, des présentations, et je travaillais pour des groupes alimentaires. On avait des discours à tenir sur des stands, j'avais fait le congrès d'urologie par exemple, c'est des petites démonstrations. Ensuite, j'avais fait des remplacements chez SODEXO, ce qui m'avait permis de mettre le pied à l'étrier, dans la clinique de La Défense. Ca c'est des remplacements de 15 jours, un mois, puis je suis restée un peu dans SODEXO pour faire des petits remplacements, et ensuite j'ai trouvé des remplacements par rapport à l'association diététique. C'est à travers cette association que j'ai trouvé mon premier emploi en diététique pure, autrement dit à la

clinique E., et ensuite, ce qui a été le plus important, ça a été mon remplacement à l'hôpital de M... Et une fois que j'ai fait ça, ce qui était sur un recrutement traditionnel, et après ça a été (inaudible) du Nord, et ça c'était parce qu'il y avait une copine à l'intérieur, qui m'a fait rentrer.

J'ai pensé déjà à ME RECONVERTIR, je ne sais pas dans quoi mais simplement pour me rapprocher de chez moi, parce que j'ai 3 HEURES DE TRANSPORT PAR JOUR, C'EST DUR. Voila. Maintenant avec l'enfant, n'importe quel poste du moment où je suis près de chez moi. Maintenant CE QUI M'INTÉRESSE LE PLUS C'EST DE CHANGER D'ÉTABLISSEMENT, MÊME AVEC UN PEU DE TRANSPORT, OÙ JE SERAIS SÛRE D'ÊTRE FORMÉE, où il y aura des projets qui seront mis en place, où je pourrai voir autre chose. Parce que là personnellement on n'arrive plus à faire des choses intéressantes.

SI J'AVAIS ÉTÉ PLUS JEUNE, J'AURAI FAIT KINÉ. Par rapport aux études j'aurais bien aimé. Mais par contre INFIRMIÈRE OU AIDE SOIGNANTE C'EST QUELQUE CHOSE QUE JE NE FERAIS PAS, PARCE QUE JE LEUR TIRE MON CHAPEAU, ELLES ONT DU COURAGE ÉNORMÉMENT, MAIS MOI JE NE POURRAIS PAS.

LA CLINIQUE a 160 lits environ, des médecins, il y en a deux par étage, sauf dans les gros services, en réanimation il y en a trois. De toutes façons il n'y a que des médecins, des infirmiers et quelques cadres infirmiers et le reste c'est des aides soignantes. En tout on doit être 450. C'est spécialisé cardiologie, réanimation cardiaque et chirurgie cardiaque. Avec un peu de vasculaire aussi... et on a un service attribué, alors quand on est trois on a 2 services et demi chacun parce qu'il y a 7 services, et donc c'est de savoir qui est-ce qu'il y a dans les lits, s'il y a des nouveaux, s'il y a des souffrants, chercher les dossiers, pour justement savoir s'ils ont des régimes.

Dans l'établissement il y a trois diététiciens - parce que rien n'est informatisé et donc on ne fait que de la paperasserie, et donc ça prend beaucoup de temps. C'est UNE CLINIQUE OÙ ÇA TOURNE EXTRÊMEMENT LES DIÉTÉTICIENNES PUISQUE C'EST PAS TRÈS INTÉRESSANT, moi je n'ai pas trouvé autre chose de plus intéressant donc je suis restée, SELON LES TEMPÉRAMENTS ON ARRIVE À FAIRE ÉQUIPE, MAIS LÀ J'AI UNE COLLÈGUE AVEC LAQUELLE JE N'ARRIVE PAS À FAIRE ÉQUIPE. Qui vient faire son boulot, quand elle le fait, et puis qui repart, et qui ne fait pas avancer les choses. – Ah non, c'est pas que quelqu'un préfère travailler seul, c'est qu'elle vient pour sa paye et puis s'en va. Elle vient pour sa paye, elle vient faire le boulot puisqu'il faut bien le faire, puis le reste ça la soule, elle s'en fiche éperdument, elle n'en a rien à faire du reste, c'est aussi simple que ça. -- La troisième collègue, avec laquelle elle s'entendait bien, venait de partir pour devenir cadre dans un autre établissement.

Les rares hommes dans cette profession s'installent la plupart du temps en libéral ou alors ils sont attachés en milieu sportif. On les voit moins en milieu hospitalier ».

LES PARTENAIRES QUOTIDIENS

« UNE JOURNÉE ORDINAIRE DE TRAVAIL -- On arrive le matin, on passe par la cuisine et on dit bonjour, puisque notre local se situe dans la salle de décartonnage, donc NOTRE TRAVAIL SE SITUE DANS LA CUISINE DONC ON ESSAIE D'ÊTRE DANS DES BONNES RELATIONS AVEC L'ÉQUIPE DE CUISINE, puisqu'on travaille beaucoup ensemble, alors d'abord on va voir s'il y a des nouvelles entrées où pas, pour mettre à jour notre planning.

Ensuite on fait LE CONTRÔLE DES CHAÎNES ALIMENTAIRES, C'EST-À-DIRE DES PLATEAUX REPAS, et ça c'est une d'entre nous qui le fait ENTRE 10H ET MIDI, et il y en a une deuxième qui fait ça l'après midi. Pendant une journée habituelle, on voit les femmes de chambre systématiquement, ça fait 4 personnes, plus une infirmière et une ou deux aides soignantes, et les médecins c'est pas la peine, plus éventuellement une surveillante.

Avec les femmes de chambre ça se passe bien. *Est-ce que vous devez faire un effort particulier de sociabilité ?* Oh oui, bien sûr ! Il faut les « ménager », mais après il suffit d'être aimable et de s'intéresser et ça passe tout seul, hein ! Enfin, quand on sait les prendre il n'y a pas de problèmes. Avec elles ça se passe bien, des fois c'est justement elles qui nous cherchent pour nous apprendre des choses. Sinon, avec les aides soignantes on a très peu de dialogue, on n'a pas le temps, le seul dialogue qu'on a avec elles c'est quand elles font manger les patients, c'est quand il y en a un qui ne va pas bien et qu'elles le font manger, et après, par rapport aux régimes, c'est plus par rapport aux infirmiers, qui nous apprennent « ah ban il avait un régime ce monsieur-là » « ah bon j'étais pas au courant », « tu

devrais aller voir dans sa table de nuit, il est diabétique et il y a 4 barres de chocolat », et puis voila, mais on n'a pas un contact énorme. Les infirmiers ça se passe bien, les aides soignantes ça se passe bien quand ça se passe, et LÀ OÙ ÇA SE PASSE PAS BIEN C'EST EN CUISINE QUAND IL Y A UN CHANGEMENT DE MENU, ET LÀ EN GÉNÉRAL ON NOUS TOMBE DESSUS ET ÇA NE SE PASSE PAS BIEN.

Les relations avec le personnel Ca dépend vraiment du service, par exemple en réadaptation ils sont très présents et on parle beaucoup plus avec eux que dans les autres services. Parce que dans le service de réadaptation il y a des psys, des kinés, et ils sont beaucoup plus investis dans leur rapport au patient que dans les autres salles.

LES SECRÉTAIRES, parce qu'on va souvent chercher un dossier, pour marquer un mot quand ils sont en sortie, beaucoup plus avec LA SECRÉTAIRE DE RÉADAPTATION parce que c'est elle qui nous indique avec les internes et les externes, la secrétaire de réadaptation nous indique « tiens j'ai eu un résultat pour l'externe untel et ce serait bien que tu le voies. » Plus dans ce cas-là.

LES KINÉS, certains kinés que ce soit en chirurgie ou en réadaptation, nous permettent de dire tiens, ce monsieur a du mal à déglutir, du mal à respirer, ce serait bien que tu passes le voir. On se croise.

Pour avoir les dossiers, on prend le chariot, et on fouille dans les dossiers, alors logiquement c'est les infirmiers qui ont rempli les dossiers la veille, et dans chaque dossier il y a une case diététique, et s'il y a des régimes particuliers, ils doivent cocher, ce qui n'est pas toujours fait. Quand cela n'est pas fait il faut aller voir les traitements pour voir s'il n'y a pas un médicament qui peut nous mettre la puce à l'oreille. Donc ça c'est NOTRE PREMIER JOB. Après, il y a des femmes de chambre qui font le service alors on va VOIR AVEC ELLES S'IL Y A EU DES SOUCIS PAR RAPPORT AU REPAS DE LA VEILLE AU SOIR, si il y a eu des problèmes avec des personnes âgées ou si tout s'est bien passé. ON TRAVAILLE BEAUCOUP AVEC LES FEMMES DE SERVICE PUISQUE CE SONT ELLES QUI SONT NOTRE ŒIL SUR LE PLATEAU REPAS. Sinon ban on passe un petit coucou aux infirmières ou aides soignantes et là elles nous disent s'il y a quelque chose qui s'est passé ou pas, s'il y a un patient urgent à voir, et puis c'est tout ».

LES PATIENTS

« Le nombre de personnes rencontrées sur le lieu de travail dépend réellement de la journée, LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ÉTANT DE TROIS JOURS POUR LA MAJORITÉ DES SERVICES SAUF EN CHIRURGIE, OU ILS SONT PLUS LONGS, ÇA TOURNE TRÈS VITE... À l'heure actuelle, il y a au moins la moitié des services qui sont en régime, et il faut qu'on les prenne en charge, par service il y a environ dix personnes à voir. On peut dire en moyenne entre 15 et 20 personnes par jour. S'ils ne restent que 48 heures juste pour un examen, on ne les prend pas en charge.

Les patients – c'est la réadaptation cardiaque c'est quand ils ont fini leur séjour en chirurgie, ils ont un programme, ils ont des cours, ils ont de la diététique, du coup on intervient, ils ont le kiné, des animations avec les psychologues, des animations avec les infirmières, ils ne sont plus malades, en fait c'est juste pour qu'ils fassent leur sport, ils sont encore trop faibles pour rentrer à la maison, il faut une réadaptation pour après rentrer à la vie professionnelle... »

PETIT ÉTABLISSEMENT, « NID DES RUMEURS »

« Moi je ne suis pas présente comme une instance de contrôle, ON EST EN BOUT DE CHAÎNE et quand ça ne se passe pas bien on le dit, mais je ne suis pas partisan de cette manière de fonctionner. Il y a beaucoup de malentendus, car comme C'EST UN PETIT ÉTABLISSEMENT, il y a beaucoup de gens qui aiment bien taper sur le dos des autres. Donc en fait le problème est qu'il faut éclairer les malentendus tout de suite. *Il y a des rumeurs ?* AAH ! C'est UN NID DE RUMEURS. Ca c'est L'ENFER par contre. Voila. « Oui, il paraît que t'as dit ça ! » « Non j'ai jamais dit ça » Voila, il faut absolument éclaircir, et donc... Moi je dis qu'il y a UN PROBLÈME DE COMMUNICATION AVEC LE CHEF DE CUISINE ET AVEC LA DIRECTION. La direction ne tape pas du poing sur la table, ou du moins pas comme il le faudrait. A priori, ça se passait mieux il y a quelques années. C'est UN PEU LA PAGAILLE, mais ça va un peu mieux depuis qu'on a une nouvelle infirmière générale qui essaye de réorganiser. Mais pour les rumeurs, il y a trop de personnel ancien, et ils restent trop sur leurs acquis, sur leurs histoires, ils savent tout sur tout le monde ou à quelque chose près, ou ils essayent de tout savoir et après c'est rumeur sur rumeur, on

fait quelque chose qui ne plaît pas et on change de situation tout de suite, on passe de la personne avec qui on s'entendait bien à la personne avec qui on ne s'entend pas du tout, donc bla-bla-bla... ILS CHERCHENT À AVOIR DE LA RECONNAISSANCE, parce que moi je trouve qu'ils donnent beaucoup, et qu'on ne leur donne pas de moyens et on leur en met plein la tête, et AUX RUMEURS ILS RÉPONDENT PAR LES RUMEURS.

C'est (surtout) sur des questions d'hygiène, on dit qu'ils ne sont pas propres, ou alors c'est sur l'amabilité, pas aimables, ou alors qu'il y en a qui font des choses plus favorables à certains, la cafétéria par exemple, après c'est décrété que sur tel plateau repas il y en a un qui s'est planté, alors que bon, ça arrive à tout le monde de faire une erreur...

Manque d'autorité ? Moi je dirais aussi que c'est un peu le chef de service qui est responsable, parce qu'il y est pour pas mal dans les rumeurs, et je pense que si le chef de service était plus chef de service... Pas forcément plus d'autorité ! On lui demande d'être en même temps chef de cuisine et cuisinier, et c'est pas évident. Je crois qu'il y a un problème de communication entre la direction et lui. Quelques fois il fait des choses sans nous demander notre avis, donc forcément ça ne va pas, comme nous quelques fois ça nous arrive de l'oublier. Son initiative est un peu grasse donc pour un service de cardiologie ça ne va pas. Mais dans l'ensemble ça se passe bien, parce qu'au niveau hygiène il contrôle bien ».

AIDER LES AUTRES

« On n'a pas le temps de mettre la main à la pâte, sauf quelques fois lorsqu'ils font des menus exceptionnels et là il y a deux diététiciennes à la chaîne au lieu d'une pour aller plus vite. Quand il y a un souci, ça nous arrive qu'on nous demande d'aller chercher des yaourts quand on a le temps, dans l'ensemble il n'y a pas de souci, s'ils nous sollicitent et qu'on a le temps, ça m'est déjà arrivé de couper les tomates en urgence, mais la cuisine pure, ça jamais ».

LES MÉDECINS

« *Vous ne voyez pas souvent les médecins* Non, les médecins, c'est leur monde, ils sont au top, nous on est un peu... Et en plus COMME ON N'EST PAS VRAIMENT ATTACHÉES À UN SERVICE, ILS NE NOUS CONNAISSENT PAS, ça passe plus ou moins selon les médecins, il y en a qui sont plus ou moins attachés à la diététique. (...) je crois que LA MAJORITÉ NE S'INTÉRESSE PAS À LA DIÉTÉTIQUE parce qu'ils restent dans leur milieu, et parfois, pour avoir une prescription en diététique c'est l'enfer, il faut les harceler ! »

EN BOUT DE CHAÎNE ET SANS ATTACHES

On ne sait pas à qui on est attachées. *A priori* la logique voudrait qu'on soit directement attachées à la directrice des ressources humaines. – elle n'est pas forcément joignable, bon, on n'est pas sous la direction du chef de cuisine, ce que je ne souhaite pas d'ailleurs, et là on essaye de voir si on ne peut pas se mettre sous la direction d'une infirmière générale, c'est ce qu'il y a de plus simple.

LE BESOIN D'UN RÉFÉRENT. MOI JE RESENS CE BESOIN DEPUIS QU'ON A UN PROBLÈME DANS L'ÉQUIPE. IL N'Y AURAIT PAS DE PROBLÈMES DANS L'ÉQUIPE, ON N'AURAIT PAS BESOIN D'UN RÉFÉRENT. AVANT, QUAND ÇA ALLAIT BIEN, ON ESSAYAIT DE FAIRE VALIDER NOS PROJETS DIRECTEMENT PAR LA DIRECTION, là c'est pareil, depuis qu'on a des problèmes on a fait la fiche de poste, et ça aurait été bien d'avoir un référent pour ne pas qu'une seule fasse la fiche de poste, et qu'elle ne l'aie pas fait valider par les autres parce que ça aurait fait des soucis. DÈS QU'IL Y A UN PROBLÈME DANS L'ÉQUIPE C'EST BIEN D'AVOIR UN RÉFÉRENT, PARCE QUE SINON C'EST LA GUEGUERRE DANS LE BUREAU et ça n'avance pas beaucoup, déjà que ça n'avance pas beaucoup, alors, après ? c'est l'enfer, on est dans 3 m² et face à face, alors, quand c'est la guerre, ça ne va pas.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE TRAVAIL

« *Absence des réunions de travail pour mettre les choses à plat* Non, on n'a pas de réunions de personnel, et quand il y a des réunions en commission avec la restauration ça nous prend l'après-midi et on reste deux heures de plus le soir, enfin bref, non, il n'y a pas de réunion de personnel. - (Les réunions seraient opportunes) s'il y avait un autre état d'esprit ce serait bien, mais sinon tant qu'on n'a personne pour mettre les points sur les i ça ne sert à rien, on va toujours en rester au même point. Par

contre quand j'étais à Montreuil, on avait des réunions en équipe pour mettre au point un projet, et là c'était encadré, c'était bien.

Le RYTHME de travail - ça ira mieux le jour où on sera informatisé. En ce qui concerne la SURCHARGE de travail, ça dépend de la manière dont on vit son métier, par exemple moi j'aurais tendance à aller voir 15 patients au lieu de 5 et de me laisser déborder par le temps. On est toujours en train de courir après le temps.

Avec les RTT, c'est UN PEU LE BAZAR, mais ce sont tout de même DES HORAIRES CLASSIQUES, le seul problème ce sont les gardes du samedi (là, ça pose problème parce que c'est que de la carte repas, on a tous les services à gérer, et c'est une chose qui sera facilitée par l'arrivée de l'informatique) ».

Pierrette (IP24), depuis 4 ans infirmière puéricultrice

Établissement semi public semi privé ; c'est le premier poste de Pierrette, directement après ses études, suite à un stage dans le service ; son choix elle l'explique par la bonne coopération et la bonne ambiance qu'elle avait trouvées dans ce service, à la différence de ce qu'elle avait connu dans les établissements de sa région d'origine. En congé de maternité au moment de l'entretien, originaire du Nord Pas de Calais, préfère travailler à Paris ; critique à l'égard du déclin de la profession.

Profession des parents et du mari : le père est manipulateur radio et enseignant dans une école de la Croix Rouge, la mère était directrice des ressources humaines à l'hôpital, et son mari est ingénieur informatique qui envisage de se reconvertir comme enseignant de mathématiques.

Elle envisage de changer, et même de quitter Paris, à cause aussi des difficultés de logement et de transport. « J'aimerais bien faire de la maternité pour quelque chose de moins lourd psychologiquement pendant que les enfants sont plus petits, parce que c'est vrai que rentrer chez soi le soir avec un sac chargé d'émotions c'est pas tous les jours facile. Mener une grossesse dans ce genre de service c'est pas évident. On est confrontées à la mort, assez souvent et c'est pas évident, avec les menaces d'accouchement prématuré, c'est pas évident. Ça serait beaucoup plus simple pour moi d'accompagner mes propres enfants si je vois des cas plus normaux, avec des bébés qui naissent normalement, des situations qui vont bien et tout ça... Surtout quand ils sont tout petits, sinon, j'aimerais bien plus tard faire l'école anesthésiste. Après j'aimerais bien faire du SAMU pédiatrique mais pour l'instant j'aimerais bien être sereine pour élever mes enfants au moins jusqu'à ce qu'ils aient trois ans et qu'ils rentrent à l'école ».

Son service de pédiatrie néo-natale peut accueillir jusqu'à 21 bébés et a 4 chambres mère/enfant ; s'occupe des prématurés et des enfants nés à terme, avec des soucis particuliers, des détresses respiratoires, ou des infections ; dans le service en général les enfants vont bien, mais ils peuvent être sous oxygène, ou perfusés, ou sous antibiotiques. C'est un service qui relaie la maternité, accompagnant les mères privées de maternité dans les soins de leur enfant, leur permettant d'approcher mieux l'enfant.

Dans l'ensemble de l'institut, il y a 4 équipes par service avec à peu près 6 personnes par équipe, infirmières, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, sauf en réanimation, où il n'y a pas d'auxiliaire. Il y a aussi deux médecins attitrés au service, un à temps plein et un à temps partiel, et de même dans les autres services, ainsi que le médecin chef et son bras droit, qui gèrent la totalité des services, plus les internes, deux internes présents en plus des médecins.

« Les 35 h ça se passe pas trop mal, c'est un confort qui est quand même pas mal, ma fiche de paye est pas mal, et bien qu'on commence à manquer de personnel c'est quand même dans l'ensemble un endroit préservé. J'aimerais beaucoup retrouver la même chose ailleurs, on pense aller à Caen, et il y a un grand CHU à Caen, avec beaucoup de possibilités pour moi de trouver du travail, et on verra bien comment ça se passe après ».

UNE JOURNÉE DE TRAVAIL ORDINAIRE

« On travaille en postes de 12h. On arrive à 8h le matin et on repart à 8h le soir. En fonction du nombre qu'on peut être sur l'équipe, c'est soit très laborieux soit très calme, ça dépend. L'équipe est de 4 à 8 personnes, du simple au double. C'est une équipe très jeune, ce qui a des avantages mais aussi des inconvénients. Il y a beaucoup de changements de personnel sur l'unité et on est surtout des jeunes, il y a très peu de personnes anciennes dans les services, je suis dans un service où il y a le plus d'anciennes, et il y a les soins intensifs et la réanimation aussi, et là ça tourne encore plus, les gens restent environ 2 à 3 jours de suite. On doit faire en alterné jour et nuit, donc c'est très difficile, et ON EST OBLIGÉES TOUTES LES 6 SEMAINES DE PASSER JOUR OU NUIT, ET POUR CETTE RAISON BEAUCOUP DE PERSONNES QUITTENT L'INSTITUT. Le service où je suis a aussi des anciennes, qui sont en fin de carrière et qui attendent la retraite, mais je suis pratiquement entourée que par des personnes qui viennent d'arriver. Sauf les personnes qui sont là depuis longtemps et qui ont des contrats particuliers, sinon tout le monde est obligé d'alterner équipe de jour et équipe de nuit. Tant qu'on a pas d'enfant ça va, mais moi maintenant que j'ai un enfant, c'est beaucoup plus difficile à gérer au niveau du temps, pour s'arranger pour la garde ».

FLUCTUATIONS ENTRE LES ÉQUIPES

« Le changement d'équipe, notamment au moment des vacances, ou pendant les périodes où il y a des enfants malades, peut être imposé par une surveillante qui s'occupe des plannings de toutes les équipes, des médecins, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires, et qui décide à tout moment : il peut arriver que 15 jours avant la date elles soient prévenues du changement d'équipe, parce qu'il y a un problème sur l'autre équipe ; mais c'est très rare par contre que quelqu'un passe de l'équipe 1 à l'équipe 2 pour une journée. On essaie toujours de trouver quelqu'un qui travaille sur cette équipe pour remplacer la collègue, de garder une continuité et la même composition de départ. Par contre, on peut passer du 1 au 2 sur le changement jour/nuit. Sur 6 semaines, c'est assez stable mais après on peut être amené à changer.

LES 35 HEURES peuvent être une source d'absentéisme, parce qu'en fait on nous (les) impose. Moi j'ai signé depuis que je suis arrivée en 2000 un contrat qui m'impose de ne pas dépasser 36 heures dans la semaine, sachant qu'on travaille des journées de 12 heures, de façon à n'avoir à récupérer qu'une heure. On a une semaine de 3 jours et une semaine de 4 jours, et sur ces 4 jours, et on ne peut pas cumuler nos 35 heures, du coup on les prend sur la quinzaine, sachant qu'on a une semaine de 4 et une de trois jours, donc après il reste de temps en temps une heure comme ça à récupérer, sinon on est obligées de prendre, sauf quand c'est les vacances, et qu'ils manquent de personnel, alors c'est nous qui choisissons les jours qu'on va prendre, et la surveillante nous dit « débrouillez-vous, arrangez-vous pour que tout le monde ait pris sa journée dans la semaine ». En fait on s'autogère, en mettant les récupérations, les jours de repos, on en discute entre nous. Et il y a des équipes où ça se passe plutôt mieux que dans d'autres ».

CONFLITS ENTRE GÉNÉRATIONS

« FORMER DES JEUNES DIPLÔMÉES. Moi quand je suis arrivée, j'étais jeune diplômée et j'ai beaucoup demandé l'aide des plus anciennes, et je me rends compte qu'aujourd'hui, celles qui arrivent, elles pensent tout savoir et elles demandent beaucoup moins l'aide des anciennes, ce qui fait que bon, moi j'ai quand même acquis une très bonne relation avec le personnel, mais même moi je suis choquée parfois par l'attitude des nouvelles. (...) On a eu beaucoup d'élèves ces derniers temps et je suis très très déçue des gens qui viennent travailler ici ces derniers temps.

ELLES VONT SE METTRE SEULES, ET ELLES VONT MOINS ACCEPTER LES REMARQUES, et puis, si elles arrivent à plusieurs, (elles constituent) plusieurs groupes, et il arrive aussi qu'on doive dire à une fille qui vient d'arriver qu'ici on ne fait pas les choses de cette façon, et qu'elle nous dise : « ben moi j'ai appris comme ça » et tout de suite on a l'impression de reproche, que c'est mal pris, alors que NOTRE BUT C'EST QUE TOUT LE MONDE TRAVAILLE DE LA MÊME MANIÈRE, ET IL FAUT AUSSI QU'ON SOIT SOLIDAIRES (...), parce que si c'est un peu décousu, les parents vont se demander pourquoi il y en a une qui va agir comme ça et l'autre comme ça. J'AI L'IMPRESSON QUE LES ÉLÈVES QUI ARRIVENT POUR TRAVAILLER ICI NE SONT PAS FAITES POUR ÇA, « on est là parce qu'il y a du travail dans cette branche », et je ne pense pas que ce soit par passion.

On est beaucoup plus obligées de surveiller les élèves qu'avant, parce que, (à cause de leur) manque de motivation, nous on en arrive à avoir un manque de confiance aussi, elles sont sous notre responsabilité, et si elles font une erreur, comme ce sont des enfants qui font 1,5 kg, une erreur de dose peut être fatale, donc on doit être très très vigilants ».

FORMATION ET COOPÉRATION DANS LE SERVICE

« Quand je suis arrivée, j'ai eu en fait énormément de chance parce que je suis tombée sur l'équipe la plus sympa avec les anciennes, qui avaient vraiment envie de nous aider, et qu'on fasse partie de l'équipe, donc en plus j'étais avec une collègue qui avait fait l'encadrement des élèves pendant une dizaine d'années, et donc je me suis mise derrière elle et j'ai suivi tout ce qu'elle a pu me montrer, et c'est vrai que j'ai énormément appris par rapport à ça, et c'est grâce à une de mes collègues, et c'est vrai qu'elle était infirmière et moi puéricultrice, mais c'était quelqu'un qui avait beaucoup de connaissances et qui m'a permis de me mettre sur les rails et de prendre assez vite confiance en moi, donc c'est vrai que ça c'est très bien et je dirais aussi qu'on a un médecin de service qui est quand même super. C'est vraiment quelqu'un qui va nous expliquer, qui va reprendre avec nous les grands points s'il y a une pathologie dont on n'a pas l'habitude, qui va nous dire quels sont les critères de surveillance, et on a vraiment une collaboration incroyable, et j'espère que si je change de travail je trouverai un médecin pareil. C'est un médecin qui va venir nous voir, pour nous demander comment s'est passée la nuit du bébé, si on a observé des changements, il va nous demander si on est d'accord pour tel ou tel traitement, on se sent vraiment complètement incluses dans la démarche de soins. Et il est là depuis que je suis là. Au début on avait deux hommes et maintenant on a un homme et une femme parce que la deuxième personne est partie à la retraite. Et la deuxième personne c'était pareil, on pouvait lui demander n'importe quoi. Moi il m'est arrivé pendant ma première année d'être confrontée à une urgence cardio-respiratoire, et je n'ai pas fait les gestes tout à fait comme il fallait, parce que c'était la première fois, et puis il a pris son temps pour nous expliquer et il a fait une petite fiche qu'il a affichée, comme ça il savait qu'on l'avait en cas de besoin. Et il n'a pas été du tout méprisant, il nous a simplement expliqué et déjà ça, de ne pas avoir peur du jugement, c'est très rassurant. Et je pense que la confiance est réciproque, du moment où on a fait ses preuves ».

COOPÉRATION DANS L'ÉQUIPE

« Alors comme on travaille AVEC DES AUXILIAIRES, le matin on prend en charge à peu près 3 à 4 bébés par personne sachant que s'il y a des auxiliaires qui s'occupent de certains bébés qui nécessitent des soins particuliers, c'est une puéricultrice qui va se détacher pour aller aider sa collègue. ON A ESSAYÉ DE TRAVAILLER EN BINÔME ET C'ÉTAIT TRÈS DIFFICILE, parce qu'en fait on était pas forcément disponibles au bon moment, et on a choisi l'option où en fait l'auxiliaire va venir chercher celle qui a le temps. Et ON A DE MOINS EN MOINS D'AUXILIAIRES, il doit nous en rester 1 ou 2 par équipe, et après on s'occupe de A à Z de notre enfant. Sinon AU NIVEAU DE LA COOPÉRATION ENTRE COLLÈGUES, DE MANIÈRE GÉNÉRALE, ENFIN DE MON POINT DE VUE, SUR L'ÉQUIPE SUR LAQUELLE JE SUIS AUJOURD'HUI, JE SUIS TRÈS CONTENTE DE LA COOPÉRATION QU'ON A ENTRE NOUS, ET SI QUELQU'UN EST EN RETARD, BEN IL EST EN RETARD, ET L'AUTRE VA PAS HÉSITER À VENIR L'AIDER. J'ai fait partie aussi d'une autre équipe, où c'est chacun pour soi et où on peut appeler longtemps quelqu'un pour venir piquer et on peut attendre si bien qu'il y a eu des personnes qui prenaient des risques en piquant toutes seules un enfant, donc la collaboration n'est pas toujours évidente.

Moi je fais partie du CLIN, là où je suis, et puis J'AIME BIEN, DÈS QU'IL Y A DES FORMATIONS D'APPRENDRE TOUJOURS PLUS, mais c'est vrai qu'on a remarqué que les gens avaient plutôt tendance à se dire « ohlahla, encore une formation », et en PLUS ON EST DANS UN HÔPITAL OÙ ON NOUS PROPOSE DES COURS SUR DES PATHOLOGIES QU'ON N'A PAS VU DEPUIS LONGTEMPS, ET EN FAIT LES GENS TRAÎNENT UN PEU LES PIEDS POUR Y ALLER, et c'est dommage de ne pas profiter de cette opportunité. Moi je me suis toujours un peu retrouvée sur les pathologies bizarres, ma surveillante a tendance à me programmer sur les cas de ce genre ».

HARCÈLEMENT AU TRAVAIL

« Par contre, je suis TRÈS FRUSTRÉE DEPUIS QUE JE SUIS ARRIVÉE, ON A UNE SURVEILLANTE QUI EST TRÈS PARTICULIÈRE, QUI CRIE BEAUCOUP, QUI CASSE TRÈS FACILEMENT, et devant les parents, et C'EST ASSEZ DIFFICILE À VIVRE, MOI JE SAIS QUE J'AI UN CARACTÈRE FORT ET QUE JE NE ME LAISSE PAS FAIRE FACILEMENT, MAIS UNE COLLÈGUE QUI EST ARRIVÉE EN MÊME TEMPS QUE MOI A DU CHANGER D'ÉQUIPE (...); c'est vrais qu'elle n'est pas du tout évidente, peut être très blessante, c'est quelqu'un qui va vous faire très peu de compliments, mais qui va facilement vous casser alors que c'est pas forcément justifié, parce qu'il suffit que vous n'avez pas rempli un papier pour qu'elle vous dise que vous ne valez pas une auxiliaire de base, mais bon, alors que l'enfant a mangé, il a eu ses soins, il va bien, et PARFOIS ÇA ARRIVE QU'ELLE FASSE DES REMARQUES DÉSOBLIGEANTES DEVANT LES PARENTS, et c'est pas évident d'avoir une certaine autorité devant les parents, une fois que la surveillante nous a dit « t'es conne » ou « t'es nulle » devant eux. C'est vrai que c'est difficile. Bon ! La tache noire dans notre service c'est notre surveillante, mais le médecin nous permet quand même d'avoir une certaine liberté de mouvement, et puis comme elle est souvent au café, c'est bon ».

LES RIVALITÉS ENTRE LES DEUX ÉQUIPES, SOURCE DE TENSIONS

« Il y a souvent des rivalités entre les deux équipes, surtout de jour, parce qu'on a des tâches particulières à faire, par exemple on doit remplir tous les placards avec tout ce qu'on a pu utiliser pendant le service, et SI C'EST PAS FAIT D'UNE ÉQUIPE SUR L'AUTRE et bien nous on n'a pas forcément le temps, quand on n'était que 4 dans la journée, et bien LES CRITIQUES VONT ASSEZ VITE, UN DOSSIER OÙ IL MANQUE UNE INFORMATION ÇA REVIENT VITE AUX OREILLES DE LA SURVEILLANTE, qui se fait un plaisir d'agir, je vous passe les détails (...); vu qu'on a le numéro de toutes les filles dans le service, si on a trouvé des choses qui ne sont pas tout à fait logiques c'est quand même plus sympa de téléphoner et parler directement, mais parfois on a carrément UN MOT ACCROCHÉ SUR LE PANNEAU, ce qui est pas tout à fait évident. On a aussi un problème depuis quelques années, c'est qu'on a DES PERSONNES QUI TRAVAILLENT À TEMPS PARTIEL, pour pouvoir éduquer leurs enfants, donc du coup c'est UN PEU DIFFICILE EN FONCTION DE ÇA DE GÉRER NOTRE PLANNING ».

