

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

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Le temps du travail dans le temps
de l'emploi**

Biographies professionnelles et biographies
familiales d'infirmières de plus de 40 ans

Post-enquête « Conditions et organisation du travail
dans les établissements de santé »
(1/5)

Paul BOUFFARTIGUE et Jacques BOUTEILLER
(LEST)

n° 47 – juin 2005

Sommaire

Introduction.....	5
Méthodologie, échantillon	9
Première partie : Retour, en situation d'entretien, sur l'enquête téléphonique	17
I- L'enquête téléphonique : un souvenir flou, un épisode frustrant	17
II - Questions d'identité.....	18
III - Un rapport plus ou moins polémique au monde	21
IV - Conditions de travail.....	22
IV-1 Formes de polyvalence.....	22
IV-2 Relations au public, aux patients, aux familles	24
IV-3 Contraintes de délais et de rythme.....	27
V- Temps de travail.....	29
V-1 Prégnance des « arrangements ».....	29
V-2 D'où des réponses approximatives au questionnaire.....	31
V-3 RTT, durcissement des règles temporelles, jeu avec ces règles.....	35
Seconde partie : Enjeux temporels et types de trajectoires	37
I. « Tout pour la profession »	37
II - « La force de rappel du travail d'appoint »	43
III- « Tensions dans l'émancipation »	50
IV- « Un homme dans un métier de femme »	58
Conclusion	63
Bibliographie	69

Introduction

La recherche ici présentée est l'une des « post-enquêtes » financées par la Drees dans la foulée de sa vaste enquête sur les « conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé », interrogeant 5 000 personnes par questionnaire téléphonique au premier semestre de l'année 2003. C'est donc l'une des « post enquêtes » ou enquêtes qualitatives destinées à tester la validité et la fiabilité des résultats de cette enquête quantitative. La Drees souhaitait en effet « étudier d'éventuelles distorsions potentielles entre le sens des questions pour le statisticien et l'enquêté » ; « approfondir certains aspects des conditions de travail », dans l'optique notamment de « proposer de nouveaux questionnements pour la prochaine enquête »¹.

Elle s'inscrit pour nous dans le prolongement direct de deux opérations antérieures : l'une portait sur les enjeux sociologiques et méthodologiques de la mesure de la durée du travail dans l'actuel contexte de dérégulation et d'irrégularité croissantes des horaires (Bouffartigue et Bouteiller, 2002) ; l'autre traitait des relations entre « temps vécu », « temps institué », et « temps représenté » dans plusieurs groupes professionnels – dont les infirmières hospitalières – et dans trois pays européens (France, Belgique, Espagne) (Bouffartigue et Bouteiller, 2003-3). Elle fait ainsi partie d'un programme scientifique plus vaste développé au LEST autour des temporalités professionnelles et des temporalités sociales, impliquant notamment deux autres opérations de recherches actuellement en cours².

La première recherche combinait une exploitation originale de l'enquête sur le temps de travail de 1995³ avec une enquête qualitative auprès de salariés particulièrement exposés aux horaires irréguliers – dont quelques uns travaillaient dans la santé. Elle a permis d'éclairer certaines sources des ambiguïtés et de l'extrême diversité de la perception des « 35 heures ». Le développement de nouvelles normes temporelles, reconnaissant moins bien que la « norme fordienne » les horaires atypiques et impliquant moins de régularité et de prévisibilité des prestations, se traduit par le recul de la maîtrise personnelle de ses temps, davantage subordonnés aux temporalités des entreprises ; mais il se traduit aussi par l'essor de normes temporelles plus autonomes dans les couches qualifiées du salariat (Bouffartigue et Bouteiller, 2003-2).

La seconde recherche mettait à jour l'importance du temps de l'emploi dans la construction sociale des compétences temporelles de ces « jongleuses en blouse blanche » que sont les infirmières hospitalières (Bouffartigue et Bouteiller, 2003-1). En effet, travailler pendant tout ou partie de sa vie professionnelle selon des horaires décalés par rapport aux rythmes sociaux (encore) dominants suppose non seulement une forte implication positive dans le travail de soins, ainsi que de multiples possibilités d'arrangements sur la scène professionnelle et domestique, mais également des perspectives d'évolution de carrière. Ces perspectives entretiennent l'espoir d'améliorer la situation au regard du temps de travail, la qualité des horaires et l'intérêt du travail entrant dans un arbitrage évolutif au fil de la carrière. Dit autrement, un ajustement permanent se réalise dans les établissements de santé entre une

¹ Drees, Note de 2002, et appel d'offre en vue des post-enquêtes, 26.06.2003.

² Étude en voie d'achèvement pour le compte de la Dares à partir des deux dernières enquêtes complémentaires « temps de travail » aux enquêtes emploi de 1995 et de 2001 ; enquête en cours pour la Drees, dans le cadre du même programme de « post-enquêtes », sur les médecins salariés et libéraux.

³ Enquête complémentaire à l'*Enquête emploi* de l'Insee.

« offre » d'emploi, en particulier en matière de régimes horaires, et les caractéristiques sociales – notamment de sexe, d'âge, de statut familial – de la « demande » d'emploi du personnel. La post-enquête ici présentée se propose notamment d'approfondir la manière dont s'opère cet ajustement du côté de cette « demande ». Elle cherche ainsi, indirectement, à contribuer à élucider certains aspects du phénomène de « pénurie d'infirmières », une partie de cette dernière renvoyant à la difficulté de fidélisation dans cette profession compte tenu des conditions de travail qui sont les siennes, les régimes horaires particuliers étant à l'évidence l'une des composantes de ces conditions. Elle souhaite également contribuer à éclairer les décideurs sur des possibilités d'aménagement du temps de travail en cours de vie professionnelle.

Une profession surexposée aux tensions de la « vie en deux »⁴

Les infirmières – cela s'applique également aux aides soignantes – forment un groupe professionnel qui cumule de manière relativement originale deux caractéristiques : une très forte féminisation⁵, et une exposition structurelle, durable donc en cours de carrière, aux horaires décalés par rapport aux normes temporelles socialement dominantes⁶. Cette seconde caractéristique est l'une des sources traditionnelles des interruptions d'activité professionnelle. On sait que leurs carrières ont tendance à être plus continues et plus longues en France, l'essor de l'emploi à temps partiel étant sans doute l'une des modalités qui soutient cette évolution⁷. Mais dans la recherche précédente sur les infirmières hospitalières, on a pu prendre la mesure de la manière dont la diversité, réelle bien qu'en même temps souvent idéalisée, des possibilités d'évolution de carrière au sein de ce groupe professionnel, soutenait également les intéressées dans leur capacité à faire face « ici et maintenant » à un cumul de contraintes temporelles dans et hors travail. Comme ces deux dimensions de toute situation de travail, « intérêt du travail » et « qualité des horaires », vont rarement totalement de pair, chacune s'efforce de réaliser le meilleur arbitrage entre ces deux caractéristiques. Cet arbitrage et les compromis auxquels il donne lieu s'effectuent au fil du temps du cycle de vie, compte tenu de l'évolution des capacités et attentes professionnelles d'une part, et des données de la vie hors travail d'autre part.

Si les flux promotionnels allant de la catégorie infirmière vers les fonctions de cadre ou d'infirmière spécialisée demeurent statistiquement fort limités, l'espace global des mobilités professionnelles, incluant toutes les mobilités horizontales, est objectivement et subjectivement nettement plus étendu. En début de cursus professionnel l'enjeu pour les débutantes est d'abord de « faire leurs preuves » et de construire leur professionnalité de technicienne du soin – quand il n'est pas de s'insérer dans un statut stable et dans un poste fixe – et/ou d'accéder aux situations de soin plus riches en contenu « relationnel ». Puis, au fil de la carrière, avec l'arrivée des enfants, la dimension « qualité des horaires » de la situation

⁴ On fait ici allusion au bel article de Monique Haicault (1984).

⁵ Encore à plus de 85 %, malgré un timide mouvement de masculinisation, de nombreux travaux ayant montré comment cette composition de sexe faisait partie des compétences mobilisées, sinon reconnues : les « compétences temporelles » féminines en particulier sont largement produites d'une socialisation de genre. Sur les grandes évolutions de la profession, cf. Feroni, 1994, et Acker, 2003.

⁶ D'autres professions très féminisées présentent apparemment les mêmes caractéristiques, telles les caissières de la grande distribution ou les employées du nettoyage. Mais elles fonctionnent nettement plus souvent comme emploi de passage vers d'autres situations.

⁷ C'est l'une des interprétations du mouvement général de développement de l'emploi à temps partiel féminin que nous avons soutenues par ailleurs (Bouffartigue, de Coninck et Pendariès, 1992).

de travail prend une place croissante dans les préoccupations, les projets et les pratiques de mobilité. Cette place devient probablement souvent centrale après 15 à 20 années d'expérience, quand l'usure professionnelle se fait sentir, voire que se réalise le deuil de l'intérêt au travail.

Certes l'espace des probables est nettement plus restreint que l'espace des possibles décrit par les intéressées, notamment les débutantes. On le voit quand on examine comment se distribue, globalement et selon l'âge, la population des infirmières entre les divers types d'emploi. À tout âge l'emploi dans la fonction publique hospitalière reste majoritaire. C'est donc avant tout en son sein que se jouent la mobilité professionnelle et les changements de régime horaire⁸. On a pu constater que nombre de demandes de changement de service étaient motivées par la recherche d'horaires jugés plus compatibles avec la vie familiale. De même la forte demande potentielle en matière de promotion vers le statut cadre apparaît moins motivée par l'attrait de la fonction de surveillante en tant que telle – qui fonctionne à l'inverse plutôt comme repoussoir – que par la perspective de devenir formatrice et de travailler en journée « normale » et pas les week-ends.

Toutefois, examinée de près la structure d'âge des infirmières exerçant certains types d'activité est significative : dans l'intérim, et dans une moindre mesure dans les établissements privés ne relevant pas du service public elles sont nettement plus jeunes que la moyenne ; les infirmières libérales sont un peu plus âgées ; les infirmières scolaires et celles qui travaillent dans les établissements pour personnes âgées ou handicapées sont nettement plus âgées. Ainsi, à partir de 45 ans, avec une accélération à partir de 55 ans, on observe non seulement un mouvement d'interruption d'activité, mais également un certain recul du poids relatif de l'hôpital au profit d'autres lieux d'exercice professionnel, nettement plus souvent associés à des horaires de journée : par exemple l'exercice libéral, en milieu scolaire, en établissement pour personne âgée ou handicapée.

À partir de ce constat, l'enquête que nous présentons approfondit trois questions : la performance d'ensemble du questionnaire téléphonique sur l'ensemble des rubriques abordées ; la situation présente au regard du temps de travail – et la manière dont le questionnaire passé par téléphone a permis ou non de l'approcher – et le sens personnel donné aux horaires de travail et à la RTT ; la manière dont le parcours biographique, professionnel et familial, antérieur et projeté permet de les éclairer.

Temps de travail et rapport au temps de travail

Revenant en particulier sur la partie III – « horaires de travail » et « réduction du temps de travail » – du questionnaire, l'enquête se propose d'approfondir le régime temporel effectif et actuel qui est celui de la personne, le rapport qu'elle entretient avec lui, ainsi que le sens qu'elle donne à ses diverses composantes, incluant le vécu de la réduction du temps de travail. On s'intéresse ici notamment à la notion d'« horaire habituel », laquelle sous-tend

⁸ En l'absence de données d'ensemble sur la mobilité professionnelle en cours de carrière – comprenant évidemment des échanges entre la Fonction publique hospitalière et les autres types d'emploi – on s'appuie ici sur les données « en stock » de la structure d'emploi selon les âges. Une des très rares enquêtes à notre connaissance portant sur les itinéraires d'infirmières et incluant les évolutions de leurs horaires de travail est celle de l'équipe de F. Lert et alii (1998).

implicitement nombre des questions posées ici comme dans d'autres enquêtes. On prend appui sur les résultats en termes de performance des questions posées par le questionnaire – taux de non-réponse à certains items, par exemple : cette notion fait-elle sens à partir du moment où une certaine irrégularité, de droit ou de fait, caractérise le régime temporel ? Dans cette perspective on s'intéresse de près à la question du degré de maîtrise par la personne, en pratique, de ses horaires de travail effectifs : choix des périodes de congés, choix des jours de RTT, choix des jours non travaillés en cas d'emploi à temps partiel, possibilité d'utiliser les jours de congés pour enfant malade, possibilité de s'absenter en cas de petite maladie, reconnaissance des dépassements horaires et des heures supplémentaires (sous forme de récupération ou de rémunération). On s'intéresse également de près à ce qui est vécu comme contreparties éventuelles dans le domaine de l'intérêt ou de la charge de travail aux régimes temporels aménagés (temps partiel, horaires réguliers en journée...) et, inversement, à ce qui est vécu comme contreparties éventuelles dans le domaine du régime temporel de situations et d'implications de travail perçues comme positives. On étudie enfin le vécu de la RTT en s'efforçant de ne pas l'isoler de l'ensemble des composantes des conditions et de l'organisation du travail qui jouent, en même temps que la mise en place des « 35 heures », sur le vécu temporel des salariés.

- ***Temps de travail et temps de l'emploi***

Introduisant ici une série de thèmes quasiment absents du questionnaire de l'enquête, on s'intéresse au parcours biographique et professionnel de la personne. Il s'agit d'abord d'objectiver l'évolution de l'économie temporelle de son mode de vie depuis son entrée dans la vie active, et de saisir la dynamique des arbitrages complexes au sein desquels la dimension « qualité des horaires de travail » a pris place. Il s'agit ensuite de repérer dans quel espace professionnel des possibles et des probables se situe la personne interviewée et la manière dont cet espace éclaire le rapport qu'elle entretient aujourd'hui avec son travail et son régime temporel actuel. Afin d'avoir le minimum de profondeur biographique dans l'examen de ces arbitrages complexes, nous avons choisi de n'interviewer que des infirmières ayant atteint ou dépassé l'âge de 40 ans, ayant donc au minimum près d'une vingtaine d'années d'expérience professionnelle.

- ***Questionnaire téléphonique et approche du travail de soins***

Dernière question traitée par notre étude, et répondant directement à la demande par ses commanditaires : quelle évaluation d'ensemble est-il possible de faire, au-delà de la seule rubrique relative au temps de travail, de la qualité des réponses obtenues au travers du questionnaire téléphonique à propos de plusieurs des dimensions complexes du travail – situation, organisation, conditions, et temps du travail ? Comment ce questionnaire a-t-il été perçu ? Dans quelles conditions matérielles et psychologiques étaient les personnes au moment où elles y ont répondu ? Comment ont été comprises les questions, notamment celles qui se prêtaient le plus à interprétation compte tenu de la position ou de la trajectoire objective de la personne ? En tant que travail relationnel, le travail de soin ne pose-t-il pas de difficultés particulières à l'approche objectivante ? Quelles en sont les implications pour le traitement et l'interprétation des résultats de l'enquête quantitative ?

Après avoir présenté la méthodologie et l'échantillon de notre enquête par entretiens, on expose dans la première partie les principaux résultats du retour sur le questionnaire

téléphonique en situation d'interview en face à face : quel est le souvenir qui reste de l'épisode du questionnaire ? Quels sont les principaux domaines dans lesquels erreurs ou approximations ont pu affecter la qualité des réponses ? La seconde partie est consacrée aux grands types de profils sociobiographiques rendant intelligibles les relations entre les cursus professionnels et les cursus familiaux, tels que nous avons pu les identifier, et à partir desquels on peut comprendre pour chaque infirmière l'histoire du « temps de travail dans le temps de l'emploi » : « Tout pour la profession » désigne des femmes n'ayant pas connu de vie de couple ni de maternités ; « Forces de rappel du travail d'appoint » renvoie à des profils de carrières étroitement subordonnées à celle du conjoint ; « Tensions dans l'émancipation » qualifie les trajectoires moins directement dominées par le cursus professionnel du conjoint, en particulier quand ce sont les suites d'une rupture conjugale qui spécifient cette émancipation ; enfin nous avons synthétisé le seul cas d'infirmier de sexe masculin rencontré, interviewé délibérément : suite à une erreur cet homme était codé comme femme, et il était intéressant d'utiliser ce cas pour contrôler un certain nombre de nos hypothèses.

Méthodologie, échantillon

Choix de l'échantillon

Conformément à notre projet de recherche, les deux principaux critères de sélection parmi la population des répondantes à l'enquête et volontaires pour un entretien ont été, outre le sexe, féminin : 1- la localisation géographique (résider dans la région PACA) ; 2- l'âge (avoir au moins quarante ans afin de pouvoir évaluer un cursus professionnel déjà avancé, comportant des probabilités plus fortes de mobilité tant au regard des régimes horaires de travail pratiqués que du type d'activité et d'établissement de soins).

La base d'échantillonnage à partir de laquelle nous avons travaillé était constituée d'une quarantaine de personnes des deux sexes, soit l'ensemble des personnels soignants de niveau intermédiaire - infirmiers en soins généraux, infirmiers psychiatriques, infirmiers spécialisés, cadres soignants, sage femmes – résidant dans l'un des six départements de la région PACA, et volontaires pour un entretien. Une fois éliminés les hommes et les infirmiers psychiatriques, soit une dizaine de personnes, la base était réduite à une trentaine de personnes. 21 d'entre elles ont été sollicitées. Deux ont finalement refusé cet entretien. 19 interviews ont donc été réalisées. Une des infirmières s'est révélée être en fait... de sexe masculin, suite à une erreur dans l'attribution du numéro de questionnaire. Cet entretien a néanmoins été réalisé et retranscrit, il est traité à la fin de ce rapport. Enfin une des infirmières s'est révélée exercer en fait la fonction d'aide soignante. L'échantillon final se compose donc de 18 infirmières, une aide soignante et un infirmier. Tous ces entretiens ont été réalisés entre octobre et décembre 2003.

- ***Déroulement de l'enquête***

Les entretiens se sont déroulés de la manière suivante. Le chercheur ayant reconstitué les réponses enregistrées par le questionnaire téléphonique en prenait connaissance avant de se rendre au domicile de la personne. Il repérait alors les anomalies éventuelles – incohérences, non réponses – et préparait des relances ou des demandes de complément d'information à propos de réponses jugées particulièrement intéressantes ou significatives. En situation

d'entretien, une première partie se proposait de vérifier la validité des premières réponses – jusqu'à la question 7 généralement – portant sur la situation présente, familiale et professionnelle, de la personne : on actualisait éventuellement les données sur cette situation, ce qui s'avéra souvent nécessaire. Une seconde partie reconstituait le cursus professionnel, familial et géographique, avec une attention toute particulière aux changements dans le régime horaire et dans le type d'activité de soins. Une troisième partie enfin reprenait le questionnaire de la question 8 à la fin en revenant plus particulièrement, comme indiqué plus haut, sur certaines réponses, et en s'intéressant de manière plus approfondie aux thèmes relatifs aux horaires de travail et à la réduction du temps de travail.

- ***Traitement des entretiens***

Tous les entretiens ont été intégralement transcrits. Au terme de leur lecture, des fiches de synthèse de deux à cinq pages ont été réalisées, à partir des rubriques suivantes :

- Interprétation générale de la trajectoire et du profil sociobiographique ;
- Commentaires sur le contrôle, en situation d'entretien, des réponses au questionnaire téléphonique ;
- Cursus : principales séquences professionnelles et familiales depuis la fin de la scolarité obligatoire ;
- Situation et conditions de travail présentes ;
- Horaires ;
- RTT ;
- Vie hors travail ;
- Rapport au syndicalisme ;
- Vision de l'évolution de la condition de soignante ;
- Projets professionnels.

Ces fiches ont permis de réaliser les tableaux décrivant les grandes caractéristiques de l'échantillon et à construire le présent rapport, en particulier en aidant à la mise à jour de trois grands types de cursus professionnels et familiaux. Elles ont nourri les portraits synthétiques individuels qui scandent la seconde partie de ce texte. Elles sont accompagnées de synopsis des cursus accomplis par les personnes depuis la fin de leurs études secondaires jusqu'à ce jour, au regard de l'activité et des emplois occupés.