DÉLÉGUER CERTAINS SOINS AUX AIDES SOIGNANTES

« Nous si vous voulez on peut déléguer certains soins, donc on a fait en fait un protocole au service donc de toutes façons, nous on s'occupe de la toilette de nos enfants, on fait nos incubateurs nous-mêmes, par contre c'est vrai que pour certains soins, pour les respirations trachéales, on a fait un protocole qui fait que, chez nous, les auxiliaires ont le droit de faire les respirations trachéales, donc c'est un soin qu'on leur a délégué. Mais qu'il faut qu'ils fassent sous surveillance. C'est vrai que MOI JE SUIS ARRIVÉE À UN MOMENT OÙ IL Y AVAIT UN CONFLIT POUR LA DÉFINITION DES TACHES ENTRE INFIRMIÈRES ET AIDES SOIGNANTES, mais moi quand j'avais un problème ça m'est arrivé de demander à une auxiliaire, avant de faire une piqûre par exemple, quelle veine choisir, parce que je venais d'arriver et qu'elle avait l'expérience, et qu'elle pouvait le voir du premier coup d'oeil et, en général, ça se passe bien. Mais c'est vrai que ça m'est arrivé aussi de demander quelque chose et qu'on me réponde : « désolé c'est pas mon boulot, démerde toi », alors qu'elle sait très bien le faire. Mais COMME ON LEUR A INTERDIT DE FAIRE CERTAINES CHOSES, ELLES SE SENTENT OFFENSÉES ET ELLES NE VEULENT PLUS LE FAIRE, MÊME SI ELLES SAVENT. C'est plutôt une collègue à laquelle je pense. J'ai DES COLLÈGUES QUI REFUSENT DE PIQUER AVEC DES AUXILIAIRES. Parce qu'elles ont l'impression d'avoir un œil critique, parce que les autres ont pratiqué depuis longtemps, qui ont une très très grande

expérience, et qui vont tout de suite savoir si on arrive avec la main tremblante... ON CHOISIT AVEC QUI ON EST LE PLUS À L' AISE POUR RÉUSSIR LE MIEUX POSSIBLE ».

LES SALAIRES, SOURCES DE TENSIONS

« Moi j'ai eu un souci avec une infirmière qui avait passé son concours de puéricultrice et qui l'avait raté, et qui m'a pris en grippe des que je suis arrivée, en me disant « toi t'es la petite chouchoute à papa/maman, ils t'ont payé les études »... Heureusement qu'on est assez intelligentes l'une et l'autre pour que ça n'ait pas de répercussions directes sur notre travail, parce que si on a besoin l'une de l'autre, ça se passera toujours bien car on est là pour l'enfant en premier. Mais pour le reste on va avoir des contacts réduits autant que faire se peut, et je me suis sentie un peu attaquée, et je lui ai expliqué en plus, parce qu'elle a l'impression comme ça qu'on se croit supérieur, donc QUAND JE SUIS ARRIVÉE J'ÉTAIS UN PEU PEINÉE, J'AVAIS FAIT MES ÉTUDES DE PUÉRICULTRICE PARCE QUE JE VOULAIS TRAVAILLER AVEC LES ENFANTS, ET J'AVAIS PAS L'IMPRESSION D'ÊTRE PRÉTENTIEUSE, ET JE NE COMPRENAIS PAS CE QU'ELLE POUVAIT ME REPROCHER. Au départ on s'entendait bien mais un jour un nouvel enfant est arrivé et puis j'avais déjà rempli mon quota, et donc je lui avais marqué, et elle est arrivée en disant « c'est pas la puéricultrice qui s'occupe de cet enfant ? » et puis ELLE REFUSAIT DE PIQUER AVEC MOI, et elle a même fait appel à une de ses collègues en soins intensifs pour l'aider, alors c'était pas évident au début, surtout la nuit où on n'est pas beaucoup, et QUAND ON RESTE 12H AVEC QUELQU'UN AVEC QUI ON NE S'ENTEND PAS C'EST PAS ÉVIDENT ».

LES INTERNES

« Et bien les internes, on leur apprend à piquer, souvent, et c'est des fois facile et des fois pas facile, et ÇA NOUS ARRIVE DE PRENDRE DU RETARD À CE NIVEAU, ENTRE EUX ET LES ÉLÈVES PUÉRICULTURES, ET C'EST PAS TOUJOURS FACILE, ET EN PLUS ON A DES INTERNES DES PAYS ÉTRANGERS, de Russie, de Pologne, du Liban, donc il y a des fois des personnes qui arrivent avec des problèmes pour parler la langue, et il n'est pas rare qu'une interne qui vienne d'arriver nous demande qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là et comme les internes sont rapidement de garde parce que les médecins partent, il faut vite les mettre au courant ».

LES PARENTS

« La première chose qui peut bloquer c'est l'ethnie, c'est-à-dire qu'en fonction des pratiques des uns et des autres il faut s'adapter, comme là où j'habitais, il n'y avait pas de population étrangère, et bien lorsque j'ai vu une maman africaine faire le bain à son enfant, j'ai été un peu surprise, j'ai trouvé ça un peu brutal, mais j'ai vu que l'enfant ne pleurait pas, qu'il avait l'air d'aller bien, et IL A FALLU QUE JE M'HABITUE UN PEU AUX COUTUMES ET À FAIRE ATTENTION QU'IL Y A DES CHOSES À NE PAS FAIRE AVEC CERTAINES RELIGIONS, IL A FALLU UN TEMPS D'INTÉGRATION, et sinon c'est tout ce qui est de l'ordre de la récupération de la relation entre la maman et le bébé, qui a été un peu cassée puisqu'elle ne pouvait pas le toucher quand il était en incubateur, ce qui est en fait le plus difficile, on est un trio, le bébé, la maman, et le soignant.

On a toujours la même population, et pour ce qui est des problèmes sociaux, et de plus en plus de personnes qui se servent de l'hôpital, qui ont fait des enfants pour pouvoir avoir un logement plus grand, où on ne sent pas forcément un investissement pour l'enfant, mais que grâce à lui ça va être le moment... »

LE PROBLÈME DE L'ATTACHEMENT AUX ENFANTS

« Ça peut durer 3 semaines comme ça peut durer 3 mois, et il y a forcément un lien, moi j'ai eu beaucoup de mal à me séparer de la petite fille qu'on a retrouvé à St Lazare, parce que c'est nous qui l'avons nommée, et c'est vrai que lorsqu'elle est partie, ça m'a attristé un petit peu, parfois je regrette qu'on ne puisse pas amener un bébé dans un sac en rentrant chez soi le soir. Maintenant je m'attache moins, parce que je sais maintenant qu'on peut laisser des plumes sur certaines pathologies, j'ai eu des diagnostics difficiles avec des avenir très compromis, et ce qui est difficile, c'est vraiment l'ensemble de l'environnement, les parents, par exemple il y a des parents avec qui j'ai encore des contacts, parce

qu'on a vécu quelque chose de très très fort, qu'on a vécu des choses importantes dans leur vie, et ma plus grande joie, c'est quand ils sont revenus, comme ils n'aimaient pas l'hôpital où elle avait été placée, le médecin voulait la placer en réanimation, et eux ont dit non ! C'est Pierrette qui va s'en occuper de notre bébé. Pour moi c'est une preuve de grande confiance, de la part des parents et de la part du médecin ».

SE BATTRE AVEC L'ADMINISTRATION

« Moi JE SUIS UN PEU CONSIDÉRÉE COMME UN DRAGON AU BUREAU DU PERSONNEL, JE SUIS QUELQU'UN QUI RÂLE BEAUCOUP PARCE QUE DES QU'IL Y A QUELQUE CHOSE SUR MA FICHE DE PAYE ET BIEN JE VAIS TOUT DE SUITE M'EN RENDRE COMPTE, QUAND IL Y A UN PROBLÈME PARTICULIER, COMME LORSQU'ON NOUS PROMET DU PERSONNEL ET QU'ON NE L'A PAS ET BIEN JE SUIS LA PREMIÈRE À DESCENDRE AU BUREAU, ET C'EST VRAI QUE J'ARRIVE, ON SAIT QUI JE SUIS. Ça part toujours d'une bonne intention. Je ne vais pas me battre dans le vide. Et je me suis battue parce que mon fils était gardé par une nounou qui n'était pas agréée et du coup je n'avais aucun droit à la somme d'aide, vous savez, le reversement de l'aide à domicile et je leur ai dit, « vous n'avez pas de crèche, et du coup je ne peux pas mettre mon enfant chez vous en en plus moi je paye 3 500 F une nounou par mois, c'est quand même pas une somme négligeable, ma nounou est déclarée, je paye l'URSSAF », donc je ne comprenais pas pourquoi je n'avais pas mon aide, et donc j'ai eu mon aide et j'ai dû aller jusqu'à la directrice du centre pour avoir mon aide. Je pense que si c'est bien amené, on arrive à résoudre les problèmes ».

LES RÉUNIONS DE TRAVAIL

« On a des réunions de travail avec la psychologue une fois tous les 15 jours, on parle soit d'un enfant en particulier, soit de la réaction d'un parent qu'on n'a pas su comment gérer, soit des problèmes interservices, soit de la réaction interpersonnels. Quand on a quelque chose à dire on le dit parce qu'on sait que notre psychologue va nous aider à résoudre le problème, qu'elle va nous aider à comprendre l'autre mieux qu'on n'a pu nous-mêmes parfois, donc c'est vrai qu'elle nous aide pas, et je sais par exemple qu'il y a eu UNE AFFAIRE MYSTÉRIEUSE DE LETTRES ANONYMES QUI EST ARRIVÉE AU BUREAU DU PERSONNEL AVEC UNE SURVEILLANTE QUI NE NOUS A PAS DONNÉ D'AMPLES RENSEIGNEMENTS, mais elle nous a demandé à tous que la personne qui a écrit cette lettre anonyme vienne la voir, moi je doute que la personne vienne la voir mais elle a regardé tous les visages pour voir si quelqu'un paraissait gêné.

On en a deux psychologues, et une qui vient les mercredis après midi pour discuter, et là c'est pareil, selon le nombre de personnes qu'il y a dans le service tout le monde ne peut pas se détacher pour la voir alors soit on tourne, ou alors si on a des élèves, on essaye d'avoir le médecin et les élèves, et s'il y a un problème ils nous appellent dans le service, on est juste à côté donc on est là tout de suite. Et donc ces réunions sont très intéressantes, ça permet d'arrondir les angles. Après on a LA SURVEILLANTE QUI A DÉCIDÉ DE FAIRE UNE FOIS PAR SEMAINE DES RÉUNIONS SUR LE TRAVAIL, SUR CE QUI NE NOUS PLAISAIT PAS, et on s'est rendu compte que c'est du règlement de comptes, et on a vite abandonné, c'était pour dire qu'un tel ne faisait pas ci, pas ça, et elle s'est dit que ça ne pouvait pas rendre service, et LES DERNIERS RÉUNIONS QU'ON A EUES AVEC LE GRAND CHEF C'EST SUR ÉVENTUELLEMENT UNE RESTRUCTURATION ET ÉVENTUELLEMENT UNE FUSION AVEC UN AUTRE HÔPITAL. Donc ON A L'IMPRESSION QU'ON NOUS CACHE QUELQUE CHOSE, QU'ON NE SAIT PAS COMMENT ON VA ÉVOLUER, QU'ON VA AVOIR DES BAISSSES DE SALAIRES, IL Y A PLEIN DE CHOSES QUI RESTENT EN SUSPENS, et face à ça on est inquiets, on est toujours invités à des réunions mais ça reste toujours un peu flou.

L'institut est semi public – semi privé. Et il y a beaucoup de personnes qui sont inquiètes, si on va rester là ou pas, si on va être mutés, oui mais où, certainement dans la région parisienne mais on ne sait pas dans quel hôpital, et puis en fait on voit qu'il y a plein de travaux qui sont faits à l'institut et on ne comprend pas trop la démarche de ce qui est fait, et on nous a dit qu'il y a plusieurs projets possibles. C'est un peu flou. Moi je sais que je ne suis pas trop inquiète parce que je suis puéricultrice et que je vais forcément me retrouver dans un service pour enfants, mais il y a des infirmières qui pourraient se retrouver dans des services d'adultes et pour elles ça change complètement la donne vu

qu'elles travaillent depuis longtemps dans le secteur. C'est assez pesant quand même, on en parle même entre équipes et même entre services, et on n'a pas forcément les mêmes bruits de couloirs, on n'entend pas forcément les mêmes choses et c'est vrai que c'est assez inquiétant ».

APPARTENANCE AU CORPS ET APPARTENANCE À L'ÉQUIPE

« ON FORME UN TOUT, aussi bien infirmiers qu'auxiliaires, ON COOPÈRE TRÈS FACILEMENT, ET MÊME LES MÉDECINS, moi j'ai l'impression que par équipes il y a vraiment un corps et vraiment une solidarité et une cohérence dans la manière de fonctionner. Et IL Y A PLUS UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES ÉQUIPES ET IL ARRIVE LORSQU'ON CHANGE D'ÉQUIPE DE DEVOIR SE RÉADAPTER TOTALEMENT. Et inter-services, par contre, c'est très difficile, par exemple le médecin chef a demandé de ne pas mettre de peluches dans les incubateurs parce que ça peut prendre feu, tout simplement, et en réanimation ils mettent les peluches dans les incubateurs, et les parents ne comprennent pas pourquoi quand l'enfant est très malade pourquoi il a le droit à des peluches et quand il va mieux on ne peut plus. Il y a plusieurs choses qui discordent et c'est vrai que des fois c'est difficile, on n'a pas de couloir extérieur qui permette aux parents de venir voir les bébés, on n'a pas les mêmes horaires du bain, il y a PLEIN DE CHOSES QUI CHANGENT D'UN SERVICE À L'AUTRE ET PUIS IL Y A UNE DIFFÉRENCE DE MATÉRIEL ET C'EST UN PEU GÊNANT.

Par rapport à la collaboration, dans notre service c'est très important c'est-à-dire que lorsqu'on envoie un enfant dans notre service on sait qu'on l'envoie à un professionnel – c'est vrai qu'on essaie de donner un maximum de renseignements sur les procédures, et c'est vrai qu'après la sortie de l'hôpital je peux être amenée à confier le couple mère enfant à une puéricultrice de secteur, et je vais devoir collaborer, et donc je dois lui communiquer un maximum de renseignements, mais c'est vrai que parfois on arrive à être déçues par sa propre profession parce qu'on est censées avoir fait les mêmes études, mais bon, moi je me sens beaucoup plus infirmière hospitalière, c'est sur, parce que pour avoir vu le travail des autres puéricultrices, je ne dis pas que c'est moins intéressant, mais c'est pas quelque chose que j'aimerais faire pour l'instant, mais je me sens assez solidaire des problèmes et je sens qu'on est un peu favorisées à l'endroit où je travaille par rapport aux autres, aussi bien au niveau des conditions et des salaires, et je me rends compte un peu plus maintenant que je me projette plus loin, en me disant que JE VAIS PEUT-ÊTRE CHANGER D'HÔPITAL, QUE JE ME DEMANDE SI JE VAIS RETROUVER MON PETIT NID.

Nous au niveau de L'INFORMATIQUE on n'a pas de charge du tout, c'est à dire qu'on se contente de rentrer les enfants quand la surveillante n'est pas là et sinon c'est elle qui prend en charge tout le côté informatique, pour tout ce qui est bilan sanguin ce sont les internes, nous notre part c'est tout ce qui est bilan de soins, c'est une charge de travail, mais elle est essentielle, par contre les week-ends si en plus du bilan de soins on est obligées de faire les dossiers c'est un peu lourd ».

Chantal (I25), infirmière dans un Hôpital parisien

Moi je ne peux plus

Travaille depuis 10 ans en milieu hospitalier, après avoir été professeur de gym, etc. ; pendant les trois premières années a été aide soignante, ensuite a fait l'école d'infirmières – toujours au même Hôpital parisien. Pendant les sept années comme infirmière, elle a travaillé à 'droite et à gauche', dans des hôpitaux de l'AP, dans des cliniques, dans des maisons de retraite, en intérim, etc. Et elle est revenue depuis quelques mois pour faire des vacances à l'Hôpital, en soins palliatifs. Elle envisage cependant de quitter l'hôpital, car elle ne supporte plus les conditions de travail, et surtout le manque de reconnaissance – de la part des médecins, des malades, de leurs familles...–, qu'elle a à supporter. Actuellement elle fait de la création de bijoux, mais souhaite retourner en hôpital pour faire de l'ergothérapie, elle aime bien aider les gens, elle croit avoir cette vocation.

Son père est comédien et metteur en scène, sa mère est secrétaire, et sa soeur est magistrat ; a deux cousines infirmières.

« Moi J'AIMERAIS BIEN TRAVAILLER AVEC LES ENFANTS, OU EN PSYCHIATRIE, SURTOUT AVEC LES ADOS. Peut-être les soins palliatifs, parce qu'on est vraiment présents, qu'il se passe vraiment quelque chose avec les malades. J'ai fait de la chirurgie cardiaque, de la réanimation, toutes les pathologies incongrues, j'ai fait, et plus jamais je ne ferais...les malades qui arrivent du bloc, ils arrivent à 5 ou 6 en même temps, et la panique à bord quand ils arrivent ».

Je lui avais demandé de décrire les extrêmes : elle trouve préférable le milieu de l'hôpital, parce qu'il y a plus de personnel, plus d'encadrement (par exemple pour les stagiaires), et les patients sont aussi plus en sécurité (cela correspond à ce que j'ai déjà entendu) ; elle trouve aussi certaines cliniques qui font de l'accompagnement des mourants (« soins palliatifs ») très bien – mais la majorité de ce qu'elle a connu *c'est l'horreur...*

« VERS LA FIN DE SON PARCOURS EN MILIEU HOSPITALIER. À l'Hôpital, moi je trouve maintenant après avoir tourné un peu à droite à gauche, qu'il y a le matériel, il y a le personnel, enfin entre guillemets, en nombre, et je trouve qu'on est quand même bien considérées, par rapport À LA CLINIQUE, OÙ C'EST L'HORREUR. J'étais en chirurgie, en réanimation, pas en bloc, donc on était seule, il y avait 15 lits par étage, et il y avait une aide soignante avec nous, mais on devait faire tout tout tout. La désinfection, les repas, les enfants, les perfusions, les chirurgiens qui arrivaient à n'importe quelle heure, à 6 heures du soir, c'était...Deux ans je suis restée là-bas et je suis partie ».

Ce qui lui est insupportable c'est la manière dont elles sont traitées par les médecins, par les malades et par leurs familles, ainsi que le rythme accéléré qu'on impose pour faire sortir les patients de l'hôpital, alors que le traitement minimum nécessaire n'est pas assuré. Très pessimiste sur l'avenir de la profession et de l'institution, elle ne se sent pas capable de faire des recommandations au ministère. Un principal souhait exprimé quand même : constituer des lieux de parole, où l'on puisse s'exprimer, se soulager, se libérer ; elle n'aurait eu des réunions nulle part.

« Nous ne sommes PAS TOUJOURS BIEN RESPECTÉES PAR LES MÉDECINS, LES MALADES SONT DE PLUS EN PLUS EXIGEANTS, LES FAMILLES, C'EST DIFFICILE AUSSI DES FOIS, ça fait pas longtemps, ça fait 10 ans, et moi je ne peux plus. Et en ce moment je fais une école de création de bijoux, et j'aimerais bien plus tard faire des ateliers thérapeutiques dans les hôpitaux, en faisant une formation d'ergothérapie ou quelque chose comme ça ».

Scènes de violence décrites : le fils d'un parent mourant les agressant, elle aurait reçu un portable à la figure parce qu'elle avait appelé la femme du mourant, alors que le fils ne voulait pas que celle-ci soit informée ; dans ces situations critiques, le médecin les engueule au lieu de les défendre.

Dans les cliniques, il y aurait des différences de traitement en fonction de la hauteur des honoraires : un patient, opéré d'une tumeur au cerveau, peut se faire virer trois jours après l'opération pour ne pas être inscrit à la Sécurité sociale (elle est révoltée). On lui demandait de sortir du cabinet du médecin quand le patient remplissait le chèque. Et « tout le cinéma » qu'on faisait à la clinique quand un patient riche arrivait (le « tapis rouge », les demandes exprès de soins comme s'il ne les aurait pas reçus de toute façon) ; des cliniques chères, mais moins équipées, les tarifs ne correspondant pas forcément à la qualité, etc.

Les secteurs préférés : travailler avec les enfants, et même en soins palliatifs ; mais surtout pas en chirurgie.

« EN INTÉRIM J'AI FAIT DES MAISONS DE RETRAITE, et j'ai fait du domicile, du labo, de la médecine du travail. En maison de retraite il n'y a pas beaucoup de personnel, il y avait 3 infirmiers pour 120 patients, et il y avait 9 aides soignantes, et aussi des auxiliaires, vous savez, les maisons de retraite, elles font les toilettes, mais le week-end on était une seule infirmière et c'était assez stressant, j'ai eu très peur.

L'entraide ? Ca dépend des endroits. Il y a des endroits où l'infirmière et l'aide soignante travaillent ensemble ; dans la clinique on était bien obligées, parce que s'il y avait une grosse toilette à faire on ne pouvait pas la faire seule. Mais il y a un autre endroit où les médecins sont de leur côté, les aides soignantes de leur côté et les infirmières de leur côté, et les agents de leur côté. C'est à dire que les agents prenaient leur petit déjeuner de leur côté et ainsi de suite, ça ne se mélangeait pas. C'était aussi bien dans des cliniques que des hôpitaux, d'ailleurs. D'un service à l'autre ça peut varier.

Je sais qu'il y a DES ENDROITS OÙ IL Y A UNE RIVALITÉ ASSEZ CLAIRE ENTRE LES AIDES SOIGNANTES ET LES INFIRMIÈRES, ET SOUVENT ÇA JOUE, J'AI DU MAL À COMPRENDRE, quand j'étais aide soignante il y avait des services où les infirmières venaient me chercher pour enlever un pansement, elles ne l'enlevaient pas, elles voyaient que j'étais occupée et elles venaient me chercher, vous voyez ? C'est pas comme ça tout le temps. Heureusement. Quand j'étais aide soignante, à l'époque, les lits, dans certains services, c'était uniquement l'aide soignante, attention! Les toilettes, pareil! Parfois c'est sûr qu'en tant qu'infirmière, moi j'ai été des 2 côtés, et bien on n'a pas le temps de faire les toilettes, et les aides soignantes parfois râlent, ne comprennent pas, ça dépend.

C'est vrai, il y a DES MÉDECINS QUI NOUS DÉLÈGUENT LES SOINS ET NOUS QUI DÉLÉGUONS LES SOINS AUX AIDES SOIGNANTES.

Moi je dirais que C'EST LA SYMPATHIE QUI JOUE BEAUCOUP, moi je m'entendais bien dernièrement avec l'aide soignante, et je pouvais lui demander toujours des services, et C'EST VRAI QU'IL Y A DES ENDROITS OÙ LES FILLES SONT SOLIDAIRES. Une fois elle me voyait transfuser un patient, elle voyait que j'étais vraiment débordée et elle m'a proposé d'aller chercher le sang à la banque du sang. Mais il y a des endroits, les aides soignantes, je pouvais être débordée autant que je voulais, il n'y avait pas moyen de demander quoi que ce soit.

LES CLANS SE CONSTITUENT PAR PROFESSION. Ce n'est pas partout, mais SOUVENT LES RIVALITÉS SONT TENACES. ALORS QU'ON DEVRAIT TOUS S'ENTRAIDER, ON EST TOUS LÀ POUR LE PATIENT. Bon, et PARFOIS LA HIÉRARCHIE INTERVIENT POUR RÉGLER LES PROBLÈMES, MAIS MOI JE TROUVE QUE ÇA SE FAIT PAS DE FAIRE APPEL À LA HIÉRARCHIE POUR RÉGLER DES COMPTES, nous ici on évite. MOI J'IRAI PAS CHERCHER UNE SURVEILLANTE.

LES RÉUNIONS ça peut être bien, mais SI LES FILLES ELLES SONT BORNÉES, parce qu'il y a vraiment des endroits où les filles sont bornées..., RIEN À FAIRE, ON N'ARRIVE PAS À LES DÉSENCROÛTER, ELLES SE SENTENT AGRESSÉES POUR LE MOINDRE... bon, ce n'est pas la majorité, et parler, c'est bien mais c'est pas toujours...

L'expérience des réunions positives ? Non, nulle part... Si, à Anne Garnier, et là-bas, c'était franchement bien, à la maison des soins palliatifs, là-bas, IL Y AVAIT VRAIMENT DE L'ENTRAIDE, ET C'EST D'AILLEURS TOUJOURS CITÉ EN EXEMPLE, IL Y A DES RÉUNIONS TOUTES LES SEMAINES pour déterminer ce qui va et ce qui ne va pas entre nous, et JE N'AI JAMAIS RETROUVÉ ÇA AILLEURS. En fait je suis partie, parce qu'à force de côtoyer des mourants, et avec le manque de personnel, mon moral, il en prenait un coup. Mais je pense que si je continuais dans la profession, je retournerais là-bas.

LE PROBLÈME C'EST QUE LORSQU'IL Y A UN MANQUE DE PERSONNEL, ON FAIT APPEL À DES INTÉRIMS, ET LES INTÉRIMS, ILS NE CONNAISSENT PAS ET IL FAUT TOUT LEUR EXPLIQUER, ET C'EST DÉLICAT AUSSI. Puis les médecins ils sont pas toujours très sympas avec les infirmières. On n'est pas des bonnes, et j'avoue, je suis souvent en guerre.

Ce que j'ai pas regretté dans la clinique c'est qu'il y avait pas de lieux où on pouvait parler. On vivait des choses assez dures, et on ne pouvait pas parler des choses dures qu'on vivait. Et des fois j'ai

besoin d'en parler. Souvent dans les unités de soins palliatifs il y a des psychologues qui encadrent le personnel mais dans les cliniques il n'y a pas ça, et on rentre chez nous avec tous les problèmes ».

Les patients et les familles

« C'est vrai que LA TOILETTE C'EST UN MOMENT PRIVILÉGIÉ AVEC LES MALADES, et j'ai ce contact avec les malades, mais quand on est débordés par le boulot, c'est vrai qu'on ne peut pas s'arrêter et prendre contact avec le malade. Parce que je suis débordée de partout, il y a un retour de bloc qui arrive... Une fois par exemple il y en a une qui s'est mise à pleurer, et j'étais pressée, et on venait de lui annoncer qu'elle avait un cancer, et je devais partir mais je ne pouvais pas la laisser tout seule. Alors je suis restée, mais j'ai laissé en plan d'autres choses. Enfin, c'était l'enfer. Et je suis partie aussi grâce à elle.

LES STAGIAIRES, EN CLINIQUE on n'a pas le droit de les encadrer, c'est dur à dire, on ne les laissait pas tout seuls pour faire un soin, mais on les laissait souvent en stand by. À L'HÔPITAL c'est pas du tout pareil. C'est bien encadré, il y a une organisation, une hiérarchie.

Avec les internes, ça se passe plutôt bien, même très bien, ils nous écoutent, bon, c'est sûr, ça dépend des internes.

Changements ? Non, pas tellement à part que... ce qui attire l'attention, c'est qu'il n'y a pas assez de place, c'est qu'il faut que les gens sortent, parce qu'il y en a d'autres qui rentrent, ça s'est accéléré, c'est affolant. IL Y A PLEIN DE CHOSES QUI NE VONT PAS.

VŒUX. Le problème c'est que là je vois tellement en noir la profession que franchement je ne vois pas, et il faudrait plus de personnel, c'est sûr, mais, il n'y en a pas, alors, je ne vois pas où il faut aller les chercher... Et les filles, je les comprends, c'est difficile de vouloir rester, et en même temps, je vais quitter le métier mais sans vraiment le quitter, si je fais ergothérapeute, je vais rester faire ce que j'aime, c'est-à-dire aider les patients. Mais c'est vrai que parfois on n'a pas envie de les aider, moi je me souviens par exemple d'une fois, on m'a envoyé le téléphone dans la figure, un client dont la mère était hospitalisée et dont le père voulait être là au moment du décès, et je voulais l'appeler, mais lui ne voulait pas alors il m'a balancé le téléphone dans la figure. Le médecin est venu et nous a engueulées parce que c'était le client. Bon.

EN CLINIQUE C'EST DE LOIN LE PIRE, ça coûte cher, j'ai connu une clinique où c'était très cher et où il n'y avait pas beaucoup de matériel. Tout marche à l'argent là-bas. J'ai connu une clinique où des que quelqu'un avec beaucoup d'argent arrivait, on sortait tout de suite le tapis rouge, on nous disait, « soignez le bien ». Du moment où le chirurgien touchait son chèque, le patient pouvait sortir. Il y avait un patient, il avait une tumeur au cerveau, il n'avait pas de sous, il est sorti au bout de trois jours, vous vous rendez compte, trois jours pour une tumeur? C'est hallucinant. Il est sorti (car) il n'avait pas la SÉCU, c'est pour ça qu'il est sorti.

Ca dépend des établissements, en ce qui concerne L'INFORMATIQUE, on perd beaucoup de temps, c'est presque la moitié de notre travail ».

Maria (I26), infirmière de nuit en clinique d'orthopédie à Paris

Elle travaille depuis 7 ans et toujours de nuit, mais « tout va bien ». Section d'orthopédie, un étage (sur sept), 24 lits ; a fait aussi de l'Intérim ; les conditions de travail se sont améliorées, avant elle était sur deux étages. Après le bac, a fait trois années d'école d'infirmières (finie en 1997), dans le privé, au lycée Rabelais ; après, elle a envoyé des CV partout, dans les hôpitaux et les cliniques, une clinique l'a rappelée en lui proposant un poste de nuit, tout de suite, une semaine après, c'est la clinique où elle est toujours. Sa mère est la concierge de l'immeuble qu'elle habite, d'origine portugaise.

COOPÉRATION ET HORAIRES

« De nuit on fait 20H/8H, ON EST PAYÉES 12H, JE VOUS DIS ÇA PARCE QU'ON S'EST BATTUES POUR, PARCE QUE NOUS NE POUVONS PAS AVOIR 1H DE PAUSE, COMME NOS COLLÈGUES DE JOUR, ET ON A QUAND MÊME OBTENU DE POUVOIR ÊTRE PAYÉES LES 12H. Et nous ON SE PARTAGE LE SERVICE POUR FAIRE LES SOINS, 12 MALADES CHACUNE et puis on se rejoint après pour se dire, on se fait les transmissions entre nous.

Entraide ?

Justement, il y a deux surveillants de nuit qui sont à leur poste, et qui ont un beep, et on peut les joindre dès qu'il y a quelque chose de grave. Et ils viennent nous aider. *Ca se passe bien ?* Oui, c'est pour ça que je suis restée 7 ans. Non, nous on dirait qu'on est dans le bonheur, ça se passe très bien, (les médecins) on peut les déranger à n'importe quelle heure de la nuit, ils sont là, ils répondent à nos questions, tout va bien.

LA NUIT IL Y A UNE AUTRE ATMOSPHÈRE, ON EST PLUS PROCHES, le médecin de garde passe la nuit pour voir au début si on n'a pas de problèmes, et puis ça se passe bien.

Dans la clinique il n'y a JAMAIS DES INTERNES, MAIS DES (INFIRMIERS) STAGIAIRES si, et ça se passe bien, on aime bien. Ils sont contents à la fin de leur petit stage. Bon on est un peu plus souples parce qu'il faut tenir une nuit, bon, elles on les laisse un peu plus cool, mais on essaie de les prendre un peu avec nous et de les encadrer. Mais c'est vrai que DES FOIS ON EST UN PEU JUSTE À DEUX, ON ESSAIE DE TENIR MAIS ÇA DÉBORDE UN PEU DANS TOUS LES SENS, on voudrait bien parfois être 3 parce qu'on a une charge de travail un peu importante. On est quand même en orthopédie, et on a donc une charge de travail importante, parce que les patients sont quand même immobiles ».

Il y a une BONNE AMBIANCE, et c'est pas partout, justement nous ON A DES VACATAIRES QUI VIENNENT D'AILLEURS, ET ILS SONT CONTENTS D'ÊTRE ICI. Après on est toujours plus ou moins contents, ON PARLE TOUJOURS DE SALAIRE, on parle d'autres choses, MAIS VU (CE QUI SE PASSE) AILLEURS, JE VOUS DIS QU'ON EST TRÈS BIEN.
(Le salaire peut être source de mécontentement), mais vu les conditions de travail, vu les jours de repos, parce qu'on a une vie de famille, vu qu'on peut poser nos jours de repos quand on veut, en arrangeant avec l'équipe et la surveillante générale, et on s'arrange sans difficultés.

LES 35 HEURES

« Ça se passe bien parce qu'on fait une nuit en moins par mois, en fait on choisit notre jour, moi j'ai choisi un dimanche ce qui me fait travailler qu'un week-end complet par mois, ce qui est pas mal au lieu de travailler les 2 week-ends dans le mois, donc c'est vrai qu'on ressent les 35 heures en bien.

Les échanges avec l'équipe de jour Il y a toujours la différence, la nuit et le jour, ils pensent qu'ils sont mieux, qu'ils font le travail correctement et que nous on le fait mal, mais PERSONNELLEMENT AVEC MOI NON, JE M'ENTENDS BIEN AVEC LES COLLÈGUES DE JOUR, mais parfois j'entends des petits bruits de couloir. Mais il y a une bonne équipe, moi je les connais, LES ÉQUIPES NE CHANGENT PAS, et donc comme ON SE CONNAÎT DEPUIS LONGTEMPS, on arrive quand même à se dire les choses quand ça ne va pas trop.

Pour les transmissions, combien de temps vous passez ensemble ? Et bien c'est drôle parce qu'en fait on n'a pas le temps de passer ensemble, donc on s'est arrangées, moi j'arrive une demi heure avant le soir et elles arrivent une demi heure avant le matin. Ca fait UNE HEURE PAR JOUR.

DES RÉUNIONS Oui, PAS NOUS DIRECTEMENT, MAIS ON A NOTRE SURVEILLANTE, et ON EST SYNDICALISÉES, ET C'EST NOTRE SURVEILLANTE QUI Y VA, et c'est le comité d'entreprise qui est présent, et ON PEUT ÊTRE PRÉSENTES SI ON VEUT, MAIS COMME ON TRAVAILLE LA NUIT, ON NE SE DONNE PAS LA PEINE.

LES CONFLITS SONT DES QUESTIONS DE CHARGE DE TRAVAIL, DES CHOSES QU'ON LAISSE FAIRE À D'AUTRES, mais sinon, non, je ne vois pas, je ne trouve pas.

C'est vrai, c'est ce qu'elles me racontent parfois mes collègues de jour, UNE FOIS J'AI TROUVÉ MA COLLÈGUE EN TRAIN DE PLEURER, PARCE QU'ELLE AVAIT ÉTÉ AGRESSÉE PAR LA FAMILLE, mais on ne peut pas donner plus de vie à une personne qu'elle n'en a, moi bon, je comprends ma collègue et je comprends la famille, mais c'est toujours comme ça dans la vie de tous les jours, quand on ne va pas bien, il faut bien qu'on sorte notre colère, et malheureusement ce sont les infirmiers qui prennent ».

DES MOMENTS DE COLÈRE

« Oh oui, mais moi c'est pas entre nous, c'est pas vis à vis des patients, C'EST PAR RAPPORT À LA CHARGE DE TRAVAIL, quand on ne peut pas s'occuper de la personne comme il faut. *Et vous vous en prenez à qui alors ?* Moi je m'en prends au couloir, je parle toute seule dans le couloir. *Et à la maison ?* Peut être que je suis un peu agressive avec mon mari à la maison, dès que je me défoule un peu sur lui. Et avant j'étais en soins intensifs, et c'était plus dur, encore, ça dépend où on travaille, et c'est vrai que L'ORTHOPÉDIE C'EST GENTIL COMME SERVICE ».

CHANGEMENT DU PUBLIC DE LA CLINIQUE

« En clinique en général, c'est plutôt les gens qui habitent dans le coin, donc des gens quand même aisés, ou alors des étrangers qui viennent se faire opérer. Mais ce qui a changé c'est qu'il y a DE PLUS EN PLUS DE PERSONNES QUI VIENNENT SE FAIRE OPÉRER DE L'ÉTRANGER, et autre chose, LES GENS SONT DE PLUS EN PLUS EXIGEANTS, ILS SAVENT DE PLUS EN PLUS DE CHOSES SUR LA MALADIE ET LES SOINS, ET ILS SAVENT DE PLUS EN PLUS CE QUI SE PASSE AILLEURS, ILS POSENT DE PLUS EN PLUS DE QUESTIONS POINTUES et nous ils faut qu'on soit de plus en plus dans l'actualité aussi, parce qu'avant ils ne posaient pas de questions.

Polyvalence : C'est qu'on peut aller partout, et c'est bien, parce qu'on peut ne pas s'enfermer dans un domaine, et aller dans tous les services.

Moi CE QUE JE TROUVE DUR À FAIRE C'EST LA PÉDIATRIE, parce que ça me ferait trop mal au cœur, mais j'aimerais bien travailler avec des enfants mais pas en cancérologie tout ça ».

Corinne (I27), infirmière dans un hôpital parisien

Personne volontaire, elle travaille de nuit et aspire à devenir cadre. Fille d'une employée de banque (depuis 35 ans cadre dans la même banque) et d'un chauffeur de taxi, qui avait été avant gérant d'une entreprise et est depuis peu en préretraite. Entrée à l'école d'infirmières en 1996, suite à un licenciement, école qu'elle a finie en décembre 1999. A été commerciale pendant quatre ans avant. Elle faisait partie d'une association s'occupant d'enfants handicapés. A passé 11 mois dans un hôpital privé, convention CAP, mais cela ne correspondait pas à ses attentes, a essayé de retourner dans le public, « *et comme le public à ce moment recrutait, je suis rentrée là où j'avais fait mes études, à l'hôpital H.* ». Entretien pris comme une situation d'examen, réponses à toutes les questions, expression soignée. Elle compte faire l'école de cadres infirmiers, et même « aller plus loin ». Son compagnon est médecin, elle n'exclut pas de se voir obligée de le suivre ailleurs, sans quitter tout de suite l'AP. Elle m'a confié, pendant un détour de l'entretien, qu'elle fait de l'intérim, bien que cela ne soit pas permis aux fonctionnaires de l'AP : la majorité le ferait, 'et heureusement', car cela permet de combler en partie le manque de personnel. Elle travaille de nuit, depuis 2000, dans l'Hôpital parisien, sans se plaindre, elle non plus. Contredit la représentation caricaturale que les autres, les collègues des équipes de jour, se font des équipes de nuit (des préjugés qui étaient les siens avant). Les conditions de travail de nuit sont appréciées dans la mesure où on échappe à certaines corvées.

Elle est très entourée d'affection chez elle, vivant avec ses parents et ses animaux, ce qui lui permet de faire face aux problèmes psychologiques, que les autres accusent en priorité (demandant la constitution de groupes de parole). Principale demande de sa part : plus de reconnaissance. Jeune femme de fort caractère, raconte ses combats - pour se faire payer les heures supplémentaires, pour faire passer ses observations sur tel ou tel patient qui n'étaient pas prises en considération par les médecins, pour suivre des stages et s'instruire.

LA QUESTION SUR LA POLYVALENCE – elle le fait, est disponible, mais CE N'EST PAS ÉVIDENT POUR TOUT LE MONDE (certaines, travaillant en réanimation avec 4 malades, ne pourraient pas s'occuper en même temps de 20). À propos de la contradiction entre l'entraide nécessaire (surtout dans les situations de pénurie de personnel) et la spécialisation contrainte.

CONFLITS ENTRE ANCIENS ET NOUVEAUX VENUS

« Je peux parler par exemple du bloc, là où il y avait un conflit dont on m'avait pas parlé : en fait, quand j'ai travaillé à ce bloc, il y avait une femme qui était là depuis 10 ans, elle travaillait avec les chirurgiens, et elle n'était entre guillemets qu'aide soignante, au niveau de son diplôme, et moi arrivant avec mon BE, elle a cru que j'allais lui piquer sa place. Alors que pas du tout et elle m'avait un peu pris en grippe, et je sais qu'elle essayait de me mettre des bâtons dans les roues, mais bon, je suis partie, et j'en avais pas grand chose à faire ».

TRAVAILLER EN BINÔME, CONFLITS AVEC LES INFIRMIÈRES

« À l'hôpital de Forcy, en fait j'étais en pneumologie où il y avait 40 malades, et à cette époque-là je faisais une semaine du matin et une de l'après midi, en sachant que les horaires du matin c'était 6h30>14h30 en gros et les horaires du soir c'était 13H>21H, et donc le matin on était 2 infirmières, 2 aides soignantes pour 40 patients dont certains avaient des trachéotomies, et l'après midi on était une infirmière et une aide soignante pour le même nombre de malades. Donc de toutes façons ON ÉTAIT OBLIGÉES DE TRAVAILLER EN BINÔME, on ne pouvait pas faire autrement, moi J'ESTIME QU'ON EST COMPLÉMENTAIRES AVEC LES AIDES SOIGNANTES, et ça c'est toujours bien passé, mais AVEC LES INFIRMIÈRES IL Y A DÉJÀ EU DES CLASHS. IL Y EN A QUI VEULENT JOUER UN PEU LES CHEFAILLONS, et comme je n'aime pas me laisser faire, de temps en temps il y a eu des anicroches, mais il n'y a jamais eu de conflits ouverts et donc ça m'a appris d'emblée à travailler en binôme avec des femmes. Chose qu'on ne nous a pas forcément appris à l'école ni au cours des stages. On nous parle un peu des aides soignantes, mais c'est seulement quand on travaille qu'on se rend compte qu'il y a d'un côté les infirmières et de l'autre les aides soignantes et qu'il y a comme un clivage entre les deux. Et en fait après j'ai eu ce poste de nuit à [l'Hôpital] et là c'est pareil, on travaille en binôme avec une aide soignante. Il y a 40 lits, et on est en général 3 infirmières et 2 aides soignantes, parce qu'en fait on a une partie hospitalisation traditionnelle et une partie hospitalisation de semaine, et on a une infirmière qui est détachée pour l'hospitalisation de semaine et les deux autres qui font l'hospitalisation traditionnelle avec les aides soignants. En sachant que si jamais il y avait besoin d'un coup de main pour l'hôpital de semaine, on peut aller au bout du couloir et aider le collègue. De toute façon, LA NUIT ON LA PASSE TOUS ENSEMBLE, parce que les sonnettes sont toutes reliées au même endroit, donc on est tous au même endroit. En ce moment c'est un peu différent parce que notre service est en travaux de peinture et donc on travaille à 2 infirmières et 1 aide soignant pour 18 malades.

C'est surtout L'AVANTAGE DE LA NUIT, parce qu'on se rend compte en écoutant les dires des collègues qu'il n'y a pas de travail ambulancier et autant de coopération dans la journée ».

LE RYTHME DE TRAVAIL

« Moi le rythme de travail que j'avais à Forcy, une semaine le matin et une l'après midi c'était pas mal, par contre, et C'EST PAS COMME ILS PEUVENT FAIRE À L'AP VOUS PARACHUTER UN COUP LE MATIN ET UN COUP L'APRÈS MIDI, alors ça par contre au niveau rythme biologique ça casse un peu, mais en fait là UNE SEMAINE ON DEVAIT SE LEVER DE BONNE HEURE MAIS LA SEMAINE D'APRÈS ON N'AVAIT PLUS À SE LEVER, DONC ÇA FAISAIT UN PEU LA BALANCE, ET AU NIVEAU DU RYTHME DE NUIT, MON SURVEILLANT M'A FAIT UN PEU ESSAYER PLUSIEURS RYTHMES et au bout d'un moment j'ai dit ben non, ça ne me convient pas beaucoup, et là je travaille une semaine 3 nuits et une semaine 4 et c'est pas mal.

LES 35H N'ONT POUR L'INSTANT RIEN APPORTÉ. Par exemple jeudi prochain je suis en RTT et bien jeudi prochain je viens travailler en heures sup. dans mon service, parce qu'ils n'ont trouvé personne pour me remplacer. MOI JE NE SUIS PAS CONTRE LES 35 HEURES SI C'EST APPLIQUÉ ET APPLICABLE, mais on est déjà en manque d'infirmières, en manque d'aides soignants, en manque d'internes, en manque de médecins confirmés, et si en plus de ça on a des jours de repos supplémentaires, je ne sais pas trop où on va aller.

Moi je n'ai pas grand-chose à dire PAR RAPPORT AU MATÉRIEL depuis que je suis à l'AP parce que c'est relativement adapté, à Forcy ça manquait un peu de LITS ÉLECTRIQUES, mais ils sont en train de les changer, mais c'est vrai qu'avant ils étaient assez bas et c'était pas pratique. ICI, LES LITS SONT TRÈS BIEN ».

LA DÉLÉGATION DU TRAVAIL : DE JOUR, LES FILLES SONT UN PEU SECRÉTAIRES

« Effectivement, c'est vrai que les médecins, pour en revenir à Forcy, par exemple le prélèvement artériel revenait aux médecins, et maintenant ça fait partie de notre rôle sous couvert qu'il y ait un médecin dans notre service, mais comme c'était nous qui les faisons, plus le reste du boulot, c'était pas évident, et une fois je me rappelle à un médecin à qui j'avais fait une réflexion, en lui disant qu'il fallait ralentir le rythme parce qu'on n'y arrivait plus, et je me rappelle, il m'a répondu, « Ah oui, mais c'est tellement confortable depuis que vous les faites » et donc ça ne leur posait pas de problèmes... Sur l'AP, c'est pas tellement le rôle de la délégation, de toute façon, on est là pour travailler, et les médecins font des prescriptions, et on est là pour appliquer les prescriptions, bon parfois on n'est pas d'accord mais c'est autre chose, et on est là pour appliquer les prescriptions, et parfois ça dépend quand même de l'art et la manière dont c'est expliqué, et parfois ils mettent des prescriptions alors qu'on sait très bien ce qu'on a à faire... ON A UNE CHARGE DE TRAVAIL QUI EST AUGMENTÉE, SURTOUT DE JOUR, de nuit moins, mais DE JOUR LES FILLES SONT UN PEU SECRÉTAIRES, c'est elles qui prennent rendez-vous, qui font les bons de brancardage, machin, qui remplissent les papiers des médecins. JE PENSE QUE LE PROBLÈME DE LA DÉLÉGATION EST PLUS APPLICABLE AUX GENS DE JOUR QU'AUX GENS DE NUIT. Nous on a des prescriptions, mais bon, c'est pas... on va avoir une surcharge de travail si un patient ne va pas bien, qu'il faut lui faire des examens, etc... MAINTENANT À SAVOIR SI NOUS EN TANT QU'ÉQUIPE DE NUIT ON DÉLÈGUE BEAUCOUP, ils travaillent en binôme avec nous, donc ils anticipent beaucoup parce qu'ils connaissent bien leur boulot, donc IL Y A PLEIN DE TRUCS QU'ILS FONT QU'ILS N'AURAIENT PAS LE DROIT DE FAIRE MAIS ILS FONT, ILS ANTICIPENT, ils travaillent avec nous, et quand ils voient qu'on est occupées dans une chambre et qu'il y a une personne qui va pas bien, ils vont aller s'en occuper, faire les constantes, faire pas mal de trucs à leur niveau puis ils nous attendent... De jour je ne sais pas comment ça se passe.

LE PROBLÈME SENSIBLE DE LA RECONNAISSANCE PAR LES MÉDECINS. D'abord, nous par exemple de nuit, les internes, S'ILS NE FONT PAS DE GARDES AUX URGENCES, SI ON NE LES APPELLE PAS, ON NE LES VOIT PAS, NE SERAIT-CE QUE ÇA DÉJÀ, ILS NE VIENNENT MÊME PAS SE PRÉSENTER, POUR AU MOINS CONNAÎTRE LES VISAGES DES INITIALES DES GENS À TRAVERS LESQUELS ILS PRESCRIVENT, quoi ! On aime bien avoir un visage, et ON A L'IMPRESSION DE NE PAS ÊTRE ÉCOUTÉES, ET ON A L'IMPRESSION D'ÊTRE FRANCHEMENT INUTILES, on essaie de faire remonter l'information et on se rend compte que ça fait rien, parfois pendant 5 ou 6 jours de suite, c'est vrai QU'AU BOUT D'UN MOMENT ÇA DEVIENT FRANCHEMENT PÉNIBLE quoi.

(Dans des situations comme ça), moi je vais taper chez le médecin chef, de toutes façons il y en a un avec qui j'ai un peu plus de contacts, c'est l'adjoint de mon médecin chef, il est au courant, et de toutes façons quand je le contacte, c'est vraiment que je sature, c'est pas tous les jours, et on essaie de se voir en entretien, ou alors il vient voir l'équipe et on en discute et on voit ce qu'on peut faire.

Des réunions ? Maintenant oui, parce que moi j'ai mis les pieds dans le plat aussi des fois, parce que j'en ai marre parce que plusieurs fois j'ai eu des gros soucis, avec des patients très lourds, et donc j'ai rencontré l'adjoint du chef de service et depuis ON A UNE RÉUNION UNE FOIS PAR MOIS.

LES TRANSMISSIONS SE PASSENT ORALEMENT, le soir, autour d'un petit café, même parfois ça nous arrive d'échanger des avis, et puis quand on commence à faire notre tour, on lit les transmissions écrites des autres collègues. Et le matin c'est pareil, oralement à celles qui arrivent à temps ».

SE DÉFENDRE ET SAUVEGARDER SA RÉPUTATION

« Souvent les gens s'imaginent que la nuit on se repose, on ne fait rien, et moi-même je pensais comme ça avant de travailler de nuit, et depuis j'ai été forcée de changer d'avis.

Même pour soi, individuellement c'est important de SAUVEGARDER SA RÉPUTATION, de faire son boulot correctement au maximum, et de NE PAS LAISSER FAIRE LES MERDOUILLES À LA COLLÈGUE, parce qu'elle n'est pas là pour ramasser toutes les merdouilles. Ca m'est déjà arrivé de devoir refaire 3 perfusions, parce qu'elles n'étaient pas bien faites, et je peux vous dire que le lendemain, la collègue, elle y a eu droit, hein! Ou alors ça nous arrive aussi qu'il y ait des prises en charge de la douleur qui n'aient pas été faites de jour et c'est à nous de le faire de nuit, alors qu'il n'y a pas de médecin de garde la nuit, et qu'on est obligés d'appeler les médecins de garde aux urgences alors qu'il n'y en a que deux. Et ON EST CONSIDÉRÉS COMME UN DES SERVICES LES PLUS LOURDS AU NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE DE [l'Hôpital], et les médecins de garde n'ont pas forcément toutes les données en leur possession, et c'est un peu particulier.

Des difficultés avec les patients qui sont en fin de vie : il n'est pas souhaité par tout le monde de travailler dans ce milieu, le mal pour tout évacuer, est-ce que vous avez une psychologue ?

On a une psychologue dans le service et on va la voir bientôt, je ne sais pas quand, mais bientôt, et le problème c'est que la psychologue s'occupe des patients, et qu'elle ne travaille pas la nuit, mais bon, il est envisagé qu'elle vienne enfin nous voir, mais maintenant quand, comment, grande question !

Nous on a réclamé à corps et à cris, et suite à des problèmes que j'ai eus sur des patients, le directeur adjoint s'est proposé pour FAIRE UN GROUPE DE PAROLE POUR PARLER DES CAS DIFFICILES qu'on a eus, présents ou passés. Par exemple parfois les médecins ont des attitudes de prise en charge médicale, on se demande pourquoi, franchement, et on n'a pas toujours l'information qui a remonté, donc en fait ça nous permet de savoir pourquoi il y a eu telle ou telle démarche pour tel ou tel patient. Et IL Y AVAIT CE GENRE DE RÉUNIONS AVANT LES VACANCES, et puis on a eu un changement de surveillant, ET ON EST RESTÉS QUELQUES MOIS SANS SURVEILLANT, ET C'EST VRAI QUE FAIRE LA JONCTION ENTRE TOUTE L'ÉQUIPE ET METTRE EN PLACE DES CHOSES AVEC LES MÉDECINS, C'EST QUAND MÊME LE RÔLE DU CADRE AUSSI DE LE FAIRE, et donc pendant l'absence c'était de manière ponctuelle, et personnelle. Les autres je ne sais pas ce qu'ils font.

Moi j'essaie de ne pas trop ramener l'hôpital à la maison, mais des fois on a un souvenir tenace et même si on essaye de faire une césure, ça ne marche pas. MAIS SI ON AMÈNE L'HÔPITAL À LA MAISON, ON EST CUITS ! »

CONFLITS AVEC DES PATIENTS

« Moi je ne me souviens pas qu'il y ait eu un patient qui nous ait malmené et qui ait eu gain de cause à la fin, parce QU'EN GÉNÉRAL IL NE SE PASSE PAS UN SEUL MOMENT DE CRISE SANS QUE TOUTE L'ÉQUIPE INTERVIENNE OU SE TIENNE AU COURANT. Parce que LES PATIENTS PASSENT PAR LES MAINS DE TROIS ÉQUIPES DONC CHAQUE INFORMATION REMONTE ET LES MÉDECINS ILS VOIENT BIEN QU'ON NE LEUR RACONTE PAS D'HISTOIRES, MAIS PARFOIS IL FAUT FAIRE CONTRE MAUVAISE FORTUNE BON COEUR, et par exemple ce patient était très malade et le docteur nous disait qu'il fallait le comprendre

et moi je lui répondais « vous savez docteur, ils sont tous très malades ici et c'est pas pour ça qu'ils peuvent se comporter comme ça », il tabassait sa femme, etc. Donc il pensait qu'il pouvait faire ça avec le personnel féminin, et puis moi je l'ai envoyé aux pelotes et depuis il s'est calmé, et JE VEUX BIEN QU'ON AIT DES GROSSES PATHOLOGIES ET TOUT, MAIS C'EST PAS POUR ÇA QU'IL NE FAUT PAS RESPECTER LES GENS ».

LE DÉROULEMENT D'UNE NUIT ORDINAIRE

« En général on arrive entre 9h moins le quart et 9h, puis on fait les transmissions autour d'un petit café, parfois pas du tout, donc voilà, et on commence la nuit en buvant un petit café, pour se mettre du baume au coeur, et puis on prépare nos soins, et puis on commence notre tour, c'est-à-dire qu'on prend le pouls, la tension et la température à tous les patients, ensuite on applique les prescriptions, ensuite, s'il y a des changes à faire, on les fait, ensuite, s'il y a des soins particuliers à faire pour les patients en fin de vie, on les fait, ensuite, des soins de confort, des massages, etc. Et ça c'est le premier tour chambre par chambre, on vérifie les patients sous chimio, et on applique les prescriptions, et ensuite on fait une pause repas pour nous, ça c'est vers minuit, et parfois c'est pas du tout selon la charge de travail, ensuite on fait le plein de tout ce qui est matériel, seringues, aiguilles, compresses, poches de perfusion, on remplit les tiroirs, pas que pour nous, mais aussi pour la journée du lendemain, ensuite, on fait un tour dans la nuit, en sachant que les autres tours, c'est les mêmes que le premier, sauf qu'on ne reprend plus la tension et la température, à part s'il y a des spécificités pour certains patients, par contre les massages et tout, on les fait toujours et même en dehors des tours habituels, parce qu'on a des tours de prévus toutes les 2 heures, et si un patient est souillé, on nettoie, et puis on vérifie nous tout ce qui est stupéfiant, on comptabilise, parfois notre surveillante elle nous fait des réunions la nuit, on voit donc les vacances, les jours et tout ça, et puis le dernier tour on le commence vers 5h30, et puis après on fait tout ce qui est évacuation de déchets, donc nettoyage du poste soin, en gros, et normalement les collègues doivent arriver à 6h45, on fait les transmissions et on s'en va ».

PLANNINGS, HIÉRARCHIE

« En fait on a des plannings chacun, en ce moment je fais un week-end sur 4, parce qu'il faut combler les trous, et les vacances en fait on a une planification où chacun pose ses vacances et puis on discute un peu, et tout le monde fait des efforts pour que tout le monde soit contenté. Et ça se passe très bien. Je n'avais plus de cadre, le cadre sup. était en vacances, pas de hiérarchie, donc personne n'avait fait remonter l'information, donc j'étais inexistante, et c'est un peu pénible, et IL FAUT TOUJOURS SURVEILLER SES FICHES DE PAYE, PARCE QUE RÉGULIÈREMENT IL Y A DES ERREURS. Au début, quand je suis arrivée, j'ai fait 15 jours de jour pour voir comment tournait le service, et puis je me suis mise à la nuit, et il y a eu un problème de code, qui faisait que l'administration me considérait comme partie de l'équipe de jour, et puis il a fallu deux mois pour résoudre le problème. Et quand on attend un certain salaire, c'est embêtant.

FAIRE DE L'INTÉRIM En sortant du DE, non, je ne me sentais pas prête, maintenant avec le recul, oui. Mais pour ça il faudrait que je prenne une disponibilité de l'AP, mais normalement on n'a pas le droit de travailler à coté, je dis bien normalement (beaucoup de monde le fait), je le fais aussi, mais franchement en étant fonctionnaires, on n'a pas le droit de travailler ailleurs mais TOUT LE MONDE FERME LES YEUX PARCE QUE ÇA PERMET DE FAIRE TOURNER D'AUTRES STRUCTURES QUI NE POURRAIENT PAS TOURNER SANS CES PERSONNES-LÀ ».

LES 35 HEURES

« On a deux garçons qui s'occupent du service de nuit, ce sont eux qui sortent les corps, ils s'occupent d'évacuer les décès vers les chambres froides, et ce sont les seuls qui sortent du service. Et eux ils viennent régulièrement et on parle avec eux beaucoup. Et justement EN CE MOMENT ON PARLE BEAUCOUP DES 35H, il y avait une réunion à [l'Hôpital] hier soir, moi je n'y suis pas allée, une réunion avec la responsable du personnel, la directrice des soins infirmiers, par rapport à la mise en place des 35h et j'en aurai des échos lundi autour d'un café, on va en parler, etc. »

SERVICES PRÉFÉRÉS, SERVICES ÉVITÉS

« A PRIORI PAS DE GÉRIATRIE, c'est pas que j'aime pas les personnes âgées mais bon, ni la psychiatrie, ni la pédiatrie. C'est trois domaines, non, la réanimation non plus...

LES RISQUES DE LA SPÉCIALISATION. Si vraiment je me spécialise comme INFIRMIÈRE DU BLOC OPÉRATOIRE, après c'est toute ma vie, et il n'y a pas de retour en arrière possible. Je voulais me faire IBOD, mais j'essaie de me former en rapport avec ce que je vis au sein du service pour devenir cadre voire plus. Bon, je ne me sens pas bloquée, je peux toujours aller plus tard me vendre aux labos, comme je connais le milieu et que j'ai fait du commercial avant, je sais qu'en général ils aiment bien ça, quelqu'un qui connaît le milieu et qui a une double casquette.

ENVISAGE DE QUITTER L'HÔPITAL PUBLIC. Ca c'est clair, parce que mon ami veut quitter Paris pour la province, et si ça marche, je vais quitter en principe [l'Hôpital] ; mais je vais peut être retomber dans un autre hôpital public, et je ne vais pas démissionner comme ça, parce que j'ai la possibilité d'avoir des opportunités donc autant en profiter.

STAGES DE FORMATION. Par exemple, moi je vais faire des formations pour la sécurité transfusionnelle, pour tout ce qui correspond à passer des culots sanguins. Et puis il y a tout un tas de stages qu'on fait parce qu'on est obligés, par exemple la sécurité incendie, C'EST BÊTE COMME CHOU, VOUS VOYEZ, MAIS C'EST OBLIGATOIRE. C'EST UNE FOIS PAR AN, ET C'EST OBLIGATOIRE. Après ça dépend de chaque individu s'il veut être formé ou pas. Par exemple, dans le service on a un problème par rapport à la prise en charge de la douleur, et moi je vais faire une formation universitaire pour la prise en charge de la douleur, parce que je servirai de référence après, et même par rapport aux médecins. Et ça c'est mon projet personnel ».

Diane (I28), infirmière au chômage, anciennement en clinique

Les difficultés de trouver du travail à 58 ans : peu d'ancienneté, car elle a travaillé longtemps à l'étranger, en Algérie et en Israël, depuis 8 ans seulement en France. Des nombreuses relations conflictuelles, avec des médecins (une Algérienne), avec le personnel soignant subordonné (réunion où elle est accusée de racisme), avec des « patients qu'on appelle aujourd'hui clients ». Les patients ne sont plus comme avant, menacent en permanence de procès. Il n'y a plus d'autorité, il faudrait des chefs – elle est fille de militaire. La difficulté de se faire accepter par les jeunes collègues, qui ont une autre formation, pointue, et une autre culture professionnelle. Ce que veut dire travailler seul.

« Je peux déjà dire que j'ai eu mon diplôme en 1970, donc c'est une formation très différente de ce que font les jeunes infirmières aujourd'hui, j'ai très peu travaillé parce que j'ai fait plein d'autres choses, mais j'ai travaillé un peu à l'étranger, un peu en Israël, un peu en Algérie, comme bénévole, et puis dans les années 70/80 dans les services de chirurgie dans des cliniques à Paris. Mais je n'ai donc pas une grosse formation professionnelle. J'ai RECOMMENCÉ À TRAVAILLER IL Y A HUIT ANS, je n'ai pas réussi à trouver ce que je voulais compte tenu de mon manque d'expérience, et j'ai commencé dans un service de médecine qui s'est ensuite transformé en service de rééducation, c'est à dire des gens à qui on a fait des prothèses des genoux, des hanches, des épaules, quelques accidentés de la route aussi mais pas des gros traumatismes, donc j'ai travaillé pendant huit ans dans ce service et puis j'ai donné ma démission en juillet [2003], parce que je travaillais dans des conditions que je trouvais inacceptables, et puis j'ai été prise dans une clinique chirurgicale, ce qui me plaisait beaucoup parce que j'aime beaucoup la chirurgie, mais au bout de 7 semaines on m'a dit qu'on m'arrêtait ma période d'essai alors qu'on m'avait jamais rien dit, je sentais moi même que je n'étais pas au top au niveau technique, et j'ai proposé à un surveillant de venir le jour sans être payée pour apprendre sur le tas, il ne m'a rien dit, j'ai tout appris sur le tas et le 31 octobre on m'a mise à la porte. Je crois que mon plus grand péché c'est mon âge. J'ai 57 ans et ça faisait 5 ans que je cherchais du travail ailleurs et on m'a toujours dit de manière plus ou moins détournée. L'année dernière, en janvier 2002, j'avais postulé à

Curie en tant qu'infirmière et je ne sais plus si c'est le DRH ou quelqu'un d'autre, mais ça s'était très très bien passé, lui même m'avait dit : mais c'est très bien, madame, d'avoir quelqu'un de votre âge, parce qu'on n'a que des jeunes de 25 - 30 ans, et dans le service de chirurgie c'était quelque chose que j'étais capable de faire, et il m'a pris tous mes papiers et j'allais être prise, et puis une femme qui était au-dessus de lui est intervenue, qui ne m'a pas vue mais avait vu ma date de naissance, et lui-même m'a dit un peu gêné eh bien, madame, comprenez-moi, au vu de votre âge je ne peux pas me permettre. Moyennant quoi je viens d'apprendre qu'à Curie ils sont dans la panade complète, parce qu'ils ont pris PLEIN DE JEUNES INFIRMIÈRES ESPAGNOLES QUI NE S'EN SORTENT PAS, alors ils travaillent avec des intérimaires. Même une surveillante me l'a dit, que je serai malheureuse, parce que les jeunes infirmières qui sortent des écoles sont formées à la toute nouvelle technique, dont moi en 70 je ne pouvais pas avoir connaissance.

J'ai recommencé à travailler en 95, mais mon dernier travail avant que j'arrête, c'était en 1982, [en banlieue parisienne], dans une clinique chirurgicale, et c'était comme le travail que j'avais effectué dans les années 70, il y avait une personne qui venait se faire opérer parce qu'elle avait une pathologie bien particulière, et puis j'ai envie de dire qu'il n'y avait pas de problème. Bien sûr il y avait de temps en temps une personne difficile, mais c'était une exception. Et MAINTENANT ÇA C'EST ÉNORMÉMENT DÉGRADÉ. Et puis les gens font des procès ! Dans mon hôpital, il y a eu la surveillante, la coordinatrice et une aide soignante qui ont été convoquées plusieurs fois rue du Château des Rentiers. Il y avait par exemple une fois un Turc qui avait été épouvantable, il était à la CMU, il n'avait pas un radis, enfin je ne lui reproche pas ça, mais tout de même, il était pris en charge, et un matin, il a demandé aux filles un grand bol de café noir, et on ne pouvait pas lui en donner, il n'y en avait pas, et puis l'histoire est allée jusqu'au commissariat, et c'est le chef de service qui y est allé, puisqu'il était le responsable, et ils ont passé des heures au commissariat, enfin, vous imaginez : « *pourquoi vous ne lui avez pas donné un autre bol de café noir ?* » « *Parce que je n'en avais pas* » ! Vous vous rendez compte, qu'est-ce que vous pouvez répondre à ça ? Et puis C'EST TERRIBLE QUAND MÊME TOUS CES GENS QUI ARRIVENT AVEC RIEN, ET PUIS ILS EXIGENT TOUT ET ENCORE PLUS ET MOI C'EST DES TRUCS QUE JE NE PEUX PAS FAIRE.

Je dois, tant qu'il faut je travaille ! Là j'étais drôlement furieuse, je me suis dit au moins que ça serve à quelque chose, et j'ai réussi à avoir un stage d'informatique qui aura lieu en janvier seulement, donc je me suis dit que je devais me remettre au parfum et profiter de mes pistons pour faire avancer mon dossier, mais ça n'aura lieu qu'en janvier, et IL FAUT QUE JE RETRAVAILLE, mais là je suis un peu dégoûtée et je ne voudrais pas qu'il m'arrive la même histoire qu'à la clinique ; JE PRÉFÈRE LA CHIRURGIE, AU MOINS LÀ C'EST CLAIR, DES VRAIS MALADES, QUI AU MOINS NE PROFITENT PAS DU SYSTÈME, PARCE QUE LÀ OÙ J'ÉTAIS EN RÉÉDUCATION, IL Y AVAIT DES GENS QUI RESTAIENT TROIS SEMAINES, MAIS QUI AURAIENT PU RESTER 15 JOURS. Pour le moment je suis un peu découragée et je ne sais pas vraiment où aller, et en plus je ne me fais plus d'illusions, par rapport à mon âge, alors je me dis que maintenant je voudrais échapper à la gériatrie, si possible, mais si c'est nécessaire je le ferai. (I28) ».

L'HÔPITAL PRIVÉ ET SON ÉQUIPE, SA SOUFFRANCE. SOLITUDE AU TRAVAIL

« Moi j'étais DANS UN PETIT HÔPITAL OÙ TOUT SE SAVAIT, chez nous on ne pouvait pas bouger le petit doigt sans que tout le monde soit au courant. Il y avait plus de 100 lits lorsque je suis arrivée, et lorsque je suis partie il n'y en avait plus que 44. C'était UN HÔPITAL TRÈS MAL GÉRÉ, à mon arrivée il y avait encore un service de chirurgie, et il a été fermé.