L'échantillon (tableaux joints)

Situations au moment de l'enquête par entretiens

L'échantillon n'a aucune visée de représentativité au sens statistique. Pour autant, il convient de vérifier que la population rencontrée est suffisamment diversifiée au regard des grands critères de stratification des infirmières repérables dans l'enquête Drees, au moins au plan des situations de travail, d'emploi, et d'horaires.

- *Type d'employeur*. La prépondérance des personnes travaillant en dehors de la Fonction publique hospitalière (FPH) est encore plus nette dans notre échantillon : 14/18, contre 2/3 dans l'enquête Drees. Cette donnée était déjà présente dans notre base d'échantillonnage PACA – effet de la structure régionale de l'emploi dans les établissements

de santé, avec un poids important des cliniques privées – mais elle a été accentuée par l'élimination des infirmier(e)s psychiatriques : ces dernier(e)s travaillent en effet pour la plupart dans la FPH. Du coup notre enquête permet d'explorer de manière intéressante le monde du secteur privé, lucratif ou non lucratif, qui a fait l'objet de peu de recherches en sciences sociales.

- *Type de qualification* : 12 sont des infirmières en soins généraux (ISG), 5 occupent des fonctions de cadre ou de surveillante – 2 dans la FPH, 3 dans le privé – 1 est anesthésiste et 1 est en fait aide soignante.

- *Salaires* : 5 touchent plus de 15 000 F, 10 entre 12 et 15 000 F, et 2 moins de 12 000 F (deux ne sont pas renseignés).

- *Type de services de soins*. Associée à ce premier point, on remarque la fréquence de l'activité actuelle au sein de services de bloc opératoire ou de chirurgie. C'est le cas de la moitié des emplois actuels, l'autre moitié exerçant dans des services de médecine, et une surveillante venant de passer depuis quelques semaines – soit après l'enquête par questionnaire – dans une activité administrative transversale, dite de « gestion des flux de malades ».

- *Les horaires de travail* présentent une gamme de situations diversifiée : trois sont en équipe de nuit, sept sont en journée inscrites dans des cycles, huit travaillent en journées fixes. Ce dernier régime, dont on verra qu'il est plus fréquent en dehors de la FPH est, on le sait, plus fréquent en fin de carrière qu'en début. 5 des 18 infirmières travaillent aujourd'hui à temps partiel (deux à 80 %, trois à 50 %).

ÉCHANTILLON INFIRMIÈRES > 40 ANS								
NOM	N° quest	A G E	SIT FAM	EMPLOI	LIEU ETABL.	TYPE ETABL.	SERVICE	HORAIRE
Sophie A.	650	48	Seule	Cadre	Martigues (13)	Hôpital (FPH)	Médecine	Journée, fixes
Sandrine B.	1531	57	Divorcée, 1(37)	Cadre	Marseille (13)	Hôpital (FPH)	Urgences	Nuit
Lise C.	1281	51	Couple, 3 enf (24,21,13)	ISG	La Roque d'A (13)	Clinique	Médecine	Matin, 1/2 temps
Julien C. (homme)	751	47	Couple, 2 (15, 17)	ISpé	Toulon (83)	Hôpital (FPH)	Bloc	Jour, alt., 80%
Lucia D.	361	53	Couple, 3 (31,30,29)	ISG	Marseille (13)	CAC (PSPH)	Cancérologie	Nuit
Catherine F.	1405	50	Couple, 3 (>18)	AS	La Roque d'A (13)	Clinique	Médecine	Journée, alternants
Sylvie G.	2789	40	Couple, 3 (15,12, 6)	Surveillante	Aubagne (13)	Clinique	Bloc	Journée, fixes
Delphine L.	4604	41	Couple, 2 (15, 12)	Responsable	Aubagne (13)	Clinique	Cons. externe	Journée, fixes
Carole L.	1293	55	Couple, 3 (30,28,22)	ISG	La Roque (06)	Clinique	Bloc	Matin, fixes, 1/2 tps
Michèle L.	513	57	Divorcée, 3 (33,21,20)	ISG	Toulon (83)	Clinique	Bloc	Journée, alternants
Brigitte M.	2000	40	Divorcée, 2 (14,10)	ISG	Marseille (13)	Clinique Mutualiste	Médecine, Cons externe	Journée, alternants
Catherine M.	3719	53	Couple, 3 (33,29,26)	ISpé	Marignane (13)	Clinique	Autre	Journée, fixes
Valérie P.	197	52	Seule, 1 (12)	ISG	Marseille (13)	Clinique	Bloc	Jour, alt., 80%
Marie-Christine P.	2714	49	Couple, 2 (23,19)	ISG	Digne (04)	PSPH	Gériatrie	Journée, alt., 1/2 tps
Odile R.	1056	43	Seule	ISG	Nice (06)	CAC (PSPH)	Soins Intensifs /chirurgie	Journée, alternants
Julie R.	2716	48	Seule, 2 (>18)	ISG	Gap (06)	Hôpital (FPH)	Médecine, Cons externe	Journée, fixes
Daniele S.	4610	51	Couple, 1 (15)	ISpé	La Valette (83)	Clinique	Chirurgie	Nuit, Fixes
Marie S.	2727	62	Seule	ISG	Nice (06)	Clinique	Chirurgie	Journée, alternants
Estelle V.	4537	42	Couple, 2 (14,05)	ISG	Cagnes (06)	Clinique	Gériatrie/soins de suite	Journée, fixes

NB : Prénoms et initiales fictives, situation à la date de la post-enquête.

- *Âges* : Si elles ont toutes, par définition, plus de quarante ans, les infirmières de l'échantillon sont âgées de 40 ans à 62 ans. Entre celles qui ont 40 à 45 ans, au nombre de cinq, et celles qui ont plus de 50 ans, au nombre de 10, on verra que le rapport à l'avenir professionnel est très différent. Sauf exception les premières envisagent encore des possibilités d'évolution de carrière, contrairement aux secondes.

- *Situations de famille* : la plupart (neuf) vivent en couple et ont encore des enfants à charge ; deux sont en couple mais tous les enfants sont partis ; six vivent seules et n'ont pas ou plus d'enfants à charge ; une vit seule avec un enfant de douze ans. On verra que les types de biographies familiales structurent largement la typologie des profils sociobiographiques identifiés dans la seconde partie de ce rapport.

- *Situation des conjoints* : la plupart ont des emplois de niveau de qualification égal ou supérieur, et leur carrière alors souvent – on y reviendra – liée à la mobilité géographique du couple. Deux conjoints seulement exercent une profession moins qualifiée (un employé de libre service et un artisan menuisier).

- *Syndicalisation*. 5 des 18 interviewées se déclarent syndiquées (1 à la CGT, 2 à la CFDT, 1 à FO et 1 à l'UNSA). Ce nombre relativement important laisse à penser que le volontariat pour les entretiens « post-enquête » a plus mobilisé en moyenne les syndiquées que la population de référence.

Trajectoires et mobilités

- *Origines sociales*. Conformément à ce que l'on sait du recrutement social des infirmières, elles sont diversifiées. Si la moitié (sept) ont un père profession intermédiaire ou employé, nombreuses (cinq) sont les filles d'indépendants ou de petits entrepreneurs. Les filles d'ouvriers (trois) et de cadre (deux) sont également représentées. Il faut préciser qu'un bon tiers ont un père ayant exercé dans la fonction publique ou une entreprise publique – sept, dont quatre comme militaire ou policier – et que la moitié ont une mère qui n'a pas eu d'activité professionnelle. Lorsque les mères ont travaillé, ce n'est jamais dans une profession aussi qualifiée qu'infirmière. Il faut donc insister sur ce que ces trajectoires sociales intergénérationnelles signifient comme promotion au sein des lignées féminines.

- *Origines et mobilité géographiques*. La région d'enquête, PACA, est une région d'immigration d'une population plutôt qualifiée en provenance de la région parisienne, du Nord et de l'Est de la France. Cela se vérifie tout particulièrement dans le secteur de la santé qui a été très dynamique en termes de créations d'emploi ces 20 dernières années. Il n'est donc pas étonnant qu'une minorité importante (sept personnes) de l'échantillon ait connu une telle migration. La plupart (cinq de ses sept) sont venues en famille, et pour quatre d'entre elles la logique de la carrière du conjoint a été centrale. Dans deux cas, donc, il s'agit d'infirmières qui sont venues célibataires travailler dans le Sud-Est. À l'autre pôle de l'échantillon, sept autres personnes ont connu une trajectoire purement locale, n'ayant jamais quitté la région, et dans certains cas la ville ou le département d'origine. On note que presque tous ces derniers cas se situent dans les Bouches-du-Rhône. Enfin dans quatre cas il s'agit d'infirmières d'origine locale qui ont connu une migration vers une autre région avant de revenir. En tout état de cause ces migrations nombreuses témoignent de la facilité relative avec laquelle ces infirmières ont pu valoriser leur diplôme sur le marché du travail.

- *Cursus professionnel*. Si l'on considère comme premier emploi l'emploi dans le soin (deux cursus débutent en dehors du travail de soins) : 8 trajectoires conduisent d'un premier emploi dans le secteur privé à un dernier emploi dans le secteur privé ; 7 d'un premier emploi dans un hôpital à un dernier emploi dans un établissement privé ; 3 sont des cursus interne à la FPH, et un débute par l'armée pour être aujourd'hui dans un hôpital.

- *On observe ainsi un poids croissant du secteur privé au fil du cursus*. Plus de la moitié (10/18) a commencé à travailler à l'hôpital public à la fin des études d'infirmières – soit une proportion moindre que la moyenne nationale – mais seulement trois y sont restées jusqu'à ce jour. Huit ont donc fait toute leur carrière dans le secteur privé, lucratif ou non. Seulement trois travaillent aujourd'hui à l'hôpital public. On note toute fois que deux

travaillent dans d'importants centres anticancéreux dans lesquels les conditions de travail et d'emploi paraissent plus proches de celles de la FPH que des petites cliniques privées.

ÉCHANTILLON INFIRMIÈRES > 40 ANS (Suite)

NOM	Prof. père	Prof. mère	Prof. conjoint	Salaire (en F)	Syndicalisme
Sophie A.	Maçon	Sans prof.	Sans conjoint	18 000	
Sandrine B.	Cheminot	Sans	Sans conjoint	18 000	CFDT
Lise C.	Entrepreneur TP	Sans	Attaché INSEE	5 000	
Julien C. (homme)	Gendarme	N.R.	Adjointe maire	13 500	
Lucia D.	vendeur	Sans	VRP	17 000	
Catherine F.	Agriculteur	Agricultrice	Sous Off.	8-10 000	
Sylvie G.	Charpentier	Sans	Artisan menuisier	15 000	
Delphine L.	Commerçant	Commerçante.	Employé libre service	13 000	UNSA
Carole L.	Professeur	Secrétaire	Bouygues	5 600	
Michèle L.	Militaire	Sans	(Div.)Technicien BTP	*	
Brigitte M.	Policier	Femme de ménage	Routier	10-12 000	
Catherine M.	Ingénieur	Sans prof.	Cadre commercial	10-12 000	
Valérie P.	OHQ Seita	Ouvr. Conf.	Sans conjoint	11 000	
Marie-Christine P.	Policier	Sans	Professeur secondaire.	5 500	
Odile R.	Technicien Citroën	Comptable	Sans conjoint	*	CGT, DP
Julie R.	Instituteur	Sans	Cadre infir	10-12 000	CFDT
Daniele S.	Dessinateur. Industriel	Secrétaire	Mécanicien UTA retraite.	10-11 000	
Marie S.	Commerçant	Commerçant	Sans	16 000	FO, CE
Estelle V.	Agent Impôts	Agent EDF	Informaticien	10 000	

- Trois signalent que leur formation s'est faite dans une école de la Croix Rouge, et deux de ces dernières ont fait toute leur carrière dans le privé. Quelques unes ayant bénéficié d'une rémunération pendant leurs études d'infirmières ont été liées par contrat à la fonction publique hospitalière. Chez la plupart des 15 personnes qui travaillent aujourd'hui dans le secteur privé, et qui ont toutes connu l'hôpital public ne serait-ce que lors de certains de leurs stages comme élèves infirmières, la vision de ce dernier est plus ou moins critique. Elle est centrée sur la dénonciation de la bureaucratie, de l'anonymat et de la difficulté d'accéder au service ou aux horaires souhaités qui y régneraient. Dans quelques cas cette vision est au contraire positive, elle repose alors sur les avantages sociaux – salaires, crèches, possibilités de s'absenter – qui le caractérisent. Par contre sa technicité ou son caractère formateur ne sont jamais cités.

- *Quelques cursus atypiques.* Trois ont connu une expérience d'infirmière libérale (l'une de quinze jours seulement, les autres de deux et cinq ans). Deux sont entrées tardivement dans la profession, mais après avoir exercé un emploi dans le monde médical (l'une comme secrétaire médicale, l'autre comme technicienne de laboratoire). Deux cumulent une activité professionnelle dans le privé et une pension de retraite de la FPH.

- *La logique de spécialisation* précoce et durable dans un grand type de service – si l'on distingue entre médecine d'une part, et chirurgie et bloc opératoire de l'autre – est très forte. Huit ont connu une carrière exclusivement ou quasi exclusivement dans la chirurgie ou le bloc, et six en médecine. Seulement quatre ont connu une carrière mixte. On note qu'aucune n'a passé un diplôme de spécialisation (IBODE, IADE, Puéricultrice)

- *Promotion dans l'encadrement.* Quatre sont aujourd'hui dans des fonctions d'encadrement, deux dans le cadre de l'hôpital public – qui prévoit un statut particulier, avec un concours et une formation spécifiques – deux dans le cadre du secteur privé, où l'on verra que les choses sont moins claires.

- *Cursus selon les horaires de travail.* 12 ont débuté leur carrière en travaillant en journées, très généralement alternées, et sept en horaires de nuit. Aujourd'hui seulement 3 sont de nuit, 12 sont en journées avec des horaires fixes, et quatre connaissent des régimes de jour en alternance. Il y a bien un processus de « normalisation sociale » des régimes temporels.

- *Fréquence de l'expérience du travail de nuit :* si seulement trois des infirmières sont actuellement en équipe de nuit – toutes trois ont d'ailleurs débuté dans cet horaire – elles sont neuf autres à l'avoir connu au cours de leur carrière, soit une majorité de notre échantillon . Pour 7 des 11 infirmières qui connaissent ou ont connu cet horaire, c'est en début de carrière qu'il est intervenu.

- *Fréquence croissance des horaires en journées fixes au fil de la carrière.* Conformément à notre hypothèse centrale, le régime horaire des infirmières tend à se « normaliser » au fil de la carrière. En début de vie professionnelle elles étaient presque toutes en journées alternantes ou en horaire de nuit, aujourd'hui la moitié d'entre elles bénéficie d'un régime de journées fixes. Il est vrai que trois de ces huit infirmières en horaires fixes de journées sont des cadres ou des surveillantes.

Première partie : Retour, en situation d'entretien, sur l'enquête téléphonique

Dans cette partie du rapport, nous nous efforçons de répondre à la première demande de la Drees, relative aux conditions de réception du questionnaire téléphonique : les interviewées sont-elles capables de se souvenir des conditions dans lesquelles elles ont répondu ? À quels enjeux de frontières dans l'identité sociale renvoient les « erreurs » les plus manifestes de codage relevées aux plans des catégories professionnelles, des niveaux de diplôme et du statut de l'employeur ? Quels sont les aspects des conditions de travail qui se sont révélés les plus délicats à renseigner ? Comment se sont traduites enfin les difficultés à organiser l'expérience du temps de travail dans les termes objectivant du questionnaire ?

I- L'enquête téléphonique : un souvenir flou, un épisode frustrant

Interrogées plusieurs mois après l'enquête par téléphone sur cet événement, les intéressées ont beaucoup de mal à s'en souvenir. Dans certains cas, le souvenir est tellement vague qu'il se perd dans l'ensemble des appels téléphoniques d'ordre commercial.

Intervieweur : Ce que je n'arrive pas à comprendre, c'est que ce questionnaire était passé au mois de février ou mars de cette année... – *Franchement, j'ai pas le souvenir.* **Intervieweur :** Vous vous en souvenez, de... – *Non. Du questionnaire, non. Mais on me l'a envoyé, ou c'est quelqu'un qui est venu ?* – Non, téléphone. – *Téléphone ? Oui, voilà... Mais...* **Intervieweur :** Ca a dû vous prendre une demi-heure... – *Mais franchement, je m'en rappelle plus...* **Intervieweur :** Ca vous a pas marqué ? – *Non.* **Intervieweur :** Vous savez pas si ça a été pénible... je peux même pas vous poser cette question ?... – *On a tellement de gens qui téléphonent des fois... Alors... Je me rappelle qu'on m'a posé des questions sur mon boulot, tout ça... Puis même je me suis dit, tiens, c'est la clinique qui fait une enquête...* (Sylvie G., 40 ans, surveillante, clinique).

Dans d'autres cas, le manque de tranquillité et de disponibilité au domicile est mis en cause. Les conditions matérielles et psychologiques médiocres de réception des questions accentuent alors les difficultés perçues par d'autres, comme la longueur de certaines questions ou, plus fondamentalement, leur manque de sens ou de pertinence à leurs yeux.

Ça avait duré à peu près une demi-heure. **Intervieweur :** Et comment vous aviez reçu ça ? – *disons qu'en plus il y avait du monde dans la maison, j'entendais pas très bien. C'est pas évident.* **Intervieweur :** Les conditions étaient pas évidentes ? – *Il y avait des questions en particulier. C'est surtout quand il y a des questions longues. Si vous aviez perdu un ou deux mots, alors là c'est fini ! Alors je faisais répéter. En plus, c'était quelqu'un qui avait pas une voix forte. Ca dépend qui est en face. Mais avec du bruit à côté, moi je... c'est pas facile.* **Intervieweur :** Par téléphone c'est peut-être pas évident ? – *disons que moi j'aime bien lire, reprendre la question. Comme ça, d'emblée, si c'est vraiment une petite question très précise. Mais quand c'est quelque chose avec... des histoires de hiérarchie, de responsabilité... moi j'aime bien voir la question écrite* (Lise C., 51 ans, ISG clinique privée).

Autre obstacle à la qualité des réponses, la rapidité de passation du questionnaire :

C'était très très rapide, qu'il fallait vraiment avoir un esprit très vif, et je suis pas sûre d'avoir bien répondu à toutes les questions... Parce que moi, j'ai une certaine inertie, il me faut un certain temps pour répondre... Même « oui ou non » hein ? (Estelle V., 42 ans, ISG, clinique)

« Pointues » et « pas toujours adaptées », ainsi sont caractérisées les questions telles que s'en souvient celle-ci.

Intervieweur : Vous vous en souvenez du questionnaire, de la passation du questionnaire ? – *Oui... – : Parlez-m'en ? Ca a été long, pénible... ? – Non. J'avais trouvé que c'était... certaines questions étaient posées bizarrement, quoi, je... Oui... Un peu... Des fois, je me disais, après, quand j'ai raccroché, j'ai dit, j'ai dû me planter à certaines réponses parce que c'était pas facile. J'ai trouvé ça pointu et en même temps, pas toujours adapté, quoi, donc... (Odile R., 43 ans, ISG, centre anticancéreux).*

Enfin, celle-ci, outre qu'elle en a retenu la fréquence de ses non-réponses ainsi que la frustration classique liée à ce de ce type d'enquête, va jusqu'à percevoir une certaine incompetence de l'enquêteur, dont il lui semble qu'il ne connaissait guère le sens des questions qu'il posait :

J'avais l'impression de faire des non-dits, ou alors de répondre un peu à côté de la question quelques fois, parce que c'était pas, d'abord... L'interlocuteur de l'autre côté savait peut-être pas toujours la pertinence des questions, et donc j'ai pas toujours compris les questions, peut-être, ... Sur ce qu'elle voulait me faire dire... En fait... Et il y a certaines questions qui étaient... C'est comme tous les questionnaires, hein ? Souvent, ça fait ça, on dit oui, je dirais plutôt oui, mais bon... Et on ne peut pas s'étaler, quoi (Lucia D., 53 ans, ISG, centre anticancéreux).