Avec ses collègues, elle a essayé pas mal de déceptions aussi, et en plus J'ÉTAIS EN QUELQUE SORTE LE CHEF puisque la surveillante générale avait beaucoup de travail et ne venait pratiquement pas. Donc JE TRAVILLAIS AVEC DEUX AIDES SOIGNANTES, UNE ASH, ET UN GARÇON QUI ÉTAIT POLYVALENT, QUI S'OCCUPAIT DU MÉNAGE, DU BRANCARDAGE, ET PUIS IL Y AVAIT LES SECRÉTAIRES AVEC LESQUELLES IL N'Y A JAMAIS EU DE PROBLÈMES. Je me sentais SEULE aussi, et LA SURVEILLANTE ÉTAIT PRÉSENTE DE MANIÈRE VARIABLE SELON LES ANNÉES, par exemple parfois la directrice lui confiait une certaine tâche dans hôpital et on la voyait 5 minutes dans la journée le matin, et moi je devais me débrouiller avec les malades, avec les familles et avec le personnel. Et LE PERSONNEL

C'ÉTAIT DES GENS QUI TRAVAILLAIT DEPUIS TRÈS LONGTEMPS, BIEN AVANT MOI, À QUI ON N'AVAIT JAMAIS RIEN DIT ET À QUI ON NE POUVAIT RIEN DIRE. Et il y a trois ans j'ai failli être virée, parce que j'en avais par dessus la tête, que TOUT ÉTAIT SALE, MAL ENTRETENU, etc. Et j'ai dit quelque chose à une aide soignante, qui par malheur était antillaise et comme elle était antillaise, moi j'étais raciste. Alors ils se sont tous ligués contre moi, et la surveillante générale m'a envoyé une lettre dans laquelle figuraient tous les reproches qu'on pouvait faire ainsi qu'une convocation à une confrontation avec le personnel, à laquelle j'ai refusé d'aller, puis le médecin chef m'a envoyé une convocation lui-même et j'y suis allé, et là il m'a dit soit je vais à la réunion avec le personnel, soit je vais sur l'autre site, car hôpital avait été racheté en 2000 par un autre hôpital et on travaillait sur deux sites, soit je suis licenciée. Alors j'ai décidé d'aller à la réunion à laquelle je me suis préparée, et j'avais pris le parti, à tort ou à raison, de ne pas discuter. Parce que je trouvais cela tellement crétin, et j'étais déçue de plein de choses, bon, j'avais passé du temps à écouter des discussions qui me cassaient les pieds, j'avais passé du temps à me préoccuper de leurs familles, par sympathie ou par charité ou je ne sais pas, m'enfin là ils m'ont tous bazardé, et CE QUI M'A LE PLUS TUÉ C'EST QU'IL Y AVAIT UN GARÇON QUI FAISAIT LE MÉNAGE, QUI N'ÉTAIT PAS FIN FIN, MAIS QUI ÉTAIT GENTIL, AVEC QUI JE PASSAIS DU TEMPS, ET BIEN LORSQUE LUI A OUVERT LA BOUCHE, JE CROYAIS QU'IL ALLAIT ME DÉFENDRE, ET BIEN LUI M'A REPROCHÉ, LORSQUE LE DIMANCHE MATIN, JE FAISAIS LES LITS AVEC LUI, DE LE QUITTER QUAND LE MÉDECIN ARRIVAIT. Alors que ça faisait trois ans qu'il n'y avait pas de médecin après le samedi après midi, jusqu'au lundi matin, et que je devais m'occuper de tout dans cette section, et que de toute manière il est toujours poli d'aller saluer le médecin lorsqu'il arrive, alors, j'ai peut-être eu tort, mais JE N'AI MÊME PAS RÉAGI TELLEMENT ÇA M'AVAIT DÉGOÛTÉ. Alors je me suis dit que ça faisait aussi partie des expériences de la vie, on croit faire du bien aux gens et puis je me suis dit peut-être ils étaient jaloux, enfin, j'ai eu après des mois difficiles. Et puis après je me suis dit qu'il fallait que je mette de l'eau dans mon vin, parce que travailler avec des gens qui vous font la gueule tout le temps c'est pas possible, JE ME SENTAIS TRÈS SEULE AUSSI.

Sinon, AVEC LES MALADES, j'avais vraiment une bonne relation, sauf que maintenant les gens sont très très méfiants, comme les médias leur racontent à longueur de temps des choses sur les transfusions, les scanners, les IRM, et que sais-je encore, ils ne comprennent rien, ils ne savent parfois pas lire et écrire, et C'EST ÇA QUI ÉTAIT PLUS FACILE AVEC LE TRAVAIL AUTREFOIS, C'EST QUE LES MALADES AVAIENT CONFIANCE DANS LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES. ET AUJOURD'HUI, MÊME AUX MÉDECINS, ILS NE LEUR FONT PAS CONFIANCE, et ça c'est vraiment difficile, et en plus dans hôpital où j'étais il y avait beaucoup de pauvres, de personnes à problèmes, d'immigrés, et avec eux c'était très difficile, ils sont aussi très exigeants, il est parfois vrai que moins on a et plus on en demande, et puis ils me traitaient parfois comme ils traitent les femmes dans leurs pays, moi je ne suis pas habituée à ça alors je réagis très violemment ».

UNE ANCIENNE DÉCALÉE : IL N'Y A PLUS L'AUTORITÉ D'AVANT

« Moi j'essayais de m'adapter, mais par exemple à mon époque l'infirmière était exécutrice du médecin, et même si le médecin lui demandait quelque chose de dangereux, elle était obligée de le faire. Une des premières choses qui m'avait surprise lorsque je suis revenue, c'était de voir une jeune infirmière de 25 ans faire une remarque à un médecin. De mon temps, c'était invraisemblable. Au niveau technique, elles apprennent des trucs extrêmement pointus, j'ai vu des jeunes espagnoles monter des cateters cardiaques par exemple. Bon moi de mon temps c'étaient les médecins qui posaient les transfusions, bon, les électrocardiogrammes, ça c'est pas difficile, mais NOUS C'ÉTAIT PLUS FINALEMENT DU TRAVAIL D'AIDES SOIGNANTES, D'AILLEURS À L'ÉPOQUE OÙ J'AI ÉTÉ FORMÉE IL N'Y AVAIT PAS TANT D'AIDES SOIGNANTES que ça.

Elle pense que son travail propre a été dévalorisé, réduit au niveau de celui des aides soignantes.

Si je postule dans une maison de retraite, on me prendra comme infirmière. Ce qui pèse beaucoup sur les infirmières actuellement, par rapport au salaire que nous avons, c'est la RESPONSABILITÉ. Les gens vous font des procès aux fesses, et ça je trouve que c'est très très pénible, une aide soignante n'a pas ce risque-là. Une autre chose qui a changé aussi, c'est la manière dont LE PATIENT QU'ON APPELLE

MAINTENANT CLIENT et nous traite. A L'ÉPOQUE OÙ J'AI FAIT MES ÉTUDES, LES PATIENTS ÉTAIENT TRÈS GENTILS, ILS TROUVAIENT QU'ON ÉTAIT DÉVOUÉES, ET MAINTENANT ON EST AGRESSÉES. Dans la clinique où j'ai été pendant 7 semaines, je n'ai rien entendu parce que c'est ce qu'on appelle une population choisie. Encore que... Mais l'hôpital où j'ai été pendant 8 ans, il fallait encaisser ».

LES RELATIONS DE TRAVAIL

« Dans l'hôpital où j'ai été il y avait trois médecins : un médecin chef, un adjoint, et un plus jeune, 35/40 ans. Bon, le médecin chef arrivait à la 60aine, au niveau de la rééducation en tant que telle, il était sinon excellent du moins correct, au niveau de la médecine générale, COMME IL AVAIT ÉTÉ FORMÉ IL Y A TRÈS LONGTEMPS, IL AVAIT PRESQUE TOUT OUBLIÉ et lorsqu'on avait des problèmes de cardiologie ou respiratoires, ÇA S'EST QUELQUES FOIS TRÈS MAL TERMINÉ, POUR LE PATIENT, ET C'ÉTAIT QUELQU'UN QUI ÉTAIT TRÈS BON LÀ POUR AVOIR SON CHÈQUE À LA FIN DU MOIS, bon, IL NE CONNAISSAIT PAS LES MALADES et je l'ai vu pendant trois ans et demi, plus ça allait et plus il se laissait aller. C'ÉTAIT QUELQU'UN SUR QUI JE NE POUVAIS PAS COMPTER. L'AUTRE MÉDECIN, CELLE QUI ÉTAIT ALGÉRIENNE, ELLE MENTAIT, ET J'AI EU BEAUCOUP DE PROBLÈMES AVEC ELLE, alors là je peux vous donner beaucoup d'exemples, comme un jour, il y avait une patiente diabétique à qui il fallait faire une dextro, c'est-à-dire un examen pour nous permettre de connaître son taux de sucre dans le sang. Et elle avait un taux extrêmement bas c'est-à-dire qu'elle pouvait tomber dans le coma, alors qu'est-ce que je fais, je la préviens, et c'est quelqu'un qui par exemple quittait l'hôpital pour aller au restaurant et ce genre de choses, vous voyez ? Et j'ai dû la prévenir vers minuit 20, et elle m'a dit qu'elle viendrait, elle était au restaurant, elle est arrivée dans le service vers 3h30, pendant ce temps-là moi j'ai fait des examens, et la patiente était dans un état d'angoisse terrible, et moi en tant infirmière JE NE POUVAIS PAS DANS L'ABSENCE DE PROTOCOLE DE FAIRE TELLE QUANTITÉ D'INSULINE, et quand le médecin est arrivé, elle a dit que si je lui avais donné les résultats au téléphone, elle serait arrivée tout de suite. Je les lui avais donnés, j'avais un témoin, mais bon, la femme n'est pas morte, heureusement pour moi, et avec cette femme-là j'ai eu plusieurs expériences de la sorte, en plus elle ne m'aimait pas du tout, je le lui rendais aussi, et moi je ne peux pas vivre avec des gens qui mentent. ET IL Y AVAIT UN SEUL MÉDECIN SUR LEQUEL JE POUVAIS COMPTER, MAIS ELLE AUSSI, ELLE EN AVAIT TELLEMENT MARRE QU'ELLE DONNE SA DÉMISSION AUJOURD'HUI. DONC ÇA C'EST AU NIVEAU DE LA HIÉRARCHIE ».

UNE JOURNÉE ORDINAIRE

« Alors moi je commençais à 7h du matin, et je recevais les transmissions de celles qui avaient fait la nuit. Après il fallait vraiment que je mette le turbo, parce que j'avais les prises de sang à faire, et comme dans les hôpitaux les horaires sont décalés, le dîner est à 18 heures. Donc les prises de sang je pouvais en avoir trois comme neuf, qu'il fallait faire avant le petit déjeuner, et puis c'était aussi l'heure où il fallait que je donne les médicaments, s'il y avait des diabétiques, les dextro, les insulines, etc. Et ça me prenait facilement une heure, mais en allant vite, je n'attendais pas les confidences des gens, je leur disais si vous voulez parler c'est plus tard. Puis il y avait aussi LE PROBLÈME DES SONNETTES, quand il y avait les sonnettes, quelques fois les aides soignantes se disaient que ce n'était pas significatif, alors ELLES REGARDAIENT LES SONNETTES ET NE BOUGEAIENT PAS, ET MOI JE ME FAISAIS DU SOUCI QUAND MÊME, ALORS J'Y ALLAIS TOUT EN ROUSPÉTANT, et parfois c'était pas important et parfois c'était réellement quelqu'un qui ne se sentait pas bien; ensuite les filles prenaient leur café et une tartine, pas toujours, moi-même à mon TOUR JE FAISAIS LES TRANSMISSIONS ET J'ORGANISAIS LE TRAVAIL DE LA MATINÉE, c'est-à-dire que je distribuais les toilettes à faire selon le personnel dont je disposais, quelques fois il y avait des stagiaires, et j'organisais aussi en fonction des heures de la rééducation parce que si les gens n'étaient pas prêts à l'heure, et bien les kinés râlaient. Et les filles commençaient leurs toilettes vers 8h30 ; et TOUT À L'HEURE VOUS PARLIEZ D'ENTRAIDE, MAIS IL N'Y A PAS DU TOUT D'ENTRAIDE, LES INFIRMIÈRES N'EN ÉTAIT PAS CONTENTES DU TOUT MAIS ON N'A RIEN PU FAIRE, c'est que le 1 mai 2000, quand on est passé aux 35 heures, on a modifié les heures de travail, avant c'était des journées de 12h et maintenant c'est des journées de 10h, et LA COORDINATRICE, QUI ÉTAIT UNE JEUNE NOUVELLE, ELLE NOUS A IMPOSÉ À NOUS LES INFIRMIÈRES DE

COMMENCER PAR LES LITS. C'est-à-dire que, grosso modo, moi je me tapais les lits de 8h30 à 10h avec une ASH, ce qui n'est pas en soi passionnant, mais surtout, CE QUI M'EMBÊTAIT LE PLUS, C'EST QUE POUR FAIRE UN BANDAGE, UNE PIQÛRE, N'IMPORTE QUEL BOULOT PRIORITAIRE, JE DEVAIS PRESQUE M'EXCUSER, ET C'ÉTAIT VRAIMENT DÉBILE. Et partout où je suis passée, les infirmières font aussi des lits, mais quand elles ont le temps, alors que moi c'était mon truc, et en plus, quand les lits n'étaient pas finis à 10h, l'autre ASH râlait en disant qu'elle allait devoir les faire. Et JE NE POUVAIS JAMAIS RIEN DIRE PARCE QU'ELLES ÉTAIENT ANTILLAISES ET MOI J'ALLAIS ENCORE ÊTRE TRAITÉE DE RACISTE. Et en plus, comme je vous le disais AVEC LE PASSAGE AUX 35 HEURES, ON NE NOUS A RETIRÉ AUCUN BOULOT, IL FALLAIT TOUT FAIRE DANS UN TEMPS PLUS COURT. ON NOUS EN A MÊME RAJOUTÉ DU BOULOT. Bon j'essayais quand même de finir les pansements, et puis vers 11h15, il y avait la redistribution des médicaments, avec quelques fois des insulines, des dextro et des piqûres, et puis je prenais ma pause à midi. Ensuite, à 13h, il fallait faire les préparations des médicaments de 18h, de la nuit, du lendemain matin, du lendemain midi, bon, c'est un travail qui prend, en essayant d'aller vite, entre $\frac{3}{4}$ d'heure et une heure. Ensuite, on passait à un truc qui s'est répandu dans tous les services, on se réunissait au bureau de soins avec le personnel POUR FAIRE VRAIMENT LES TRANSMISSIONS, et là ON ÉCRIVAIT AUSSI BEAUCOUP DE CHOSES, et on faisait des évaluations d'autonomie, une fois par semaine, et c'est bien parce que le personnel peut dire « untel va mieux, untel va moins bien », mais LÀ AUSSI JE ME SENTAIS UN PEU SEULE PARCE QUE JE NE SAVAIS PAS FORCÉMENT COMMENT GÉRER CHAQUE CAS ET DANS QUELLE DIRECTION ALLER POUR TEL OU TEL MALADE. Et cette transmission peut durer $\frac{3}{4}$ d'heure, une heure, à la suite de quoi je devais faire les cahiers, c'est-à-dire qu'il fallait tout noter... »

L'ÉCRIT

« Il y en a toujours de plus en plus, personne ne le lit, mais si on ne le fait pas, on se fait attraper, n'empêche que, s'il y a un problème, c'est mieux que ce soit marqué. Par exemple, moi, quand j'avais des soucis avec le médecin qui racontait n'importe quoi, et bien je faisais attention de tout marquer et j'essayais qu'il y ait toujours un témoin. Après-midi, il y avait un médecin avec qui je m'entendais bien, avec qui je pouvais discuter des cas des malades, et je faisais deux fois par semaine la visite avec elle et ces fois là j'avais le droit de ne pas faire les lits. Et puis je partais à 17h, bon, quelques fois il y avait des problèmes à régler entre les familles qui venaient et le personnel, quelques fois il y avait des radios perdues, ou d'autres soucis. C'est vrai que c'est un métier, moi j'aime bien d'ailleurs, avec plein de relations... Il n'y avait pas de direction, et QUAND IL N'Y A PAS DE DIRECTION TOUT PART À VAUT L'EAU, LES FEMMES DE MÉNAGE SE PERMETTENT DES COMMENTAIRES SUR LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES, ETC. »

LES CONFLITS

« CE QUI A DÉCLENCHÉ LES HISTOIRES, C'EST D'ABORD L'ARRIVÉE D'UNE INFIRMIÈRE ASSEZ JEUNE qui travaillait un peu ici avant, qui allait et venait, et puis qui est REVENUE POUR ÊTRE COORDINATRICE, ET QUI EST DEVENUE LE BRAS DROIT DE LA SURVEILLANTE, et elle a eu pas mal d'influence. Puis il y a eu une autre histoire, qui a fait qu'il y a eu des clans aussi, il y avait deux secrétaires à un moment donné, une jeune qui avait 23 ans, et un jour un pharmacien de banlieue appelle pour dire au médecin « vous avez demandé tel médicament, et vous devriez savoir qu'on ne le fabrique plus depuis longtemps », ce à quoi l'autre lui répond : « je n'ai jamais fait cette ordonnance ». Branle bas de combat, on avait touché sa réputation, alors il y a eu une mobilisation, c'était à propos des stéroïdes, vous savez ces trucs que les types qui font du sport prennent pour développer des super muscles, des machins comme ça, alors bien sur l'enquête a commencé, et on a récupéré les lettres pour remarquer qu'un chiffre et des lettres étaient caractéristiques d'une écriture et il se trouve que c'était l'écriture de la jeune secrétaire. Bon, c'est vrai qu'elle avait accès à tout, aux tampons, aux ordonnances, bon, et elle a toujours nié, mais on a fini par la virer. Mais la surveillante a commencé à laisser courir le bruit qu'il y avait eu un complot de l'ancienne secrétaire qui n'aimait pas la plus jeune. La surveillante n'aimait pas l'ancienne secrétaire. Et là, radio cocotiers, en deux jours tout hôpital le savait, et il y avait ceux qui étaient pour la secrétaire et ceux qui étaient contre, moi je

n'étais ni pour ni contre. CES CLANS SE SONT DÉVELOPPÉS, SE SONT RENFORCÉS, parce qu'il y a un an, la coordinatrice, qui a donné depuis sa démission, et la surveillante aussi, a commencé à dire que dans cet hôpital rien ne marchait et que tout était de la faute des médecins. Et il y a des gens qui ont enfourché le cheval de bataille, et à partir de ce moment, même avec des infirmières avec lesquelles je m'entendais bien, ça n'a plus été, parce qu'elles avaient pris le parti de la coordinatrice, parce qu'elles étaient copines avec elle, et que je disais qu'une des trois médecins n'avait pas à être rangée là dedans, que c'était une fille bien, qu'elle travaillait, et DÈS QUE QUELQU'UN ARRIVAIT, ÇA PRENAIT MOINS DE DEUX MOIS POUR QU'IL SOIT DANS L'UN DES DEUX CAMPS. C'ÉTAIT UNE CONDITION DE SURVIE. Alors moi, qui n'étais ni d'accord avec la coordinatrice ni avec la surveillante, que ce soit au sujet de la secrétaire ou des médecins, et c'est d'ailleurs ce qu'on m'a reproché lorsque je suis partie, J'ÉTAIS DONC DANS L'AUTRE CLAN, J'ÉTAIS PAS D'ACCORD POUR QUE L'ON DISE QUE LES MÉDECINS SONT RESPONSABLES DE TOUS LES MAUX. Ça c'était en mai 2003, en juin la coordinatrice a donné sa démission, en juillet la surveillante, moi j'ai donné ma démission, mais c'était parce que j'avais trouvé un autre travail, et puis là-bas, en tant qu'infirmière, je n'apprenais absolument rien, parce que le seul médecin valable était complètement dépassée par les événements, enfin, elle devait tout assumer. Alors, là il y a une nouvelle surveillante, qui a fait l'école des cadres, donc qui est formée et ça devrait aller mieux ».

LE CHANGEMENT DE CLINIQUE

« Alors j'ai eu de la chance, parce qu'au mois de juin j'avais une malade que j'aimais beaucoup dans mon service qui me disait « ah, j'ai été opérée dans telle clinique et c'était parfait, j'ai beaucoup apprécié » alors moi comme ça faisait vraiment longtemps que je voulais travailler dans cette clinique et son mari était médecin et elle m'a demandé si je voulais que son mari me fasse une lettre de recommandation. Alors j'ai dit oui ; mais je n'y croyais pas trop, et puis elle m'a envoyé la lettre, qui est restée quelques jours sur mon bureau, et puis je l'ai envoyée avec un petit mot et j'ai eu très vite une réponse qui me demandait si je voulais toujours travailler et je suis allé voir la surveillante, je ne lui ai menti ni sur mon âge, ni sur mes compétences, rien mais elle avait absolument besoin de moi, alors j'ai commencé à travailler en septembre, toujours sur Paris, DANS UNE CLINIQUE DU 7^{ème}, où on travaille parfaitement, rien à voir avec là d'où je venais, les malades sont bien soignés, respectés, parce que là où je travaillais il fallait voir comment les aides soignantes et les femmes de ménage parlaient aux malades ; bref, une clinique très propre, très bien entretenue, avec de l'argent, des très bons chirurgiens, enfin... »

EXCLUE À CAUSE DE SON ÂGE

« La surveillante m'a dit que je travaillerais au début de jour pour voir comment ça se passerait, donc quand je l'ai eue au téléphone pour lui demander, elle m'a dit que je commençais le jour même, de nuit ; heureusement on était deux par service, mais la première nuit j'étais seule à assumer un poste, et puis je m'étais acheté des bouquins, J'ÉTAIS VRAIMENT MOTIVÉE PAR L'IDÉE DE RECOMMENCER, et il y avait vraiment beaucoup de choses que je ne connaissais pas et je voulais vraiment m'y mettre. (...) j'ai beaucoup appris pendant ces 7 semaines, mais tout sur le tas, on ne m'a rien appris. Et puis le 31 octobre au matin, une semaine avant la fin de ma période d'essai qui devait durer 2 mois, et bien la surveillante m'a appelé pour me dire qu'on mettait fin à ma période d'essai, et surtout, ce qui m'a énervé, c'est que cela ne m'a pas semblé clair, et j'ai l'impression de ne pas avoir plu à quelqu'un et C'EST VRAI QU'IL Y AVAIT BEAUCOUP INFIRMIÈRES TRÈS JEUNES, C'EST PAS QUE JE N'AIME PAS LES JEUNES, je me considère plutôt jeune d'esprit, je ne sais pas comment vous expliquer, mais enfin, À CÔTÉ DE JEUNES FILLES DE 25 ANS JE SUIS CONSIDÉRÉE COMME UNE VIEILLE, C'EST UNE RÉALITÉ, ON AIME OU ON AIME PAS MAIS C'EST COMME ÇA ».

3. Aides soignantes, auxiliaires et agents hospitaliers

Dans ce dernier sous-échantillon, il y a un seul homme, un aide-laborantin, travaillant dans la pharmacie d'un hôpital⁴². Déçu par son échec au concours de l'école d'infirmiers, le jeune homme envisage aussi de quitter le milieu hospitalier. Ces dix personnes sont âgées entre 30 et 50 ans. Quelques unes ont de longues carrières derrière elles. D'autres sont épuisées, malades, craignent pour leur avenir. Plusieurs personnes souffrant de maladies professionnelles, souhaitent abandonner l'hôpital ou, au contraire, craignent de se voir éjecter à cause de la maladie ou de l'handicap.

La plupart d'entre eux ont des parcours professionnels discontinus ou mouvementés, avec des débuts de carrière tardifs et relativement peu d'ancienneté ou de continuité sur le même lieu de travail. On peut relever, de même que dans le cas des infirmiers, des débuts d'activité comme agents hospitaliers avant de suivre une formation d'aide soignant. Plusieurs personnes sont d'origine étrangère ou immigrées.

L'importance du diplôme, premier diplôme dans la hiérarchie : par rapport aux agents hospitaliers (certains ayant commencé ainsi leur activité à l'hôpital, et par rapport aux marges de distinction des autres groupes professionnels immédiatement concurrents, comme les auxiliaires et les infirmiers).

L'importance de la présence du groupe familial dans le même milieu professionnel : un très jeune couple et une mère qui arrive à « placer » ses filles à la même clinique (l'institution participe à l'insertion).

Il y a aussi celles (auxiliaires en puériculture, employées) qui travaillent coupés du reste de l'hôpital, à la crèche ou à la cantine.

Constance (AS1), auxiliaire au service de stérilisation, hôpital parisien

Constance a fait une entrée tardive dans la profession (1990), handicap, craintes d'exclusion. Enseignante d'abord dans le midi, dans l'académie de Montpellier, ensuite dans l'académie de Nantes, arrivée à Paris en 1973, repartie ensuite tout en revenant très souvent, puis venue s'installer définitivement, dans le même appartement, en 1984. De 1984 à 1988, elle a travaillé dans l'éducation nationale, en 1988 a eu *un gros accident, qui l'a perturbée dans son installation* et elle est repartie. Depuis 1990 à l'Hôpital, après avoir passé un diplôme d'AS, d'abord en maternité, ensuite en stérilisation. Habite à Paris.

Ses accidents de travail et ses incertitudes sur son avenir à l'hôpital : « soit je reste dans un poste aménagé soit je pars dans un autre poste comme par exemple la bibliothèque, les consultations et les entrées – *« ils sont bien obligés, puisque c'est un accident du travail mais ils essayent pour ça de me mettre à la retraite puisque c'est lourd de charges donc ils cherchent à m'éliminer »*.

⁴² Sa femme, ancienne aide soignante, actuellement élève infirmière, a participé également à l'entretien, et plusieurs fragments sont reproduits dans le rapport.

Sophie (AS2), Aide soignante en clinique psychiatrique (94)

Jeune femme d'origine camerounaise, venue en France à 18 ans, a travaillé au début comme femme de ménage et est devenue AS au bout de 4 ans. Elle vit actuellement avec son mari, qui travaille depuis peu comme manutentionnaire, et ses enfants, dans un appartement en banlieue. Une bonne partie de son activité consiste à s'entretenir avec les patients ; dans son service ils sont 11, c'est le service pour les plus agités, au 5^e étage, mais ceux qui deviennent agressifs sont envoyés à l'hôpital.

« Ben écoutez, mon parcours professionnel n'est pas très riche mais bon, j'ai été jusqu'en classe de première, j'étais à Toulouse avant, en 85, ensuite je suis venue à Paris, j'ai fait des petits boulots, j'ai fait des magasins, de la mise en rayons, ce genre de choses, et ensuite je me suis orientée vers les personnes âgées, c'est-à-dire que je gardais des personnes âgées, pendant plus de 10 ans, c'était dans le cadre d'une association et donc ensuite j'ai trouvé une place dans une clinique comme agent hospitalier, c'était il y a 8 ans en 95, là où je suis actuellement, à S. dans le 94. Donc j'y ai travaillé en tant qu'agent hospitalier jusqu'en 99, ensuite j'ai passé un concours que j'ai eu pour être aide soignante ».

Hélène (AS3), Aide soignante dans une clinique pour personnes en fin de vie (94)

Elle est une « ANCIENNE » : travaille depuis 30 ans dans un ancien sanatorium pour tuberculeux devenu clinique pour des personnes âgées en fin de vie. Son mari est patron de café.

« J'ai commencé j'avais 20 ans et j'ai travaillé dans une maison de retraite, qui m'a prise tout de suite sans des bonnes compétences, j'avoue à cette époque c'était un peu dangereux, (maintenant j'ai 50 ans), et à 20 ans je me suis retrouvée à chercher du travail, j'ai regardé, ils étaient très gentils, ils m'ont pris tout de suite, ils étaient très bien et ils m'ont accepté comme aide soignante non diplômée ; donc j'ai appris sur le tas, j'ai appris à faire les piqûres, tout ce que fait une infirmière, et c'était très très dangereux, maintenant avec le recul des années je dis ça. Et donc j'y suis restée 2 ans, après je suis partie parce que ce monsieur-là exagérait un peu et nous faisait faire des nuits, et **à cette époque là les nuits étaient payées 50 frs, et on faisait la journée, la nuit et la journée d'après, et c'est horrible**, bon, à 20 ans on est un peu dynamique, mais au bout d'un moment, j'ai refusé parce que j'étais fatiguée, et **c'était horrible, je ne voulais plus faire de nuits, et c'était un peu obligatoire en ce temps-là**, et un jour j'ai dit non, j'en ai marre, et il m'a dit : « *si vous êtes pas contente, vous partez* » et j'ai dit : « *bon, d'accord, je m'en vais* ». Et je suis partie et donc je me suis retrouvée au chômage, mais à l'époque on n'était pas beaucoup au chômage. Donc je me suis retrouvée inscrite à l'ANPE, donc tout de suite aiguillée au CENTRE DE PNEUMOLOGIE OÙ JE TRAVAILLE, et là on m'a dit : « *écoutez vous n'êtes pas diplômée, on ne peut pas vous prendre comme aide soignante, on va vous prendre comme agent hospitalier, et puis si vous voulez vous pourrez reprendre votre diplôme par la suite* ». Chose que j'ai faite, **je suis rentrée à faire du ménage, et au bout d'un temps j'en ai eu marre, et je ne voulais pas faire du ménage, j'ai fait quand même un certain parcours scolaire, et puis j'ai travaillé aux PTT, et je n'aimais pas non plus faire du bureau, ce n'était pas ma vocation, je voulais être auprès des malades, et apporter quelque chose aux gens**. Donc je me suis retrouvée là, à faire du ménage pendant un an et un jour j'ai passé le concours à Creteil à la DASS, pour l'entrée à l'école d'aides soignantes, et j'ai passé le concours interne de l'hôpital aussi, et j'ai été reçue aux deux. Et le directeur de l'hôpital qui m'aimait bien m'a dit, *écoutez, moi je préfère que vous restiez avec moi, je vais vous payer tout votre salaire comme si vous travailliez ici et vous ne devrez rien par la suite, vous partirez si vous voulez*, et donc j'ai fait l'école d'aide soignante, et c'est pas pour me vanter mais j'étais bonne élève, j'étais quand même reçue 2^{ème} du 92 Val de Marne, donc le

directeur quand j'ai été reçue m'a dit « *je vous garde* », et donc je suis restée et ça fait maintenant 29 ans que j'y suis, et donc j'y suis restée et j'ai toujours été aide soignante là-bas, et c'est un travail qui m'a toujours plu, **c'est vrai qu'il y a 20/30 ans, les conditions de travail étaient très pénibles, maintenant c'est pas encore ça mais ça c'est quand même beaucoup amélioré, mais on a une cadence quand même**, par exemple on a beaucoup de personnes âgées ».

Sabine (AS4), aide soignante en clinique

Entrée à l'AP en 1973 comme agent hospitalier de nuit au service de réanimation de l'hôpital V. (Paris), deux ans après, en 1975, à l'hôpital J. en 93, en service de pédiatrie. S'est mariée en 1978 et en 1980 est passée AS en formation professionnelle ; a du mal à se rappeler combien de temps elle y est restée à l'AP. À partir de 1986, a travaillé dans une clinique sur C., puis elle ne trouve pas de travail pendant un an, ne passe pas le concours d'infirmières ; pendant un an travaille dans une maison de retraite à F., puis à l'hôpital public à C., ensuite 3 ans au service d'urgences et les derniers 8 ans avant la retraite de nouveau en maison de retraite. Partit à la retraite en 1998, un an après elle se fait embaucher sous contrat à l'hôpital privé de V., où elle y est depuis 4 ans en rééducation rhumatologique.

Affirme hors magnétophone qu'elle aussi porte des séquelles des conditions de travail – douleurs de dos, dont elle croit qu'elles sont aussi des effets de mauvaises pratiques, du non respect des règles de manipulation. A, comme les autres, une opinion généralement positive des changements intervenus tout au long de sa carrière dans les conditions de travail.

Louise (AU5), auxiliaire de puéricultrice à la crèche d'un hôpital du 93

Louise a des problèmes de santé, liés en partie à ses conditions de travail (grande fatigue, stress, peu de sommeil). A 42 ans, elle travaille depuis 22 ans à la même crèche, est fatiguée, aimerait bien partir à la retraite, est obligée de chercher du travail ailleurs, et, si elle ne trouvera pas, elle envisage de devenir assistante maternelle. Fille d'agriculteurs, femme d'ouvrier en usine, elle a du mal à s'orienter dans Paris, accuse la fatigue des longs trajets en voiture, souvent tôt le matin, pour aller à la crèche. Pendant un an (1999/2000) elle a travaillé ailleurs, mais a trouvé des conditions encore plus dures et est retournée à la case de départ. Très déçue par son équipe, qui l'avait refusée quand elle a demandé un temps partiel de travail, alors qu'elle avait accepté de se sacrifier pour les autres (ne pas prendre des jours libres, dormir peu pour être à l'heure, etc.).

Carmen (AU6), auxiliaire puéricultrice à la crèche de l'Hôpital de l'AP du 94

Carmen travaille depuis 1978, ayant changé d'établissement en 1988 (suite à la démolition du premier hôpital où elle avait travaillé) ; elle continue dans le même type d'activité depuis 25 ans. Son service dispose d'une grande autonomie, le personnel se retrouve dans des réunions toutes les deux semaines, mais d'autre part il y a eu des suppressions de postes, les auxiliaires se considèrent tenues à l'écart, non reconnues, la crèche est marginale dans l'hôpital et lui coûte cher.

Joséphine (AS7), travaille en clinique privée en 95

Originaire de Haïti, en France depuis 1983, elle a aujourd'hui 48 ans ; a déjà travaillé dans le secteur médical comme auxiliaire en Haïti. Elle travaille de nuit depuis décembre. Femme courageuse, bon caractère, raconte ses ennuis en riant : a cru être victime de discrimination raciale, elle pense être trop âgée pour suivre les trois ans de formation pour devenir infirmière, bien que son parcours et ses diplômes antérieurs lui donneraient le droit. Son parcours est « chaotique » : elle a moins de trente ans quand elle arrive en France, mais ne réussit pas à faire valoir ses diplômes « du pays », elle en obtient d'autres (sans véritable valeur sur le marché du travail – de la Croix Rouge), change souvent de secteur d'activité ; son parcours professionnel ne s'est stabilisé que depuis 2000, « trop tard » pour rattraper la position qui aurait pu être la sienne.

« *Comment jugez-vous l'ambiance à la clinique, plutôt bonne ?* Non, pas du tout ; depuis le début, il y a des conflits, au début c'était les infirmières, avec qui je travaille, elles avaient des conflits avec les autres équipes, et tout ça m'a poussé à demander à travailler de nuit, pour être seule, parce que je n'étais pas dans le conflit, mais quand j'ai vu les conflits, ça m'a fait quelque chose, surtout des états d'hypertension. (...) L'ancienne surveillante j'ai l'impression qu'elle avait plutôt peur des infirmières. Les infirmières étaient très agressives, et elle a démissionné et c'est un homme qui la remplace. On ne l'aimait pas, tout simplement, elle était pourtant calme et gentille, mais les infirmières ne voulaient pas de surveillante. Elles voulaient gérer elles-mêmes. (AS7) ».