II - Questions d'identité

Dans quelques cas des erreurs de codage semblent être intervenues sur des dimensions importantes de l'identité sociale : catégorie professionnelle, statut de l'employeur, diplôme. En fait, et sauf exception, il semble bien que ces erreurs renvoient, au moins en partie, à des situations effectivement ambiguës, ou floues.

Concernant la catégorie professionnelle, deux cas sont à signaler ici.

Le premier cas est celui d'une aide soignante qui a été codée comme infirmière. Le questionnaire enregistre également un niveau de diplôme de « bac plus trois », alors que la personne n'a que le baccalauréat. La double erreur de codage, sur le niveau de diplôme et sur le niveau professionnel est peu probable. C'est plutôt l'une ou l'autre des informations qui a été « mal » renseignée par la personne – ou mal comprise, ou mal saisie, par l'enquêteur – emportant la décision de codage sur l'autre dimension de l'identité sociale. Or il se trouve que cette aide-soignante avait commencé une formation d'infirmière, qu'elle a abandonnée au terme de six mois, et qu'elle travaille dans une clinique médicale à but lucratif : on sait que dans ce type d'établissements les aides soignantes sont généralement moins nombreuses qu'à

l'hôpital et que les infirmières sont souvent amenées à réaliser des tâches de « nursing ». Autant d'informations contextuelles qui ont pu conduire à la double « erreur » de codage.

Le second cas est celui d'une personne codée comme « infirmière en soins généraux » et qui en fait occupe une fonction de surveillante depuis deux ou trois ans. Mais elle travaille dans une clinique privée, ce passage a été progressif, tardivement formalisé – en lien avec l'accréditation de l'établissement – et n'a pas fait l'objet d'une formation spécifique comme c'est le cas pour le passage aux fonctions de surveillante dans la fonction publique hospitalière. D'ailleurs au cours de cet entretien, cette personne continue à se définir à plusieurs reprises comme « infirmière » :

Pendant deux ans j'étais infirmière du service, on était avec deux aides-soignantes, et c'était la surveillante du bloc qui assurait l'encadrement du service, et au bout de deux ans, on m'a dit, si ça t'intéresse, on te passe responsable, et j'ai été responsable, bon, nommée responsable du service, en ayant une prime, mais on ne m'a pas fait passer de diplôme, tout ça (...) avec une prime de 1 000 FF, à peu près, voilà. Et puis, après, j'ai été, finalement, on m'a laissé le service et je me suis débrouillée, et puis en 2000 on a passé l'accréditation, et du coup, comme il manquait des surveillantes et qu'il fallait un peu rectifier parce que j'étais un peu... le cul entre deux chaises, parce que j'étais surveillante, en même temps j'étais infirmière, on m'a nommé surveillante du service de chirurgie ambulatoire, et des endoscopies. Donc je suis cadre depuis 2000, nouvelle cadre, avec des gardes du week-end (Sylvie G., 40 ans, surveillante, clinique).

Concernant le statut de l'employeur, la première de nos interviewées, bien que travaillant sans ambiguïté dans un hôpital public et y occupant un emploi de titulaire, n'est pas renseignée comme « fonctionnaire » dans le questionnaire. Elle-même n'explicite guère au cours de l'entretien pourquoi elle ne s'est pas déclarée fonctionnaire, bien que clairement informée du fait qu'elle est « assimilée fonctionnaire » :

Intervieweur : Vous êtes à temps plein, bon, première chose qui m'a étonné : vous n'êtes pas salariée de l'établissement. Quand on vous demande le statut, ... Vous n'êtes pas fonctionnaire, vous êtes pas en CDI, vous êtes pas en CDD, vous êtes pas intérimaire... Vous êtes salariée de l'établissement ? – *Je suis assimilée fonctionnaire. Martigues, c'est... Je suis dans la fonction publique hospitalière, mais on est assimilé fonctionnaire, ce n'est pas, on a le statut de fonctionnaire en fait, je suis...***Intervieweur** : En fait, il aurait dû mettre fonctionnaire. C'est-à-dire ou titulaire... Oui, c'est une assimilation, mais une grosse partie de la fonction publique est assimilée fonctionnaire, c'est vrai, mais vous avez le statut de la fonction publique. – *Oui. Fonction publique hospitalière (Sophie A., 48 ans, cadre, hôpital).*

Par contre, interrogée sur ce point notre seconde enquêtée n'hésite pas à donner un sens précis à la réponse de sa collègue : il est courant selon elle que les personnels soignants de la FPH hésitent à revendiquer l'image du fonctionnaire assimilée à celle d'un « petit travail tranquille » :

Intervieweur : Vous êtes à temps plein... Fonctionnaire... Ca vous ne choque pas ? Je vais vous dire pourquoi, parce que j'ai eu un cadre, un cadre infirmier à Martigues, qui dans le questionnaire, m'a, ne s'est pas reconnu dans l'intitulé fonctionnaire...**B** : *Je sais, parce que c'est un mot un peu...***Intervieweur** : D'accord, c'est quelque chose qui est tabou, un peu,

enfin qui... **B** : *Fonctionnaire, dans l'esprit de beaucoup de gens, ça veut dire, sûreté de l'emploi et petit travail tranquille, quoi, voilà.* (Sandrine B., 57 ans, surveillante, hôpital).

Concernant le diplôme, si la plupart des questionnaires enregistrent le niveau « bac plus trois », quelques uns enregistrent le niveau « bac plus deux ». On sait qu'aujourd'hui les études d'infirmières durent un peu plus de trois ans – 37,5 mois, stages compris – alors qu'elles étaient plus courtes dans un passé encore récent qui concerne la plupart de nos infirmières : elles ont en effet fait leurs études dans les années 1960-1970. On sait enfin que la non-reconnaissance de ce niveau « bac plus trois » dans les grilles de la fonction publique est un enjeu conflictuel important. Ces deux raisons expliquent l'incertitude relative dans les auto-déclarations du niveau de diplôme. Tout laisse à penser que les plus revendicatives tendront à afficher le « bac plus trois » là où d'autres se contenteront du « bac plus deux ».

Tel est le sens dans lequel va la déclaration, typiquement revendicative, de celle qui suit. L'ensemble de cet entretien témoigne d'ailleurs d'une vision particulièrement critique des conditions générales d'exercice de la profession. Or son questionnaire était particulièrement mal renseigné sur le volet diplôme (c'est le niveau « CAP-BEP-BEPC » qui était codé) :

Intervieweur : Alors dernière question avant que vous me racontiez votre vie professionnelle... Qui m'a étonnée... C'est le diplôme. Vous avez pas le DE ? – *Si ! J'ai le bac et le DE.* **Intervieweur** : Vous avez le DE, donc, bac + 3, donc voilà. – *Voilà, j'ai le bac + 3, enfin je revendique ça, hein ? Parce que je ne suis pas d'accord. C'est une formation, l'école d'infirmières, c'est pas...* (Marie-Christine P., 49 ans, ISG, établissement privé).

C'est, sous une forme plus interrogative, ce que nous suggère cette personne, dont le niveau de diplôme a finalement été codé « bac plus trois » : elle est en effet en position ambivalente, entre d'une part la référence au niveau officiel de son diplôme tel qu'il a été obtenu il y a près de trente ans – « bac plus deux » – et d'autre part son adhésion à la revendication des élèves infirmiers pour sa reconnaissance à « bac plus trois ». On peut penser également qu'en tant que syndiquée (CFDT) elle est plus sensibilisée que d'autres aux enjeux salariaux attachés à la reconnaissance des titres scolaires.

Intervieweur : Diplôme, bac +3 ? - *Alors, on dit deux ou trois, les infirmières ?* **Intervieweur** : J'allais vous poser la question... – *Dans mon temps, c'était deux et demi, j'ai vu récemment à la télé que lors d'une manifestation, les élèves infirmières réclamaient le bac +3...* **Intervieweur** : Bien sûr, vous savez pourquoi ? – *Ben, de toute façon, ils font trois ans et demi maintenant...* **Intervieweur** : Oui et c'est pour passer cadre de la fonction publique... – *Oui, je ne vois pas pourquoi des gens qui font trois ans et demi d'études seraient bac +2 de toute façon...* **Intervieweur** : Parce qu'à l'époque, vous avez fait ? - *Deux ans et demi. Donc on pouvait considérer que c'était bac +2, c'était entre les deux...* **Intervieweur** : C'est-à-dire, il était considéré... C'était l'argument, considéré qu'il y avait du stage dedans, donc c'était pas... – *Voilà, c'est comme ça qu'ils arrivaient à tourner un peu le système pour éviter de donner bac +3, parce que bac +3 dans l'administration, ça vous renvoie à cadre A. Oui mais alors les médecins par exemple, ils ont beaucoup de stages aussi ?* (Julie R., 48 ans, ISG, hôpital).

On donnera enfin un exemple des petites erreurs de codage qui fourmillent sans que leurs implications ne soient graves : celui d'une infirmière en soins généraux codée anesthésiste, probablement parce qu'elle travaille de longue date dans des unités de réanimation.

III - Un rapport plus ou moins polémique au monde

L'observation relative aux enjeux liés à la déclaration du niveau du diplôme nous conduit à une remarque plus large : l'identité sociale de chacun est faite aussi du rapport, plus ou moins critique ou polémique, à cette identité. Et ce rapport n'est pas indépendant de la relation entretenue par l'enquêté avec les pouvoirs publics, qui sont par ailleurs à l'initiative d'une telle enquête, puisque c'est le ministère de la Santé et des affaires sociales – donc le gouvernement – qui la pilote. Dit autrement, l'usage du questionnaire peut également être celui d'une adresse aux pouvoirs publics. Il doit être interprété comme tel, en particulier dans certains cas, et sans doute de manière plus diffuse pour beaucoup. Rappelons combien l'État est en position de responsabilité directe (FPH) ou indirecte (secteur privé) dans la régulation du système de soins. Les personnes vont ainsi avoir tendance à donner des réponses à partir d'une position plus large que leur simple vécu « ici et maintenant », à partir de leur expérience sociale plus ample et/ou de la position de porte-parole du groupe dans laquelle soit ils sont de fait – surveillantes, syndicalistes – soit ils se mettent à l'occasion de l'enquête.

On peut illustrer cette remarque générale à partir de l'explicitation que fait cette surveillante de la réponse à la question sur l'évolution du « nombre de personnes en grande difficulté sociale » et de l'« exigence du public » envers l'hôpital et les soignants :

Intervieweur : Pourtant vous dites bien que le nombre de personnes en grande difficulté sociale et l'exigence du public ont augmenté, et nous savons que du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences et de votre qualification, c'est plutôt moins bien. – *J'ai dit ça, moi ?* **Intervieweur :** Non non, mais c'est pas un tribunal, hein ? Vous avez bien compris le sens, en effet, de revoir la cohérence, parce que nous, ceux qui font les questions, il faut qu'ils interprètent les réponses après...Ça crée peut-être un malaise aussi, chez, dans vos... – *Il y a un malaise chez les soignants, certes, qu'ils appréhendent davantage la violence, qui fait que on est plus sur le fil du rasoir... Là je parle en globalité, je ne parle pas que de mon cas personnel, comme je le ressens dans une généralité, bon, ça passe par moi, ça c'est clair* (Sophie A., 48 ans, cadre, hôpital).

Ou encore des précisions apportées par cette infirmière, syndicaliste CGT, concernant ses réponses aux questions de formation.

Intervieweur : Formation adaptée, vous mettez non. Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général une formation adaptée, vous mettez non. – *Parce que je dirais que, bon, moi, peut-être oui, mais moi, ça fait tellement longtemps que je suis là...*

Intervieweur : Vous pensez qu'il n'y a pas assez de formation... ? – *Non* (Odile R., 43 ans, ISG, centre anticancéreux).

IV - Conditions de travail

IV-1 Formes de polyvalence

La possibilité d'exercer de manière polyvalente plusieurs types d'activités, par exemple dans divers services de soins, est bien prévue par le questionnaire. Ce dernier interroge alors sur l'activité « principale ». Mais le partage du temps de travail entre activité principale et secondaire peut-être assez équilibré, et il peut alors être délicat de répondre à un certain nombre de questions générales posées sur l'évolution des conditions de travail, des relations avec le public quand les conditions d'exercice de l'activité diffèrent profondément.

Afin d'illustrer cette difficulté générale, on peut examiner un cas, non prévu par les concepteurs de l'enquête, celui d'un partage parfait entre deux mi-temps correspondant à des conditions très contrastées de travail, l'un dans l'enceinte de l'hôpital, l'autre au domicile des patients. Dans ce cas la personne a même préféré anticiper les difficultés à répondre au questionnaire, en prenant l'initiative de simplifier sa situation :

J'avais deux mi-temps différents, un mi-temps en pneumologie, consultations, et un mi-temps, un peu particulier, j'étais détachée à l'antenne des insuffisants respiratoires... Mais je gardais mon poste, ma place à l'hôpital, j'étais toujours à l'hôpital, payée par l'hôpital, et ce sont les associations qui payaient l'hôpital... C'est un peu particulier... Intervieweur : Et cette situation ? – S'est finie en fin octobre. Intervieweur : C'est récent... – Oui, pour des raisons de santé... Donc là, je suis en pneumologie, à temps plein. Intervieweur : Et avant ces deux mi-temps, vous aviez déjà un poste ? – Ca remonte à 1989, j'étais alors en mi-temps en pneumologie – Intervieweur : D'accord. Donc, voyez déjà : travaillez-vous dans différentes unités ou services de l'établissement, il a été mis « non » – Parce que ce jour-là, j'ai peut-être pas voulu expliquer tout ça... Un peu difficile... Intervieweur : Intéressant, ce que vous dites... Parce que par téléphone, c'est peut-être un peu... ? – Oui, ça me semblait plus simple... (Julie R., 48 ans, ISG, hôpital).

La même personne peut connaître des formes contrastées de polyvalence dans son activité de travail, les unes plutôt vécues positivement, les autres négativement. Dans l'extrait d'entretien qui suit, la personne – dont le questionnaire n'enregistre qu'une seule forme de polyvalence, au sein du service – est en fait également appelée à travailler dans d'autres services au sein de la clinique pour pallier des absences de personnel. Cette dernière forme de polyvalence est nettement plus négative à ses yeux. Le questionnaire a échoué à saisir cette distinction :

Intervieweur : Alors, par rapport à cette polyvalence, on vous pose la question, du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences et de votre qualification, est-ce plutôt mieux, moins bien, sans effet ? Vous dites plutôt mieux... Pour vous, la polyvalence, c'est... Parce qu'en même temps, ça a l'air d'être drôlement perturbateur... – *Bon, nous, dans nos services, on est polyvalent, parce qu'en fait on fait diverses choses, c'est intéressant, voilà. Mais le fait... Non, d'aller dans les services, c'est pas « plutôt mieux ». Pas du tout. Intervieweur :* Pour vos compétences, ça vous enrichit ? – *Pas du tout. Moi, ça ne m'apporte rien de plus, en fait on m'appelle, je pense que... On a tendance à être polyvalente et ils nous appellent pour ça et bon, quelque part, moi maintenant, ça commence un peu à me peser... Mais bon, ma collègue qui est plus jeune, ça lui pèse aussi, ceci dit. Intervieweur :* Donc,

voyez, ça été coché « plutôt mieux »... – *Parce qu'on a pas dû se comprendre...*

Intervieweur : Alors que du point de vue de votre charge de travail, vous dites c'est sans effet... Pas si sûr que ça...? – *Je devais... Pas polyvalence pour aller ailleurs, heu non, c'est plus lourd, par exemple moi, la directrice de soins m'a remis en début de semaine un inventaire à faire, à rendre pour lundi, on est quand même jeudi, il me reste demain à aller au travail, je n'ai pas encore pointé un article, alors qu'il faut impérativement, on m'a fait signer un papier comme quoi je vais le remettre lundi. Donc, si demain on me téléphone, on me dit, il faut aller dans tel service, hé bien, mon travail propre, c'est sûr qu'il va subir les conséquences...*

Intervieweur : Oui, exactement, d'accord. Non, parce que c'est vrai que moi j'étais un peu étonné, parce que vous aviez l'air très satisfaite du point de vue de l'intérêt de votre travail ou de vos compétences, vous aviez l'air très neutre du point de vue de la charge de travail, et vous aviez l'air même plutôt satisfaite du point de vue des résultats de votre travail, « plutôt mieux ». – *Oui, dans mon service propre. Aux soins externes.*

Intervieweur : Voilà, c'est ce que vous vouliez dire, cette polyvalence là, vous l'acceptez, mais la polyvalence entre divers services... – *Voilà, moi c'est ce que je lui ai dit à la personne, mais en fait, on n'a pas dû se comprendre... Je ne l'entendais pas bien au téléphone...*

Intervieweur : Mais ça, c'est plutôt de la réquisition, c'est ça ? – *Oui, c'est sûr (Julie R., 48 ans, ISG, hôpital).*

On retrouve la même distinction entre la polyvalence volontaire et positive, et la polyvalence subie - pour cause de remplacement d'absente - et négative dans l'extrait qui suit.

Intervieweur : Donc, vous avez deux polyvalences, même, si j'ai bien compris puisque vous travaillez sur deux services, et en plus, à l'intérieur du ou des services ... – *Et je pars au bloc de temps en temps aussi.*

Intervieweur : Ah vous partez au bloc aussi ? – *Je pars au bloc, je fais de la salle de réveil, quand j'ai une urgence par exemple, un malade à reprendre, par exemple, je suis susceptible de descendre au bloc, d'intuber le malade, de ...*

Intervieweur : Et vous confirmez que c'est plutôt moins bien, autant pour l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification, de votre charge de travail, ou des résultats de votre travail, hein ? Vous êtes plutôt... « moins bien » vous avez dit. – *Depuis les 35 heures ?*

Intervieweur : Non non, le fait d'être polyvalent. Le fait de changer, de poste, de service, de... Enfin, qu'est-ce qu'on peut dire ? – *Ouais...*

Intervieweur : Parce que rentrer ce qu'on a dans la tête, dans une grille, c'est pas évident... De dire oui ou non. – *Sûr... Plutôt moins bien... Je dirais que c'est bien la polyvalence. C'est bien à partir du moment où c'est consenti, et où ça va dans l'intérêt de la personne. C'est-à-dire, si c'est... Moi, par exemple, je suis intéressée par le bloc, je trouve normal qu'on m'envoie au bloc de temps en temps puisque j'ai envie d'y aller. Donc si on... Si la polyvalence est orientée dans ce sens-là, c'est plutôt bien.*

Intervieweur : Il faut faire une construction collective, autrement... – *Voilà, mais quand on envoie dans un service de chimiothérapie, où c'est aussi très pointu dans...*

Intervieweur : Ca vous arrive ? – *Ça m'arrive. Alors là, c'est une catastrophe.*

Intervieweur : Et pourquoi on vous y envoie ? – *Parce qu'il manque du monde, par exemple.*

Intervieweur : Donc ça, ça arrive. C'est intéressant. – *Et c'est de plus en plus, et ça sera de plus en plus, puisqu'en ce moment, on a des réunions avec les médecins qui veulent de plus en plus qu'on soit capable d'aller partout.*

Intervieweur : Oui, flexibilité... Et vous arrivez à lutter contre, collectivement ? – *Ah oui, moi je... Moi, j'arrive à lutter contre parce que maintenant je suis connue dans l'établissement, parce que... Donc c'est vrai qu'ils ne demandent pas à certaines personnes... (Odile R., 40 ans, ISG, centre anticancéreux).*

IV-2 Relations au public, aux patients, aux familles

Au sein de la rubrique conditions de travail, la question des relations au public, aux patients et aux familles est une de celles qui semble avoir suscité le plus de perplexité parmi les enquêtées.

Six questions tentent d'appréhender l'évolution des relations avec le public. Outre ce qui est dit plus haut à propos de la manière dont une expérience sociale plus large que la position professionnelle occupée ces trois dernières années est au principe de bien des réponses, en particulier sur ce point, les entretiens font apparaître des commentaires, des nuances, des distinctions qui cadrent mal avec le questionnaire. Tout d'abord, avec l'importance de la distinction entre d'une part les patients ou les malades, de l'autre les familles. Ensuite avec la complexité de la notion de « public en grande difficulté sociale ».

Pour cette infirmière qui travaille à mi-temps depuis quatre ans dans un centre privé réalisant des cures d'amaigrissement, la notion de « public » est opaque :

Intervieweur : Alors, depuis février ou mars 2000, la question était posée comme ça, vos relations avec le public se sont-elles modifiées ? – *Le public ?* **Intervieweur** : Je pense que c'est avec les patients... euh, diriez-vous que le nombre de personnes avec lesquelles vous êtes en contact a augmenté, vous dites oui. – *Bah, oui, parce que je travaillais pas* (Lise C., 51 ans, ISG, clinique).

Pour celle-ci qui travaille depuis près de trente ans dans un centre de traitement du cancer, les familles sont plus « présentes », « parties prenantes », plus « critiques », et les malades sont plus demandeurs d'information que par le passé.

Intervieweur : Le nombre de personnes avec lesquelles vous êtes en contact a augmenté ? – *Oui, parce que les familles sont plus présentes. Elles sont plus présentes, et elles sont plus partie prenante. Les malades savent très bien ce qu'on leur fait ou pas, quand on leur fait, bon... En général, le malade qui est à peu près normal... Le malade a pas changé, par contre il va poser plus de questions, il va donner, émettre plus de critiques, la famille va avoir aussi un esprit beaucoup plus critique, va avoir beaucoup plus de demandes, et c'est vrai que si on reste pas sur ses gardes, la nuit, où vous avez le temps de leur faire plaisir, vous leur faites plaisir, puis le lendemain ils demandent la même chose, et que vous leur dites, tout à l'heure, je n'ai pas le temps, ils ne comprennent pas* (Lucia D., 53 ans, ISG, centre anticancéreux).

Et pour la même, c'est moins le « nombre de personnes en grande difficulté sociale » que le fait que les malades expriment plus facilement que par leur passé leurs difficultés de divers ordres, qui est en cause :

Intervieweur : Est-ce que, oui, vous avez dit oui, le nombre de personnes en grande difficulté sociale vous paraît avoir augmenté aussi ces dernières années, ou pas ? – *Je crois que c'est plus dit, c'est tout. On a l'impression que ça a augmenté, c'est là qu'elle est ambiguë, un peu, la question, je trouve. Avant, les gens... Ils se faisaient à leur état d'être, ils étaient malades, il fallait surtout pas trop le dire, parce que c'est pas beau, un cancer, c'est encore ça, quand même, hein ? Alors bon, je dirais ça comme ça, mais là, maintenant, tout le monde a besoin – même le mec qui est pas malade, à l'heure actuelle – on est des parasites. On a toujours*

besoin d'une aide quelque part, de quelque chose, c'est toujours la responsabilité de l'autre, il m'est arrivé ça, alors comment je peux gratter, quoi. C'est ça, hein, le problème, moi aussi je fonctionne comme ça, tout le monde. On nous a fait venir les parasites, et les gens quand ils ont de surcroît un problème, une maladie comme ça, tous les problèmes familiaux ressortent (Lucia D., 53 ans, ISG, centre anticancéreux).

D'ailleurs la notion de « personnes en grande difficulté sociale » ne va jamais de soi pour les interviewées. C'est le cas pour celle-ci, qui connaît l'établissement privé où elle travaille depuis une vingtaine d'années : en dehors de l'apparition de patients d'origine immigrée, elle est en difficulté pour répondre à cette question :

Intervieweur : Diriez-vous que le nombre de personnes en grande difficulté sociale a augmenté, diminué, resté stable ? – *En grande difficulté sociale ? Je vois une évolution du type de population, mais la difficulté sociale, je ne me rends pas compte. Du type d'évolution, du type de population, oui.* **Intervieweur** : Donc, il y a plus de gens – *Oui, non, effectivement, il y a beaucoup de gens à la CMU.* **Intervieweur** : Hein, c'est ça, ça se perçoit... Ça se perçoit peut-être plus à l'hôpital – *Mais, oui. Je vois qu'il y a un type de population qui est, on a beaucoup plus de Turcs, on a beaucoup plus de...* **Intervieweur** : Oui, c'est ça, d'émigrés, d'étrangers, de... – *...qu'à une certaine époque. Oui.* **Intervieweur** : Ce sont bien des gens en difficulté sociale... – *Mais est-ce qu'il sont en difficulté sociale, je ne peux pas vous dire, hein, je ne sais pas... Je me rends pas compte, moi, s'ils sont en difficulté sociale.* **Intervieweur** : D'accord... – *Parce que, quand ils viennent pour passer une fibro, je les vois, ils arrivent le matin, je sais pas où ils habitent, comment ils habitent, s'ils sont si, je ne me rends pas compte de la difficulté sociale...* **Intervieweur** : D'accord. – *Je vois simplement que ce sont des gens... Et encore... Je fais pas attention parce que ce sont des étiquettes administratives, qui sont à la CMU, je me dis, tiens, il y a beaucoup plus... C'est vrai que j'ai fait le constat qu'il y avait beaucoup plus de Turcs qui venaient pour des examens, qui venaient se faire opérer, ou qui venaient... Mais est-ce que ça veut dire que ces gens-là sont en difficulté sociale ? Pas forcément...* **Intervieweur** : Enfin on voit si les gens sont dans la panade, non ? – *Sais pas ? Parce que, en général, tout se mélange, dans les lieux de soins... – Oui mais qu'est-ce que vous entendez par difficulté sociale en fait ? Des gens qui...* **Intervieweur** : Bien, des gens qui, la difficulté sociale, c'est de pas avoir de boulot, de pas avoir de revenus, et... Bon. Voilà, et... – *Oui, beaucoup plus de gens ont la CMU, effectivement...* (Catherine M., 53 ans, ISG, clinique).

Il en est de même pour cette cadre d'un service d'urgences d'un grand hôpital : c'est pourtant le type même de service dans lequel, on le sait, l'évolution du public semble pouvoir être la mieux caractérisée par la notion de « difficulté sociale ». Elle préfère pourtant, après réflexion, utiliser le terme de « difficulté psycho-sociale » :

Intervieweur : par contre vous notez une augmentation du nombre de personnes en grande difficulté sociale ? C'est net ? – *Oui, c'est, je dirais pas forcément... C'est à la fois social, mais c'est surtout intellectuel, vous voyez, les gens... C'est difficile à expliquer...* **Intervieweur** : Une détresse plus morale, plus psychique en fait, c'est ça ? – *Oui. Gens perturbés, pauvres intellectuellement, très pauvres. Et donc bon...* **Intervieweur** : Parce que, difficultés sociales, c'est vrai que c'est très vague et très générique, ça peut être des gens qui n'ont plus de bien-être social aussi, enfin qui ont perdu... – *Déjà, il y a tous les gens, les SDF par exemple, bon...* **Intervieweur** : Oui, comme si la CMU a dû renforcer, peut-être,

l'afflux... C'était des gens qui mourraient dans le rue tout seul sans rien demander...– *Oui. Certainement. Moi, ce qui me choque beaucoup, et quelques fois ça me met en colère, c'est les gens qui viennent aux urgences, pour pas grand-chose. Et c'est là que je me dis, bon, quand ils arrivent à trois heures du matin et qu'ils vous disent, « j'ai mal à la tête, depuis trois jours », vous dites, pourquoi il est pas venu dans la journée ? Donc, je pense que c'est une détresse, je dirais psycho-sociale, parce que je crois que c'est, bien, ils sont seuls, ils sont perdus... Alors après, ce n'est pas ça le problème, c'est que, ils appellent les pompiers, pour pas grand-chose, enfin, ça coûte cher. Vous voyez, quand on parle du trou de la sécu, ça coûte cher. Et quand on dit, bon, on leur a fait ce dont ils avaient besoin parce qu'on ne refuse pas, bon... Ils sont vus par un médecin, un psy ou par les deux, et qu'on arrive, là, vous pouvez rentrer chez vous. Alors ils veulent, ou que les pompiers les ramènent, ou qu'on appelle une ambulance. Alors je leur dis, attendez, votre état de santé ne nécessite pas une ambulance. « Ah mais oui madame mais moi je suis à 100 % »... Ils ont la CMU. Je leur dis oui, moi aussi je suis à 100 %, mais votre état de santé ou votre âge, parce que bon, on peut appeler une ambulance pour une personne de 80 ans, mais... « Ah oui, mais comment je fais ? » Bien, comme vous pouvez. Alors je fais demander un taxi, donc j'ai encore cette responsabilité, bon. Mais il y a des fois où je dis non, non parce qu'il est venu il y a deux jours, et il revient ce soir, il va revenir demain, et ... Voilà (Sandrine B., 57 ans, surveillante, hôpital).*

Pour celle-ci, qui exerce dans une clinique spécialisée dans les « soins de suite » et personnes âgées, depuis quatre ans, le sens de « personnes avec qui vous êtes en contact » est également trop vague. Par contre, une fois introduite la distinction entre « patients » et « familles », les choses sont plus claires. Elle ira d'ailleurs plus loin dans un autre passage de l'entretien en mettant en relation l'orientation accrue de l'établissement vers une clientèle argentée, et la dégradation de la relation entre les soignants – tout particulièrement les aides soignantes – et les malades, lesquels ont eu l'habitude au cours de leur vie de « se faire servir ».

Intervieweur : Au niveau du changement, alors bon, depuis trois ans, depuis que vous êtes là, est-ce que vous voyez une évolution, sur le nombre de personnes avec lesquels vous êtes en contact ? Augmenté, diminué, resté stable ? Vous aviez mis augmenté ? – *C'est vague, ça, parce que le nombre de personnes avec qui je suis en contact, c'est au niveau patients ?*

Intervieweur : Patients ou familles ? – *Oui, ça a augmenté. Et ce qui fait augmenter le chiffre, je dirais plutôt les familles, qui sont de plus en plus demandeuses, parce que les patients ça ne change pas, on a toujours autant de patients.* **Intervieweur :** On a accéléré la rotation des patients ? – *Non.* **Intervieweur :** On n'a pas raccourci la durée de séjour chez vous ? – *Non. C'est toujours un mois. Mais les familles, on les voit de plus en plus souvent ...* (Estelle V., 42 ans, ISG, clinique).

On retrouve la difficulté de répondre sur une question relative à une évolution sur les trois dernières années, alors que pour beaucoup c'est sur un terme plus long que les changements sont perceptibles. Tel est le cas pour cette cadre, qui exerce depuis une douzaine d'années dans une clinique.

Intervieweur : Et est-ce que... Non, vous avez dit non... Je vais quand même vous la reposer, parce que... Je vous la lis : « Vos relations avec le public se sont-elles modifiées depuis trois ans ? » C'est-à-dire depuis janvier, février, mars 2000 ? Est-ce que vous trouvez

qu'il y a un public différent, ou des relations différentes, ou... Alors si je vous repose la question en disant depuis dix ans par exemple ? – *Depuis dix ans, peut-être parce que les gens sont beaucoup plus exigeants, ils ont moins le respect des ... Avant, bon je dis pas que les soignants étaient respectés, mais bon, on avait quand même une certaine... On disait, c'est une infirmière, c'est le médecin... Maintenant, les gens, bon... Il faut toujours aller vite, ils sont, ils se croient à Auchan en train de faire les courses...* **Intervieweur** : Des consommateurs...– *Voilà, les consommateurs. Tout est dû, tout est...* (Sylvie G., 40 ans, surveillante, clinique).

Enfin, la manière dont c'est une expérience sociale bien plus large que l'expérience professionnelle de court terme qui nourrit la vision du rapport au public est illustrée par cet extrait d'entretien, dans lequel une infirmière compare le statut de sa profession à celui des enseignants aujourd'hui, par opposition à celui du « curé », de l'« instit » et du « médecin » par le passé :

Intervieweur : Est-ce que les exigences du public vous paraissent avoir augmenté, diminué, restées stable...– *Augmenté. Les gens sont de plus en plus consommateurs, entre guillemets. C'est-à-dire que voilà, pour eux, c'est un droit, c'est un dû, et...* **Intervieweur** : Et en plus, peut-être, parce qu'ils ne se croient pas plus instruits sur... ? – *Ah oui.* **Intervieweur** : Avec la diffusion médiatique. – *C'est comme, comparé, je pense, avec les... Je pense, avec la profession d'enseignant, c'est pareil, les parents n'ont plus la même attitude. Je pense qu'on peut comparer.* **Intervieweur** : Bon parallèle.– *Je pense qu'on peut comparer, hein ? Avant, dans un village, il y avait le curé, l'instit, et le médecin. Maintenant, ... C'est plus ça* (Marie-Christine P., 49 ans, ISG, établissement privé).

IV-3 Contraintes de délais et de rythme

La question portant sur les contraintes de rythme et de délais reprend un certain nombre d'items qui ont été parfois mal compris : il s'agit des « normes de production ou de délais » à « respecter en moins d'une heure » ou « moins de 24 heures », et de la « demande extérieure » (public) « obligeant » – ou « n'obligeant pas » – à une réponse immédiate ». Témoigne de cette difficulté de compréhension cet extrait d'entretien avec une infirmière, surveillante de nuit dans un service d'urgences hospitalier depuis sept ans. Comme son nom l'indique, c'est le type même de service hospitalier fonctionnant en continu et en dépendance totale à la notion d'urgence, si forte en milieu hospitalier. Comment s'étonner que les questions précises sur les normes et les délais et sur la notion de réponse immédiate ou non ne fassent guère de sens ?

Intervieweur : Alors votre rythme de travail est-il imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ? Non, vous dites. Dépendance immédiate vis-à-vis du travail du personnel médical, oui. Et des normes de production ou de délai à respecter. Voilà. Oui, bon, ça, il n'y a rien de... En fait, il y a des non-réponses, des endroits où... Vous avez pas répondu, est-ce que c'est parce que les questions sont pas claires ? – *Je pense que j'ai pas su...* **Intervieweur** : Votre rythme de travail vous est-il imposé par des normes de production ou de délai à respecter, en une journée ou plus. – *Alors voilà, j'ai pas compris.* **Intervieweur** : Vous avez pas compris. Parce qu'avant, il y avait des normes de production ou des délais à respecter en une heure ou plus. C'est-à-dire des choses à faire dans l'urgence sur une heure, ou des choses à faire sur une journée. – *Il y a des choses à faire en urgence.* **Intervieweur** : Voilà, ça vous avez répondu oui... – *Il faut faire un fax, il faut appeler la*

police, ... **Intervieweur** : Oui, moi je trouve aussi que ces questions sont... peut-être... – *Mais c'est vrai que c'est pas évident.* **Intervieweur** : Une demande extérieure du public obligeant une réponse immédiate, oui. Une demande extérieure du public n'obligeant pas une réponse immédiate, pas de réponse. Ca vient, je pense, de l'interprétation de la question. – *J'ai pas dû comprendre.* **Intervieweur** : D'accord, non, mais c'est justement ça qu'il m'importe de remonter... – *Les questionnaires, j'en avais fait quand j'avais fait mon mémoire, c'est très très compliqué. Je veux dire, il faut être de l'X ou de l'ENA pour faire...* (Sandrine B., 57 ans, surveillante, hôpital)

Autre exemple, celui de cette infirmière devenue cadre dans une clinique, qui, même en situation d'entretien, comprend mal la question sur les délais tant il lui semble évident que son travail est structuré en permanence par l'urgence.

Intervieweur : Une chose qui m'avait étonné, c'est que... Avez-vous à répondre à une demande ou une consigne dans un délai de cinq minutes, c'est-à-dire, est-ce qu'il y a de l'urgence de temps en temps? – *Oui, tout le temps. Ca arrive souvent.* **Intervieweur** : Là, il a été mis *jamais* – *Je sais pas...* **Intervieweur** : C'est l'interlocuteur que vous avez eu au téléphone... Et dans la foulée, on vous demande, c'est pour ça que... – *Et je peux faire plusieurs choses à la fois, si vous voulez savoir...* **Intervieweur** : Donc, c'est pas vrai. Dans la foulée, on vous demande, pour faire votre travail, avez-vous la possibilité de faire varier les délais fixés ? Vous répondez sans objet, pas de délai... Enfin, on vous a codé... – *J'ai pas très bien compris... Pour ?* **Intervieweur** : Pour faire votre travail, avez-vous la possibilité de faire varier les délais fixés ? – *Ah bien oui. Un peu. La personne qui a...* **Intervieweur** : Alors ce qui était contradictoire, c'est qu'après, la question, c'est êtes-vous obligée de vous dépêcher, vous répondez souvent. Alors qu'il n'y a pas de délai, je me demandais pourquoi... – *Des fois, il nous faut plusieurs mains .* **Intervieweur** : Alors d'où viennent les situations justement où il faut se dépêcher – *Ben, d'urgence, soit c'est un problème médical, il faut activer vite, ou soit parce qu'on nous demande quelque chose...* (Delphine L., 41 ans, surveillante, clinique)

Des notions utilisées dans le questionnaire, telles « normes de qualité », ou même « qualité du service », dont on sait qu'elles ont pourtant envahi les démarches managériales dans les établissements de santé, en particulier à l'occasion de l'accréditation, semblent encore ne guère faire sens pour une partie du personnel. Elles sont plusieurs à avoir corrigé la notion de « qualité de service » par celle de bien-être des malades. En témoignent les répliques de cette infirmière aux relances de l'intervieweur.

Intervieweur : Devez-vous personnellement respecter des normes de qualité ? J'accélère un peu parce que je n'avais pas prévu de vous faire remplir complètement le questionnaire... Devez-vous personnellement respecter des normes de qualité précises ? – *C'est-à-dire ? Quoi ?* **Intervieweur** : Si je vous dis, ça perd son sens... Non, mais par exemple, d'hygiène... – *Oui, ça oui, faut (...)* **Intervieweur** : Une erreur dans votre travail peut-elle ou pourrait-elle entraîner des conséquences graves pour la qualité du service ? – *C'est plutôt, pas sur le service mais plutôt sur les malades...* (Julie R., 48 ans, ISG, hôpital).

V- Temps de travail

Le travail de soins se prête mal à une relation comptable au temps de travail. Nous sommes dans un monde d'arrangements : arrangements avec les règles, elles-mêmes très variables d'un établissement à l'autre et pas toujours bien connues des intéressées, malgré l'existence de règles plus universelles – fonction publique hospitalière – ou de conventions collectives ; arrangements au sein des collectifs de travail, avec les surveillantes et entre collègues ; arrangements d'autant plus fréquents que les établissements sont de taille modeste – et donc propices aux conventions – sociales de type domestique – et que la charge de travail s'avère forte/et ou variable compte tenu des effectifs disponibles. Bref, notre enquête enregistre ici une très forte accoutumance à l'écart entre la pratique et la norme réglementaire et légale, que cet écart soit reconnu ou qu'il soit méconnu par les intéressées. On comprend que dans bien des cas les réponses au volet du questionnaire concernant les horaires de travail – en particulier aux questions touchant aux pauses, aux dépassements horaires, aux fluctuations de la durée effective par rapport à l' « horaire habituel » – soient des approximations eu égard aux pratiques saisies dans les entretiens semi-directifs (5-1). Cette donnée de base qui a des implications très directes sur la qualité des réponses au questionnaire (5-2) doit cependant être nuancée. Avec l'alourdissement de la charge de travail, le recours aux remplacements, l'usure professionnelle qui en résultent, et la mise en place des « 35 heures » qui a amené à mettre à plat et à débattre des « temps gris » du travail – pauses, habillage et déshabillage, temps de relève et de transmission des consignes – nos interlocutrices sont souvent bien informées des règles ; mais elles disent souvent jouer avec ces dernières de manière à résister à la densification de la journée de travail (5-3).

V-1 Prénance des « arrangements »

La banalisation des dépassements horaires quotidiens est l'une des caractéristiques clef de cette relation non comptable au temps de travail. Elle est dans une certaine mesure inscrite dans la règle, puisque les heures supplémentaires ne sont pas pleinement reconnues comme telles : elles sont, au mieux, rémunérées ou récupérées « heure pour heure » (sans sur-rémunération), même dans le secteur privé.

Dans l'échange qui suit entre l'enquêteur et l'interviewée, cette dernière, par ailleurs syndiquée CFDT, et bien informée sur la réglementation, parle de demi-reconnaissance de ces dépassements ; et, devant l'insistance du sociologue à propos de l'a-normalité de la situation à l'hôpital, met un terme au dialogue en lui rappelant qu'il y a peu l'ensemble du travail infirmier était gratuitement réalisé par des nonnes.