Ivan (AL8), aide laborantin à la pharmacie de l'Hôpital de L. depuis 2000

Son seul diplôme est un BEPC, a fait des petits boulots en maison de retraite d'abord, où il a rencontré sa femme, actuellement élève infirmière, en 1990/1991. Tous les deux sont d'origine ouvrière, leurs pères sont les deux au chômage. Le parcours de sa femme : Bac ES « inutilisable », ASH, puis admission à l'école d'infirmières qu'elle terminera en 2004. Par contre, lui a raté le concours et envisage de quitter le monde hospitalier, nourrit des ressentiments à l'égard de l'institution. Son activité est divisée entre le matin, quand il s'occupe de la distribution, et l'après-midi, consacré à la gestion des stocks. Il se présente plutôt dans une posture de gestionnaire, conforme à ses aspirations. Ils pensent tous les deux que le fait d'avoir trois enfants et d'habiter avec leurs (beaux-) parents en difficulté leur a porté préjudice devant l'administration, qui les considère incapables de donner « tout » à l'institution.

Joanna (ASH9), ancienne employée à la cuisine d'une clinique de cardiologie en Seine-Saint-Denis

Joanna a été pendant 25 ans employée à la cuisine d'une clinique de cardiologie en Seine-Saint-Denis après avoir été ouvrière à différents endroits. Un travail pénible, en particulier la plonge, le soir, qui s'est terminé par un accident de travail (une vertèbre cassée), et elle est depuis 2 ans en congé maladie, se demande si elle pourra retravailler. Son mari travaille dans le bâtiment, le fils aîné a quitté la maison, les deux filles vivent avec eux, travaillant toutes les deux dans la même clinique, une au laboratoire, l'autre comme secrétaire médicale. Elle souhaite mieux connaître ses droits, s'interroge sur son avenir, car elle pense ne pas pouvoir

vivre de la rente que lui proposerait la Sécurité sociale. Elle ne peut pas se pencher, se baisser, a des douleurs. Parle avec un accent fort, cherche parfois ses mots.

Martine (AS10), demi-retraite et travail à mi-temps en clinique

Entrée à l'Assistance Publique en 1977, à l'âge de 17 ans et demi, a travaillé pendant 15 ans comme Agent Hospitalier. En cuisine au début, puis en service d'ophtalmologie, entre autres ; elle a passé le concours et est devenue aide soignante il y a 8 ans, en prenant juste après une demi-retraite (elle en avait droit, élevant trois enfants). Depuis 4 ans, elle travaille dans un hôpital privé, une petite structure (ne sait pas de combien de lits), et depuis 1 an au service de réanimation. Ne croit pas qu'il y a une grande différence entre l'agent hospitalier et l'aide soignant pour ce qui concerne les conditions de travail. Les conditions de travail en général se sont beaucoup dégradées, d'après elle, parce que le critère de rentabilité est devenu dominant, et qu'il faut faire sortir très vite les patients.

(1) UNE JOURNÉE DE TRAVAIL ORDINAIRE DES AIDES SOIGNANTES

« Je vous raconte ma journée : j'arrive le matin à 8h, je prends les transmissions, on prend les températures, tout ça, ensuite on va aider l'agent à distribuer le petit déjeuner, donc après l'agent a fait le ménage, on a aidé les patients à manger, après on va boire le café aussi, après commence véritablement la journée de travail, l'infirmière va faire sa visite avec le médecin, si nous avons le temps on peut y aller, on a un médecin qui est très gentil, qui vraiment nous encadre bien, on va faire cette visite et on dit ce qu'on a à dire, et après c'est les toilettes, et ensuite à 11h on fait les repas, pour le midi, ensuite, les repas arrivent et on va aider l'agent, on distribue les repas avec elle, on regarde qui mange, qui mange pas, ensuite on va manger, et là les soins sont terminés pour nous sauf à 4h, et là moi je vais voir les patients, je discute avec eux, je leur demande s'ils veulent quelque chose, un soin particulier, un shampoing, quelque chose, ensuite, après nous allons refaire les thermomètres à 4 heures, après on fait un tour de couches pour voir s'il y a des couches à changer, et ensuite on attend le repas du soir et après on redistribue les repas et on installe les patients pour dormir, et on attend l'équipe de nuit qui arrive. (AS3)

J'arrive à 8 heures, il y a les transmissions, ensuite je vais servir le petit déjeuner, ensuite je fais les toilettes pour les patients qui n'arrivent pas à le faire (...), puis on fait leur lit, puis on discute un peu, parce que les patients sont parfois des gens qui se replient entre eux et ils ont besoin de discuter, alors je passe du temps à discuter avec eux. Puis il y en a qui fument aussi et c'est un peu réglementé et ils ne peuvent pas fumer dans la chambre et donc il y a des heures où on leur donne les cigarettes. Et après, à midi je leur sers le repas, je débarrasse et donc après j'ai ma coupure entre midi et demi et 13h30, et après c'est l'après midi, on reprend la discussion, et puis si il y a des admissions, on va accueillir les patients, on fouille toutes les affaires parce qu'il ne faut pas qu'ils aient des objets tranchants, on fait l'inventaire de tout ce qu'ils ont, et puis on garde tout dans l'office, et puis on leur rend dès qu'ils sortent. (AS2)

Je travaille en 7 heures, beaucoup de collègues travaillent en 11 heures, c'est leur choix, moi je suis à mi-temps, donc le matin je fais que le travail d'aide soignante, pas comme à l'hôpital, enfin peut être l'hôpital ça a changé ; donc le matin on passe pour les aides à la toilette, les préparations pour les kinés et tout, ON EST À LA MONTRE LE MATIN, C'EST AFFOLANT, il faut que tout soit à l'heure, on prépare donc les malades, et puis ensuite, on a toutes les réfections de lits, commandes de matériel, rangement de matériel, linge, après on répare les malades pour les repas, et ensuite vous avez la visite du médecin. (AS4) ».

(2) LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

UN TRAVAIL PHYSIQUEMENT ÉPUISSANT, DES ACCIDENTS DE TRAVAIL FRÉQUENTS

« J'avais décidé de partir en 2002 du service parce que j'étais épuisée et qu'il fallait reprendre de l'énergie alors je suis arrivée au service de stérilisation centrale, dans le service où je suis actuellement, mais qui est horriblement physique. Ce poste m'a été imposé ou peut être y a-t'il eu une pression qui fait que je le considère comme imposé, mais je crois qu'il a été réellement imposé et il y avait un besoin impérieux de personnel dans ce service mais le travail n'y est pas du tout adapté à ce que je peux faire, et résultat... [a été accidentée au travail] Moi, avec mes accidents, malgré le fait que la médecine du travail ait fait des lettres pour qu'on me mette dans le service lavage, je n'y ai jamais été, j'ai toujours été dans le service de conditionnement c'est-à-dire celui où je suis le plus exposée et où j'ai le moins d'efficacité. (AS1)

J'ai rattrapé une personne âgée qui allait tomber, bon, je me suis craquée là, mal au dos et tout, j'ai été trois semaines en arrêt maladie, c'est vrai que toujours par manque de personnel, des fois vous attendez que l'infirmière vienne vous aider et elle a ses soins à faire, donc on fait, et **je ne suis pas la seule, c'est presque tout le monde.** (AS3)

Il y a toujours quelque chose de cassé, pas de dépression, ça c'est très rare parce que les gens bon, ils pleurent, ils pètent un coup, et ça s'arrange, c'est rare que les gens s'arrêtent pour ça, et c'est vrai que c'est souvent [pour] mal de dos. (AS3) ».

POLYVALENCE DIFFICILE

AS1 a été obligée de prendre un poste qui l'exposait à des risques d'accidents et se sent menacée de licenciement à cause de ses capacités limitées et surtout l'impossibilité d'être « polyvalente ».

« ... c'est l'infirmière générale qui m'a dit que je prendrai ce poste sans quoi je devrais chercher par moi-même puisqu'il y avait un manque évident de personnel, mais je vais bientôt partir ou du moins on me met sur un poste aménagé, parce que j'ai déjà eu deux accidents, et il y a beaucoup de choses que je peux faire, s'ils veulent me garder ils peuvent me garder mais il y a à l'heure actuelle 14 postes mais la direction a décidé que le personnel devait être polyvalent et assurer une mobilité or je ne peux pas être polyvalente de par des raisons physiques. Je peux faire énormément de choses mais je ne peux pas être polyvalente. De ce fait ils cherchent par tous les moyens de me faire partir, ils ont employé un procédé que je n'ai pas trop apprécié, à la suite d'une faute qui n'était pas catastrophique mais qui était une faute quand même, ils ont essayé de me faire partir, ils font tout pour que je parte, tout en restant relativement corrects, mais comme les deux accidents que j'ai eu se sont succédés de peu, la médecine du travail exige que je sois dans un poste aménagé, et que j'aie dans une unité du service parce que les autres sont trop physiques pour moi, or ils m'ont mise non dans cette unité mais dans une dans laquelle je ne peux pas tout assumer, donc ils font tout pour que je parte. (AS1) ».

(3) ENTRAIDES ET SOLIDARITÉS

SE PARTAGER LES LITS (« SECTORISER »)

« On ne travaille pas ensemble, si vous voulez, on a un grand couloir qui commence à A et qui va jusqu'à Z, et c'est suivant, mais ON N'EST PAS LÀ À REGARDER SI L'AUTRE TRAÎNE SUR UN MALADE, enfin, ça se passe très bien, enfin, dans mon service. (AS4)

...on avait 22 chambres par unité. Et on s'est dit plutôt que de courir partout et de se retrouver devant la même porte, l'une prenait une partie et l'autre l'autre. Et lorsque l'une se retrouvait débordée, lorsqu'il y avait beaucoup de sonnettes ou beaucoup de soins à faire de son côté, l'autre venait l'aider à l'occasion d'une sonnette. Chacune avait sa chambre et ça c'était une équipe vraiment solidaire. Par contre l'autre équipe disait 'moi j'ai tel côté et je ne m'occupe que de ce côté-là. Alors il y en avait certaines qui couraient tout le temps parce qu'elles avaient le côté des mamans qui venaient d'accoucher et qui avaient tout le temps besoin d'assistance et d'autres qui passaient une nuit

tranquille car les mamans qui avaient accouché il y a plus longtemps appelaient moins parce qu'elles étaient habituées (AS1) ».

SOIGNANTS SOLIDAIRES

« Le matin il y avait la femme de ménage qui venait et je prenais le petit-déjeuner avec elle ou alors on lui disait tiens voila, on a cassé ça, parce qu'on n'avait pas de balai ni de serpillière la nuit, puisqu'on nous l'avait interdit. Donc je me suis débrouillée, j'ai essayé d'en ramasser le plus possible, mais faites attention dans telle chambre il y a des choses par terre. Ce qui fait qu'on s'entendait très bien. Et là je les rencontre encore et on se voit de temps en temps pour prendre un café à la cafétéria, moi je ne fais pas de sélection, je ne me dis pas qu'elles sont de tel ou tel niveau, puisqu'on est dans la même équipe, nous sommes obligées de nous voir alors si on s'entend bien, tant mieux. (AS1)

C'est-à-dire que nous sommes très solidaires, infirmières, agents et femmes de ménage, parce que nous avons notre propre rôle d'aide soignante, on ne fait pas le ménage, on ne s'occupe pas de la désinfection du lit, c'est pour ça que je suis restée là parce qu'ailleurs ça ne se passe pas comme ça... (A3) ».

LE TRAVAIL SOLITAIRE DES FEMMES DE CHAMBRE

Le discours sur les relations de coopération avec les femmes de chambres est parfois ambigu. Quand elle n'était qu'agent hospitalier, AS2 travaillait seule, n'ayant pas d'aide qu'exceptionnellement, quand il y avait beaucoup de sorties et il fallait « faire la chambre complètement à fond ». C'était une autre femme de chambre d'un autre service, qui n'avait pas de sorties et qui l'aidait.

L'ENTRAIDE EN SITUATION DE DIFFICULTÉ semble être plus fréquente dans les équipes où il y a moins de pression et plus de réunions...

« Le travail auprès des enfants est assez difficile, on est souvent débordés, c'est assez pesant, donc on se soulage toujours, si il y en a une qui est plus fatiguée, on est toujours derrière pour la remplacer ou la soutenir, on n'hésite pas non plus si on voit qu'une collègue est fatiguée, de la libérer pour qu'elle puisse prendre un café. -- On peut faire appel à une collègue si elle est libre, ou à l'encadrement, si on a des problèmes de personnel, elle est disposée à nous rendre service dans des situations exceptionnelles. (AU6) LES SOURCES DE TENSIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE apparaissent « quand il manque du personnel en général, parce que c'est là où on est fatiguées, qu'on est stressées, et que les choses dérapent assez facilement » (AU6) ».

UNE COOPÉRATION DIFFICILE AVEC LES INFIRMIÈRES

« L'ENTRAIDE se passe – bien, très bien entre aides soignantes, mais c'est les infirmières parfois qui mettent du temps pour venir. Donc des fois c'est l'aide soignante qui faisait pratiquement tout, et au niveau des infirmières il n'y avait pas d'aides (AS7).

Bon, je crois que c'est leur rôle propre, les toilettes, mais je crois qu'il y en a qui ne veulent pas faire de toilettes, qui ne veulent pas aider, même si l'aide soignante se retrouve seule, elles ne veulent pas aider, même si l'aide soignante a beaucoup plus de travail que l'infirmière. (Et de nuit ?) Ça dépend avec qui on travaille, parfois il y a des vacataires qui sont venus, et parfois je ne travaille pas du tout avec une infirmière. Au début, le premier jour je suis arrivée et je travaillais avec un infirmier ; et qui m'a donné le beep, chacun de son côté, lui il est dans la salle de soins et moi dans l'office, et le premier jour il m'a donné le beep et lui il dormait, et j'ai dit : « non, ça ne marche pas avec moi, hahaha, on partage le beep. » Il a été d'accord, mais ça dépend, il y en a qui ne partagent pas le beep, on se lève ensemble, ça dépend, chacun a ses habitudes, et moi je travaille avec beaucoup, beaucoup de vacataires et chacun a ses habitudes. Avec l'infirmier avec qui je suis, c'est pas mal, il répond, on fait tout ensemble, chacun garde son niveau, mais on fait tout ensemble, même si il y a des couches à changer, il m'aide (AS7).

Martine ne croit pas qu'il y a une grande différence entre l'agent hospitalier et l'aide soignant pour ce qui concerne les conditions de travail. Les conditions de travail en général se sont beaucoup dégradées, d'après elle, parce que le critère de rentabilité qui est devenu dominant, et qu'il faut sortir très vite les patients. (AS10) ».

RENCONTRER LES COLLÈGUES D'UN AUTRE SERVICE

Le maintien des contacts entre les membres des anciennes équipes ou les rencontres entre les personnels des différents services, surtout pour le corps soignant, est une situation courante, qui permet de se passer l'information sur les conditions de travail et d'envisager des mutations. Ces relations ne continuent que rarement à l'extérieur de l'hôpital, la plupart préférant de couper entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

« Oui, j'ai gardé beaucoup de relations avec le personnel de la maternité, il y en a qui sont partis, mais je continue de les voir ailleurs, le lien de solidarité demeure, et quand on les rencontre, on rencontre aussi d'autres personnes (...) prendre un café à la cafétéria parce que nous avons des horaires très différents, des obligations très différentes, donc on se voit très peu à l'extérieur, il y en a qui se retrouvent, mais pour elles, l'hôpital est leur vie (AS1).

On se dit bonjour [et on se rencontre] quand on organise des ventes d'objets, quand il y a des gens de l'extérieur qui viennent acheter des objets. On a un CE, un comité d'entreprise, et c'est mélangé, aides soignantes et infirmiers. [Et à l'heure du déjeuner] au self, [où on peut aller] si on veut. LES SOUCIS C'EST LE SALAIRE. Il est trop bas et puis il y a une surcharge de travail, ON TRAVAILLE BEAUCOUP POUR ÊTRE MAL PAYÉS. Il y a aussi le MANQUE DE PERSONNEL (AS2) ».

RELATIONS DEDANS ET DEHORS, SE RETROUVER À L'EXTÉRIEUR DE L'HÔPITAL

« Bien sûr, des fois on a besoin de se retrouver, on va au restaurant, bon, on essaie d'éviter de parler des malades, parce qu'on essaie d'oublier tout, mais c'est vrai que **les relations qu'on a au travail c'est rarement l'amitié à la maison**. J'AI RAREMENT VU DES GENS QUI ÉTAIENT COPINES DEHORS ET DEDANS. C'est rare, mais on est quand même contents de se retrouver, mais c'est l'hôpital, on essaie de faire cette barrière. Des fois on mange ensemble au réfectoire, et c'est vrai que les gens ils aiment bien manger tranquille et parler d'autre chose que de l'hôpital. Je ne sais pas comment se fait-il qu'avant, QUAND J'AI COMMENCÉ MA CARRIÈRE, ON N'ARRIVAIT PAS À FAIRE CETTE COUPURE, ET EN VIEILLISSANT, ON FAIT LA COUPURE DE L'HÔPITAL ET DE L'EXTÉRIEUR, et c'est quand même maintenant, donc ça fait beaucoup de temps (AS3) ».

RÉSERVES À L'ÉGARD DU TRAVAIL EN ÉQUIPE

« Elle n'aime pas ses collègues qui passent leur journée à se plaindre, ni les grèves : J'étais là-bas, je travaillais toute la journée et je n'avais pas le temps de me plaindre comme tout le monde, donc je faisais mon travail, je pensais à ma patiente qui était là et je ne me mêlais pas trop de l'équipe, je devenais individuelle mais j'étais sûre de m'occuper bien de mes patients. Quand on finit par se plaindre toute la journée on ne fait plus attention aux patients, on ne nettoie plus les fauteuils roulants. MOI J'AIMAIS BIEN ÊTRE DANS L'ÉQUIPE DU POOL parce que j'étais dans une équipe différente tous les jours et je savais que ma priorité c'était que de m'occuper de mes patients, j'étais là et je m'occupais de mon secteur. Je n'ai jamais trop été pour les grèves parce que je me suis toujours dit, si c'est pour réclamer du personnel, c'est pas la peine, si c'est pour améliorer la qualité, c'est autre chose. Moi je me contente de ce que j'ai et c'est pas plus mal, je ne suis pas dans les pires. Si j'ai mieux, tant mieux, mais bon, tant qu'on n'abuse pas de moi, ça va. (Elève infirmière, ex-aide soignante, épouse d'aide laborantin / entretien AL8) ».

(4) FORMES DE COOPÉRATION HIÉRARCHIQUE : LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

« *Nous on les aide, les infirmières, elles nous délèguent, automatiquement* » (AS3)

« *On ne peut pas tellement délèguer, on est au bout du chemin* » (AS3)

Une bonne partie de la coopération se fait par délégation, surtout DANS DES SITUATIONS DE RYTHME ACCÉLÉRÉ OU DE PERSONNEL INSUFFISANT. Cela peut avoir des répercussions directes sur la réalisation des tâches ordinaires propres, « bâclées » (AS3). Mais la délégation des tâches ne peut se faire que dans certaines limites, elle peut aussi renforcer les liens professionnels et habituellement elle suppose l'existence de rapports de confiance.

(a) MANIFESTER SA BONNE VOLONTÉ

« Moi j'étais très coopérative avec les infirmières mais lorsqu'une infirmière n'était pas très coopérative, bien sûr j'allais répondre aux sonneries, on ne sait jamais, mais je disais que j'allais chercher l'infirmière. Mais, autrement, comme j'étais très appréciée des infirmières, ça allait, et je faisais tout ce qui était en mes capacités. (AS1)

Je suis désormais aide soignante, donc ne fais plus le ménage, bon, je peux le faire si je veux, parce qu'il y a des jours où on se retrouve sans femme de ménage, donc il faut la remplacer, mais ce n'est plus mon boulot, et actuellement je suis là et on travaille en collaboration avec l'infirmière et on travaille ensemble, et puis il y a des médecins qui me demandent aussi par rapport au malade, si tout se passe bien, si on n'a pas de problèmes. (AS2, ancienne femme de chambre)

Avec la gouvernante il y avait de l'entraide, on s'entendait bien, car ce n'était pas une obligation ; avec l'infirmière, on s'entendait bien, mais il n'y avait pas d'entraide, car le travail de l'infirmière est du domaine médical (AS2, à propos de l'interdiction de toucher aux médicaments) ».

(b) DÉLÉGUER EN URGENCE, SANS FAIRE SON PROPRE TRAVAIL

« On bâcle automatiquement quelque chose, donc par exemple lorsqu'il n'y a pas d'infirmière ce jour-là, on l'aide à faire ses soins, on distribue les médicaments pendant qu'elle elle coche, c'est sûr que ce jour-là on ne va pas faire de toilette complète au malade. On ne fera pas le lit, bon, bien sûr s'il y a du pipi caca on va changer, mais il y aura toujours quelque chose de ralenti (AS3).

DÉLÉGUER EN BAS D'ÉCHELLE. C'est un peu plus difficile [de déléguer]. Ce qu'on peu faire par exemple quand on a fini la feuille des repas demander [aux agents hospitaliers] de la porter en cuisine, alors que d'habitude on y va nous. On ne peut pas tellement déléguer, on est au bout du chemin, mais c'est vrai qu'ils prennent DE PLUS EN PLUS D'INTÉRIMAIRES. Avant il n'y avait pas. MAIS AVEC LES INTÉRIMAIRES ON PERD PLUS DE TEMPS parce qu'il faut tout leur expliquer, et on est plus sollicités, et pendant les vacances c'est pareil, et on est tout le temps en tension, mais ON FAIT AVEC PARCE QUE C'EST PARTOUT PAREIL (AS3) ».

(C) « JE RESTE À MON RANG »

« À Villiers, on ne doit pas déroger sur le travail d'aide soignante, CHACUN EST À SON POSTE. Bon, moi quelques fois ça m'arrive, mais je ne me permets pas d'anticiper, parce qu'il y a de nouvelles infirmières, et puis peut être aussi pour me couvrir, par exemple un protocole de pansement et tout. JE NE PRENDS PAS D'INITIATIVE, ALORS QU'À LA MAISON DE RETRAITE À C... JE LE FAISAI PARCE QU'ON N'AVAIT PAS D'INFIRMIÈRE, ET QU'ON ÉTAIT BIEN OBLIGÉS DE REMPLACER L'INFIRMIÈRE. (...) je me dis que c'est normal, je ne suis pas infirmière, je reste à mon rang. Et puis bon maintenant il y a tellement de... [menaces de procès] comment dire, les infirmières faut qu'elles fassent très attention pour se couvrir... (AS4) ».

(D) DÉLÉGUER C'EST FAIRE CONFIANCE

« CELLES QUI ONT LEUR DIPLOME oui, sauf, je vais vous donner un exemple, j'ai toujours été CHERCHER LES STUPS, À LA PHARMACIE, mais AVEC CERTAINES JE NE PEUX PAS, bon, elles ont confiance en nous mais ça je ne peux pas, parce que c'est leur responsabilité, et ÇA C'EST LES NOUVELLES INFIRMIÈRES. Et LES ANCIENNES ON ARRIVE À ÊTRE PLUS COOPÉRANTS, PLUS DE CONFIANCE, MOINS FORMELS... Et en plus LES VIEILLES INFIRMIÈRES SE SONT BEAUCOUP REPOSÉES ÉTANT PLUS JEUNES SUR LES AIDES SOIGNANTES, bon, là elles savent bien qu'avec l'expérience, moi ça fait 30 ans que je soigne les escarres et tout et je sais très bien ce qu'il faut mettre dessus. (AS4)

L'ÉCRIT, OBJET COURANT DE DÉLÉGATION : (nous avons) aussi les fiches d'incidences, pour un petit truc alors moi je reste à mon rang, et nous aide soignantes on a aussi beaucoup de papiers, mais elles encore plus, DES VRAIES SECRÉTAIRES (AS4) ».

(5) POLARISATIONS, CONFLITS EN ÉQUIPE ET ENTRE LES ÉQUIPES

(a) LES « VIEUX » ET LES « JEUNES »

Des situations conflictuelles sont décrites entre les jeunes et les anciens : dans l'équipe d'aides soignantes du service de stérilisation où travaille Constance, les luttes de concurrence vont jusqu'à la délation (« parfois il y a des règlements de compte terribles », des vacheries, de la rancune, de la méfiance) ; l'absence d'un médiateur est déplorée, il faudrait calmer les tensions – tous les jours. Diane (I28), infirmière au chômage au moment de l'entretien, s'est sentie mise en difficulté à plusieurs reprises par des jeunes infirmières, qui détiennent des nouvelles techniques, apprises à l'école, qu'elle ne connaît pas.

Dans d'autres entretiens, LES RELATIONS AVEC LES STAGIAIRES sont évoquées comme des bons exemples de coopération, ou on n'y insiste pas, car il n'y a pas une raison particulière pour leur prêter trop d'attention.

Pierrette, infirmière puéricultrice, déplore, elle, la formation des jeunes infirmières, peu motivées pour leur travail, qui devraient être mieux sélectionnées à l'école – c'est d'ailleurs le principal « vœu » qu'elle entend communiquer à la fin de son entretien.

Au même chapitre pourrait être mentionnée la question de LA PRÉSENCE DES INTERNES – ou de leur absence, surtout dans les cliniques privées. Certains infirmiers en parlent pour regretter cette absence, qui empêche une « école » de chirurgie de se perpétuer.

De manière générale, les jeunes stagiaires, comme les internes ou les intérimaires, posent un problème dans les relations de travail, car ils doivent être aidés, conseillés ; on ne peut pas leur faire toujours confiance (pour les gardes), ils posent des problèmes dans les relations avec les patients (en psychiatrie en particulier, où un très grand roulement de « figures nouvelles » risque de les déstabiliser), obligent le personnel à remplir presque seul des tâches d'habitude partagées. Mais la situation est ressentie différemment s'il s'agit d'un interne, médecin inexpérimenté, ou d'une intérimaire, collègue concurrente, ou de jeunes collègues travaillant selon des « nouvelles méthodes », différentes des autres et donc partageant moins leurs activités, plus disposées à travailler seules ou faisant bande à part.

« Ce qui me chagrine un petit peu, c'est qu'il y a des gens qui s'en vont, des infirmiers qui s'en vont parce que c'est pas facile, et quand je me retrouve un jour avec un infirmier différent, c'est pas facile. Il y a beaucoup de vacataires. Moi j'ai de la chance, je travaille souvent avec la même, mais mon collègue, l'autre aide soignant, a des infirmiers différents à chaque fois (AS2) ».

La solution invoquée le plus souvent c'est d'avoir PLUS DE PERSONNEL. Mais aussi de mieux aménager le temps de travail, en prenant en compte le temps consacré à la formation des jeunes. Le désaccord sur les méthodes de travail entre les jeunes (« modernes ») et les « expérimentés » (« rétrogrades ») indique un manque d'autorité et de reconnaissance que les derniers accusent en se repliant sur l'argument de leur dévouement aux malades (en plus, dans ce cas, des enfants).

« Il faut plus de personnel, puisque le personnel ancien est obligé de former et de faire en même temps le travail. Il faut plus de temps d'apprentissage. Il faudrait au moins trois personnes de plus. Il faudrait

que la direction de l'hôpital comprenne que nous avons trop de travail et qu'on ne nous déconsidère pas autant. En plus ils embauchent n'importe qui. Puisque les gens partent parce qu'ils vont en avoir marre (AS1).

L'équipe s'est modifiée l'année dernière puisqu'on a eu l'arrivée de beaucoup de jeunes qui sortent de l'école d'aides soignants et dont c'est le premier travail. Il y en a d'autres qui ont de l'expérience et même une infirmière qui a un diplôme d'Algérie. Et ces nouveaux arrivants ont apporté une ambiance complètement différente, dans le sens où ELLES SONT MODERNES TANDIS QUE NOUS SOMMES RÉTROGRADES, et elles c'est « faire plaisir aux responsables » tandis que nous c'est faire tout notre possible pour que l'enfant soit le mieux possible, pour qu'il ne sorte pas de l'hôpital avec une maladie en plus. (...) CES JEUNES ONT UNE DÉLATION QUI EST TRÈS IMPORTANTE, ils ne se rendent pas compte, certains oui, ils l'utilisent à leur compte mais ils ne se rendent pas compte que nos supérieurs se rendent compte. Bon, ces supérieurs reçoivent de très bonnes informations sur x ou y (ces informations restant à vérifier) mais ils se rendent compte qu'ils ne travaillent que pour la bonne note et non pour la morale d'un travail bien fait. [L'objet des dénonciations sont] des erreurs faites par d'autres, soit une bêtise qu'eux mêmes ont faite mais qu'ils ont cachée pour la reporter sur d'autres. Nous [les « rétrogrades »] avons décidé que l'important était que le travail soit efficace, on essaye de ne pas tenir compte de cette mesquinerie, mais je dois dire que parfois il y a des règlements de compte terribles, on nous entend dans le couloir. Nous sommes élastiques et le jour où l'élastique est très tendu pour pas qu'il casse on éclate de colère. (AS1)

COMBAT DE CAMPS⁴³. Nous sommes deux groupes avec deux états d'esprit complètement différents. Il y en a qui essaient d'assurer leur position dans le service, d'avoir des bonnes notes et des bonnes références pour aller ensuite dans les services qui les intéressent, mais seulement ils ne se rendent pas compte qu'on les surveille en même temps. (AS1)

D'habitude je suis calme, bien sûr quand je m'énerve je m'énerve, mais en général j'essaie de temporiser les choses pour que la personne qui est allée trop loin se rende compte, s'explique de façon que l'autre ou moi-même n'ayons pas mal compris. Ce n'est pas parce qu'on est énervés, qu'on a employé un mot, qu'on pense forcément la chose. Donc j'essaie de calmer les tensions pour que le travail soit le plus efficace possible. Quand ça prend trop de proportions, il y a la surveillante du service qui intervient, MAIS IL Y A UNE RANCUNE QUI S'EST CRÉÉE ET LA MÉFIANCE DEVIENT TRÈS IMPORTANTE.

Il y a une unité où c'est épuisant. Parce qu'il y a un moment où tout le monde est très fatigué et à ce moment-là, au lieu d'avoir un travail très organisé, comme on reçoit beaucoup de containers, chacun prend son container et fait toute la hiérarchie du travail tout seul jusqu'au moment où on envoie la machine à laver. Et là il y a des tensions très fortes, on embrouille les instruments parce qu'on veut s'occuper de tout à la fois et on ne fait que des bêtises. Et là on est sûrs qu'à la sortie de la machine on va avoir des ennuis d'organisation parce que les instruments vont être mélangés (AS1) ».

Ailleurs, dans une clinique psychiatrique, – Il n'y a jamais eu de véritables conflits de travail, mais DES CONFLITS LIÉS AUX REMPLACEMENTS, parce que quand je suis là trois jours et que j'ai trois infirmiers différents ça ne me fait pas plaisir, ça peut arriver. Parce que l'infirmier qui arrive nouveau ça fait déjà beaucoup pour les patients qui sont là déjà désorientés, donc le fait de voir un nouveau visage tous les jours ça les désoriente encore plus, mais le fait de me voir ça les rassure un peu. Mais C'EST SOUVENT PENDANT LES VACANCES (AS2) ».

⁴³ La délation, une forme perverse de coopération hiérarchique ? Des luttes d'usure, énervements, règlements de comptes terribles, tensions très fortes, mais aussi des petites farces (*cela arrive tous les jours et c'est épuisant ; on se fait des petites vacheries..., c'est exaspérant*) qui rappellent l'atmosphère dans l'équipe de travail de l'atelier de maroquinerie, exposée dans l'étude précédente sur la coopération au travail en milieu industriel.

TRAVAIL D'EXÉCUTION ET EXPLOITATION DES JEUNES DANS UN LABORATOIRE

« Dans son ancien laboratoire d'analyses, « c'était vraiment l'usine à gaz, il n'y avait pas de dialogue, c'était comme ça et c'était pas autrement, je devais simplement exécuter ce qu'on me demandait. Il n'y avait pas de discussion possible (...) on ne peut pas faire ce qu'on veut, il y a des protocoles et les protocoles on est obligés de les respecter, et surtout au niveau informatique, on ne nous demandait pas notre avis. On était tous au même niveau. On était 13 dans une pièce, j'ai failli péter un câble, on était 13 dans une pièce qui ne faisait même pas la superficie au sol de ma maison, et puis voilà quoi, on ne sortait pas de là. Avec tous les mêmes tâches. C'est-à-dire que tout arrivait en gros, que ce soit le sang, les urines, les selles, les placentas, enfin tout ce qui est prélèvement qu'on peut faire à part l'anapath, tout arrivait chez nous, et nous on avait des protocoles de simplification, séparer le plasma, enfin bon, et après on dispatchait au labo qui faisait les analyses, la biologie, l'hématologie, l'immunologie, la bactériologie, enfin bon, mais nous on faisait systématiquement le même travail tous les jours. (...)

Il y avait un groupe d'anciens qui prétendaient avoir un certain pouvoir sous prétexte qu'ils avaient fait partie des syndicats, mais qu'on leur avait fait lâcher en contrepartie de certaines choses tatata, mais rien d'officiel, là dessus venait se greffer une histoire d'horaires, ce qui n'était pas très pratique pour les gens qui habitaient loin comme moi, parce que faire [le trajet] tous les jours c'est pas évident, et puis bon, ben au bout d'un moment ça crée des tensions, parce qu'on fait plus travailler les jeunes et les anciens se la coulent douce, on peut dire ça comme ça. Et puis au bout d'un moment ça crée des frictions (AL8) ».

CONFLITS PASSAGERS, RÉGLEMENTATION DES CONFLITS

« Toujours, il y a toujours des conflits, des heurts, mais heureusement on n'arrive pas à se faire la tête, parce que vous imaginez, travailler 12h ensemble en se faisant la tête ? C'est pas possible de gérer ça, bon, des fois il y a des gens qui acceptent et d'autres qui n'acceptent pas, alors, c'est très difficile, on pète les plombs parfois, on est stressé, on est énervés, des fois on pleure, on essaie de régler ça entre nous, mais il faut souvent passer par quelqu'un, et voilà, et c'est partout pareil (AS3).

RUPTURES D'ÉQUIPES : quand ça déborde trop il y a eu beaucoup de démissions, ou de demandes de changer de service ou d'étage, et c'est toujours lié au travail (AS3) ».