Intervieweur : Et au niveau du temps de travail ? - *Beaucoup d'heures supplémentaires.*
Intervieweur : Non reconnues ou... ? – *Pas forcément non.* **Intervieweur :** Oui ? Qui étaient déclarées quand même ? – *Après oui.* **Intervieweur :** Qui étaient compensées ou payées ? – *Moitié-moitié.* **Intervieweur :** Quelle est la règle en général à l'hôpital ? – *Il n'y en avait pas. Normalement, dans l'hôpital, les heures supplémentaires ne sont pas payées. Mais il se trouve que maintenant, ils sont un petit peu coincés, pas dans mon cas personnel, mais des fois, l'été, ils proposent aux temps partiels de faire des heures supplémentaires. On conseille à tous les gens qui sont en temps partiel de demander plutôt à passer à temps plein sur un mois ou deux. Ce qui compte pour la retraite... Alors que les heures sup', ça compte pour rien du tout. Et en plus de ça, mes heures supplémentaires m'étaient payées moins que ce que je gagnais*

normalement, dans la mesure où j'ai une certaine ancienneté, où je dépasse un certain indice, et les heures supplémentaires ne sont payées pas au-delà d'un certain indice. Qui était inférieur au mien. J'avais pas intérêt... **Intervieweur** : Qu'est-ce que vous en pensez de ça, parce qu'on utilise l'expression heures supplémentaires. Et les heures supplémentaires, partout ailleurs, dans le privé en particulier, sont payées 25 % les premières, 50 % les secondes. Alors qu'à l'hôpital, c'est toujours heure pour heure, voire, ce que vous êtes en train d'expliquer et que j'ai déjà rencontré, moins que... – Jusqu'à maintenant, les heures supplémentaires étaient récupérées. **Intervieweur** : Heure pour heure, aussi. – Oui. Mais faut pas oublier que le diplôme d'infirmière n'existe que depuis 1949, et avant c'était des bonnes sœurs, hein ? (Julie R., 48 ans, ISG, hôpital)

D'ailleurs la même précise un peu plus loin, à l'image de bien d'autres, qu'en deçà d'une demi-heure de dépassement, elle ne les enregistre pas. Ces petits dépassements restent ainsi dans le monde de l'informel, et sont susceptibles de faire l'objet de récupérations tout aussi informelles.

Intervieweur : Une semaine normale, par exemple ? Vous dépassez de combien ? – Ça dépend de tout ce qu'il y a à faire au patient. Si le patient arrive, il y a un EFR à lui faire, je vais prendre un certain temps, si en plus, une gazométrie avec oxygène et une sans oxygène, ça veut déjà dire un laps de temps de vingt minutes entre la première et la deuxième, donc il faut déjà vingt minutes en plus... Comme des fois on le sait pas à l'avance, ça se décide pendant la consultation... **Intervieweur** : Et ça se répercute en fin de journée, c'est ça que je voulais dire, donc sur une semaine courante, ça vous arrive une ou deux fois, trois fois ? – Deux fois on va dire. **Intervieweur** : Et vous partez combien de temps après l'horaire ? – Une demi-heure. **Intervieweur** : Demi-heure quand même ? Une ou deux fois une demi-heure, chaque semaine ? Quand même... Et que vous marquez ? – Oui. **Intervieweur** : Donc, votre heure de départ, elle est... – Une demi-heure, je la marque, un quart d'heure, je le marque pas. **Intervieweur** : Mais plusieurs quarts d'heure, ça fait vite une heure... Mais bon, c'est une habitude ? – Parce que j'avoue que moi, si je finis un quart d'heure, je partirais dix minutes en avance, voilà. Je m'en vais, la surveillante elle le sait, donc c'est pour ça qu'un quart d'heure, je le compte pas. (Julie R., 48 ans, ISG, hôpital)

La difficulté à respecter strictement les temps de pause – pauses repas et autres pauses – est une autre caractéristique de cette relation non comptable au temps de travail. Dans l'exemple suivant, la pause repas est reconnue officiellement mais non rémunérée, alors qu'une autre pause, également officielle, est rémunérée mais bien plus difficile à respecter. Face à cette contrainte, la personne cherche une contre partie au travers du non-respect de la règle du pointage en tenue de travail, anticipe l'heure officielle de prise de poste, et précise qu'elle ne maîtrise pas les périodes de récupération des dépassements horaires et des congés.

Intervieweur : Les pauses, vous avez des pauses officielles au cours de... – Officielles on les a, en principe on les a pas. **Intervieweur** : Pause repas, déjeuner ? – On a une demi-heure pour déjeuner, et normalement on a quinze minutes de pause pour les 35 heures parce qu'avec le système de 35 heures, pour qu'on soit plus longtemps présents, ils nous donnent une pause de 15, 20 minutes même. En cours de journée, mais de toute façon on ne peut pas la prendre, alors... **Intervieweur** : Parce que vous avez 8 heures de présence, c'est ça ? – On a huit heures de présence. **Intervieweur** : Et sur ces huit heures, qu'est-ce qu'on compte ? – Une demi-heure de repas, parce que 7h30 c'est l'heure à laquelle j'arrive, mais officiellement

on commence à 7h45. Mais j'arrive toujours à 7h30 parce que j'aime bien être en avance.

Intervieweur : Vous faites un cadeau... – *C'est mon choix personnel, ça. Par contre, le quart d'heure qu'on devrait avoir et qu'on a pas, moi, je dis que ça, c'est du vol.*

Intervieweur : Vous l'avez pas, et il est pas payé. – *Non non.* – **Intervieweur :** Habillage, déshabillage ? Il y a une pointeuse ? – *Il y a une pointeuse... Eux, ils disent qu'il faut pointer habillée, c'est-à-dire que l'habillage ne compte pas... Bon... Alors je sais pas quelle est la loi, parce que...*

Intervieweur : Dans la pratique ça se passe comment ? – *Dans la pratique, on pointe et on se déshabille après... Mais bon, finalement, on traîne un peu plus au self et on récupère notre quart d'heure un peu comme ça.*

Intervieweur : La loi, je vous la dis en deux mots : si la tenue est obligatoire, ce qui est le cas chez vous, ils peuvent ne pas compter le temps d'habillage dans le temps de travail, mais ils vous donnent une indemnité. C'est clair. – *Une indemnité financière ?*

Intervieweur : Bien sûr. Ils doivent vous indemniser pour le temps que vous allez passer... C'est lié au travail, c'est eux qui l'imposent... Bon, donc, récupération, ... Vous en avez beaucoup, un compte important ? À un moment donné par exemple, on vous doit des... – *Disons que sur un mois, on doit arriver entre cinq et dix heures par mois ?*

Intervieweur : Quand même... Plus d'une journée... Et vous arrivez à les... ? Mettre un peu où vous voulez, ou c'est des négociations compliquées ? – *En principe, dans cette clinique, par exemple à Noël, les chirurgiens n'opèrent pas, donc des fois quand il n'y a aucune intervention de programmée, on nous dit, demain tu ne viens pas... Donc faut prendre en récupération, en congé annuel...*

C'est un peu pareil en août, quand les chirurgiens n'opèrent pas et qu'il n'y a pas de travail, on nous dit, restez chez vous.

Intervieweur : Vous prenez vos congés, ou enfin ? – *Oui, mais c'est des congés un peu obligatoires, parce que ça intéresse pas toujours. Donc c'est un peu imposé* (Carole, infirmière de bloc, clinique privée, 55 ans).

À la limite et compte tenu de la logique de l'urgence, « on n'a pas d'horaires ».

Intervieweur : Est-ce qu'il vous arrive donc de travailler certains jours, plus longtemps que l'horaire habituel ? Est-ce que vous dépassez ? – *Oui.* **Intervieweur :** Souvent ? – *C'est-à-dire que vous savez, vous avez une urgence à neuf heures le soir, vous n'allez pas, bon, neuf et demi je m'en vais et je laisse l'infirmière... Donc oui, l'urgence... On a pas d'horaires...* (Marie-Christine, ISG, 49 ans, centre de soins de suite).

V-2 D'où des réponses approximatives au questionnaire

Compte tenu de la coutume des arrangements pratiques autour des normes d'horaires, les réponses au questionnaire sont souvent référées soit à la norme réglementaire – par exemple, si « officiellement » la personne devrait bénéficier d'une pause, elle répondra oui, même si ce n'est pas toujours effectivement le cas – soit à la norme effective – la personne répond là sur un plan général ou coutumier.

Dans l'exemple qui suit, la personne déclare dans le questionnaire « toujours disposer de 36 heures consécutives de repos », mais elle a en même temps déclaré avoir fait 7 jours de suite la semaine précédent l'enquête téléphonique. Cette contradiction logique s'explique par le fait que ses réponses renvoient davantage à la norme coutumière qu'à la pratique effective stricte, qui obligerait sans doute à sortir de la logique d'un tel questionnement. La norme, c'est la manière dont cela devrait se passer, et on répond selon cette norme dans la mesure où la pratique ne s'en écarte pas trop : deux à trois week-ends de garde ne comptent guère aux yeux

de cette infirmière devenue cadre, qui a toujours été très disponible pour son hôpital – elle a d'ailleurs toujours vécu seule, et sans enfants. Or il se trouve que dans la semaine qui a précédé l'enquête par questionnaire, elle était de garde.

Intervieweur : Alors c'est pour ça qu'on pose des questions du genre, « le nombre de jours que vous travaillez chaque semaine est-il toujours le même » ? Vous dites oui. C'est pas vrai, manifestement, puisque vous avez les gardes qui patatras, qui fichent tout par terre. – *Oui, mais bon les gardes, j'en fais, on en a quoi, un week-end par ... J'en ai deux-trois par an. Oui, c'est ça que j'ai, trois gardes par an. Voilà. Donc on est bien d'accord, on donne déjà, oui... Trois week-ends, ça fait six jours... Oui mais normalement, les repos des gardes, je devrais les reporter sur les semaines, oui. Ca veut dire que j'aurais...* **Intervieweur** : Vous devriez les récupérer... Les jours travaillés sont-ils en général, les mêmes d'une semaine à l'autre, réguliers... « Vos horaires de travail sont-ils généralement les mêmes tous les jours », vous dites oui, c'est pas vrai, puisque certains jours vous pouvez partir à... – *Oui, c'est soumis à un incident, mais bon, c'est vrai que dans la mesure du possible, on essaye de faire des horaires à peu près réguliers, après, bon, il y a l'aléatoire, mais bon...* **Intervieweur** : C'est ça. Mais l'horaire, le travail effectif, il peut être bien au-delà de la description qui est... – *Voilà. D'accord* (Sophie, Cadre en hôpital, 48 ans).

Les pauses et les pauses repas sont d'autant plus difficiles à respecter systématiquement que les effectifs sont limités par rapport à la charge de travail du service. Tel est le cas de cette infirmière travaillant dans une clinique médicale. Dans le questionnaire elle déclare ne pas avoir de pause officielle, dépasser souvent ses horaires et ne jamais travailler moins longtemps que l'horaire habituel. En entretien, elle déclare mieux parvenir à s'interrompre pour déjeuner lorsqu'elle travaille le dimanche en prestations de 13 heures alors qu'elle est la seule infirmière dans le service, que lors des journées de 7 h 30 en semaine.

Intervieweur : Et quand vous faites 13 heures, officiellement vous avez une heure de pause ? – *Euh... on est dans le service, parce qu'on est seule... Je suis seule dans le service donc je peux pas... Mais j'ai droit à un plateau repas payé par...* **Intervieweur** : dans le règlement, on dit que... – *Mais je ne m'absente pas. Je suis d'astreinte, je sais pas comment on dit, je suis dans le service.* – **Intervieweur** : D'accord. Donc si vous avez la possibilité de vous arrêter une heure, vous le faites ? – *Oui. J'ai mon plateau repas, je mange tranquillement.* **Intervieweur** : Ca arrive ? – *Oui. Le dimanche. Le dimanche, on s'organise... on peut mieux s'organiser, parce qu'on est là du matin 6h au soir 8h, c'est à moi à faire en sorte d'avoir un moment pour manger. Je dis pas que ça va être deux heures, mais quand même je vais bien trouver un moment pour manger. C'est à moi à planifier, je suis là toute la journée. Sauf urgence, c'est à moi à planifier.* **Intervieweur** : Ca tombe en semaine, aussi, ces journées de 13 heures ? – *Non.* **Intervieweur** : Jamais ? – *Non. Que le dimanche.* **Intervieweur** : J'allais dire, heureusement... – *Oui, sinon dans la semaine c'est un peu compliqué, quand même...* (Brigitte, 40 ans, ISG, clinique mutualiste).

Elle précise également que si elle dépasse trop nettement ses horaires officiels, elle parvient à les récupérer – ce qui contredit quelque peu sa réponse au questionnaire. Mais là encore n'est-ce pas l'expression d'un rapport critique et revendicatif à cet enjeu, si on en croît la manière dont elle dit s'être battue pour obtenir ces récupérations ?

Intervieweur : Le dépassement régulier... Ca vous arrive souvent de faire plus, parce que le travail est pas fini ? – *Oui.* **Intervieweur** : Et pour remplacer des collègues absentes ? – *C'est arrivé. On est pas obligées, mais on nous demande, on nous dit, demain j'ai trouvé personne, il y a pas d'infirmière... c'est déjà arrivé (...)* **Intervieweur** : Donc, vous, quand vous faites plus d'heures que la normale, c'est plutôt parce qu'il y a du travail, vous sortez une demi-heure après... – *Oui.* **Intervieweur** : Ca vous gêne pas trop si vous êtes du matin ? – *Oui, mais au bout d'un moment je craque. L'année dernière ça m'est arrivé, j'ai dit ça suffit, on part jamais à l'heure dans ce service, bon, alors on crie un peu. Elle m'a dit je te marque une heure, tu récupèreras. Une fois, ça va, on dit rien, deux fois, ça va... Mais après, il y a des périodes, on sait pas pourquoi, une affluence de travail on tient plus debout, et d'autres c'est calme. En ce moment, on fait notre travail, on court pas. Mais des fois on touche pas terre, on a la gorge sèche, même pas un verre d'eau on a le temps de le prendre. Il y a une période, moi j'ai craqué, j'ai dit j'en peux plus, on part jamais à l'heure, on peut rien prévoir... alors, après c'est 'je vous marque les heures', parce que... on peut pas, même en accélérant au maximum on s'arrête pas, on peut pas partir avant 3h de l'après-midi.* **Intervieweur** : Donc ça vous arrive de récupérer un petit peu ? – *Oui.* **Intervieweur** : Jamais d'heures supplémentaires ? – *Non, c'est de la récup. Si pendant une semaine on est parti tous les jours une heure plus tard, bah ça nous fera un jour...* **Intervieweur** : Ca vous intéresserait, des heures supplémentaires, vous, pour la paye ? – *Moi non. De la récup, oui. ...* (Brigitte, 40 ans, ISG, clinique mutualiste).

Dans un autre entretien, c'est à propos de la question sur le mode de détermination des horaires qu'on peut se demander si la réponse au questionnaire est la plus proche de la réalité : ils sont codés comme « déterminés par vous-même ». Or ce n'est pas vraiment le cas, puisqu'elle n'hésite pas à dépasser l'horaire officiel si les besoins du service l'imposent, et qu'elle est contrainte de récupérer ses dépassements dans les moments où ces besoins le permettent :

Intervieweur : Alors ces retards, ils sont prévus ? Ils sont pas prévus.... Le matin, vous le savez pas. Votre mari, enfin bon, si ... Votre mari bosse beaucoup aussi. – *Comme hier, je vais finir à 17h15... Il était là hier.* **Intervieweur** : Voilà, donc il pouvait vous... Donc, vous deviez finir à ? – *J'aurais dû finir logiquement à 15h30 mais je savais quand même que j'allais pas laisser seule ma collègue, donc j'avais dit, bon, je resterai avec elle jusqu'à la dernière locale, 17h15, je partirai vers moins le quart, et puis tout compte fait, ben... Voilà.* **Intervieweur** : Et la récup' alors, qui est-ce qui décide ? – *Moi.* **Intervieweur** : Quand on les prend, c'est vous. Mais, vous décidez... – *En fonction du programme...* **Intervieweur** : Parce que vous avez l'air d'avoir beaucoup d'autonomie mais en fait vous n'en avez pas tant que ça parce que vous êtes prisonnière du travail... De l'organisation de, c'est ça ? – *Alors voilà. Donc par exemple, on sait qu'il y a une chirurgienne qui n'intervient pas le deuxième mardi du mois, alors soit moi, soit ma collègue, à tour de rôle, on prend soit celui-là, ou alors le vendredi après-midi, c'est une journée qui est logiquement plus calme, donc on essaye de... Ou alors, bon, heu... Par exemple au mois de mai, il y a eu des jeudis fériés, on a fermé le service le vendredi et on a fait des ponts.* (Delphine, infirmière « responsable de service » en clinique, 40 ans).

Au fond c'est une sorte d'accoutumance au non-respect de la règle, même si cette dernière est connue, qui est frappante : face aux relances insistantes de l'intervieweur sur le caractère

illégal de certaines pratiques, cette protagoniste réplique en évoquant tantôt son consentement, tantôt son fatalisme : comme elle le dit, « qu'est-ce que vous voulez faire ? ».

Intervieweur : Est-ce qu'il arrive que le cycle soit dérangé ? Pour des raisons, peut-être, de... – *Très rarement. Bon, il nous arrive, quand j'ai un manque, ce soir, par exemple, j'avais une infirmière, hier, qui était pas bien, et il y a une de ses copines qui m'a dit, bon, si elle n'est pas bien, elles s'appellent entre elles, moi je viendrai travailler à sa place, et comme dimanche, elles sont nombreuses, dimanche elle devait venir, elle prendra son repos que je lui dois. C'est un arrangement... C'est pour ça en fait qu'elles travaillent en équipe, c'est pour ça que moi je ne me plains pas trop de manquer de personnel.* **Intervieweur :** Ca ne vous arrive pas, par exemple, si vous avez lundi, mardi à la maison, d'être obligé d'aller travailler lundi ou mardi ? – *Moi ? Je l'ai fait au mois d'août, mais ce n'était pas une obligation. Si vous voulez, au mois d'août, ma collègue a pris trois semaines. Il y a une équipe que je vois moins, inévitablement, il y a une équipe que je vois plus, et l'équipe que je vois moins, je dirais pas que c'est celle que je préfère, mais enfin ils se plaignent de mon absence. Ils m'ont dit oui, on vous voit moins... Et je leur avais dit, au mois d'août, je viendrai travailler avec vous. Ce qui fait qu'effectivement, j'ai fait plus de nuits...* **Intervieweur :** Plus de nuits... Qui vous sont rémunérées ? – *Non. On a pas droit aux sup', en tant que cadres on a pas le droit...* **Intervieweur :** Ah bon ? Elles sont récupérées ? Quand même ! – *Je les ai récupérées... Nuit pour nuit... Mais en fait, personne ne me l'avait demandé, si vous voulez...* **Intervieweur :** Vos horaires sont les mêmes chaque nuit travaillée, bon... Travailler sept jours consécutifs, ça ne vous est jamais arrivé, ça ? – *Au mois d'août, j'en ai fait 6...* **Intervieweur :** Quand même... Donc, c'est complètement illégal, vous avez pas eu vos 36 heures de repos... On pose la question, là, quelque part... – *Non, c'est, tout à l'heure oui. Mais vous savez, quand on a un personnel qui fait des heures sup', qui est payé en heures sup', c'est pareil, je pense que c'est totalement illégal, de toute façon, qu'est-ce que vous voulez faire ?* **Intervieweur :** Ça arrive qu'il n'y ait pas 36 heures de repos dans votre service... Pas systématiquement, mais de temps en temps – *Oui, de temps en temps oui* (Sandrine, surveillante de nuit aux urgences, en hôpital).

On ne s'étonnera pas que certaines questions sur les horaires ou les rythmes de travail provoquent parfois un franc rejet :

Intervieweur : Sinon, « les horaires sont-ils différents d'un jour à l'autre mais les mêmes d'une semaine à l'autre » ... – *Quel charabia !* (Daniele S., 51 ans, ISG, clinique).

Et on trouve comme cas limite du faible sens de certaines questions eu égard à l'expérience temporelle des intéressées, celui des 36 heures consécutives de repos. Celui qui suit est particulièrement significatif, car avec une expérience passée du rythme de travail selon des journées de 12 heures consécutives, son interprétation de la question se porte spontanément sur « 36 heures égalent trois jours ». Dit autrement, cette personne ne peut donner à une unité de mesure qui ne fait pas de sens socialement qu'un sens puisé dans son expérience temporelle personnelle, là où elle en a :

Intervieweur : Alors, il y a une question, là c'est pareil, je suis pas sûr qu'elle ait été bien comprise : disposez-vous d'au moins 36 heures consécutives de repos au cours d'une semaine ? Vous avez répondu, jamais. – *36 heures, c'est trois...* **Intervieweur :** C'est 24 heures +12, c'est-à-dire un jour et demi. Alors, je vais approfondir parce que ça, vous avez

samedi, dimanche et la nuit... – *Ah là, j'ai pas compris, oui, j'ai pas compris parce que...* **Intervieweur** : C'est-à-dire, c'est les lois européennes, maintenant, tout salarié en principe doit pouvoir se reposer 36 heures consécutives... – *non mais j'étais dans les plannings de service où elles travaillent en douze heures, et j'ai pensé trois jours...* **Intervieweur** : Bien sûr, voilà... Et bien voilà ! – *Pour moi ça faisait trois jours, j'étais dans mes anciens plannings...* (Estelle V., 42 ans, ISG, clinique).

V-3 RTT, durcissement des règles temporelles, jeu avec ces règles

Ce qui vient d'être décrit reste fondamentalement vrai, même si la RTT a très certainement amené à « mettre à plat » les horaires et leur réglementation. Ainsi en est-il d'un contrôle plus strict des temps de pause et d'habillage, souvent noté par nos interlocutrices, qui ne sont pas sans savoir pour certaines combien ces composantes de la journée de travail ont été des enjeux de conflits et de compromis à l'occasion des « 35 heures ».

Dans le témoignage qui suit, la personne résiste aux tendances à l'empiètement du temps d'activité sur ses temps de pause et d'habillage, et cherche à les faire respecter de manière plus stricte ; à ses yeux, ils ont le statut de contreparties légitimes et précieuses à ses dépassements horaires fréquents.

Intervieweur : Et donc, ces dépassements, est-ce que vous les récupérez ? Si vous dépassez un quart d'heure... ? – *Non. Ça compte pour les pauses, j'arrive dix minutes en retard...*

Intervieweur : Ca peut vous arriver... Donc il y a une compensation quand même qui se fait. – *Avec les 35 heures, on a diminué notre temps de travail, mais quand on est au travail, ça doit être à 100 %, vous comprenez ?*

Intervieweur : Ça veut dire que... Justement, les temps de pause ? Ca a été réglé, re-réglé ? – *Ça n'a pas été réglé, mais on a l'impression que nos temps de pause... On nous fait des réflexions.*

Intervieweur : Mais ils sont quand même pendant vos huit heures ? Vous avez quand même une pause repas ? – *Oui, oui.*

Intervieweur : De combien en principe ? – *Vingt minutes. Je prends toujours vingt minutes pour le repas, et un café, pour fumer une petite cigarette.*

Intervieweur : Le temps d'habillage, ça a été réglé ? Vous pointez chez vous ? – *Ça y est, ils vont la remettre. C'est plus pour l'administratif.*

Intervieweur : Donc vous pointez habillée ? – *En arrivant.*

Intervieweur : Avant l'heure d'embauche, quoi. – *Oui, puisqu'elle est mise à l'entrée. C'est pas très bien, je trouve.* **Intervieweur** : Donc vous pointez habillée en civil ? Et vous prenez donc votre temps d'habillage sur le temps de travail. Alors c'est bien, ça. – *Alors que normalement, on doit être habillée dans le service à une certaine heure..* (Marie-Chistine, 49 ans, ISG, établissement privé).

Et dans le cas qui suit, où la personne déclare dans le questionnaire bénéficier de pauses officielles sans pouvoir en prendre d'autres, l'exclusion des temps d'habillage et de déshabillage du temps de travail effectif se traduit chez elle par une prise de poste un peu plus matinale, mais vécue sur le mode du libre choix, afin de ne pas commencer la journée « speedée ».

Intervieweur : D'accord, donc avant vous étiez à 39 heures, et par contre, la question qui vous a été posée à l'époque, quel nombre d'heures de travail avez-vous effectué la semaine dernière, vous avez dit 43 heures. – *Voilà.*

Intervieweur : Voilà, c'est le temps de travail effectif. – *Ca m'arrivait assez souvent, oui.* – **Intervieweur** : Qu'est-ce qu'on compte ? Ça,

c'est une question importante, qu'est-ce qu'on compte dans le temps de travail ? Quand on répond 43 heures ? – *Alors avant, le temps d'habillage et de déshabillage n'était pas compté. Maintenant, il est compté. Je ne saurais pas vous dire comment parce qu'on faisait de 8 heures à 4 heures et demie, de toute façon, c'est pas des horaires normaux puisque les autres infirmières ne font que 7h40, je crois, pour des histoires de temps d'habillages et de déshabillages... Moi je dirais que pour mon confort personnel, j'arrive à huit heures moins cinq et j'ai cinq minutes pour m'habiller pour être à huit heures en service, parce que je préfère ne pas commencer la journée déjà speedée, on va dire, parce que c'est déjà 8h05, 8h10, et il y a un travail, comme ça. Mais donc, ça, c'est moi qui le choisis en fait, c'est mon choix.* – **Intervieweur :** Et après, il y a la pause ? – *Après, on a une demi-heure pour aller manger.* **Intervieweur :** Vous n'avez que cette pause-là d'officielle, ou vous en avez une autre ? – *Alors je sais plus bien comment ça marche, ça. Officiellement, je pense qu'il y en a une autre hein ? Je ne sais pas, dix minutes...* (Julie, 48 ans, consultations externes en pneumologie, hôpital).

La mise en place des « 35 heures » a ainsi pu être l'occasion d'un double mouvement, inscrit lui-même dans le processus de plus longue durée d'inscription des infirmières dans le rapport salarial : d'une part, une régulation officielle plus rigoureuse du temps de travail, un resserrement du contrôle des temps de présence et d'activité effective, d'autre part une résistance du personnel soignant à ce contrôle accentué. Cela se traduit très probablement par une information des intéressés quant aux normes temporelles formelles plus étoffées que quelques années auparavant. La qualité de remplissage du questionnaire s'en serait ainsi trouvée bonifiée. Reste que les entretiens confirment que c'est souvent davantage la norme formelle que les pratiques effectives qui ont été renseignées.

Seconde partie : Enjeux temporels et types de trajectoires

Comprendre « le temps de travail dans le temps de l'emploi » c'est décrire quel a été le cursus professionnel et quels ont été les horaires pratiqués au fil de ce cursus ; c'est repérer ce que la dynamique d'ensemble et les grandes inflexions de ce cursus doivent aux biographies personnelles et familiales, en particulier à la mise en couple avec un conjoint soumis à sa propre logique de carrière professionnelle et à la prise en charge des enfants. C'est donc identifier des grands types de profils sociobiographiques rendant intelligibles les relations entre les cursus professionnels et les cursus familiaux.

Concernant les femmes nous en avons repéré et défini trois :

- « Tout pour la profession » (4 cas) regroupe des femmes n'ayant connu ni de vie de couple ni de maternités, et une femme ayant connu une séparation et ayant eu un enfant mais chez qui ces événements n'ont pas marqué la trajectoire professionnelle depuis qu'elle est soignante ;

- « Forces de rappel du travail d'appoint » (4 cas) renvoie à des profils de carrières étroitement subordonnées à celle du conjoint.

- « Tensions dans l'émancipation » (10 cas) qualifie les trajectoires moins directement dominées par le cursus professionnel du conjoint, en particulier quand ce sont les suites d'une rupture conjugale qui spécifient cette émancipation.

- Enfin nous avons réalisé un portrait du seul infirmier de sexe masculin rencontré : comparé à celle de ses consœurs, sa trajectoire éclaire un peu plus la manière dont le genre construit socialement cette profession et ses enjeux temporels.

I. « Tout pour la profession »

Nous avons regroupé ici quatre des dix-huit infirmières rencontrées. Elles se distinguent des autres par deux traits : le fait (dans trois des quatre cas) de n'avoir pas eu d'enfants, ou (dans un cas), de n'avoir pas eu véritablement d'enfant à charge depuis l'entrée dans la profession ; et le fait soit d'avoir toujours vécu seule, soit de ne mentionner que de manière allusive et extérieure à leur cursus professionnel des expériences de cohabitation. Ces profils correspondent à cette minorité d'infirmières – dont tout laisse à penser qu'elle s'est réduite au cours des dernières décennies – qui relèvent encore d'une certaine manière de l'ancien modèle de la « nonne » dont, par définition, la vie entière était consacrée aux soins. Selon l'enquête emploi de 1999, elles sont 12 % dans la tranche des 40-44 ans à vivre seule et sans enfants de moins de 18 ans, 15 % chez les 45-49 ans et 29 % chez les plus de 50 ans (dans cette tranche d'âge, à celles qui n'ont pas eu d'enfants s'ajoutent celles dont les enfants ont plus de 18 ans ou sont émancipés).

Au regard de la question qui nous intéresse, on ne trouve aucune trace dans leurs biographies professionnelles d'incidences directes d'événements familiaux sur les horaires de travail pratiqués. Par définition, l'absence de maternité – ou, dans un des cas, la délégation de la prise en charge de l'enfant à la belle famille – se traduit par l'absence d'inflexion de la

trajectoire professionnelle et temporelle à cet égard. Mais on note également que dans tous ces cas, quand il y a eu ou quand il y a cohabitation avec un conjoint cela n'a guère d'incidence sur cette trajectoire. C'est donc principalement au sein de la dynamique de carrière propre à ces femmes que l'on trouve des éléments pouvant en expliquer les grandes étapes, y compris sous l'angle des horaires et du temps de travail. Ainsi, dans deux cas – il s'agit de deux infirmières devenues cadres – le travail de nuit a joué un rôle important dans la possibilité de tenter ou de réaliser des études supérieures en cours de vie active. Dans un troisième cas, la personne est devenue têt surveillante, même si elle n'en a jamais eu vraiment le statut professionnel. Ainsi cette catégorie, que nous avons baptisée « tout pour la profession », regroupe trois des cinq infirmières occupant des fonctions de cadre de soin.

On note que dans trois des quatre cas ces femmes mentionnent de multiples activités personnelles en dehors du travail – voyages, sports, loisirs – qui les distinguent de nombreuses infirmières vivant en couple avec des enfants à charge, et dont l'existence semble accaparée par le cumul des tâches domestiques et professionnelles. On note enfin qu'aucune des quatre n'envisage encore précisément le passage à la retraite. Comme si la centralité de la vie professionnelle dans leur existence rendait difficile un tel exercice. Trois d'entre elles formulent d'ailleurs encore des projets d'évolution professionnelle. Seule la plus âgée, Marie (62 ans) n'a pas de tels projets, mais assume complètement le fait de ne rien connaître de ses conditions de passage à la retraite.

Sophie A., 48 ans, cadre supérieure en hôpital, seule, sans enfant
« J'ai pas d'enfants. Et j'ai tenu aussi parce que j'aimais ce que je fais »

Fille unique de parents modestes, Sophie va connaître une belle carrière qui va la conduire dans l'encadrement supérieur de l'hôpital, sans que cette promotion n'ait fait l'objet d'une stratégie explicite de carrière – elle ne tente le concours de l'École de cadres qu'après 18 ans de carrière – et sans qu'elle ait eu à quitter sa ville moyenne natale. Cette très grande stabilité géographique la sépare d'ailleurs des trois autres cas que nous avons regroupés dans ce type. Restée seule et sans enfants elle a toujours été très disponible pour l'hôpital : « J'ai un compagnon, mais avec lequel je n'ai jamais vraiment vécu en couple ». Elle reconnaît volontiers qu'elle est plus disponible que d'autres pour l'hôpital, d'ailleurs elle habite à proximité immédiate. Ses amis se sont accoutumés au fait qu'elle ne soit pas toujours disponible pour les sorties, ou que l'hôpital puisse la réquisitionner en cas de besoin. C'est donc guidée par l'intérêt des changements d'activité qu'elle va d'abord connaître trois services différents, puis qu'elle va entrer à l'école de cadres à l'âge de 40 ans. Ses changements d'horaires de travail s'inscrivent ainsi dans sa dynamique de carrière : malgré ses prédispositions pour les services de médecine, où l'activité lui semble plus favorable au « relationnel », elle travaillera deux ans et demi en équipe de nuit en chirurgie, pour suivre des cours de sociologie à l'université ; elle re-passe ensuite en horaires de jour alternés car ce rythme est trop pénible et elle ne parvient pas à mener de front travail et études ; et elle passera plus tard en journée fixe, quand elle deviendra cadre aux urgences.

Aujourd'hui elle est même devenue « cadre supérieure » dans une « mission transversale » – définie comme la « gestion des flux de malades », et touche une rémunération de 18 000 F. Elle n'exclut pas complètement de faire désormais l'école de Rennes qui lui permettrait de devenir Directrice des soins infirmiers, même si cette perspective est peu probable à ses yeux : elle préférerait devenir cadre formatrice.

Le principal point qui la distingue des trois autres cas de ce type, c'est une très grande stabilité géographique dans sa ville d'origine, et le fait qu'elle ne mentionne pas d'activités personnelles en matière de voyages, de sports ou loisirs, en dehors de ses épisodes de formation.

Sophie A., 48 ans, cadre supérieure en hôpital, seule, sans enfant

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale hôpital Martigues				"J'ai préféré la médecine à la chirurgie"
Emploi 11 ans	Hôpital Martigues	Cardiologie	ISG, journée, alternants	
Emploi plus études de sociologie 2,5 ans	Id.	Chirurgie	ISG , nuit	"changer... passer la nuit pour faire les deux"
Emploi 5 ans	Id.	Gynécologie	ISG, Journée, alternants	Nuit "plus de relationnel", mais "trop dur" ; et "au niveau professionnel je régressais"
École des cadres licence AES 1 an	FPH			"Le besoin de passer à autre chose". "Je pouvais aussi apporter aux patients en gérant une équipe"
Emploi, plus études (congé de formation prof. 1jour/semaine pour maîtrise AES) 6 ans	Hôpital Martigues	Urgences	Cadre, Journée, fixe	" En tant que cadre je m'y suis beaucoup plus " .
Emploi 1 an	Id.	Bloc.	Cadre sup, Journée, fixe	
Emploi depuis 6 mois	Id.	Administration	Cadre sup., gestionnaire de la qualité de l'hospitalisation Journée, fixe	

Sandrine B., 57 ans, cadre en service d'urgences à l'hôpital, seule, 1 enfant adulte

« Je suis quelqu'un de très indépendant »

Sandrine a consacré une bonne partie de sa vie à l'hôpital où elle exerce maintenant comme cadre. Mais elle a été mariée, a eu un enfant, et elle entre à l'hôpital nettement plus âgée – à 33 ans, et non à 21 ans – et à un niveau hiérarchique nettement plus bas - comme aide soignante. Cette entrée tardive dans le monde du soin ne l'empêchera pas d'en franchir la plupart des échelles hiérarchiques en une quinzaine d'années, puisqu'elle deviendra surveillante à l'âge de 50 ans.

Fille d'un cheminot et d'une mère au foyer, originaire d'Île-de-France, elle arrête ses études à 14 ans, se marie à 19, a une fille à 20 ans. Elle suit alors son mari pendant quelques années dans des petits boulots itinérants, y compris à l'étranger, jusqu'à son divorce à l'âge de 28 ans. C'est alors que, selon ses mots, elle « prend sa vie en main ». Elle travaille d'abord comme secrétaire dans le privé, puis entre comme aide soignante à l'Assistance Publique de Paris. À partir de là, avec l'aide des beaux-parents - qui élèvent sa fille -, elle parviendra à devenir d'abord infirmière, à passer ensuite une licence d'histoire, puis à devenir cadre infirmière. Dans cette carrière promotionnelle assez tardive, l'horaire de nuit a joué un rôle clef comme modalité permettant de faire des études tout en travaillant : d'abord pour suivre des études d'histoire tout en travaillant comme infirmière, ensuite pour suivre la formation de cadre.

Depuis, elle s'est plus qu'accoutumée au travail de nuit : elle valorise cet horaire, dans lequel elle se sent « autonome » et « indépendante » – « par rapport à l'institution, par rapport au corps médical, par rapport à tout », précise-t-elle, cette appréciation revenant souvent, on le sait, chez les intéressé(e)s. Appréciation sans doute un peu à l'image de la vie que Sandrine s'est bâtie. Elle est par ailleurs syndiquée de base à la CFDT. Elle utilise le temps libre que lui laissent ses 14 nuits de travail par mois pour faire de la marche, et ses congés pour des voyages à l'étranger, notamment en Espagne où vivent sa fille et ses deux petits enfants.

Sandrine B., 57 ans, cadre en service d'urgences à l'hôpital, seule, 1 enfant adulte

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Divers petits boulots 9 ans	Divers, hors santé			
Salariée 5 ans, plus préparation du concours école d'infirmière	Secteur privé, secrétaire		Jours, fixes	"Reprendre ma vie en main", après plusieurs années d'errance avec le compagnon dont elle se sépare.
Aide soignante 3 ans	A.P. Paris, Hôtel Dieu	Ophthalmo- logie	Jours	
Formation d'infirmière, rémunérée 3 ans	A.P. Paris, Hôtel Dieu		Jours, fixes	
Emploi, 4 ans Plus licence d'histoire	A.P. Paris, Hôtel Dieu	Réanima- tion et cardiologie/p neumo-logie	ISG, nuit (10 heures, puis 12 heures)	"La nuit, pour la simple raison que j'ai fait une licence d'histoire".
Emploi, 5 ans	A.P. Marseille, La Timone	Pédiatrie, hématologie	ISG, jour	"Ils voulaient quelqu'un de jour".
École de cadres, plus même emploi à temps partiel de nuit (80%), 1 an	Id.	Néo-nat.	ISG, nuit de 10 h., 80%	Pour faire l'école de cadre le jour
Emploi, quelques mois	A.P. Marseille, Ste Marguerite	Médecine	Cadre, Nuit	Il ne restait plus que ce poste. De toute façon je voulais la nuit. "Un peu tristounet".
Emploi, depuis 7 ans	Id.	Urgences	Cadre, nuit, 12 h.	"Je me régale et je m'énerve".

Odile R. 43 ans, seule sans enfants
« Comme je suis un pilier de la réa »

À 43 ans, cette infirmière d'origine sociale intermédiaire, née en Île-de-France, se revendique clairement du profil de la « technicienne » plus que de la « relationnelle » : c'est d'ailleurs une de celles qui avouent ne pas avoir eu de vocation précoce pour la profession, à l'inverse de bien des infirmières « relationnelles ». Elle a déjà connu toutes les grandes modalités d'exercice du métier : hôpital public, cabinet libéral, intérim en cliniques privées, et, finalement, le centre anticancéreux où elle travaille aujourd'hui. Elle a également connu plusieurs régimes horaires : le travail de nuit, quand elle a débuté à l'A.P. de Paris ; puis le travail de jour, en après-midi fixes, toujours dans la fonction publique hospitalière ; divers régimes horaires liés à ses prestations en intérim ; le travail de jour en prestations de 12 heures ; enfin le travail de jour en alternance matin-soir. Ces changements ne doivent pratiquement rien à sa vie de couple, même si elle évoque le rôle qu'a pu jouer tel ou tel compagnon à certains moments de sa vie de travail : lors de la prise de conscience de son état de fatigue – lorsqu'elle faisait des nuits de 12 heures en réanimation ; ou dans sa sortie du statut d'emploi d'intérimaire, perçu comme trop précaire par l'ami de l'époque. Par contre les horaires de travail et leurs changements au cours de sa carrière sont toujours étroitement associés à la qualité de l'expérience professionnelle du moment ou à la recherche d'une autre expérience de travail : tel est le cas quand elle valorise les prestations de 12 heures en tant que favorisant la continuité des soins, le renoncement rapide à l'exercice libéral – jugé trop solitaire et sans intérêt technique – ou encore l'autonomie dans la gestion de son temps que lui procure son expérience en intérim.