QUITTER L'HÔPITAL

« Et je vais vous dire quelque chose, j'ai remarqué au fil des années, qu'il y a beaucoup d'infirmières et d'aides soignantes, pas tellement chez les agents, qui ne finissent pas leurs carrières à l'hôpital. Vous regarderez, il n'y a pas de vieilles infirmières et d'aides soignantes. Je ne sais pas ce qu'elles deviennent à un certain moment, elles quittent l'hôpital ? Je ne sais pas où est-ce qu'elles vont, est-ce qu'elles ont ras le bol du métier, ou des malades, moi j'ai connu une infirmière très gentille, qui avait 52 ans, elle est partie vendre des fraises au marché. Moi quand j'ai eu mon premier fils, je ne voulais plus travailler à l'hôpital, je me reflétais trop dans la mort, j'avais peur et j'ai fait une coupure de 3 ans. Tout en sachant que je travaillais un peu ailleurs, mais pas à l'hôpital, j'ai aidé un peu mon mari au café. Et quand mon fils a grandi, j'ai dû retourner à l'hôpital parce que le contact humain me manquait. Mais c'est vrai qu'il faut des fois des coupures (AS3) ».

HARMONIE, BONNES ÉQUIPES

« Ca fait 31 ans que je travaille, et ça se passe très bien, je n'ai jamais eu de problèmes avec mes collègues, il y a eu des petits problèmes, mais bon, JE SUIS TOUJOURS TOMBÉE SUR DE BONNES ÉQUIPES. (AS4, rééducation rhumatologique) ».

STRATÉGIES D'ÉVITEMENT DES CONFLITS

Joséphine cherche à échapper aux conflits, choisit de travailler de nuit, ce qui la protège d'une certaine façon, mais a à affronter des accusations injustes de la part des équipes de jour ; ces

conflits semblent obscurs ou anecdotiques (histoires de femmes, jalousies, le mari brancardier d'une infirmière la trompe avec une collègue, tout le monde est au courant, à part l'intéressée, mais la surveillante, bienveillante, met le feu aux poudres, etc.), mais aussi autour d'objets et de charges de travail :

UNE HISTOIRE DE BASSIN

« Au début ça a commencé par une histoire de bassin. Quand j'arrivais la nuit, d'habitude tous les bassins sont rangés, et lavés, et quand le malade sonne je lui mets le bassin, je sais où se trouve le bassin tout propre, je lui mets le bassin. Depuis que j'ai commencé, ça a été toujours comme ça, tous les matins j'enlevais tous les bassins, et je les lavais, et rangeais dans le WC. Et puis je suis arrivée un jour et j'ai trouvé les malades avec les bassins et les pistolets près d'eux. Donc j'ai pas demandé, elle était pas là, d'autres aides soignantes étaient là, et j'ai dit « c'est nouveau, il y a maintenant les bassins à côté des malades ? » et puis le lendemain j'ai lavé les bassins et les pistolets, et je me suis dit, c'est peut-être une nouvelle règle, et j'ai laissé les bassins aux malades. Et le lendemain, comme elle faisait les patients le matin, dans l'après midi je les avais vus, et quand elle vient le matin, tous les malades avaient les bassins et les pistolets, et c'est là qu'elle m'a fait une réflexion très très méchante, c'est le ton qui m'a choqué, je lui ai dit « depuis qu'on travaille ensemble, tu m'as déjà vu rentrer dans une chambre et laisser les malades avec les bassins sales ? » Et puis elle m'a fait cette réflexion méchante, et je lui ai posé la question si depuis qu'on travaillait ensemble, elle m'avait déjà vu laisser les malades avec des bassins sales ? La première chose que je fais moi, dès que je rentre dans une chambre, c'est que je vérifie les alentours pour voir s'il n'y a pas de bassins ou de pistolets à vider. C'est la première chose que je fais, parce que j'ai toujours peur que ça se renverse dans les chambres et tout. Je lui ai répondu comme ça et il se trouve que je n'aurais pas dû lui répondre comme ça et ça l'a vexée aussi. Et ça a créé les conflits. Et elle m'a fait des réflexions devant tout le monde, et je n'ai jamais vu une aide soignante agresser une aide soignante comme ça. Alors là les autres services sont déjà au courant, et puis c'est une aide soignante qui ne connaît même pas toutes les techniques d'ici et qui me parlait comme ça, ça m'a vexé... *hahaha* (AS7) ».

Ceci est autre type de conflits, ayant comme source de désaccord le déclassement d'anciennes infirmières ou auxiliaires immigrées en France, intégrant des équipes comme aides soignantes, travaillant avec des méthodes différentes, conflits autour des méthodes de travail et rivalités de statuts à l'intérieur d'une équipe. L'exemple d'une aide soignante d'origine hongroise, infirmière dans son pays, qui apparemment n'arrive pas à faire reconnaître son autorité : elle a dû réapprendre les techniques de soins françaises, différentes, et elle n'est pas reconnaissante par rapport à celles qui lui ont appris le travail. Cette question mériterait d'être creusée : l'immigration et les reconversions de statut professionnel, avec les problèmes entre performance et reconnaissance, ce qui peut enrichir le travail, mais détruire les travailleurs...

(B) ÉQUIPES DE JOUR ET ÉQUIPES DE NUIT

« On travaillait toujours ensemble, mais il n'y avait pas de binôme, entre les infirmières et les aides soignantes, chacune de son côté. Avant les aides soignantes faisaient beaucoup de choses le matin, telles que la diurèse, le tour des constantes, mais depuis qu'on demande que l'équipe de nuit le fasse, maintenant c'est l'équipe de nuit qui le fait avant de partir le matin (AS7) ».

Pour ce qui concerne les relations avec les collègues, il y a d'abord la question des conflits entre les équipes de jour et de nuit ; comme elle a connu les deux, elle serait pour la rotation entre les équipes ; elle travaille de nuit avec un infirmier, les relations de coopération entre eux dépendent du service, en réanimation le travail en binôme est possible et se passe bien, dans d'autres services c'est moins évident (AS10).

Avec l'aide soignante de jour les relations sont tendues, les transmissions se passent plutôt mal, l'autre ne lui transmet rien ou presque. Elle affirme de sa collègue qu'elle est dans de très bonnes relations avec la surveillante et que c'est elle (l'aide soignante) qui est « la chef de la clinique » (AS10).

(6) COOPÉRATION INSTITUÉE

LES RÉUNIONS

« Justement il n'y en a pas, c'est pour ça aussi j'aurais bien aimé qu'on fasse une réunion, mais donc malheureusement il n'y en a pas, parce que j'avais des choses à dire (AS7) ».

S'il n'y a aucun problème particulier avec la hiérarchie ou l'administration de l'hôpital, il n'y a pas de réunion non plus, ce qu'elle regrette (AS10).

COOPÉRER AVEC LES CADRES (SURVEILLANTS, MÉDECINS)

Les conditions de travail dépendent des cadres

« Ça dépend des établissements et ça dépend de la bonne volonté des gens, enfin surtout des personnes qui sont au-dessus de nous, des cadres et des chefs de services quand il y a une discussion avec les chefs de service. A L'INTERCOMMUNALE, j'avais une très bonne cadre, mais il y avait un chef de service qui était référent pour les pneumocoques au niveau français, donc il était complètement obnubilé par ça et, à la limite, LE PETIT PERSONNEL, IL NE SAVAIT MÊME PAS QU'ON EXISTAIT À PART TOUS LES ANS METTRE UNE SIGNATURE SUR LA NOTE. Après, quand je me suis fait muter, ça s'est un peu amélioré, mais il fallait encore lutter. (AL8)

Il trouve par ailleurs qu'en général LES CONDITIONS DE TRAVAIL SE SONT UN PEU AMÉLIORÉES, mais lentement. En tant qu'aide de laborantin, seul homme de la pharmacie à part le pharmacien, obligé à porter des objets lourds tout seul, « surtout pour une cinquantaine de palettes qui font au minimum 500 kg. », il avait demandé depuis 2001 *un transpal électrique*, qu'il a obtenu au bout de 2 ans. Il signale aussi *quelques améliorations au niveau informatique et de la compréhension au niveau cadre* parmi ces améliorations. Son épouse apporte des précisions concernant les conditions matérielles de travail, dont elle apprécie l'évolution comme inégale : Les conditions se sont améliorées et parfois dégradées-- sur du matériel, ou sur des restrictions, et maintenant il manque moins de choses, et on s'aperçoit que parfois on nous retire ce qu'on nous avait donné faute de budget, et du coup ça se dégrade. Par exemple moins de couches, moins de serviettes, moins de gants, on se retrouve avec des gants jetables, de mauvaise qualité, et ainsi de suite. (Elève infirmière, entretien AL8)

SE TUTOYER, SIGNE DE CONFIANCE. Je ne sais pas comment ça se passe dans les hôpitaux parisiens, mais ici ça se passe bien, on se tutoie, on s'appelle par les prénoms, il y a un rapport de confiance. Je pense que, même les médecins, il y a quand même, bon, disons que, moi je vouvoie ma chef de service parce qu'il y a une différence d'âge, aussi, elle me tutoie, et le reste des pharmaciens, je les tutoie. Je pense que chacun sait où est la barrière, mais le tutoiement fait que les choses se passent mieux dans un service (AL8) ».

PROFIL D'UNE SURVEILLANTE APPRÉCIÉE ET AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

« La surveillante que nous avons est une infirmière qui n'est pas surveillante mais qui fait office de surveillante. On a eu des surveillantes, qui venaient de l'extérieur, mais ce n'était pas du tout pareil. C'était protocolaire, alors que là on arrive toujours à manier avec elle. Elle n'a pas fait d'école, mais c'est mieux pour nous et c'est en plus une ancienne de l'établissement, elle a 15 ans. Dans d'autres services ça ne se passe pas comme ça, il y a des surveillantes qui ont fait l'école des cadres et beaucoup de personnes partent à cause d'elles. En plus nous on est une petite structure, on n'est pas un grand hôpital (...). Si je travaillais au 3^{ème} je partirais, je ne pourrai pas supporter autant d'autorité. Quand je suis arrivée, c'était comme ça, mais maintenant je ne pourrai pas supporter. C'est fini ce temps-là, on ne peut pas être là à être gérées comme à l'armée. Avant, si on faisait un pas de travers,

on nous foutait à la porte, et comme on était jeunes mariées et qu'on voulait travailler, on faisait attention, et on avait peur. On nous changeait d'horaire, hop, on changeait d'horaire. Maintenant c'est plus comme ça (AS3) ».

MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LES MÉDECINS

Le principal problème évoqué du travail est le peu de communication avec les médecins, qui sont relativement nombreux dans cette clinique psychiatrique, les patients ayant des médecins différents. L'absence d'autorité et de crédibilité du personnel paramédical devant les patients est accusée. Les patients ont souvent des relations de confiance avec les médecins, qu'ils payent directement, et des relations souvent conflictuelles avec les infirmières et les aides soignantes. Celles-ci ont du mal à faire respecter le règlement (par exemple les persuader de ne pas fumer dans la chambre), ne sont pas écoutées et protégées par les médecins et se font insulter par les patients. La distance entre le corps médical et le corps paramédical (infirmières, aides soignantes, femmes de chambre) semble plus grande qu'ailleurs. (entretien A2)

« L'infirmière est plus proche de moi que le médecin, elle a les mêmes observations que moi par rapport au patient, mais le médecin n'est pas facile à convaincre (AS2).

Les médecins on les voyait très peu la nuit parce qu'ils étaient appelés ailleurs, et parce que surtout ils avaient envie de dormir cinq minutes parce qu'ils étaient eux-mêmes surchargés. Nous, les aides soignantes, nous connaissions très peu les médecins lorsque nous travaillions de nuit, par contre de jour il y a beaucoup plus de contacts entre le personnel (AS1).

Le médecin, je trouve qu'il est plus proche de nous qu'il y a quelques années, enfin moi je parle du médecin avec lequel je travaille. Dans d'autres services, on ne sait pas comment ça se passe. - Je l'ai connu en tant qu'interne, maintenant il est médecin chef, ça fait trente ans que je le connais, et c'est sûr on a peut être plus de... Mais c'est vrai qu'il est prêt à écouter, il est prêt à répondre, tout le temps. Il a toujours le temps pour nous. Il essaye toujours d'arranger, et quand ça va pas, moi je l'ai vu mettre un patient dehors. Donc c'est rare, il y a des médecins qui viennent et qui partent. Des fois ils n'ont pas le temps aussi, ils sont débordés avec leur paperasserie et leurs machins, alors ils délèguent aussi à l'infirmière et elle nous délègue à nous, c'est vrai qu'il y a beaucoup de paperasserie, et c'est dommage, et il y en a de plus en plus, aujourd'hui on est obligées de faire nos transmissions écrites tous les jours parce que si on a un problème avec un malade au moins on sait que ce jour-là il a eu des selles, ce jour-là de la diarrhée, et ainsi de suite (AS3) ».

Pour Martine, aide soignante dans un hôpital privé, les relations avec les médecins sont marquées par le fait que « le médecin est roi », du fait qu'il y a pénurie de médecins : « cela dépend des personnes, mais en général ils ne nous écoutent pas ». Certains les apprécient, savent qu'elles sont plus proches des malades que les infirmières. Elles restent cependant peu reconnues : les médecins et les infirmières font grève, mais pas les aides soignantes. (AS10)

VŒUX ET RECOMMANDATIONS ADRESSÉS AU MINISTÈRE

« Nos supérieurs devraient être mieux informés du travail qu'il y a dans nos services parce qu'ils ne sont pas bien informés et qu'ils ne font que répéter ce qu'on leur dit et en cela ils créent des difficultés. Ils n'entrent même pas visiter pour la plupart, ils n'essayent même pas d'aider pour se rendre compte de ce que ça peut représenter, ça ne leur vient même pas à l'esprit de poser une question enfin certains posent des questions et là on se dit qu'ils doivent être un peu manuels (AS1).

Dans le privé je ne sais pas si c'est possible ; mais QU'IL Y AIT PLUS DE CONTRÔLE parce que j'ai l'impression que les médecins font un peu n'importe quoi ; de prendre en compte la souffrance du personnel, et même si on ne souffre pas physiquement, on souffre du fait qu'on n'est pas écoutés du tout et ça vraiment je trouve ça dérangeant (AS2).

Il faut plus de personnel, c'est sûr, moins ici, mais de toutes les façons, pour avoir un intérim, il faut se battre ; et peut-être une amélioration au niveau de la nourriture, c'est quand même important (AS4).

LA SITUATION SE DÉGRADE, les patients et leurs familles deviennent violents par rapport au personnel – alors que la situation dans le service est contradictoire, d'une part des MEILLEURES RELATIONS avec le personnel d'encadrement (surveillante, médecin), probablement aussi grâce à l'âge et à l'ancienneté ; d'autre part, TRAVAIL PLUS LOURD (bien qu'elle parle d'une amélioration des conditions de travail sur les 30 ans, mais le profil de l'établissement a changé) et C'EST SURTOUT LE RYTHME QUI A AUGMENTÉ ET PROBABLEMENT LE NOMBRE DE TOILETTES À FAIRE. (AS3)

Le plaidoyer pour l'importance sociale de sa profession : la proximité des aides soignantes des malades, leur vocation ne sont pas considérées à leur véritable valeur, comme celle des infirmières, qui constituent un corps professionnel plus soudé, mieux représenté publiquement, ou même celui des chauffeurs de bus (qui disposent de retraites anticipées). Les aides soignantes et les infirmières, à cause de leurs conditions dures de travail, finissent par quitter leurs postes, on rencontre de moins en moins de « vieilles » dans les services (AS3).

AFFIRMER SON IDENTITÉ, SE DÉFINIR PAR RAPPORT AUX INFIRMIÈRES – Je ne suis pas jalouse des infirmières, mais un petit peu. Dans le sens que elles ont une coordination entre elles et nous non, et c'est pas normal, dans le sens que nous on ne nous écoute pas et pourtant je vous jure qu'on a un grand rôle. Dans le sens que **nous on a le rôle psychologique, humain, on a tout**. Quand on fait la grève, **ce sont toujours les infirmières qui font grève, jamais les aides soignantes, pourquoi ?** Les aides soignantes ont un grand rôle, et **je trouve qu'on n'a pas quelqu'un qui nous soutient, on n'est pas coordonnées, comme les infirmières**, il y a par exemple la revue des infirmières. Enfin nous on a la revue des aides soignantes mais elle n'est pas là depuis longtemps. Elle existe depuis peut être 4 ou 5 ans. (...) Pour la retraite, les infirmières partent toujours un an ou 2 avant, pourquoi pas les aides soignantes ? L'infirmière elle ne porte pas beaucoup, elle ne soulève pas beaucoup les malades. À la RATP, ils partent à 55 ans, c'est très bien, les chauffeurs de bus ont mal au dos, et pourquoi ne pas avoir pensé aux aides soignantes ? Parce qu'à l'époque, quand toutes ces lois ont été faites, les aides soignantes n'étaient pas considérées, elles étaient « la fille de salle ». Les choses ont évolué, les aides soignantes ne sont plus les filles de salle, leur rôle a vraiment évolué (AS3).

UN MÉTIER SANS AVENIR ? Et je vous dis, dans quelques années, il n'y aura plus d'aides soignantes, elles font ça à un moment parce qu'elles sont jeunes et débutent, mais après elles s'en vont ; elles font autre chose. Moi j'en connais qui sont parties faire carrément autre chose. C'est pénible, aide soignante, et infirmière aussi, je dis pas, parce qu'on n'est PAS CONSIDÉRÉES, et en plus de ça, monsieur, c'est qu'on est DES FOIS AGRESSÉES PAR LES FAMILLES. Et ÇA C'EST HORRIBLE, CHOSE QU'IL N'Y AVAIT PAS IL Y A QUELQUES ANNÉES, PARCE QUE MAINTENANT QUAND LA PATIENTE N'A PAS TOUT DE SUITE CE QU'ELLE VEUT, ON EST AGRESSÉES PAR LES FAMILLES, verbalement, et des fois ils veulent nous taper. Et ça il n'y avait pas il y a quelques années. L'infirmière et l'aide soignante, pas le médecin parce que souvent c'est un homme et il a souvent sa prestance, mais nous oui. Les gens sont plus agressifs. Chez nous ça ressort beaucoup. L'AGRESSIVITÉ DES GENS EST MONTANTE, et c'est un stress pour nous, travailleurs, des fois on est obligé de prendre des gants pour parler à des personnes, parce qu'on a peur de recevoir un coup. Et tout le monde peut faire des procès, et TOUT LE MONDE A PEUR (AS3).

LES BESOINS CE SONT TOUJOURS DES BESOINS DE PERSONNEL, et avec les 35 heures, nous n'avons toujours vu personne arriver. Et puis c'est vrai aussi que les crèches ne sont pas trop reconnues, et même si on est très utiles, qu'on prend les enfants du personnel même s'ils sont malades pour ne pas que ça pose des problèmes, pour pouvoir aller travailler sans causer de difficulté dans les services, et malgré tout on n'a pas l'impression qu'on est reconnus mais plutôt qu'ils trouvent qu'on leur coûte beaucoup d'argent. Donc ils ne font pas d'efforts (AU6).

... PLUS DE PERSONNEL, DE SALAIRE AUSSI. Et puis je trouve que notre profession n'est pas trop reconnue. Au moins comme les infirmières ! Il y a certaines choses que nous faisons aussi ou qu'on pourrait aussi bien faire, certains soins infirmiers, tout en augmentant aussi le salaire (AS7).

Le message qu'il faut faire passer au ministère, je vais vous le dire le message : c'est qu'il y a des personnes qui sont payées une fortune au ministère, voire même au ministère des finances, puisqu'on a un ministre des finances qui veut nous serrer la ceinture, ce qui serait bien c'est que ces gens-là

penchent leur nez dans les combles des hôpitaux. Ce qui serait bien c'est que ces gens-là évaluent réellement le besoin de la population et non les besoins des gens qui dirigent les administrations des hôpitaux. Et réellement pas faire de demi mesures comme pour la cigarette par exemple, ou pour les médicaments génériques, ou pour tout un tas de choses, et peut être que là on ferait réellement des économies. Peut-être qu'on pourrait faire faire des formations professionnelles aux gens plutôt que l'argent parte pour rénover les pavillons de fonction, ça aussi ce serait bien. Dans notre hôpital, il y a un directeur qui change chaque fois que la couleur politique du pays change, et ces gens là ont des pavillons de fonction, et en fin de compte les pavillons sont refaits à neuf cuisine équipée, tous les 6 à 8 mois en fonction des demandes des directeurs qui arrivent, et je ne mets pas en avant mon salaire, mais je mets en avant l'amélioration qu'on pourrait faire en faisant ces économies là à l'hôpital. (AL8) Ce serait bien qu'ils passent une journée qu'ils fassent notre travail pour voir. Juste pour qu'ils se mettent dans notre peau (Élève infirmière, ex-aide soignante, épouse d'aide laborantin / entretien AL8).

GASPILLAGE, MANQUE DE CONCERTATION ET HARCÈLEMENT, L'INSUPPORTABLE DANS L'HÔPITAL PUBLIC : Moi CE QUE JE TROUVE ABERRANT DANS L'ADMINISTRATION, C'EST LA GESTION DE L'ARGENT, quand je vois tout l'argent dépensé dans les choses qui ne servent à rien, ou quand ils construisent des établissements sans demander l'avis du personnel, quand on veut sortir les lits des chambres, on ne peut pas, ou bien on raye les murs, ou bien on abîme les lits, et ce qui fait que tout est cassé au bout d'un an. Parce que ceux qui font les plans ne consultent pas ceux qui sont directement concernés. IL FAUT AUSSI APPRENDRE À SE CONCERTE. Et puis après il y a DES CADRES QUI VOUS FONT DU HARCÈLEMENT, par exemple il fallait remplir des SIPS ; et ces SIPS n'étaient pas remplis depuis quelques jours, et un matin j'arrive, la surveillante vient me voir et me dit que c'est moi qui travaillais et que j'aurais dû remplir les SIPS, et je lui dis que j'étais en repos, et elle me dit non, elle crie comme ça devant tout le monde et je vais lui montrer sur le planning que j'étais bien en repos, et quand elle s'aperçoit de son erreur, elle me dit : quand vos collègues ne le font pas, et bien c'est à vous de le faire. Par exemple, le jour de notre mariage, il a fallu que je travaille le matin, et je lui ai dit que je voulais bien faire le matin, mais pas l'après-midi, et je suis partie, et au retour de nos 15 jours, je me suis faite incendier devant tout le monde comme quoi c'était pas à moi de décider si je travaillais du matin ou de l'après-midi, qu'elle avait exigé que je sois là l'après-midi, que mon mariage elle s'en foutait, que dans la fonction publique c'était pas moi qui décidais, que si j'étais pas contente j'avais qu'à prendre la porte. Et ça a duré 6 mois, et tout le monde me disait qu'ils ne comprenaient pas ce qu'elle avait après moi, et pus du jour au lendemain, elle s'en est pris à quelqu'un d'autre et moi j'étais devenue parfaite. Je n'ai pas compris, et je voulais partir, je n'en pouvais plus. (Élève infirmière, ex-aide soignante / AL8) ».

LES 35 HEURES, UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

« *Recommandations pour le ministère ?* Je pense qu'il y a UN DÉCALAGE ME SEMBLE-T-IL IMPORTANT, mais c'est vrai que c'est un choix de société, le ministère va défendre un certain type de choix de société, qui répond sans doute aux demandes plus générales d'une population, qui demande d'être prise en charge comme ça, or c'est vrai qu'on sent bien qu'il y a un décalage ENTRE CEUX QU'IL Y A EN HAUT, C'EST-À-DIRE LES TECHNOCRATES, ET PUIS CE QU'IL Y A EN BAS, LE TRAVAIL AU QUOTIDIEN, ON A LE SENTIMENT QU'ENTRE LES DEUX IL Y A QUELQUE CHOSE QUI PASSE MAL, mais ça a toujours été comme ça, il y a ceux qui pensent là haut, qui nous pondent les trucs, qui ne vont pas forcément le penser mal. Quand Aubry a mis LES 35 HEURES en route, on peut légitimement penser que c'est parti d'un bon sentiment, CE QUE C'EST DEVENU JE TROUVE QUE C'EST PAS BON, je trouve que si C'EST PAS POUR GÉNÉRER DES EMPLOIS et une dynamique derrière que ÇA RESTE FINALEMENT POUR J'ALLAIS DIRE PRESQUE POUR EMMERDER LES GENS, bon, ÇA M'ENNUIE D'EN BÉNÉFICIER, non pas, mais que ce ne soit pas générateur derrière, et que du coup je me retrouve, bon, CE QUE J'AIMERAIS, C'EST DE PRENDRE MES RTT MAIS D'AVOIR AUSSI UN COLLÈGUE QUI PUISSE À CÔTÉ FAIRE LA MÊME CHOSE QUE MOI ET PUISSE DÉVELOPPER LA MÊME CHOSE QUE MOI OU AUTREMENT, avoir effectivement un gars en plus. Mais du coup ON SE RETROUVE À BOSSER DEUX FOIS PLUS DANS

LES TEMPS OÙ ON DOIT BOSSER, ON A CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉ LA CHARGE DE TRAVAIL, c'est dommage. C'est sans doute un choix de société et c'est une réponse. Il faut aller voter (IC12) ».

L'ACCREDITATION, UNE AUGMENTATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

« Je pense quand même qu'on a un bon système de santé en France, moi j'en suis un peu fier, je pense qu'il ne faut pas se tromper de priorités. LA QUALITÉ DU SOIN, À MON AVIS, NE PASSE PAS QUE PAR L'ACCREDITATION. Je ne mets pas en cause l'accréditation, mais la qualité du soin elle est dans un quotidien. Mais il ne faut pas que cette accréditation soit vécue comme un frein, elle doit amener de la qualité, et aujourd'hui j'ai quand même l'impression qu'à cause de la charge de travail qui ne cesse d'augmenter, à cause de la diminution des effectifs, surtout infirmiers, à cause parfois du manque de lits, et bien que CETTE ACCREDITATION APPORTE QUELQUE CHOSE QUI EST DE L'ORDRE DE L'AUGMENTATION DE LA CHARGE DU TRAVAIL (...). Et si on ritualise tout, et bien il n'y a plus que des ordinateurs et des machines, donc la place de l'humain, on ne la remplacera pas. Et si on met trop de protocole, d'informatique, de paperasse et d'administratif, on ne travaille plus comme des humains. (...) Aujourd'hui moi je pense qu'il y a un tiers des patients hospitalisés qui ne sont pas loin de la précarité. L'hôpital doit répondre à tout - et l'hôpital ne peut pas répondre à tout, il ne peut pas être l'institution miraculeuse qui va soigner, répondre au social, répondre à la précarité, répondre au manque d'affection, remplacer les familles manquantes... (IC13).

Plus d'effectifs, les moyens ça va, sauf les moyens informatiques (O16).

C'est UNE ACTIVITÉ DE RECHERCHE MAIS AUSSI D'ÉVALUATION DES TECHNIQUES, C'EST INDISPENSABLE ET ESSENTIEL mais le problème c'est que CE N'EST PAS L'ACTIVITÉ QUI EST QUANTIFIÉE, DONC ÇA N'ENTRE PAS DANS LE COÛT, C'EST POUR ÇA QUE C'EST DIFFICILE DE MAINTENIR LES CONTACTS AVEC LES PATIENTS, DE POURSUIVRE DES SUIVIS SPÉCIFIQUES, CETTE ACTIVITÉ N'EXISTE PAS. Par exemple quand un patient n'est pas revenu physiquement dans l'établissement au cours des trois dernières années, il disparaît du logiciel qui gère les patients de l'établissement. TOUT LE TRAVAIL DE SUIVI DES PATIENTS N'EST PAS PRIS EN CONSIDÉRATION AU NIVEAU DU TEMPS ET DU FINANCEMENT ALORS QUE C'EST UN TRAVAIL INDISPENSABLE DANS L'ÉVALUATION DE LA RÉUSSITE D'UN TRAITEMENT. (ARC17)

Et bien en ce moment ON MANQUE CRUELLEMENT DE POSTES, l'AP-HP demande qu'on rende 35 postes, et c'est quand même aberrant, ne nous enlevez pas du personnel, utilisez le différemment, et puis on est dans un système de revendications salariales, et je crois qu'on a un salaire qui ne correspond pas à nos années d'études, alors il faut continuer à donner des moyens à l'assistance publique, il faut continuer à former des gens, des médecins ! (AR22)

MES SOUHAITS ? Des meilleures conditions de travail. Je n'y ai pas vraiment pensé. C'est vrai que LA PREMIÈRE CHOSE QUI VIENT À L'ESPRIT C'EST DE DEMANDER PLUS D'EFFECTIFS, mais dans mon cas, si on mettait une infirmière en plus, il y a des jours où cela serait nécessaire et des jours où ce serait superflu. Par conséquent c'est vrai que la direction n'a pas envie d'investir dans un emploi supplémentaire. LE PROBLÈME QU'ON A NOUS DANS LE MILIEU HOSPITALIER, C'EST LA FLUCTUATION DE L'ACTIVITÉ. Comment faire ? Je ne pense pas qu'il y ait des solutions miracle. (I21)

La seule chose qu'il faudrait faire c'est CHANGER LES MENTALITÉS : par rapport aux médecins, plus d'ouverture, et de communication. Il faudrait que les choses soient mieux structurées dans cet établissement, que les médecins soient moins coupés des autres, soient pionniers dans leur monde, parce que vous savez, ici, c'est une clinique, alors contrairement à Montreuil qui était un hôpital intercommunal, il n'y a pas d'internes car il faudrait les payer, et IL N'Y A PAS DE RÉUNIONS DE PERSONNEL, alors tout le monde dit des choses dans tous les sens, il n'y a pas de traces écrites et on perd du temps.

On attend toujours les 800 emplois qu'ils (le Ministère) ont promis. Et puis ce serait bien qu'on soit RECONNUS AU MÊME TITRE QUE LES KINÉS PAR LA SÉCU et des choses comme ça. Et je pense que ce serait bien de DÉVELOPPER UN PEU PLUS DE PRÉVENTION. Ça nous permettrait d'en récupérer moins. Sinon, selon les établissements, on n'aura pas les mêmes conditions de travail, mais il faudrait des postes (N20).

Ce que j'aimerais bien c'est qu'on aie DU PERSONNEL EN PLUS, d'accord, mais qu'on aie DU PERSONNEL QUI SOIT VRAIMENT MOTIVÉ, QUI AIT VRAIMENT ENVIE DE TRAVAILLER avec des enfants, parce que je pense que c'est une vocation, et que si c'en est pas une, si on regarde sa montre toutes les 3 minutes, c'est pas la peine de venir travailler, ça me paraît complètement abstrait. (IP24)

Et POUR LES SOUHAITS, il y en aurait à développer..., non, franchement, une MEILLEURE RECONNAISSANCE DU MÉTIER, DÉJÀ À LA BASE. Le public, c'est pas trop le public, parce que le public va dire « oh les pauvres infirmières, c'est qu'elles travaillent beaucoup », mais plutôt UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DU MÉTIER ET UNE REVALORISATION DES SALAIRES ET UNE REVALORISATION DU DIPLÔME LUI-MÊME, parce qu'on fait 3 ans d'études et c'est considéré comme un bac +2, alors je sais bien que c'est pas 3 ans et demi pleins, parce qu'on fait des stages et de la pratique, mais ce serait quand même bien que ce soit revalorisé (I27).

« DEUX SOUHAITS » :

(1) Le plus urgent ce serait évidemment d'avoir plus de personnel, mais je ne suis pas la seule à avoir constaté que plus ça va plus le niveau des élèves infirmières et bien est en baisse ! On se demande jusqu'à où ça va aller, parce que nous on est très déçues par exemple de supprimer le diplôme d'état écrit à la fin des trois années, parce que ça oblige les gens à réviser les trois années ; moi quand j'ai une élève de deuxième année qui arrive et qui ne se rappelle pas de ses cours de pharmacologie de première année, et bien je me demande qu'est ce qui va arriver quand elle va être lâchée dans un service avec 34 malades, elle ne sait même pas ce qu'est un anti-inflammatoire... En deuxième année, elles ne savent pas les médicaments qu'elles ont appris en première année ! Qu'est-ce que ça va donner le jour où elle rentre au DE, parce qu'elles auront pas révisé ce qu'elles auront eu en première année, j'en suis convaincue, et moi le problème c'est ça: plus de personnel oui, mais maintenir la qualité, et c'est pas parce qu'on a besoin de personnel qu'il faut rabaisser le niveau. Et là le niveau baisse, on a l'impression que les esprits sont de moins en moins exigeants, on a l'impression que les notes sont surévaluées, moi j'ai vu des élèves qui sont en troisième année qui n'ont pas fait de stages ni en chirurgie ni en médecine, qui ont fait de la PMI, des tas de choses comme ça, et le jour où ils auront une perfusion, et bien comment ils vont faire ? Moi je veux qu'ils rétablissent un meilleur niveau dans l'IFSI, qui puisse nous fournir un personnel de qualité, qui connaisse son travail, qui sache faire, et pas qui fasse au petit bonheur la chance, en se disant qu'il ne se rappelle plus, ou qu'on ait des gens motivés, moi j'ai une élève infirmière qui prépare une perfusion, moi je dis, « tu sais ce que tu prépares là ? » et elle fait « ah ben, non, » et je dis : « je peux pas te laisser poser quelque chose que tu sais pas » « ah ben c'est pas grave, je fais pas », c'est pas admissible ça ! Parce que le jour où on va faire une prescription d'un médicament qu'elle ne connaît pas, et bien elle va se lancer comme ça sans même avoir l'idée de regarder dans son Vidal avant ! C'est pas possible !

Et (2), qu'il y ait plus de personnel! Parce que la qualité des soins baisse, et on doit toujours faire autant avec moins et avec moins bien. Alors c'est pas possible ! (IL29) ».