Plus volontiers que vers une fonction de surveillante – elle critique le manque de compétences des cadres – elle envisage prochainement de se spécialiser en anesthésie-réanimation. Plus tard, elle se verrait bien formatrice ou experte transversale. Elle est par ailleurs syndicaliste CGT, élue comme déléguée du personnel et, bien qu'elle ait dû renoncer à suivre des cours de psychologie depuis le changement d'horaires ayant suivi les « 35 heures », elle pratique plusieurs activités hors travail, notamment l'escalade.

Odile R. 43 ans, seule sans enfants

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale 3 ans	École d'infirmière A.P. Paris			<i>"Travailler dans un service qui bouge"</i> Pas en pédiatrie (<i>"trop dur"</i>)
Emploi 5 ans	A.P. Paris	Réanimation Pneumologie	ISG, nuit, 12 heures	Une équipe jeune et dynamique. <i>"Un service qui bouge"</i> . Les horaires permettent un <i>"travail plus cohérent"</i> , et pas seulement plus d'autonomie et de temps libre
Emploi 3 ans	Id.	Réanimation cardiologie	ISG, après-midi, fixe	La fatigue liée au travail de nuit et au type de service précédent.
Emploi 15 jours	Infirmière libérale Côte d'Azur			<i>"Je venais dans le sud pour faire une expérience du libéral, j'en avais marre de l'hôpital"</i>
Emploi 1,5 ans	Intérim, "toutes les cliniques de la région, même les plus minables", dont 9 mois centre cardio- thoracique de Monaco		ISG, divers postes, dont réa	Travail en libéral inintéressant et solitaire. Pas envie de retourner de suite à l'hôpital. <i>"Ce qui me plaisait c'est que je pouvais gérer mon temps comme je pouvais"</i> .
Emploi 9 ans	Centre anti cancéreux 750 salariés Côte d'Azur	Chirurgie Soins intensifs	ISG, journées fixes, 12 heures	Sous la pression du compagnon de l'époque qui souhaite qu'elle ait un emploi stable, y va <i>"à reculons"</i> , puis y trouve un intérêt ; de plus les horaires et les salaires sont un argument.
Emploi Depuis 3 ans	Id.	Id.	ISG, jour, alternance matin-soir, semaines de 5 puis de 4 jours	Réorganisation du temps de travail suite aux "35 heures". Fin des journées de 12 h. Bilan négatif : rythme plus fatigant, moins de temps libre.

Marie S., 62 ans, seule, sans enfants
« Je voulais pas être une infirmière négative »

C'est la plus âgée des infirmières interviewées, mais il est significatif que quand d'autres pensent à leur fin de carrière professionnelle dès l'âge de la quarantaine, Marie soit encore incapable de se projeter dans cette période objectivement proche de son existence. Il est vrai qu'elle touche depuis l'âge de 55 ans une pension de retraite de la fonction publique hospitalière, qu'elle complète avec un emploi à temps plein comme surveillante dans une importante polyclinique.

Fille de parents commerçants, originaire de l'Est de la France, contrairement à la précédente elle déclare une vocation précoce pour la profession d'infirmière en mettant l'accent de manière continue au fil de sa carrière sur la dimension relationnelle du métier, ici en chirurgie : si elle fait carrière dans des services de chirurgie, notamment en chirurgie orthopédique, c'est parce que, par opposition aux services de médecine où règne « *l'infirmière négative* » – celle qui ne peut pas éviter la mort des malades – elle les guérit, à l'image de ces vieillards de 90 ans qu'elle remet aujourd'hui sur pied. Elle diffère également quelque peu de Odile sur le plan de l'influence de ses relations de couple, qui marquent un peu plus sa trajectoire professionnelle : sa première mobilité géographique qui l'amène à changer d'hôpital, est due au fait qu'elle a « suivi » à l'époque son compagnon chirurgien. Et elle ne signale pas de grands changements dans les régimes horaires qu'elle a connus, ayant toujours travaillé de jour, de plus comme faisant office de surveillante depuis les débuts de sa carrière. Comme Odile, les changements récents de ses rythmes de travail n'ont rien à voir avec ses choix professionnels ou personnels, mais avec les incidences des « 35 heures », l'établissement ayant par ailleurs connu de nombreux changements dans les modes d'organisation du temps de travail ces dernières années.

Syndiquée à FO, elle pratique plusieurs loisirs sportifs – golf, ski, natation, marche – qui contribuent sans aucun doute à surmonter l'usure professionnelle qui est déjà celle de la plupart de ses collègues plus jeunes.

Marie S., 62 ans, seule, sans enfants

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale 2 ans	École d'infirmière de la Croix Rouge Colmar			Infirmière : <i>"ça a toujours été le rêve"</i> .
Emploi 1 an	Hôpital de Strasbourg	Chirurgie orthopédique	ISG, jour	Pas travailler en médecine, parce que <i>"je suis pas là pour être une infirmière négative"</i> .
Emploi	Hôpital de Colmar	Même type de service	ISG, jour, faisant fonction de "surveillante d'étage"	<i>"Je suis revenue à Colmar parce que Strasbourg était un hôpital vétuste... et là j'ai eu la chance d'avoir une fonction de surveillante d'étage, sans avoir fait l'école de cadres"</i> .
Emploi	Hôpital de Besançon	Chirurgie orthopédique	ISG, jour "surveillante"	Vit avec un chirurgien qui est muté à Besançon : <i>"j'ai suivi à l'époque mon ami qui était chirurgien"</i> .
Emploi Depuis 24 ans	Polyclinique St G. (chirurgie et médecine) 350 salariés Côte d'Azur	Chirurgie orthopédique	Surveillante, jour. Connaît divers horaires : horaires coupés ; alternance journées longues et demi-journées ; 12 h. ; puis 12 h. et 2 RTT/6 semaines.	Arrive dans la région <i>"pour des raisons personnelles"</i> . Et <i>"j'avais de la famille du côté de ma mère... une soeur qui habite Monaco"</i> . Cherche dans FPH, mais <i>"quand j'ai vu l'hôpital de Nice j'ai dit non"</i> . Et pas de poste à l'hôpital de Monaco. Depuis 7 ans, soit l'âge de 55 ans, elle cumule une retraite de la FPH et cet emploi dans le privé. Les changements d'horaires n'ont rien à voir avec des arbitrages personnels, liés à changements dans l'organisation du temps de travail dans la clinique.

II - « La force de rappel du travail d'appoint »

Trois cas d'infirmières – en fait l'une s'est révélée être aide-soignante – renvoient bien à ce type de profil sociobiographique, et un cas est en position intermédiaire entre ce type et le type suivant. Il s'agit de femmes cumulant deux caractéristiques : elles ont eu trois enfants – quatre des six infirmières ayant eu trois enfants sont ainsi dans cette catégorie –, ce qui signifie une charge de travail domestique considérable pendant la période où ils sont ou ont été à leur charge ; elles vivent en couple et leurs conjoints exercent une profession plus qualifiée et/ou associée à une forte mobilité géographique (cadre de la fonction publique, sous-officier de l'armée, cadres commerciaux). Le cumul de ces deux attributs se traduit dans trois de ces quatre cas par une nette subordination de leurs carrières professionnelles à celles de leur conjoint. On en trouve des indices soit dans la fréquence des interruptions de carrière et des séquences de travail à temps partiel réduit (Lise C. et Catherine F.), soit dans la fréquence des changements d'employeurs déterminés par les mutations Carole L., les mutations du mari scandent moins le cursus professionnel de l'épouse, mais cette dernière n'en a pas moins choisi de travailler à temps partiel réduit (50 %) depuis l'âge de 42 ans, tout en bénéficiant d'un complément de revenu fourni par sa pension de retraite de la fonction publique hospitalière : à 55 ans, et bien qu'en position objective et subjective de retrait professionnel – « *je suis en fin de carrière* » déclare-t-elle – son niveau de ressource et son implication dans une activité d'élue locale l'écartent quelque peu du modèle du « travail d'appoint ».

Les trois infirmières typiques de ce profil sont les premières de leurs lignées féminines à exercer une activité salariée (deux des mères sont déclarées « au foyer », et la troisième était commerçante). Ce n'est pas le cas pour Carole L. dont la mère était secrétaire. Cet ancrage dans les origines sociales de la subordination sociale de la position de femme permet d'interpréter en termes de « force de rappel » la prégnance renouvelée du modèle du travail féminin comme travail d'appoint.

Du point de vue des horaires de travail, en dehors des passages à temps partiel, on note que dans les trois cas les plus typiques le travail de nuit a été adopté au cours de certaines séquences de l'existence comme mode d'organisation de la vie familiale. Cet horaire est en effet jugé plus pratique pour s'occuper de jeunes enfants que les horaires de jours alternés. Dans un de ces trois cas, celui de Catherine M., le niveau de revenu du conjoint - qui termine sa carrière comme directeur commercial régional d'une grande firme – était suffisamment élevé pour permettre au ménage de rémunérer une fille au pair, ce mode d'organisation domestique soulageant considérablement la femme au point de lui permettre une carrière professionnelle quasiment ininterrompue, avec seulement une année d'inactivité. Nous sommes ici dans un modèle qui évoque celui des couples de cadres, dans lequel la charge de travail domestique est largement déléguée à l'extérieur par l'épouse, et réalisée par d'autres femmes moins qualifiées. Mais c'est le seul cas de l'échantillon relevant de ce mode de vie des cadres supérieurs à double carrière.

Ayant choisi de n'interviewer que des infirmières ayant plus de 40 ans, on peut penser que ce type de profil est plus fréquent dans la population des infirmières prise dans son ensemble : en toute logique celles qui sont les plus influencées par le modèle du travail d'appoint sont très probablement plus nombreuses à avoir interrompu leur activité avant cet âge, ou à ne pas l'avoir reprise.

Lise C. 51 ans, mariée, 3 enfants (24, 21 et 13 ans)

*« J'aurais pas travaillé du tout j'aurais été contente »
« J'ai presque toujours fait du mi-temps... Disons que j'ai déjà un salaire de mon mari à peu près correct, ça complétait, c'est tout »*

Les citations d'entretien placées en exergue sont significatives d'une valorisation très grande de la fonction maternelle chez cette infirmière, et d'une dévalorisation relative, de fait, de son activité professionnelle. Sans doute la rémunération de son mari, informaticien à l'Insee et classé « attaché » s'est-elle révélée insuffisante pour que se réalise cet idéal de mère au foyer, dont Lise nous fournit l'exemple le plus achevé dans notre enquête. D'ailleurs sa propre mère était au foyer, et elle a eu cinq enfants.

S'orientant vers la profession d'infirmière « par amour des enfants » et dans une vision très relationnelle du travail de soin, le récit de ses expériences professionnelles ne laisse guère transparaître d'intérêt marqué pour telle ou telle activité. Après cinq à six années de travail à plein temps dans la fonction publique hospitalière, où elle a connu deux hôpitaux parce qu'elle a suivi son mari dans une autre région, une nouvelle mutation du conjoint en Corse se traduit par une première séquence d'inactivité.

C'est faute de trouver un poste en hôpital qu'elle va travailler ensuite dans le secteur privé – quand dans d'autres cas le passage de la FPH au secteur privé s'inscrit dans des choix plus positifs – avant que sa première maternité n'occasionne une première interruption d'activité de deux années. Elle ne reprendra plus jamais d'activité à temps plein, renonçant même à une époque à exercer son métier pour faire la nourrice à son domicile, s'efforçant de trouver ensuite des emplois d'infirmière dans les régions où les mutations de son conjoint l'amènent à vivre.

Le travail à mi-temps signifie dans ce cas une certaine marginalisation – ici complètement assumée – par rapport au collectif de travail, un retrait professionnel, une perte de compétences, et une subordination à la carrière du conjoint. Ainsi quand elle arrive il y a quatre ans en Provence, elle cherche d'abord à exercer en maison de retraite, car elle se considère comme « *nulle du point de vue technique* ». Elle venait d'ailleurs de quitter ce type d'établissement, qu'elle avait choisi pour les mêmes raisons. Et la clinique dans laquelle elle a finalement trouvé son dernier emploi, toujours à mi-temps, est spécialisée dans les cures d'amaigrissement, activité peu pointue techniquement s'il en est.

Quant aux épisodes de travail de nuit dans son cursus, ils semblent renvoyer moins à un choix stratégique qu'à sa faible position de force sur le marché du travail.

Lise C. 51 ans, mariée, 3 enfants (24, 21 et 13 ans)

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale				Se sent plutôt "relationnelle"
Emploi, 3 ans	Hôpital, Valence	Pédiatrie	ISG, journée, alternants	"Je m'occupais d'enfants, j'adorais ça"
Emploi, 1 an	A P- Paris, hôpital Necker	Gériatrie	ISG, journée, alternants et nuit (6 mois)	Suivre son futur mari. Expérience professionnelle difficile. "C'était pas des enfants". "Le pas de course tout le temps". Les nuits, "c'est fatigant"
Mise en disponibilité/FPH ; Emploi, 1 an	Clinique, Corse			Suivre mari en Corse (le mariage lui a permis d'avoir cette disponibilité) Pas de poste à l'hôpital
Emploi	Centre de réadaptation, Corse	Médecine		
Arrêt activité professionnelle, 1 ou 2 ans	Corse			Maternité 1
Emploi	Laboratoire, Corse	Analyses	ISG, labo, temps partiel	Maternité 2
Emploi	Centre de soins. Corse	Médecine	ISG, nuit, temps partiel (50 %)	
Emplois/inactivité professionnelle, 12 ans	Divers employeurs, plus "nounou" à domicile. Poitiers	Médecine	ISG et nounou	Maternité 3
Emploi, 4 ans	Intérim, maison de retraite Poitiers	Maison de retraite	ISG, temps partiel	
Emploi, depuis 4 ans	Clinique privée, une centaine d'employés BdR	Cures d'amaigrisse- ment	ISG, temps partiel (50 %)	

Catherine F., 50 ans, mariée, 3 enfants (tous de plus de 18 ans)
**« Je crois que pour une fille on parlait moins à cette époque
de la nécessité de bosser »**

Catherine est cette aide-soignante qui a été codée infirmière à la suite d'une « erreur », erreur que nous avons essayé d'éclairer en précisant combien les frontières entre catégories de soignantes étaient parfois floues, notamment en dehors de la fonction publique hospitalière, qu'il s'agisse de la limite entre aide soignante et infirmière, ou entre infirmière et surveillante (Cf. ci-dessus, partie 1, « questions d'identité »). En fait Catherine avait débuté des études d'infirmières avant d'abandonner au bout de six mois alors qu'elle était enceinte de son premier enfant. Elle fait ainsi partie de cette minorité d'élèves infirmières qui n'obtiennent pas le diplôme, sans nécessairement renoncer au travail de soins. La citation ci-dessus est extraite d'un passage où elle parle de cet abandon : selon elle, c'est faute d'une motivation suffisante pour l'exercice d'une activité rémunérée qu'elle va renoncer, au moment où la perspective d'une première maternité s'impose au centre de sa vie. Du même coup elle renonce pour plusieurs années non seulement à la perspective de devenir infirmière, mais aussi à celle d'avoir un emploi. Pendant une quinzaine d'années elle sera en effet femme au foyer, suivra son conjoint sous-officier de la marine dans ses mutations géographiques et se consacrera à ses trois maternités.

Outre ses six mois d'études d'infirmières, d'autres éléments la tirent vers le haut de la profession d'aide soignante, et peuvent contribuer à élucider l'erreur de codage de sa profession : un mari sous-officier, plusieurs frères et sœurs dans l'enseignement, trois enfants qui font des études supérieures, et elle-même, qui a un mode de vie très « classe moyenne salariée » (pratique de la peinture, formation volontaire aux soins palliatifs...).

Sa trajectoire n'en est pas moins marquée par la logique du travail et du salaire d'appoints : une longue période d'inactivité professionnelle en début de carrière familiale, le travail de nuit, présenté comme pour mieux s'occuper des enfants ; puis le travail temps partiel, enfin une reprise d'activité à temps plein uniquement quand le plus jeune des enfants est jugé assez âgé (il a alors 8-9 ans). En même temps à aucun moment elle ne dit regretter d'avoir eu une activité de travail de plus en plus conséquente au fil de sa vie, ce qui la distingue de Lise.

Plusieurs éléments de sa biographie vont même dans le sens de l'émancipation personnelle par rapport à son conjoint : habituée à vivre seule six mois par an quand il était marin, elle a même vécu seule pendant les six années où son mari occupait un emploi dans le secteur privé tout en bénéficiant de sa retraite de l'armée. Le couple ne se voyait en effet que tous les 15 jours. Aujourd'hui son conjoint est au chômage. Et elle a par ailleurs plusieurs activités personnelles en dehors du travail.

Catherine F., 50 ans, mariée, 3 enfants (tous de plus de 18 ans)

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR (lieu, taille)	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRE Facteurs des changements
École d'infirmières 6 mois	Originaire de Provence			Abandon au bout de 6 mois : <i>"Je crois que pour une fille on parlait moins à cette époque de la nécessité de bosser"</i>
Inactivité professionnelle 15 ans				Pour les enfants, "et comme on déménageait souvent avec mon mari (marin) "
Emploi 3-4 ans	Maison de retraite Isère	Maison de retraite	Fait fonction d'A.S., nuit, 12 h.	Pour les enfants <i>"de la garde". "c'était quand même sympa"</i>
École d'aide soignante	École de la Croix Rouge Aix-en-Pce			<i>"Je faisais la nuit mais j'étais pas diplômée. Quand ils ont décidé qu'il fallait l'être j'ai passé le diplôme".</i> Le tente sur Grenoble et sur Aix, dans la perspective de "re-descendre". Prise à Aix.
Emploi 6 ans	CCAS ville moyenne BdR	Aide à domicile	Aide Soignante, temps partiel (75%) fractionné, et variable d'une semaine à l'autre	Souhait du couple de retour vers le sud
Emploi, depuis 8 ans, plus "extra" à l'hôpital d'Aix et en cliniques.	Clinique de 100 à 120 employés BdR	Diététique et fins de vie.	Aide Soignante, de jour, "grandes" et "petites" semaines	Temps trop fractionné dans l'emploi précédent

Catherine M., 53 ans, mariée, 3 enfants (32,29, et 26 ans)

*« Toujours dans ma tête j'ai été infirmière »
"J'aime bien la pression »*

À la différence des deux précédentes, cette femme n'a pratiquement jamais cessé de travailler depuis la fin de ses études, malgré ses trois maternités. Son attachement à son activité professionnelle – vers laquelle elle s'est orientée sur un mode presque vocationnel, et dans laquelle elle apprécie la technicité des soins propres aux services de réanimation dans lesquels elle a pratiquement toujours exercé – apparaît nettement plus fort. Il est vrai qu'elle a été soutenue en cela par le niveau de revenu de son conjoint, cadre supérieur commercial, ce qui a permis au couple de se faire aider par des filles au pair quand les enfants étaient jeunes. Dans la mesure où elle vient d'un milieu aisé – son père était un ingénieur diplômé – mais où sa propre mère ne travaillait pas, Catherine est dans un processus d'émancipation intergénérationnelle. Elle présente d'ailleurs son conjoint comme compréhensif : *« il n'a pas d'horaires, donc il comprend que je puisse ne pas en avoir »*.

Si toutefois nous avons décidé de la classer dans ce type de trajectoire, c'est que son cursus professionnel est très largement déterminé par celui de son conjoint. Sur les 12 séquences d'emploi que nous y avons identifiées, cinq changements sont imputables aux déplacements géographiques de l'emploi du conjoint : le premier pour le rejoindre, les quatre suivants, pour l'accompagner dans ses mutations. D'autres changements d'emploi de Catherine sont liés à des déménagements du couple au sein du même bassin d'emploi. Finalement seulement trois ou quatre des inflexions de son cursus professionnel apparaissent plus auto-déterminées. C'est le cas quand elle choisit d'exercer en cabinet libéral avec une collègue, une semaine sur deux, ou encore quand elle travaille en intérim, ce qui lui permet de *« gérer son temps »*. Ce cursus très diversifié – l'un des plus diversifiés dans notre échantillon – va la conduire de la fonction publique hospitalière au secteur privé, sans que ce passage renvoie à une stratégie délibérée : c'est parce qu'elle n'a pas trouvé de poste dans un hôpital de la région où son mari venait d'être muté et que sa mise en disponibilité a pris fin qu'elle travaillera ensuite dans le privé. Elle va également connaître le libéral et l'intérim.