IV. Les annexes du rapport

(1) Tableau des personnes interviewées

Au1	Constance	4048	Auxiliaire	service de stérilisation, Hôpital
AS2	Sophie	0553	Aide soignante	clinique psychiatrique
AS3	Hélène	4676	Aide soignante	clinique pour des personnes en fin de vie
AS4	Sabine	2207	Aide soignante	rééducation rhumatologique, l'Hôpital privé
AU5	Louise	1868	Auxiliaire de puériculture	crèche de l'Hôpital 93
AU6	Carmen	1830	Auxiliaire de puériculture	crèche de l'Hôpital 94
AS7	Joséphine	0239	Aide soignante de nuit	clinique privée d'orthopédie, 95
AL8	Ivan	0746	Aide laborantin	Pharmacie d'Hôpital
AH9	Joanna	2684	Serveuse cantine	Clinique de cardiologie
AS10	Martine	2491	Aide soignante de nuit	Hôpital privé

ASS11	Dominique	0740	Assistante sociale	Chef de service CHU
IC12	Georges	3482	Infirmier cadre	Psychiatrie CHU
IC13	Romain	0763	Infirmier cadre	Psychiatrie
IC14	Sandra	0358	Cadre infirmière	chef service hôtellerie, Centre Hospitalier
IP15	Brigitte	0731	Infirmière en psychiatrie	CMP, Hôpital général
O16	Rose-Marie	3481	Orthophoniste	CMP (93)
K17	Gabrielle	2045	Kinésithérapeute	Institut mutualiste
ARC18	Michèle	3498	ARC (attachée de recherche clinique)	Institut mutualiste
II19	Cécile	2461	Infirmière instrumentiste	Clinique d'orthopédie
N20	Valérie	0500	Nutritionniste	Clinique de cardiologie
I21	Karine	1207	Infirmière, ancienne aide soignante	Clinique d'oncologie
AR22	Eliette	0736	Assistante en radiologie	Hôpital
IA23	Yvonne	0975	Infirmière anesthésiste	Hôpital
IP24	Pierrette	3601	Infirmière puéricultrice	Institut de puériculture
I25	Chantal	2414	Infirmière	Hôpital CHU
I26	Maria	1338	Infirmière de nuit	Clinique à Paris
I27	Corinne	0113	Infirmière de nuit	Hôpital
I28	Diane	1014	Infirmière au chômage	Anciennement en clinique
IL29	Isabelle	1278	Infirmière en libéral	Clinique Ste Marie

MA30	Ronald	1496	Médecin anesthésiste réanimateur ORL	Hôpital CHU
MA31	Serge	4977	Anesthésiste	Clinique privée (93)
MA32	Rémi	4116	Anesthésiste devenu manager d'un bloc opératoire	Institut mutualiste
CH33	Victor	4979	Chirurgien libéral exclusif	Clinique
CH34	Gaspard	4944	Chirurgien en clinique privée	Clinique
MP35	Claude	3469	Chef service d'urgences	Hôpital (93)
MN36	Delphine	3636	Médecin salarié en Association	Association – spécialisée dans l'insuffisance rénale
MP37	Danielle	1501	Chef service pédiatrie	Hôpital
MO38	Joëlle	1072	Médecin associatif	Retraitée, anciennement en Centre
MR39	Jeanne	1492	Radiologue	Radiologie, CHU
Pha40	Jocelyne	4202	Pharmacienne	Hôpital Paris

N.B. Les nom utilisés ici et dans les retranscriptions des entretiens sont des pseudonymes.

(2) Entretiens réalisés hors échantillon

Entretien avec véronique s., médecin généraliste en centre de santé

M : *Je te demanderai d'abord ce que tu as pensé à propos de cette enquête quand je t'ai envoyé le premier papier...*

G : Sans avoir lu le papier j'ai d'abord pensé que ça serait intéressant pour moi, parce que ça me ferait découvrir des questions que je ne m'étais pas posé, puis après quand j'ai lu les papiers j'ai pensé que ça n'était pas vraiment l'objet puisque nous travaillons en centre de santé.

M : *Je voulais te demander de me préciser les différences entre le centre de santé et le milieu hospitalier.*

G : Forcément puisqu'à l'hôpital il y a des hospitalisés, alors qu'au centre de santé il y a seulement des consultations, puis après il y a l'hôpital public, hôpital local, qui sont différents, les hôpitaux publics sont généralement reliés a des centres hospitaliers médicaux, on y fait des formations, les hôpitaux locaux, bien souvent les médecins du coin y ont des lits et peuvent y visiter leurs patients ; et les centres de santé sont des dispensaires, il n'y a que des consultations : il y a des centres de santé polyvalents et des centres de santé spécialisés. (Infirmiers, dentaires)...Il y a des cabinets de médecins en ville qui fonctionnent un peu comme des centres de santé, avec beaucoup de médecins et un grand secrétariat mais ils sont privés. Un centre de santé peut être municipal, mutualiste, privé, confessionnel, etc.

L'AUTONOMISATION DU CENTRE DE SANTÉ

M : *Je voudrais que tu me parles des changements que tu as pu observer dans ton milieu de travail au niveau des relations de coopération au cours de ces dernières années.*

G : Je suis dans ce centre depuis 84 ; c'était un peu particulier à l'époque le centre dépendait d'un hôpital local, et cet hôpital était particulier (...) qui disposait de quelques spécialités. Cet hôpital existe depuis la fin du XIXe siècle. Quand j'y suis rentrée il n'y avait plus de maternité mais il y avait encore la chirurgie, et nous ce qu'on nous demandait évidemment en tant que médecins c'était de faire fonctionner l'hôpital, c'est à dire d'hospitaliser un maximum, ce qu'évidemment on ne faisait pas, on freinait autant que possible, lorsqu'il n'y avait pas lieu d'hospitaliser, on hospitalisait très peu mais le centre de santé et l'hôpital vivaient l'un pour l'autre.

En 2000, l'hôpital s'est séparé du centre de santé et c'est devenu un peu dur pour le centre de santé qui a dû devenir autonome, qui n'a comme financement que les remboursements de la sécu des consultations.

RATIONALISATIONS SUCCESSIVES

M : *Pourquoi cette transformation ?*

G : Parce que tu sais en 96 il y a eu l'ARH, l'agence régionale d'hospitalisation, qui a dû faire des économies donc qui a regroupé des hôpitaux, et le nôtre a été regroupé avec un centre de soins de suite. Qu'est-ce que ça a changé pour nous, eh bien pas grand' chose, moi je

travaillais en cabinet avant, donc j'avais l'habitude de travailler comme en cabinet, d'avoir une clientèle habituelle. La différence avec la médecine libérale en ville c'est qu'on a plus de clientèle de passage, et moi au début j'avais moins de temps de présence puisque j'avais gardé mon cabinet, puis j'ai abandonné mon cabinet, et j'ai eu de plus en plus d'heures de présence et maintenant je suis à temps plein. Au début, j'avais très peu d'heures de présence parce qu'ils n'avaient pas besoin de moi, on était 5 médecins généralistes, maintenant on n'est plus que deux.

M : *Pourquoi ?*

G : Par souci d'économie, on voulait qu'il n'y ait qu'un seul médecin par tranche horaire, puis on s'est rendu compte après que plus il y avait d'offre et plus il y avait de demandes, donc depuis peu on a rajouté un second médecin, puis on va peut-être en embaucher un troisième voir un 4^{ème}.

M : *Quelles sont les autres spécialités avec lesquelles tu travailles en coopération ?*

G : Nous travaillons beaucoup avec des cardiologues, des rhumatologues, des gynécologues, dermato, gastro...

En fait les homéopathes et nous nous sommes un peu deux mondes différents : la clientèle des homéopathes reste chez les homéopathes, par contre la clientèle des généralistes circule beaucoup avec les spécialistes.

Au centre nous sommes 50 médecins.

M : *Et tu n'as pas beaucoup de contacts avec l'extérieur ?*

G : Si bien sûr parce que les spécialistes ne répondent pas tous, donc on a des contacts ne serait-ce que pour les hospitalisations, et parce que les gens veulent aller ailleurs, donc on a des contacts avec les hôpitaux locaux (...).

UN FONCTIONNEMENT DIFFÉRENT DE L'HÔPITAL

M : *Revenons sur les relations de coopération avec les collègues à l'intérieur du Centre. Y a-t-il des problèmes particuliers, comment les relations de coopérations se développent dans le temps, y a-t-il un cercle informel qui se fait, comment ça s'est mis en place, et est ce qu'il y a aussi des groupes formels ?*

G : Au sein du centre on avait essayé de faire des staffs comme à l'hôpital, de faire des réunions à l'heure de midi, parce que ça arrangeait tout le monde, et on essayait de faire des études de cas. Et très vite c'est devenu l'un d'entre nous qui préparait un exposé et qui le présentait et ça n'a pas marché parce que finalement c'était des cours magistraux, on n'a pas réussi à trouver le contact, et il faut dire aussi qu'on est 50 mais qu'en fait on est 7 équivalent temps plein, les gens ne viennent pas plus de 2 - 3 heures par semaine, et l'échange se passe surtout par téléphone, par courrier, on se voit entre deux portes...

LIENS, CONFLITS

M : *Deux exemples : des relations amicales et des relations conflictuelles qui se sont développés dans ce cadre.*

G : On a de meilleurs contacts avec untel parce qu'il cerne mieux les problèmes, on travaille tout le temps avec les mêmes, parfois on regrette... Créer des amitiés, non pas tellement, sauf avec le généraliste parce qu'on est tout le temps ensemble, on doit se serrer les coudes, se remplacer, travailler en réseau, coopérer.

LA RECONNAISSANCE DES CENTRES DE SANTÉ

M : *Depuis la restructuration ?*

G : Alors avant on n'était pas reconnus, et maintenant il y a un truc qui se met en place en ce moment, pour les centres de santé, jusqu'ici nous n'étions pas reconnus au code de la santé publique et nous sommes maintenant reconnus et bientôt il va y avoir un accord national pour la reconnaissance des centres de santé qui va nous obliger à remplir beaucoup de paperasse, on va devoir justifier de ce que l'on fait. On peut ou pas adhérer, mais si on adhère on aura une surcharge de travail, c'est comme l'accréditation de qualité, et donc comme on aura une surcharge de travail on va être obligés de se serrer les coudes et de coopérer. On craint la surcharge de travail mais on espère grâce à cet accord d'être reconnus.

M : *Justement au sujet du management, y a-t-il un manager ?*

G : Oui il y a un manager

M : *Est-ce un médecin ?*

G : Non, pas chez nous, habituellement c'est un médecin, mais ça lui fait une importante surcharge de travail, et chez nous c'est un peu particulier, comme nous sommes un centre confessionnel, c'est une religieuse. Il y a eu un directeur à un moment donné qui n'était pas religieux et qui nous demandait d'hospitaliser, mais depuis que cette dame est là ça va mieux.

M : *Le centre de santé confessionnel est-il situé plus haut, plus bas sur la hiérarchie sociale ou bien ça n'a pas de valeur significative le fait qu'il soit confessionnel ?*

G : Ca n'a pas de valeur, ça n'a pas de signification ou de connotation particulière.

M : *Est-ce que le directeur vous donne des consignes particulières relatives à l'organisation du travail ?*

G : Pour les médecins, non, on a simplement une contrainte horaire.

UNE CHARGE DE TRAVAIL AUGMENTÉE

M : *Il s'occupe plutôt de la gestion des autres catégories de personnel, du management et des relations extérieures ?*

G : Oui, c'est ça, sauf qu'on nous a demandé récemment de prendre des rendez-vous tous les ¼ d'heures et ça me pèse un peu parce que de toutes les manières moi je travaille toutes les 20 minutes et j'ai systématiquement du retard.

M : *Est-ce que cette charge de travail supplémentaire annoncée présage des modifications dans l'organisation ?*

G : Je ne vois pas tellement de côtés positifs, à part que l'accord garantit le fait que nous sommes conventionnés. Mais ça nous fait une charge de travail supplémentaire de 3 heures par jour.

RELATIONS AVEC LES INFIRMIÈRES ET LES SECRÉTAIRES, AVEC LES AUTRES MÉDECINS

M : *Et comment se passent les relations avec les autres catégories de personnel présentes sur les lieux de travail ?*

G : Il y a des infirmières et des secrétaires, les secrétaires sont à l'accueil, et les infirmières s'occupent des soins.

(...)

M : *Et des déceptions peut être au niveau de la coopération de travail avec d'autres médecins, des situations délicates ?*

G : Il peut arriver qu'un spécialiste ne réponde pas et qu'on soit obligé d'orienter la personne vers quelqu'un d'autre, sinon rien.

L'INTÉRÊT À TRAVAILLER EN MILIEU HOSPITALIER ET L'ENSEIGNEMENT

M : *Est-ce que tu as pensé changer de lieu de travail, pour aller en milieu hospitalier par exemple ?*

G : Non. Si tu n'as pas passé des concours qui te permettent d'avoir un poste clé, ce qui est l'intérêt à l'hôpital, pour pouvoir hospitaliser quand on veut, pour avoir un pied à l'hôpital. Mais non, j'ai plutôt pensé à un moment à reprendre un cabinet mais non, puisque je vais plus travailler en réseau et de toute manière, j'enseigne dans ma fac d'origine.

M : *Tu consacres beaucoup de temps à l'enseignement ?*

G : Non, à peu près tous les 15 jours.

M : *Tu enseignes depuis quand ?*

G : Ca fait quelques années que j'ai arrêté mais je vais reprendre.

M : *Et ça favorise les contacts professionnels ?*

G : Non, pas vraiment pour le réseau professionnel puisque ce n'est pas le même secteur.

M : *Donc ça fait plus partie de la culture professionnelle plutôt que de la pratique.*

G : Dans mon cas oui.

M : *Mais si ce n'est pas lié à la pratique, ça peut être une possibilité de reconversion professionnelle ?*

G : Dans mon cas je ne pense pas, mais certains collègues passent beaucoup de temps à obtenir des diplômes de professeurs associés mais moi non.

M : *Et concernant les étudiants, est-ce qu'un enseignant développe des relations de collaboration avec ses étudiants ?*

G : Lorsqu'on fait un enseignement, on est plus attentifs à sa propre pratique, et de plus, les étudiants sont amenés à faire un stage, donc à collaborer avec l'enseignant.

LES RÉUNIONS DE PERSONNEL. SECRÉTAIRES ET INFIRMIÈRES

M : *En ce qui concerne le centre, dans quelle mesure peut-on parler de coopération avec d'autres catégories de personnel ?*

G : Tout à fait car sans les autres on ne fonctionnerait pas. Et on a instauré des réunions de personnel pour qu'on y puisse dire tout haut ce que tout le monde pense tout bas. Donc on a instauré ça une fois par mois, pour dire tout ce qui ne va pas, on a un délégué par catégorie de personnel.

M : *Peux-tu me décrire quel genre de rapports tu peux entretenir avec ces différentes catégories de personnel ?*

G : Avec les secrétaires, on se connaît depuis longtemps donc on se tutoie, avec les infirmières j'ai toujours pris le parti de les vouvoyer, car ça facilite le travail, comme les secrétaires ont un rôle très important, c'est agréable de pouvoir leur parler sans retenue. Chez nous le secrétariat fonctionne très mal, et on ne sait pas pourquoi.

M : *Et ce sont les secrétaires qui t'envoient des gens directement ?*

G : Ce sont les généralistes qui accueillent les urgences, et autrefois c'étaient les infirmières qui faisaient le tri, et réorganisation oblige, trop de travail, ce sont les secrétaires qui les prennent, ce qui leur fait une surcharge de travail, elles doivent sortir les dossiers, on passe beaucoup de temps au téléphone, et c'est la pagaille mais ça se passe dans le bonne humeur. Nous avons décidé de prendre des rendez-vous tous les ½ heures pour pouvoir intercaler les urgences tous les ¼ d'heures.

M : *Est-ce que tu peux les aider ?*

G : Bien sûr, nous travaillons ensemble, par exemple lorsqu'il y a eu cette restructuration, il fallait trouver des idées pour faire fonctionner le centre, et nous avons créé un groupe de discussion de médecins dont je faisais partie et au cours d'une réunion j'ai demandé la participation des secrétaires car on ne travaille pas sans elles. Donc à un moment donné elles ont été acceptées, puis elles ont été à nouveau mises de côté parce que les homéopathes ne voulaient pas, justement.

M : *Pourquoi ils ne voulaient pas ?*

G : Parce qu'elles ne font pas partie de la même catégorie de personnel.

M : *Et pour les infirmières ?*

G : C'est un peu pareil, mais c'est un peu particulier parce qu'y a une infirmière civile et une infirmière religieuse qui est plus proche de la directrice, par exemple si on veut dire quelque chose à la directrice on peut passer par l'infirmière religieuse, mais, en général, moi je préfère appeler moi-même.

M : *Et à part le fait de passer des messages ?*

G : Avec les infirmières ? On les voit moins depuis qu'elles ne font plus les urgences.

M : *Est-ce que du fait que tu travailles moins avec des infirmières tu es obligée de travailler plus avec des médecins ?*

G : Non.

CIRCUITS ENTRE LES CABINETS

M : *Donc ton travail est devenu plus solitaire ?*

G : Non parce que je circule beaucoup. En fait mon cabinet est dans une aile isolée du centre, et je suis obligée de circuler pour aller voir les spécialistes, je suis isolée mais ça me permet de circuler.

M : *La radio ?*

G : La radio, il y a des manipulatrices radio et des radiologues, ça a failli fermer parce que ça coûte trop cher et en fait ça s'est développé. Je travaille beaucoup avec le dispensaire psy, ce sont eux qui m'envoient des patients, et en échange je leur envoie des miens, quand ça ne va pas. J'ai toujours voulu participer à leurs réunions mais je n'ai pas le temps.

M : *Est-ce que le fait de participer au comité médical ça signifie plus d'engagement et de responsabilités ?*

G : Certains médecins sont au conseil d'administration, ce qui suppose plus de responsabilités, le comité a un rôle purement consultatif.

M : *Mais tu t'es engagée parce que tu voulais que les choses aillent mieux ? Parce que tu es là depuis longtemps...*

G : Tout à fait, je suis déléguée du personnel, mais j'étais la seule à me présenter.

M : *Cela te fait-il plus de travail ?*

G : Plus de réunions, surtout.

M : *Et à part les secrétaires, tu travailles avec qui ?*

G : En tant que délégué du personnel, je travaille avec un médecin, et une infirmière, et une secrétaire, pour le comité médical, seulement des médecins.

AUTRES FORMES DE COOPÉRATION : LE RECRUTEMENT ; LES RAPPORTS AVEC LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

M : *Et pour le recrutement ?*

G : On voulait que ce soit le comité médical mais en fait c'est un médecin qui a beaucoup d'ancienneté qui s'en charge.

M : *Et est-ce qu'on peut parler de coopération avec le patient et la famille du patient ?*

G : Il y a toujours la part d'empathie avec le patient puis la part de coopération, et c'est vrai qu'il y a des patients qui vous mettent en demeure de ne pas les aider. Il y a des patients que je n'aime pas voir parce que ça se passe toujours mal avec eux. Parce que je n'y arrive pas.

M : *Comment eux peuvent-ils t'aider dans ton travail ?*

G : Je ne sais pas, c'est moi qui suis censée les aider, faire l'effort de comprendre quelles sont les barrières, parfois il y a des problèmes de langue avec des immigrés, lorsqu'ils ne parlent pas et s'expriment par gestes, il y a aussi des personnes qui ont du mal à prendre conscience de leurs symptômes, il y en a aussi d'autres qui arrivent avec un diagnostic tout fait. Il faut prendre en considération toute une gamme de problèmes de communication, les problèmes culturels, de réticence de certains patients de parler de certaines choses, de gêne. Mais souvent ce n'est pas en cours de consultation, c'est à la suite de plusieurs rendez-vous qu'on réalise certaines choses. C'est d'ailleurs l'objet du cours que je donne cette année en 3^{ème} cycle.

COMPARAISONS AVEC LE TRAVAIL EN HÔPITAL

M : *Est-ce que tu penses que ton travail est moins collectif que le travail des médecins en hôpital ?*

G : En apparence oui mais en fait non.

M : *Est-ce que le fait qu'il y ait des lits ça change les rapports avec le patient et avec les autres médecins ? Est-ce que le corps médical est plus en coopération dans un hôpital ?*

G : Je ne pense pas. L'externe comme l'interne à l'hôpital doivent se mettre en valeur, et sont soumis à une hiérarchie et à des problèmes verticaux alors qu'en centre de santé nous travaillons au même niveau, et nous n'avons pas de problèmes de hiérarchie.

M : *Est-ce que le fait d'être médecin a une influence sur la vie sociale en dehors du lieu de travail, comme par exemple les connaissances qui vous harcèlent de questions concernant leur santé en dehors du contexte requis, à table par exemple ? Est-ce que c'est quelque chose de pesant ou de valorisant ?*

G : Au niveau famille etc., ce n'est pas important.

M : *Il y a des sociétés où le pouvoir des médecins est considérable, les médecins se promènent avec leur stéthoscope à l'extérieur de l'hôpital...*

G : C'est vrai qu'il y a des spécialistes qui se promènent avec leur stéthoscope, comme à l'hôpital, moi personnellement, je le tiens dans ma poche, par contre en France le travail des médecins est très peu valorisé, à l'hôpital ils sont très mal payés, et en ville ils gagnent un peu plus d'argent mais il y a énormément de frais. Les spécialités c'est différent.

M : *Est-ce que la question de la coopération au travail te semble importante pour toi dans la profession médicale, et comment évalues-tu la situation actuelle ?*

G : Au niveau du centre de santé, il n'y a pas vraiment de problèmes puisque nous n'avons pas de rapports hiérarchiques et que nous faisons de la coopération ce qu'on veut. À l'hôpital, il doit y avoir plus de problèmes mais je ne connais pas bien l'hôpital.

M : *Est-ce que vous avez des profils particuliers de patients selon l'emplacement du centre et selon son aspect confessionnel ?*

G : Nous avons effectivement plus d'immigrés qu'en ville, mais rien de particulier en ce qui concerne la religion. Les homéopathes drainent plus loin, province voir étranger, puisqu'à l'origine c'était le seul centre en Europe.

Extraits de l'entretien avec mlle nicole d., infirmière en entreprise⁴⁴

Mlle Nicole D., infirmière chez N. à M. depuis 1992, évoque « *les changements énormes* » qui sont intervenus dans l'entreprise depuis l'enquête de 1997, aussi bien au niveau du personnel qu'au niveau de son activité en tant qu'infirmière. « *Ce qui a changé dans l'entreprise c'est un climat social, il y a une pression qui est là, et je l'ai ressentie personnellement cette pression, je ressens que les gens souffrent de cette pression.* » Le climat s'est alourdi à cause des licenciements qui avaient touchés aussi des gens avec de l'ancienneté dans l'entreprise. Les ouvriers « *ne faisaient pas confiance au syndicat non plus, ils se sentaient très isolés, ils ne savaient pas vers qui se retourner, on les sentait très déstabilisés.* » Ces changements ont eu lieu pendant les trois dernières années, surtout depuis le changement de direction. Le nouveau directeur a une formation de gestionnaire et est arrivé sans vraiment connaître l'entreprise. Il a cherché à s'imposer en se manifestant de manière trop rigide, pour s'assouplir un peu plus tard. Une partie de l'entreprise a été délocalisée dans la République tchèque, où se fait actuellement la plupart de la production. En même temps, les *commerciaux* ont été délocalisés à Vincennes, sur place ne restant que 200 salariés et des rumeurs circulent que l'usine de Montreuil fermera bientôt.

Dans ces conditions, le contenu de son activité professionnelle a changé aussi. La direction de l'entreprise a essayé de faire diminuer les visites au cabinet médical : « *on a mis la pression sur eux pour qu'ils ne viennent pas à l'infirmierie trop facilement et moi on m'a dit qu'il ne fallait pas que je fasse un travail d'écoute, que je donne un cachet et puis voilà... Que les gens passent davantage pendant la pause de travail, qu'il n'y ait plus cette soupape de sécurité pour venir à l'infirmierie.* ». La

⁴⁴ Cf. M. D. Gheorghiu, *Les relations de coopération au travail : travail collectif, travail en groupe, travail en équipe*. Convention OP – DARES A3/623, Rapport de fin d'étude, CEE, juin 2001.

situation semble normalisée depuis quelque temps, « dans le sens où la pression est toujours là, mais les gens passent outre, c'est-à-dire qu'au moment où ils craquent ils viennent ici, ils verbalisent le fait que ça va pas ». Toujours pour ce qui concerne le contenu de son activité, elle a pu constater « qu'il y avait plus de gens qui venaient avec des symptômes de dépression - soit ponctuelles, soit des états dépressifs installés depuis longtemps ».

La principale menace qu'elle ressent sur son propre poste de travail vient de l'obligation qu'on chercherait à lui imposer de remplacer la personne qui est actuellement à l'accueil de l'usine mais qui partira à la retraite bientôt : « le standard sera basculé à Vincennes, et il y a des rumeurs comme qu'ils pensaient à moi pour qu'en plus de mon poste d'infirmière je devrais m'occuper de la barrière. Mais on me l'a pas dit directement. (...) Moi je ne m'inquiète pas, parce qu'en tant qu'infirmière je trouverai du travail, mais je trouve que c'est un peu dévaloriser la profession. Je n'ai pas été embauchée pour être à la fois infirmière et garde-barrière ! »

En répondant au questionnaire, elle avait dit en 1997 que moins d'un quart de son activité se passerait en collectif. Si elle ne se souvient plus à quoi elle avait pensé il y a trois ans, elle pense que depuis sa charge de travail a augmenté parce qu'elle s'occupe maintenant aussi de la sécurité dans l'entreprise. L'augmentation de cette charge de travail s'est faite donc par une activité « en collectif ». Plus tard, au cours de l'entretien, elle affirme que pour elle la durée du travail effectué en collectif n'aurait finalement pas changé : « Il y a des périodes où ça va être beaucoup plus, mais en moyenne c'est ça. Voilà ! »

Accueil – sécurité, formation – sécurité

Son activité « en collectif » relève de « tout ce qui est accueil - sécurité, formation - sécurité », et elle organise des formations pour tous les salariés : « Là c'est purement du travail collectif ! C'est trop évident pour que j'y pense ! Là j'organise des petits groupes d'une dizaine de personnes pour des demi-journées, où je fais de la formation sur 'les gestes et postures au travail'. Il y a une partie théorique, un petit film et puis on passe à la pratique. »

« Peut-être qu'à l'époque tout ce qui concernait la sécurité c'était axé sur le groupe et cela faisait beaucoup de travail, on faisait davantage de réunions... Avant, le travail de sécurité était plus collectif et plus théorique, maintenant il est devenu plus individuel et plus pratique. » « Théorique » renvoie ici aux exposés dans des réunions sur la protection et les conditions de travail, tandis que « pratique » se réfère aux interventions qu'elle fait plutôt seule auprès de responsables des ateliers. C'est donc un travail à la fois individuel et collectif, les deux dimensions étant difficile à séparer. Elle fait cette activité seule, car le médecin du travail ne vient plus actuellement que trois heures par semaine, temps consacré en exclusivité aux visites médicales.

À la recherche d'une définition du travail collectif

Elle cherche à donner une définition du travail collectif : « Le travail collectif c'est à partir du moment où il y a deux personnes sur un problème... Par contre, si quelqu'un vient à l'infirmerie quand il est souffrant, ce n'est plus un travail collectif, c'est individuel, je suis toute seule à agir sur le problème... Travail collectif c'est si je vais dans un atelier, je vois avec le chef d'atelier un problème de sécurité, par exemple ce matin on a passé une heure dans un atelier, il y avait donc le médecin du travail, une autre personne qui s'occupe de la sécurité du travail, le responsable de l'atelier... Donc cela doit représenter du 'travail collectif' pour vous... C'est peut-être pas ça du tout, je ne sais pas. » L'incertitude vient en grande partie du fait qu'elle n'est pas associée en permanence à une équipe de travail, comme cela serait le cas à l'hôpital, que ses partenaires d'activité changent en permanence au cours de la journée, et que le travail « en équipe », où il y a des rapports de proximité professionnelle, se réduit souvent à une activité à deux (comme avec le médecin, par exemple).

'Position charnière' dans l'entreprise et travail de remplacement

Elle n'a pas suivi de formation préalable pour un travail en groupe, et elle dit avoir été « parachutée » pour cette activité (sur la sécurité au travail) et avoir à cause de cela une 'position charnière' dans l'entreprise. Il s'agit en réalité d'un travail de remplacement, car l'ingénieur chargé des problèmes de sécurité est parti sans qu'il soit remplacé. Ce qui apparaît comme central dans le changement la concernant et, au-delà, dans l'organisation du travail dans l'entreprise, c'est qu'***on lui a demandé de faire moins de social⁴⁵ pour se consacrer davantage aux problèmes de sécurité.*** Elle défend son rôle « social » dans l'entreprise, en soulignant que c'est dans l'intérêt de l'entreprise elle-même d'en tenir compte : « *Moi je vais être très pragmatique et très froide et je dirais que c'est dans l'intérêt de l'entreprise elle-même que les gens soient bien dans leur peau et à leur lieu de travail. Et verbaliser quand ça va pas. Venir ici pour dix minutes ou un quart d'heure [ce n'est pas beaucoup de temps], ils retournent dans l'atelier et ça va. (...) S'ils ne vont pas bien - à cause de l'atmosphère de pression sur leur lieu de travail, ils vont voir le médecin de travail qui va les arrêter, alors qu'en venant à l'infirmierie la situation aurait pu se régler différemment. Il faut laisser aux gens cette soupape de sécurité...* »

Sa position est devenue difficile dans l'entreprise depuis la réduction de personnel, un poste d'infirmière n'étant pas obligatoire si le nombre d'employés est inférieur à 200 personnes. « *Donc ma fonction propre d'infirmière est mise de côté, on me demande de faire de la sécurité, moi je veux bien.* » Elle préfère faire les deux, respecter l'exigence de la direction et consacrer même de son temps personnel aux ouvriers qui ont recommencé à venir au cabinet. Elle entend sauver ainsi ses véritables attributions professionnelles et son autonomie : « *je vais garder le sentiment de faire mon métier comme je l'entends quand même. Je fais de la sécurité, d'accord, mais si j'étais trop en désaccord avec mon métier, je ne pourrais pas rester ici.* »

Le travail en remplacement depuis l'installation des 35 heures

Le travail en remplacement en tant que travail collectif semble avoir pris de l'importance depuis l'installation des 35 heures. L'accord sur les 35 heures a été signé avec la direction en janvier et un des artifices pour arriver à cela a été l'introduction de deux pauses, une le matin, l'autre à midi, chacune de dix minutes. Et l'infirmière devait remplacer la personne à l'accueil et au standard pendant ces deux pauses de dix minutes. Elle avait initialement refusé, mais on vient de lui demander de nouveau, et cette fois elle a accepté en considérant que c'est de manière provisoire, tout en se rendant compte de l'impossibilité d'être aux deux endroits en même temps, à l'accueil et au cabinet. Actuellement, la personne travaillant à l'accueil et l'infirmière ont dû renoncer toutes les deux à prendre leurs pauses.

Autonome

Une des particularités de son poste de travail est d'être plus autonome par rapport à la hiérarchie : le médecin ne vient dans l'entreprise que trois heures par semaine, et la personne dont elle dépend au bureau du personnel est surchargée de travail administratif, ce qui a réduit au minimum leurs contacts. Et, bien entendu, les formes de travail en commun avec l'un et l'autre de ses supérieurs sont très différentes (« très administratif » avec la responsable du service du personnel, médical avec le médecin). Sa position particulière fait aussi qu'elle reçoit très peu d'ordres ou de dispositions, bien qu'à un certain moment, quand la direction avait changé, on avait mis de la pression sur elle : « *c'est l'avantage et l'inconvénient d'être autonome quelque part* ».

- « *Quand on est autonome, on ne pose pas vraiment de problème à l'entreprise. Ça tourne bien, je me débrouille, je résous les problèmes. Quand on est autonome, on est moins demandeur, on prend plus d'initiatives. Et là, comme je sens moins de disponibilité, ça aussi a renforcé mon autonomie. Par contre, à d'autres moments, (...) par exemple, il faut que je remplace la dame du standard, on me rappelle que bon, il y a une hiérarchie quand même...* »

⁴⁵ Q. *Qu'est-ce que c'est faire du social ?* R. « C'est les gens qui ont des problèmes... »

- « Par exemple, quand il y a un accident du travail, je me dépatouille, parce que le médecin n'est pas là la plupart du temps, je prends mes responsabilités complètement. »

Travail collectif et règlement de situations imprévues : l'exemple des accidents

- « après l'accident, dans les jours qui suivent, on fait des reconstitutions de l'accident, et cela se fait en collaboration, en principe, avec le secrétaire du Comité d'hygiène et de sécurité au travail. Et la personne accidentée, si elle est sur place, si l'accident n'a pas été trop important pour l'empêcher de travailler, et le chef d'atelier. On cherche de trouver l'origine de l'accident, d'analyser l'accident, trouver une solution pour que l'accident ne se reproduise plus. »
- Les situations de coopération dans le travail soulèvent des problèmes liés à sa compétence initiale, aux limites de ses compétences. « Avec une formation hospitalière, j'arrive dans un milieu de l'industrie, c'est bien de voir un autre aspect de la profession... quelque fois j'ai l'impression qu'ils ne se rendent pas compte non plus que je n'ai pas une formation technicienne 'pure et dure', sur les procès de fabrication et tout ça. Même si je suis là depuis longtemps, il y a plusieurs ateliers, chaque atelier a sa méthodologie, c'est pas évident déjà... Il y a le secrétaire du CHS⁴⁶ qui lui maîtrise plus que moi tout ce qui est purement technique, parce qu'il est mécanicien de formation, pour analyser les accidents de travail c'est bien, parce qu'on se complète d'une certaine façon. »

Des formes de coopération informelle

Oui, ça peut être au coup par coup, ça peut être la personne qui s'occupe de l'entretien, par exemple, si elle voit qu'il y a un risque sur la sécurité, bon, on ne va pas attendre d'organiser une réunion pour régler un problème qui peut être résolu directement. Et ça je trouve que c'est bien, que les gens prennent un tout petit peu la responsabilité... ne pas attendre la réunion de la CHST, qui a lieu tous les trois mois. L'entretien c'est une équipe qui est assez importante, ils sont une dizaine, ils s'occupent aussi bien de l'entretien des machines, et s'il y a un risque, autant régler ça rapidement. »

Des rapports de coopération à l'extérieur de l'entreprise

Oui, ça je le fais, ça je le prends plus dans la fonction d'infirmière, d'orienter les gens vers des médecins, des spécialistes. (...) Quelque fois, on prend le rendez-vous ensemble, parce que la personne ne sait pas trop, n'ose pas trop... Elle ne considère pas cela pourtant comme faisant partie de son activité professionnelle, dans le cadre d'un réseau externe à l'entreprise, et dans lequel elle serait intégrée : « Non, c'est informel, totalement informel... Ce n'est pas régulier, ce n'est pas organisé. Si, dans le cas de certaines personnes, par exemple qui ont une surveillance audiométrique, c'est toujours le même cabinet où l'on envoie les personnes, j'organise des rendez-vous, je (inaudible) les personnes pour les convocations, donc je suis en rapport direct avec ce médecin, oui. Pour les radios pulmonaires aussi, il y a un dispensaire où... [contacts réguliers], ou les bilans d'EPC (?), c'est les bilans auxquels les salariés ont droit tous les cinq ans, ce sont des petites choses comme ça qui se font régulièrement, mais qui font partie de l'activité de l'infirmière dans l'entreprise. »

La reconnaissance

À la question concernant la reconnaissance et la promotion sociale et professionnelle de l'activité en groupe ou en collectif, question à laquelle elle avait répondu par 'oui' dans le questionnaire, elle donne cette fois une réponse négative : « Non, je ne crois pas... Ici, pour avoir une augmentation, il faut faire une demande écrite. Mais moi je n'ai jamais fait. Il y a longtemps que je ne l'ai pas fait. J'ai eu une augmentation de 60 F au brut... Il y a eu tout un cérémonial... et en plus j'ai dû dire merci. Je préfère ne rien demander (...). Je ne suis pas ici pour l'argent. »

⁴⁶ Comité d'hygiène et de sécurité au travail.

Travailler ailleurs

Oui, j'ai pensé, mais en fait il y a beaucoup de tertiaires, et le tertiaire ça me plaît très moyennement. Moi j'aime bien le milieu ouvrier. Je me sens plus utile ici que dans des bureaux (...). J'ai fait un peu d'intérim après avoir quitté l'hôpital dans le secteur bancaire et je m'ennuyais beaucoup, parce que c'était très limité en fait, mon rôle c'était essentiellement administratif. (...) Je n'ai pas cherché non plus. J'ai entendu parler de postes (...). J'ai aussi un avantage, c'est que je n'habite pas très loin, comme je termine mon travail vendredi à midi, ça me permet, comme j'aime beaucoup aller à Drouot, dans les salles de vente (...), cela me permettait d'avoir une activité extra-professionnelle qui me fasse vraiment plaisir. Et ça je ne pouvais pas continuer si je changeais de travail... Les autres postes dont j'ai entendu parler c'était très éloigné de chez moi, je n'avais pas envie de passer non plus deux heures par jour dans les transports.

Dans *le choix de son lieu actuel de travail*, il y avait une motivation multiple : être avec les ouvriers et savoir leur rendre service (si cette fonction semble menacée, elle apparaît comme d'autant plus utile, comme un rôle à défendre, comme une forme d'engagement et pas uniquement comme un exercice professionnel routinier) ; avoir une activité extra-professionnelle valorisante (goût de l'art) ; disposer d'un certain confort (ne pas être obligée de faire appel aux transports en commun pour aller au travail). Elle ne veut pas retourner à l'hôpital à cause des conditions de travail (horaires, rythme) et préfère supporter ce manque de reconnaissance professionnelle (y compris son salaire nettement diminué) à condition qu'elle réussisse à conserver l'essentiel de la mission sociale de sa profession ; c'est pour cela que son entretien avait commencé avec l'interdiction imposée aux ouvriers de fréquenter son cabinet sauf en situation d'urgence ou pour recevoir un minimum de traitement nécessaire.

Si elle défend l'utilité de son travail, elle ne se sent pas reconnue pour autant : « *je me sens moins reconnue en travaillant comme infirmière ici qu'en étant à l'hôpital. Au fond de moi-même je me sens utile ici, mais je ne me sens pas reconnue.* »

À l'hôpital il n'y a que du collectif

Ce sont des arguments aussi qu'elle oppose au travail « purement collectif » dans les lieux habituels d'exercice de sa profession, l'hôpital : A l'hôpital, « *il n'y a que ça, ce n'est que du collectif. En fait en quittant l'hôpital je n'avais pas du tout pensé venir ici, parce que j'avais un a priori sur la médecine du travail* », déconsidérée dans son milieu professionnel.

Elle avait fait l'expérience du travail à l'hôpital pendant sept ans, au début de son activité professionnelle, où elle avait travaillé en *pool* : « *j'aimais bien aller de service en service, et là on était très en groupe... C'était très intéressant et c'était très sympa aussi.* » Cette forme d'activité elle l'appréciait pour la mobilité qu'elle lui permettait et pour la convivialité installée entre collègues.

Les spécificités de son activité dans l'entreprise ont contribué à modifier le profil du poste de fait, et il n'est pas surprenant d'apprendre que l'infirmière entretient des rapports de coopération privilégiés avec l'assistante sociale (elle dit avoir « *la même conception du travail* », « *le même regard sur* » l'entreprise, « *partager complètement* » avec l'autre leurs constats), et cela bien cette dernière n'y vienne pas souvent : « *avec elle je fais un travail collectif concernant des personnes qui ont des gros problèmes sociaux, et médicaux, on s'est beaucoup investies...* »

(3) Le guide d'entretien

A. QUESTIONS RETENUES DU QUESTIONNAIRE

1° Questions sur le statut professionnel

3. Vous travaillez actuellement à temps plein, à mi-temps, à moins de 50 % ?
4. Si vous travaillez à temps partiel, est-ce
 - un choix de l'employeur imposé à l'embauche ?
 - un choix personnel ?
 - pour une autre raison
5. Dans cet établissement, êtes-vous
 - fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) (*ex : médecin praticien hospitalier, attaché*)
 - contrat à durée indéterminée (CDI)
 - contrat à durée déterminée (CDD)
 - contrat aidé (CES, emplois jeunes) ou apprenti
 - intérimaire
 - vous n'êtes pas salarié de l'établissement (ne pas poser pour les libéraux)
6. Quelle est votre profession principale ?
Soyez précis (ex : infirmier aide-anesthésiste, manipulateur de radiologie, etc.) Si l'enquêteur répond « médecin », demandez sa spécialité (chirurgie orthopédique, etc.)
Si vous êtes agent de la fonction publique hospitalière, précisez votre grade

2° Questions sur le secteur d'activité (polyvalence, public/privé, travail à domicile)

9. Quel est le secteur d'activité principal de l'unité ou du service dans laquelle (ou lequel) vous travaillez (une seule réponse possible) ?
 - secteur administratif
 - secteur hôtelier et services généraux (hors services techniques)
 - secteur technique
 - bloc opératoire, service médico-technique (*laboratoires, imagerie, pharmacie*) ou rééducation fonctionnelle
 - urgences, SAMU, SMUR
 - réanimation ou soins intensifs
 - service de consultations externes ou d'hospitalisation de jour
 - secteur d'hospitalisation en chirurgie
 - secteur d'hospitalisation en médecine
 - secteur d'hospitalisation en gynécologie- obstétrique
 - secteur de gériatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour
 - psychiatrie
 - autre précisez (*ex : pool d'infirmier, brancardier, etc.*)
19. Occupez-vous différents postes ou fonctions ? (POLYVALENCE)
 - vous faites une rotation régulière entre plusieurs postes ou fonctions
 - vous faites partie d'un pool de remplacement
 - vous changez de poste au sein du service en fonction des besoins
 - vous changez de poste au sein de l'établissement en fonction des besoins
 - du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification est-ce :
 - plutôt mieux ?
 - plutôt moins bien ?
 - sans effet ?

- du point de vue de votre charge de travail, est-ce :
 - plutôt mieux ?
 - plutôt moins bien ?
 - sans effet ?
- du point de vue des résultats de votre travail, est-ce ?
 - plutôt mieux ?
 - plutôt moins bien ?
 - sans effet ?

- 20 Exercez-vous votre activité professionnelle hors de l'enceinte de l'établissement ?
- jamais ou presque
 - pour moins d'un quart de votre temps
 - 3. pour un quart ou plus de votre temps
 - vous travaillez dans un cabinet libéral
 - vous enseignez ou vous avez des activités de recherche
 - vous partagez votre activité entre plusieurs établissements hospitaliers
 - vous exercez une activité d'intérêt général ou vous participez à des réunions
 - vous faites des visites à domicile
 - vous êtes chargé(e) de transport ou de livraison
 - vous travaillez à domicile
 - autre (préciser en clair)

3° Questions sur le type d'activité

- 10 Quel type d'activité est pratiqué dans l'unité ou le service dans laquelle (ou lequel) vous travaillez ? (*plusieurs réponses possibles*)
- consultations externes
 - hospitalisation complète
 - hospitalisation partielle de jour ou de nuit
 - hospitalisation de semaine
 - autres (*hospitalisation à domicile, etc.*)

4° Questions sur l'ancienneté dans la profession

- 13 *Quelle est votre ancienneté dans la profession que vous exercez actuellement ?*

5° Question sur le diplôme obtenu le plus élevé

- 15 Quel est le diplôme obtenu le plus élevé ?
- aucun diplôme
 - diplôme CAP, BEP, BEPC (*ex : Diplôme d'aide-soignant, auxiliaires de puéricultrice, etc.*)
 - diplôme baccalauréat ou équivalent (*ex : brevet professionnel paramédicales et sociales, brevet professionnel techniques d'analyses médicales de biologie, bac techno sciences médico-sociales*)
 - diplôme bac +1, ou équivalent
 - diplôme bac +2, ou équivalent
 - diplôme bac +3, ou équivalent
 - diplôme bac +4, ou équivalent
 - diplôme bac +5, ou équivalent
 - diplôme bac +6, ou plus

6° Questions sur la mobilité (changement de poste)

16 Avez-vous changé de poste ou d'affectation au cours de ces trois dernières années c'est-à-dire depuis janvier, février ou mars 2000 ?

B. QUESTIONS COOPERATION et COMMUNICATION

7° Questions sur la formation (formes de coopération)

17 Avez-vous à former des élèves ou des étudiants dans le cadre de votre activité habituelle sur le lieu de travail de votre établissement (hors cours magistraux)

Si oui, diriez-vous que cela représente pour vous (plusieurs réponses possibles)

- une charge de travail supplémentaire
- un élément positif
- sans effet

18 En dehors des élèves ou étudiants, vous arrive-t-il de former des nouveaux ou des intérimaires à la tenue de leur poste ?

8° Questions sur les rapports hiérarchiques (formes de coopération)

21 Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ?

Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- l'augmentation de salaire, les primes ou la promotion de ces salariés dépendent-elles étroitement de vous ?
- l'évaluation régulière de l'activité de ces salariés est-elle de votre responsabilité ?
- leurs horaires dépendent-ils de vous ?
- la répartition ou la coordination du travail dépend-elle de vous ?

9° Question sur la communication – le public, à l'extérieur du lieu de travail (voir aussi supra Q. 19, 20)

22 Êtes-vous en contact direct avec des patients ou des malades (y compris par téléphone) ?

Si oui, s'agit-il (plusieurs réponses possibles)

- de nouveaux-nés, d'enfants ou d'adolescents
- d'adultes en grande difficulté sociale
- d'adultes en fin de vie
- d'autres adultes (homme ou femme)
- de personnes âgées
- tout public (de personnes de tous âges)

Vous arrive-t-il d'annoncer aux patients ou à leurs familles une nouvelle difficile ?

Dans vos relations avec un ou des patients, vous arrive-t-il d'être confronté à des situations très pénibles pour vous ?

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

Disposez-vous de consignes ou d'indications pour vous aider à y faire face ?

Dans vos relations avec un ou des patients, vous arrive-t-il de vivre des moments très positifs (guérison, succès, etc.)

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

23 Êtes-vous en contact direct avec des fournisseurs, des familles, des visiteurs ou d'autres publics que les patients ou malades (y compris par téléphone) ?

- en permanence
- régulièrement
- occasionnellement
- jamais

10° Questions sur la gestion des conflits, des conditions de travail et des risques ;

- voir aussi la Q. 44.3 sur la manière de réagir en cas de dysfonctionnement (Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, est-ce que ... vous faites généralement appel à d'autres - un supérieur, un collègue, un service spécialisé)

24 Êtes-vous exposé à un risque d'agression verbale de la part du public ?

Si oui, avez-vous, vous-même, déjà été agressé verbalement ?

25 Êtes-vous exposé à un risque d'agression physique ou sexuelle de la part du public ?

Si oui, avez-vous, vous-même, déjà été agressé physiquement ou sexuellement ?

26 Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics ?

Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- ces échanges se déroulent-ils dans le cadre de réunions organisées ?

- oui, régulièrement
- oui, irrégulièrement (ponctuelles)
- non

- pouvez-vous bénéficier d'un soutien si vous en exprimez le besoin ?

27 Vos relations avec le public se sont-elles modifiées depuis trois ans, c'est-à-dire depuis janvier, février ou mars 2 000 ?

Si oui, diriez-vous que le nombre de personnes avec lesquelles vous êtes en contact

- a augmenté
- a diminué
- est resté stable

diriez-vous que le nombre de contacts que vous avez avec chacune de ces personnes

- a augmenté
- a diminué
- est resté stable

diriez-vous que le nombre de personnes en grande difficulté sociale

- a augmenté
- a diminué
- est resté stable

diriez-vous que l'exigence du public

- a augmenté
- a diminué
- est restée stable

du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification est-ce :

- plutôt mieux ?
- plutôt moins bien ?
- sans effet ?

59 Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes de votre service des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail ?

(Exemple : répartition du travail, horaires, conditions de travail, pannes, incidents, pauses, remplacements et de sécurité.)

11° Questions sur la place de l'écrit dans la communication et la charge de travail

28 Devez-vous consigner ou faire des rapports de votre activité par écrit (papier ou messagerie électronique) ?

Si oui, selon quel rythme (une seule réponse possible)

- tout au long de la journée
- une fois par jour
- une fois par semaine
- une fois par mois
- une fois par an

29 Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes vous sont-elles données ?

(plusieurs réponses possibles)

- de vive voix (par téléphone)
- en permanence
- régulièrement
- occasionnellement
 - par écrit (messagerie électronique ou intermédiaire d'une machine)
 - en permanence
 - régulièrement
 - occasionnellement

30 Comment transmettez-vous vous-même les informations ?

- de vive voix* (par téléphone)
- en permanence
- régulièrement
- occasionnellement
- par écrit* (messagerie électronique ou intermédiaire d'une machine)
- en permanence
- régulièrement
- occasionnellement

12° Questions sur la place de l'informatique (coopération, communication, charge de travail)

32 Dans le cadre de votre travail, utilisez-vous un micro-ordinateur ou autre matériel informatique (terminal, console, robot médical, automate d'analyse, matériel médical avec clavier et écran, etc.) (*même occasionnellement*) ?

33 Transmettez-vous ou recevez-vous des informations par mail ou liaison informatique ?

34 Au total, combien de temps utilisez-vous chaque jour en moyenne les matériels informatiques dont nous venons de parler ? (*nombre d'heures ou nombre de minutes par jour*)

13° Questions sur le rythme de travail et la coopération, le travail collectif

Q. 39 Avez-vous la possibilité de joindre ou de faire intervenir facilement le personnel médical ?

Q. 44.3 sur la manière de réagir en cas de dysfonctionnement (*Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, est-ce que ... vous faites généralement appel à d'autres - un supérieur, un collègue, un service spécialisé*) ;

Q. 49 *Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par ... ? (personnel médical, supérieurs...)* ;

Troisième partie - Vos horaires de travail

(hors gardes, permanences et astreintes sans déplacement)

69 *Pour établir vos horaires, devez-vous vous mettre d'accord avec vos collègues ?*

70 *En cas d'imprévu, pouvez-vous modifier vos horaires en vous arrangeant avec vos collègues ?*

C. Questions complémentaires sur la coopération et le travail collectif

- Quels changements sont intervenus ces dernières années dans l'organisation du travail de votre établissement ?
- Comment a changé pendant la même période votre activité professionnelle ?
- Envisagez-vous de changer de secteur d'activité (ou de profession) ?
- Que pensez-vous de vos collègues qui exercent la même profession (la même activité) que vous dans un autre établissement ou dans un autre secteur : ils sont plus autonomes ? ils ont des meilleurs rapports de coopération dans leurs collectifs (équipes) de travail ? ils ont des meilleures conditions de travail ?

(4) Bibliographie sélective

- ACKER F., « Sortir de l'invisibilité : Le cas du travail infirmier », *Raisons Pratiques*, Cognition et information en société, dir. Bernard Conein et Laurent Thévenot, Paris, EHESS, n° 8, pp. 65-93, 1997.
- AMAR Laure, MINVIELLE Etienne, « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, 2000, janvier mars, pp. 69-89.
- AOKI Masahiko, 1991, « Économie japonaise : Information, motivations et marchandage », Paris, Economica, 354 p.
- AQUAIN (Valérie), ASAD-SYED (Kemal), ASAD-SYED (Mourtaza), CÉZARD (Michel), GARRIC (Myriam), GOLLAC (Michel), ROUGERIE (Catherine), VINCK (Lydie), *Enquêtes Techniques et organisation du travail de 1987 et 1993, Conditions de travail de 1991, Résultats*, tome 1 ; *L'usage des nouvelles technologies*, tome 2 ; *L'évolution de l'organisation du travail, dossiers de la DARES*, hors-série, 1998, décembre, 346 p. + 346 p.
- AQUAIN Valérie, ASAD-SYED Kemal, ASAD-SYED Mourtaza, CÉZARD Michel, GARRIC Myriam, GOLLAC Michel, ROUGERIE Catherine, VINCK Lydie, 1998, « Enquêtes Techniques et organisation du travail de 1987 et 1993, Conditions de travail de 1991, Résultats », tome 1, « L'usage des nouvelles technologies », tome 2, « L'évolution de l'organisation du travail, dossiers de la DARES, hors-série, décembre, 346 p.+346 p.
- AQUAIN Valérie, ASAD-SYED Mourtaza et Kemal, CEZARD Michel, GOLLAC Michel, ROUGERIE Catherine, VINCK Lydie, 1997, « *L'usage des nouvelles technologies* », DARES, Ministère du travail et des affaires sociales, Paris, La documentation française (dossier de la DARES, hors série), juillet.
- AQUAIN Valérie, BUE Jennifer, VINCK Lydie, 1994, « L'évolution de l'organisation du travail : plus de contraintes mais aussi plus d'autonomie pour les salariés », *Premières Synthèses*, DARES, n°54, juin, 8 p.
- AQUAIN Valérie, CEZARD Michel, GOLLAC Michel, VINCK Lydie, 1994, « L'usage des nouvelles technologies continue de s'étendre », *Premières Synthèses*, n°49, DARES, 2 mai, 8p.
- ARBORIO Anne-Marie, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Anthropos, 2001.
- BASZANGER Isabelle, 1983, « La construction d'un monde professionnel : entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n° 3, pp. 275-294.
- BARNARD Chester I., 1938, *The Functions of the Executive*, Cambridge (Massachusetts, U.S.A.), Harvard University Press, rééd. 1964, 334 p.
- BÉRAUD Claude, 2002, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, décembre, pp. 37-74.
- BEUDAERT Marc, 1999, « Honoraires des médecins généralistes, l'expérience paie-t-elle ? », Dossiers solidarité et santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité-Drees, n° 1, janvier-mars. in *Problèmes économiques* n°2646, 5.01.2000
- BOLTANSKI Luc, CHIAPELLO Eve, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 848 p.

- BOUSQUET Frédéric, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière : une enquête statistique auprès des établissements publics de santé », *Études et résultats*, DREES, 12 p.
- BRAUN R. N., 1979, *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*, Paris : Payot., 512 p.
- BUÉ Jennifer, 1989, « Les différentes formes de flexibilité », *Travail et Emploi*, n° 40, pp. 29-35.
- BUÉ Jennifer, CRISTOFARI Marie-France, GOLLAC Michel, 1992, « Technique et organisation du travail : résultats de l'enquête de 1987 », Paris, Ministère du Travail-SES (Rapports Travail-Emploi), 223 p.
- BUÉ Jennifer, GOLLAC Michel, 1988, « Technique et organisation du travail », *INSEE, Premiers résultats*, n° 112.
- BUÉ Jennifer, ROUGERIE Catherine, 1999, « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative, résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998 », *Premières Synthèses*, Dares-Ministère de l'emploi et de la solidarité, n° 32.1, 8 p.
- BUÉ Jennifer, ROUX-ROSSI Dominique, MÉDA Dominique, ORAIN Renaud, PÉLISSE Jérôme, 2002, GAVINI Christine p.116, « Dossier : Les temps des 35 heures », *Travail et Emploi*, n°90, avril.
- CANGUIHLEM, Georges, *Le normal et le pathologique*.
- CAU-BAREILLE Dominique, VOLKOFF Serge, 1998, « Vieillesse et informatisation dans le tertiaire, une approche par l'analyse de l'activité de travail », *Travail et emploi*, n° 76, p. 53-63.
- CEZARD Michel, 1979, « Les qualifications ouvrières en question », *Économie et Statistique*, n° 110, pp. 15-36.
- CÉZARD Michel, DUSSERT Françoise, 1993, « Le travail ouvrier sous contraintes », in *Données sociales*, Insee, pp. 202-211.
- CEZARD Michel, DUSSERT Françoise, GOLLAC Michel, 1993/1, « Taylor va au marché : organisation du travail et informatique », *Travail et Emploi*, n° 54, pp. 15-36.
- CÉZARD Michel, GOLLAC Michel, ROUGERIE Catherine, 2000, « L'ordinateur, outil de travail et bien culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 134, septembre, pp. 22-28.
- CÉZARD Michel, VINCK Lydie, 1998, « En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières Synthèses*, n° 53, Dares, décembre, 12 p.
- CHERTOK Léon, *La relation médecin patient : l'énigme de la relation au cœur de la médecine*, Paris, 1999.
- CICOUREL A. V., 1994, « La connaissance distribuée dans le diagnostic médical », *Sociologie du travail*, vol. 36, n° 4, pp. 427-449.
- CICOUREL Aaron V., 1994, « La connaissance distribuée dans le diagnostic médical », *Sociologie du travail*, vol. 36, n° 4, pp. 427-449.
- CICOUREL Aaron V., 2002, « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé : organisation et communication en régime de surcharge cognitive », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 3-17.
- CONINCK de Frédéric, 1991, « Évolutions post-tayloriennes et nouveaux clivages sociaux », *Travail et Emploi*, n° 49, p. 20-30
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, SOUTEYRAND, Yves (éds.), *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offres de soins*, Montrouge, 1996.

- DODIER N., CAMUS A., 1996, « Les urgences à l'hôpital », *Informations sociales*, n° 52, pp. 18-29.
- DODIER Nicolas, 1993, « Confection et circulation d'une statistique », in *L'expertise médicale*, Paris, Métailié.
- DODIER Nicolas, 1995, *Les hommes et les machines : la conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié, 386 p.
- FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, P., PUF (Galien), in-8, br., 216 p.
- FOUCAULT, Michel, KRIEGEL, Blandine, *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, 1979.
- FRAENKEL B., 1993, « Pratiques d'écriture en milieu hospitalier : le partage de l'énonciation dans les écrits de travail », *Langage & Travail*, cahier n° 5, mars, pp. 65-82.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris : Payot (Médecine et Sociétés), 369 p.
- GHEORGHIU M., 1999, *Étude sur les conditions de réalisation de la deuxième enquête européenne sur les conditions de travail*, rapport rédigé en collaboration avec Damien Merllié, sous la responsabilité scientifique de Jean-Claude Combessie, avec la participation de Yann Darré, CSEC, MSH, Paris, juin.
- GHEORGHIU M., 2001, *Les relations de coopération au travail : travail collectif, travail en groupe, travail en équipe*. Convention OP - DARES A3/623, Rapport de fin d'étude, CEE, juin, 351 p. avec bibliographie et annexes.
- GHEORGHIU M., MOATTY F., 2001, "Teamworking in french manufacturing industry statistical outcomes and field work results", 5th International Workshop on Teamworking – IWOT5 10-11 September 2001, Leuven, Belgium, 26 p.
- GHEORGHIU M., MOATTY F., 2003, « Le travail collectif chez les salariés de l'industrie : groupes sociaux et enjeux de la coopération au travail », Document de travail CEE (à paraître en 2003).
- GLASER Barney G., STRAUSS Anselm L., 1995, « La production de la théorie à partir des données », *Enquête*, n° 1, p. 183-195.
- GOFFMAN Erving, 2002, « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 80-87.
- GOLDBERG Marcel, MELCHIOR Maria, LECLERC Annette, LERT France, 2002, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, décembre, pp. 75-128.
- GOLDBERG Marcel, MELCHIOR Maria, LECLERC Annette, LERT France, 2002, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, décembre, pp. 75-128.
- GOLLAC (Michel), *Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques*, Revue française de sociologie, vol. 38, n° 1, 1997, pp. 5-36.
- GOLLAC (Michel), *Donner un sens aux données ? L'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail*, Noisy-le-Grand, Centre d'Etudes de l'Emploi (dossier de recherche, n° 3, nouvelle série), novembre 1994, 76 p.
- GOLLAC (Michel), GREENAN (Nathalie), HAMON-CHOLET (Sylvie), « L'informatisation de l'ancienne économie, nouvelles machines, nouvelles organisations et nouveaux travailleurs », *Économie et Statistique*, n° 339-340, 2000-9/10, p. 171-201.

- GOLLAC (Michel), GREENAN (Nathalie), HAMON-CHOLET (Sylvie), *L'informatisation de l'ancienne économie, nouvelles machines, nouvelles organisations et nouveaux travailleurs*, *Économie et Statistique* n° 339-340, 2000-9/10, pp. 171-201.
- GOLLAC (Michel), MANGEMATIN (Vincent), MOATTY (Frédéric), SAINT-LAURENT (Anne-France), *A quoi sert donc l'informatique ? Revue d'études de cas*, in FORAY (Dominique), MAIRESSE (Jacques) (dir.), « Innovations et Performances », Paris, EHESS, 1999, pp. 43-75.
- GOLLAC Michel, 1988/1, « La micro-informatique professionnelle : une révolution ? », *Travail et Emploi*, n° 35, pp. 71-74.
- GOLLAC Michel, 1989, « L'ordinateur dans l'entreprise reste un outil de luxe », *Économie et Statistique*, n° 224, septembre, pp. 17-25.
- GOLLAC Michel, 1989, « Les dimensions de l'organisation du travail : communications, autonomie, pouvoir hiérarchique », *Économie et Statistique*, n°224, septembre, pp. 27-44.
- GOLLAC Michel, 1993, « La diffusion de l'informatique au travail », *Données Sociales 1993*, INSEE, pp. 486-494.
- GOLLAC, Michel, 1994, « Donner un sens aux données ? L'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail », Noisy-le-Grand, Centre d'Études de l'Emploi (dossier de recherche, n° 3, nouvelle série), novembre, 76 p.
- GOLLAC, Michel, 1996, « Le capital est dans le réseau : la coopération dans l'usage de l'informatique », *Travail et Emploi*, n° 68, pp. 39-60.
- GOLLAC, Michel, GREENAN Nathalie, HAMON-CHOLET Sylvie, 2000, « L'informatisation de l'ancienne économie, nouvelles machines, nouvelles organisations et nouveaux travailleurs », *Économie et Statistique*, n° 339-340, 2000-9/10, p. 171-201.
- GOLLAC, Michel, MANGEMATIN, Vincent, MOATTY, Frédéric, SAINT-LAURENT Anne-France, 1998, « Informatisation : l'entrée du marché dans l'organisation ? », *Revue Française de Gestion*, n° 118, mars-avril-mai, pp. 102-114.
- GOLLAC, Michel, MANGEMATIN Vincent, MOATTY Frédéric, SAINT-LAURENT Anne-France, 1999, « A quoi sert donc l'informatique ? revue d'études de cas », in Dominique Foray et Jacques Mairesse, *Innovations et Performances*, Paris, EHESS, pp. 43-75.
- GOLLAC Michel, SEYS Baudouin, 1984, « Les Professions et Catégories Socioprofessionnelles : premiers croquis », *Économie et Statistique*, n° 171/2, novembre-décembre, pp. 79-134.
- GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, 1996, « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 114, septembre, pp. 54-67.
- GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, 2000, *Les conditions de travail : problème de société*, Paris : La découverte (Repères, n° 301), 128 p.
- GOLLAC Michel, 1996, « Le capital est dans le réseau : la coopération dans l'usage de l'informatique », *Travail et Emploi*, n°68, pp. 39-60.
- GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle, 1999, *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF (coll. Le travail humain), 226 p.
- GROSJEAN Michèle, LACOSTE, Michèle, 1999, *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF (coll. Le travail humain), 226 p.
- KERGOAT, Danièle, IMBERT, Françoise, LE DOARÉ, Hélène, SÉNOTIER, Danièle, *Les infirmières et leur coordination*. Lamarre, 1989.

- LEHOUX P., SICOTTE C., DENIS J.-L., RAYMOND D., LAFRANCE A., 1998, « L'informatisation du dossier médical et ses (détr)acteurs », *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n° 1, mars, pp. 81-121.
- MAYO Elton, 1945, *The social problems of an industrial civilization*, Andover, Andover press.
- MOATTY F., 1981, « Contribution de l'analyse des données à la typologie et à la classification de sujets en psychologie médicale », thèse de doctorat de 3° cycle de statistiques mathématiques en analyse des données soutenue le 23 novembre à l'Université Paris VI, président du jury : Dugué Daniel, assesseurs : Pichot Pierre, Benzécri Jean-Paul, Cazes Pierre, De Bonis Monique.
- MOATTY F., 1999, « Faire du juridique avec du technique ? Les usages d'une nomenclature informatisée de symptômes, syndromes et maladies », communication présentée au *groupe de travail du Centre de Sociologie de l'Éducation et de la Culture* « Transformations des marchés et recompositions identitaires », Paris, 10 juin. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi (document de travail), n° 99/65, 7 p.
- MOATTY F., 2001, « Montrer son travail à des collègues : le cas du dossier patient chez des médecins généralistes » intervention au séminaire interne de recherche du Centre d'études de l'emploi, 9 mai 2000, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi (document de travail), n° 01/05, avril, 11 p.
- MOATTY Frédéric, 1993, *Qui utilise l'informatique au travail ?*, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi (dossier de recherche, n° 51), novembre, 84 p.
- MOATTY Frédéric, 1995, « Les communications de travail : comment et avec qui », Noisy-le-Grand, Centre d'Études de l'Emploi, *La Lettre*, n° 39, octobre 1995, 10 p.
- MOATTY Frédéric, 1995, « Public, privé : la diversité des critères d'accès à l'informatique », *Revue française des affaires sociales*, vol. 49, n° 1, janvier-mars, pp. 69-88.
- MOATTY Frédéric, 1999, « *Société de l'information, renouvellement des générations et précarité* », Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi (4 pages), n°32, mars, 4 p.
- MOATTY Frédéric, 2000, « Le rôle de l'âge, de l'ancienneté et du champ d'action des salariés dans les communications au travail », in Bernard Méliet et Yvon Quéinnec (coord.), *Communication et travail*, Toulouse, Octarès, XXXV^{ème} congrès de la SELF, Toulouse, 20-22 septembre 2000, pp. 69-77.
- MOATTY Frédéric, 2001, « La fonction prescriptive de l'écrit en entreprise », in Sophie Pène, Anni Borzeix, Béatrice Fraenkel (coord.), *Le langage dans les organisations : une nouvelle donne*, Paris, L'Harmattan, coll. « Langage & Travail », pp. 131-148.
- MOISDON Jean-Claude (dir.), 1997, *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli Arslan, 288 p.
- MOLINIE Anne-France, VOLKOFF Serge, 1993, « Conditions de travail : des difficultés à prévoir pour les plus de 40 ans », Paris : Insee (Données Sociales 1993), pp. 195-201.
- MUEL DREYFUS Francine, 1984, « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, septembre, pp. 70-71.
- NAVILLE Pierre, 1961, « Division du travail et répartition des tâches », in Georges Friedmann et Pierre Naville, *Traité de sociologie du travail, tome 1*, Paris, Armand Colin, 1961, pp. 371-386 p.
- ORFALI, Kristina, *L'hôpital ou la critique de la raison instrumentale*. Paris, EHESS, 1997 (thèse dirigée par Alain Touraine).

- ORTHOLAN, Nathalie, *Les transferts d'information dans le champ de la santé, un acteur : le médecin généraliste*. Paris, EHESS, 1984.
- PAOLI Pascal, 1992, First European Survey on the work environment 1991-1992, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.
- PIOTET Françoise, 1992, « Coopération et contrainte : A propos des modèles d'Aoki », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIII, pp. 591-607.
- POUCHELLE, Marie-Christine : *L'hôpital corps et âme : essais d'anthropologie hospitalière*. Paris, Seli Arslan, 2003.
- REYNAUD Jean-Daniel, 1989, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 308 p.
- SFMG, 1996, « Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale », Documents de recherches en médecine générale, n° spécial, n° 47-48, Issy les Moulineaux, décembre, 370 p.
- STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation*, Paris : L'Harmattan (Logiques sociales), 311 p.
- TAYLOR Frederic W., 1911, *Principes d'organisation scientifique des usines*, Paris, Dunod/Pinat (Revue de métallurgie), 149 p.
- VEGA, Anne, 2000, *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien médical*. Paris, Éditions des Archives contemporaines,
- VOLKOFF Serge, 1987, « Conditions de travail et santé », in *Données sociales*, Paris, INSEE, pp.450-455.
- VOLKOFF Serge, 1987, « L'encadrement : de la catégorie statistique à la fonction exercée », *Économie et statistique*, p. 29-33.
- VOLKOFF Serge, 1994, « De quelques préoccupations qui présidèrent au lancement des enquêtes sur les conditions de travail », document CREAPT.