En dehors de deux séquences de travail en horaire de nuit, l'une d'une année et l'autre de deux années, alors que ses trois enfants sont en bas âge, et explicitement présentées comme un choix en matière d'organisation du temps pour mieux s'occuper des enfants, les horaires précis des emplois qu'elle a occupés ne sont guère mentionnés. Elle déclare avoir fait le plus souvent, depuis qu'elle a quitté l'hôpital, des prestations de jour de 12 h, selon un rythme alternant 2 et 3 jours, et avec beaucoup de week-ends travaillés. Comme si les enfants devenus plus grands, ainsi que le bénéfice d'une aide domestique à domicile, lui avaient permis de ne pas en faire un critère central dans l'appréciation de la qualité des postes qu'elle a connus. Ce n'est que sous la contrainte des ennuis de santé – douleurs au dos, d'origine professionnelle – qu'elle s'est résolue, ces dernières années, à passer à temps partiel et, depuis quelques mois seulement, à travailler dans un service ambulatoire ne fonctionnant pas le week-end. Dit autrement, c'est l'usure professionnelle et non la prise en charge des enfants qui détermine la "normalisation" de ses horaires de travail vers la fin de sa carrière.

Revenant en fin d'entretien sur le bilan de sa trajectoire professionnelle elle dit tout de même nourrir quelques regrets de ne pas avoir pu réaliser certains projets de formation - orthophoniste, anesthésiste – du fait de ses déménagements successifs. Mais elle les pondère en mettant en avant les *« enrichissements »* professionnels associés à tous ces changements d'emploi.

Catherine M., 53 ans, mariée, 3 enfants (32,29, et 26 ans)

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale 2,5 ans	École d'infirmière Montpellier			
Emploi 6 ans	Hôpital Reims	Réanimation cardiaque	ISG, Jour, alternance et un horaire coupé	Rejoint son mari sur Reims.
Emploi 1 an	Id.	Id.	ISG, nuit,	Naissance du second enfant et habitat plus éloigné de Reims. Nuit pour mieux s'occuper des enfants.
Emploi 2 ans	Infirmière libérale en cabinet (deux ISG). Reims			Journées très longues. Beaucoup de "social". <i>"Si on fait pas attention on se laisse bouffer"</i> .
Interruption activité prof. 1 an				
Emploi 2 ans	Clinique "Clairval" Marseille	Réanimation Chirurgie neurol.	ISG, nuit	Mutation du conjoint sur Marseille Nuit pour mieux s'occuper des enfants (3 ^{ème} enfant est né).
Emploi	Clinique région de Marseille	Réanimation	ISG, jour	Déménagement du ménage à 30 km de Marseille. Demande pour la 1 ^{ère} fois la réanimation.
Emploi 2 ans	Institut Tzanck, région de Nice	Réanimation cardiaque	ISG, jour	Mutation du conjoint + pas de poste à l'hôpital et elle a fini sa période de mise en disponibilité.
Emploi	Clinique du Tonkin Lyon	Réanimation	ISG, jour	Mutation conjoint Expérience difficile (conflit/chef de service).
Emploi 2-3 ans	Intérim dans divers établissements privés et public, Lyon	Missions de durées courte ou très courtes, dont réanimation, salles de réveil	ISG, jour	"Travailler à la carte comme ça, je me suis régalée" "On peut gérer son temps, les endroits où on veut aller". Il faut dire que j'avais pas un besoin financier impératif.
Emploi 2 ans	Clinique Lyon	Salle de réveil	ISG, jour	Exp. très positive, glissement de fonctions vers le haut.
Emploi 1 an	Diverses cliniques Bouches du Rhône	Dialyse	ISG, jour, souvent 13 h./jour	Mutation conjoint. Intéressant au début, rapidement ennuyant, mais horaires intéressants (nombreux jours libres).
Emploi 8 ans	Clinique région de Marseille	Réanimation	ISG, jour	C'est un retour dans l'établissement dans lequel elle a déjà travaillé.
Emploi, 6 mois	Id. 150 lits, plus de 100 salariés	Ambulatoire	ISG, jour, tps plein puis temps partiel 50 %, journées de 5 h. 30 et de 9 h., 1 samedi/mois.	Suite à opération au dos et mi- temps thérapeutique. Poste moins intéressant mais moins pénible.

Carole L., 55 ans, mariée, 3 enfants (30, 28, 22 ans)

« Moi, je travaille par plaisir »

Comme précisé plus haut, c'est un cas limite dans le type intitulé « la force de rappel du travail d'appoint » : elle n'a jamais interrompu son activité professionnelle, a toujours été dans des soins plutôt techniques – la chirurgie – et son cursus est moins haché par les déménagements liés à la carrière du conjoint que dans le cas précédent. Elle a ainsi connu des séquences d'emploi plus longues : 10 ans dans le même hôpital, 13 ans dans son emploi actuel au sein d'une clinique. Par ailleurs elle fait état d'un style de vie conjugal moderne, avec un mari très coopératif au plan domestique et des enfants ayant été élevés en crèche, et fonctionnant plus tard « avec la clef » (de la maison) autour du cou quand ils étaient petits. Le père de Carole étant enseignant et sa mère secrétaire, le modèle de la mère au foyer lui semble sans doute étranger.

Reste qu'elle est à temps partiel à mi-temps depuis plus de 10 ans, les ressources du mari, cadre chez Bouygues, et sa pension de retraite de la FPH donnant aujourd'hui à son travail, comme il est dit en exergue, le sens d'un « plaisir », lui laissant suffisamment de temps disponible – soirées et week-ends – pour remplir son mandat d'élue municipale.

Son cursus professionnel est dominé par l'hôpital public en début de carrière, puis par le privé. Ce passage renvoie au fait qu'elle a utilisé la possibilité, après 15 ans d'ancienneté, de cumuler retraite de la FPH et emploi à temps partiel dans le privé, pas du tout à un rejet de l'hôpital, apprécié au contraire pour sa rémunération supérieure et ses avantages sociaux pour les mères de famille. Elle y a connu divers régimes horaires, dont celui des gardes sur place de 24 heures, qui lui permettaient de cumuler des journées libres en semaine, et celui des après-midi fixes, « pratiques pour les enfants ».

Carole L., 55 ans, mariée, 3 enfants (30, 28, 22 ans)

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRE Facteurs des changements
Formation initiale infirmière	Lycée Corvisart, Paris	<i>"La médecine ne m'intéressait pas"</i>		
Emploi 1 an	Clinique privée Nogent/Marne	Chirurgie	ISG	Travailler près de chez soi
Emploi Quelques mois	Hôpital Antibes	Chirurgie	ISG	Passer l'été sur la Côte d'Azur avec une amie, <i>"puisqu'on recrutait de partout"</i> . L'hôpital loge ses infirmières.
Emploi 4-5 ans	Clinique privée	Id.	ISG	
Emplois dans la FPH Environ 15 ans	Hôpitaux sur Marseille, Cannes, Montreuil	Id.	ISG, dont 10 ans au bloc à Montreuil. Au plan des horaires <i>"j'ai tout connu"</i> , dont les gardes de 24 heures au bloc, et les après-midi, pratiques pour les enfants	<i>"J'ai eu mon premier enfant, je suis passée dans le public"</i> . Plus d'avantages sociaux dans la FPH (paie, crèches, délais de carence). Mutations du mari qui travaille chez Bouygues
Emploi Depuis 13 ans	Clinique privée Près de Cannes	Chirurgie (main, petite chirurgie)	ISG, temps partiel (50 %), jour, week- ends libres.	Possibilité de bénéficier d'une retraite de la FPH après 15 ans, et occupe un mandat d'élue locale. <i>"Je travaille par choix, et dans le privé parce que je peux plus dans le public"</i> . <i>"Les gosses sont plus grands, j'avais pas un besoin financier de travailler"</i> .

III- « Tensions dans l'émancipation »

Ce profil est celui qui domine numériquement dans notre échantillon. Il regroupe en effet 10 des 18 infirmières, ayant toutes eu un ou plusieurs enfants, généralement un ou deux (seulement deux ont trois enfants), une activité professionnelle continue ou quasi continue, une expérience limitée de l'emploi à temps partiel. C'est dans ce type que l'on a presque toutes – quatre sur cinq – celles qui sont divorcées et séparées. Ces ruptures conjugales, significatives des dites tensions dans un processus d'émancipation, peuvent être interprétées comme inscrites dans des dynamiques d'autonomisation féminine, à la fois produites et élément actif de ces dynamiques. On note qu'à l'image de l'ensemble de notre échantillon, la moitié d'entre elles déclare que leur mère n'a pas exercé d'activité professionnelle.

Les situations de rupture conjugale tendent à renforcer les difficultés d'organisation de l'existence, sans que cette tendance soit systématique. Elles aiguïssent les contraintes temporelles liées à l'exercice du métier et les stratégies de « conciliation » entre vie de travail et vie hors travail qu'elles provoquent, ainsi que les nécessités de mobilisation d'aides, privées ou publiques, pour la prise en charge des enfants quand ils sont jeunes. C'est pourquoi nous avons choisi de présenter, au sein des six cas qui sont exposés ci-après, les quatre profils socio-biographiques d'infirmières ayant connu de telles ruptures.

Nous avons choisi de présenter cinq des dix portraits. Les trois premières sont des infirmières qui ont connu une séparation les ayant amenées à remettre en question plus ou moins profondément leur subordination antérieure à une trajectoire masculine. Les deux suivantes sont toujours en couple : Delphine a eu une activité continue à temps plein et son cursus n'est pas marqué par celui de son conjoint, qui occupe d'ailleurs un emploi moins qualifié qu'elle ; et si Christine est à temps partiel depuis la naissance de son premier enfant, ses changements d'emploi ne doivent rien à la carrière du conjoint et elle a un style de vie marqué par des activités personnelles.

Michèle L. 57 ans, divorcée, 3 enfants (33,31,20).

« Il faut que j'ai des journées bien remplies »

En fin de carrière, cette femme de 57 ans, qui vit séparée de son ancien conjoint depuis une dizaine d'années, a connu une vie familiale et professionnelle mouvementée, marquée par des épreuves dont elle paraît aujourd'hui avoir triomphé.

Son père étant militaire – et sa mère au foyer –, enfant elle déménage à plusieurs reprises dans divers pays avant d'arriver à l'âge de 15 ans en France, dans la région de Marseille. Si son orientation vers la profession est positive, elle est plus tardive et plus hétéro-déterminée que chez la plupart des autres infirmières. C'est sa mère qui l'a mise sur cette voie, mais elle se l'est complètement réappropriée : *« Quand je rentre en France, je ne savais pas trop quoi faire. En fait, ma mère, c'est un peu elle qui m'a donné cette idée. Finalement, ça m'a très bien convenu, parce que je suis très ouverte aux gens, le social, tout ça, c'était parfait pour moi, et puis c'est là que je me suis éclatée quoi, c'est parti d'un coup »*. Elle va ensuite connaître de multiples modalités d'exercice du métier, selon une logique dans un premier temps dominée par la mobilité géographique de son conjoint – mais il s'agit d'une mobilité dans un rayon de quelques dizaines de kilomètres – et dans un second temps par une recherche d'autonomie personnelle. Elle a ainsi travaillé dans l'hôpital public et le semi-public, dans les cliniques privées et en libéral, de nuit et de jour, en horaires fixes et en horaires alternants, à temps partiel et à plein temps. Elle a connu également deux interruptions d'activité de relativement courte durée – trois ans, puis deux ans – consacrées à ses trois enfants ; une vie de village comme femme au foyer – qu'elle ne supportera pas – et une vie urbaine. Neuf grandes séquences sont identifiables dans son cycle de vie professionnel et d'activité, sans compter les deux séquences de formation initiale, d'abord comme auxiliaire de puériculture, ensuite comme infirmière.

La première partie de son cursus professionnel couvre la quinzaine d'années qui sépare la fin de ses études d'infirmières de sa dernière reprise d'activité. Elle connaît une mutation d'un hôpital à un autre suite à une mutation de son mari, technicien dans la construction ; une mise en disponibilité de la FPH de manière à pouvoir travailler dans une clinique à proximité de son domicile dans laquelle les horaires sont par ailleurs moins contraignants qu'à l'hôpital ; une première interruption d'activité à la naissance de son premier enfant (3 ans), sur le mode du libre choix, qui se prolonge jusqu'à ce que le second atteigne l'âge d'un an ; une reprise d'emploi dans une clinique où les horaires ne sont pas « trop pénibles » ; cinq années d'exercice comme infirmière libérale, légitimé comme solution à son éloignement géographique de la ville où elle travaillait auparavant et par la commodité des horaires ; une seconde interruption d'activité (2 ans), à la suite d'une insatisfaction dans ce mode d'exercice (perte de compétences techniques, un travail solitaire).

Le tournant de son cursus semble se jouer à cette époque : ne supportant ni l'inactivité professionnelle, ni la vie de ce village éloigné de Toulon, puis confrontée à la dérive d'un mari ayant perdu son emploi – le ménage connaît alors de sérieuses difficultés financières – elle doit reprendre en urgence une activité salariée en clinique, puis déménager en ville. Après 5 années d'activité libérale elle se sent d'autant plus incompétente professionnellement qu'elle est affectée au bloc opératoire : *« donc j'en ai un peu bavé »*. Et pendant une année, anticipant sur son déménagement, elle inscrit le plus jeune de ses enfants dans la ville où elle travaille, alors que les horaires scolaires et ceux de son travail ne correspondent pas : *« pendant une année, j'ai jonglé »*. Mais elle triomphera de ces épreuves, exercera d'abord à temps partiel (à 3/4 temps), pendant cinq ans, puis à temps plein dans cette clinique chirurgicale où elle accepte bien les horaires de jour en alternance, maintenant que le plus jeune de ses enfants a l'âge de 20 ans.

Michèle L. 57 ans, divorcée, 3 enfants (33,31,20).

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRE Facteurs des changements
Formation initiale, auxiliaire de puériculture	École du CHU La Timone			
Emploi 1 an	Garde d'enfants			Le CHU ne l'accepte pas comme auxiliaire de puéricultrice.
Formation initiale d'IDE	Ecole de l'hôpital semi-public de St Joseph, Marseille	Expériences de stages : RAS		
Emploi 1 an	Hôpital St Joseph Marseille	Divers, dont bloc	Divers, en remplacements, mais pas mal de nuits	
Emploi 1 an	Hôpital d'Aix	Pédiatrie	ISG, jour, alternants	Mutation du mari <i>"très dur"</i> .
Emploi 1 an	Petite Clinique privée Toulon		ISG, jour	Se met en disponibilité de la FPH. Cette clinique est à proximité et les horaires m'intéressaient mieux que l'hôpital.
Interruption d'activité professionnelle 3 ans				Premier enfant : <i>"C'était sympa de le faire. Oui le salaire de mon mari suffisait."</i> C'était un choix. Un second enfant suit à deux ans d'intervalle : a choisi de <i>"s'arrêter pour les deux"</i> .
Emploi 3 ans	Clinique privée chirurgicale Toulon	Hors bloc	ISG, jour, surtout le matin	<i>"Les horaires n'étaient pas trop pénibles"</i> .
Emploi 5 ans	Infirmière libérale Village éloigné de Toulon	Médecine, au domicile des patients	ISG en libéral, seulement au domicile des patients	<i>"J'étais loin de Toulon. Il y a des avantages (contacts avec les gens, horaires plus faciles) et des inconvénients."</i>
Interruption d'activité professionnelle 2 ans				<i>"J'en avais un peu marre, pas que du boulot, de vivre à la campagne aussi."</i>
Emploi 14 ans	Petite clinique Toulon	Bloc, chirurgie	ISG, bloc, avec au milieu pendant 5 ans un temps partiel de 30 h.	<i>"Je me suis jamais habituée" (à l'inactivité) ; le mari perd son emploi ; une séquence avec trajets village Toulon, puis se rapproche.</i>
Emploi Depuis 6 ans	Grande clinique Toulon	Bloc, chirurgie	ISG, jour, alternant, dont 1 week-end/6	La petite clinique a fermé et a été rachetée par une plus importante.

Brigitte M., 40 ans, divorcée, deux enfants (14, 10 ans)

« Je sens la fatigue »

Dans le cas de Brigitte, le cursus est encore plus nettement tranché en deux parties que pour Michèle : pendant une quinzaine d'années elle travaille dans le même établissement, vit avec son conjoint, chauffeur routier, et organisera son temps de travail à la naissance de son second enfant de manière à mieux réaliser son travail parental ; depuis trois ans, anticipant la séparation qui est intervenue depuis un an, elle a repris une activité à temps plein, ce qui la conduit à changer d'employeur et d'horaires. Aujourd'hui elle assume cette indépendance domestique et financière, avec l'aide de sa propre mère concernant la prise en charge des enfants, encore d'âge scolaire.

Elle travaille donc d'abord dans un petit établissement généraliste du secteur privé non lucratif, choisi par opposition au modèle du grand hôpital public hiérarchisé et anonyme qu'elle a connu lors de ses stages de formation. Affectée en chirurgie neurologique et digestive elle travaille d'abord à temps plein de jour, alternant des prestations de 12 heures et de six heures. Le premier enfant est en partie pris en charge par une nourrice, pendant 18 mois, puis par la mère de Brigitte qui vient de prendre sa retraite. C'est au moment de la naissance de son second enfant qu'elle réalise qu'elle ne peut plus continuer sur ce rythme : il comprend des « bascules » soir-matin, avec un travail très intense en chirurgie ; elle souffre plus du manque quotidien de temps libre que du travail régulier de week-end, auquel « on s'habitue plus ». Elle décide de passer à mi-temps de nuit, où elle a un emploi du temps « en cascade », effectuant tantôt deux nuits, tantôt trois nuits par semaine, avec sept nuits par mois et des semaines régulières sans travailler. Elle s'y accoutume d'autant plus qu'elle est insomniaque : « à part la paye, que demander de mieux ? ». Mais cet horaire lui impose un changement de service ; elle apprécie moins la médecine que la chirurgie, et l'ambiance de la journée lui manque.

C'est après sept années de travail de nuit à mi-temps et sous l'incitation des difficultés conjugales qu'elle décide de rechercher un poste à temps plein. Comme l'établissement qui l'emploie ne lui en propose pas, elle travaille d'abord à l'essai comme intérimaire dans la clinique mutualiste qui l'embauche à temps plein sur le poste qu'elle occupe toujours trois ans plus tard. Elle s'arrange pour « faire le maximum de matins », horaire qu'elle juge le plus commode pour assurer le travail parental et domestique, et elle parvient à faire de la gymnastique deux fois par semaine.

Jugeant convenables ses conditions de travail et d'emploi elle restera probablement quelques années dans cette clinique avant d'envisager de changer. Accoutumée à des horaires décalés, elle met plus en avant les conditions de travail - elle commence à souffrir du dos - et l'intérêt du travail comme critères de changement. Écartant l'hôpital - cette éventualité ne lui est « même pas venue à l'esprit » quand elle cherchait un poste à temps plein - comme l'exercice libéral, associé à trop de contraintes, et comme le travail en maison de retraite - où la charge de travail est énorme - elle n'écarte pas l'idée d'aller dans un établissement pour handicapés ou de se reconvertir vers un emploi de type « assistante sociale ».

Brigitte M., 40 ans, divorcée, deux enfants (14, 10 ans)

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale 3 ans	École d'infirmière de la Conception A.P. Marseille	Tous les stages dans la FPH à Marseille		Plus attirée par la chirurgie
Emploi 9 ans	Ambroise Paré Semi-public <i>"à l'époque, un peu une petite clinique"</i>	Chirurgie : neurologie et chirurgie digestive	ISG, jour, alternance, prestations de 6 h et de 12 h. (1 jour/semaine), 1/w.end sur deux.	Pas du tout attirée par le public, <i>"ces grands services avec 50 personnes"</i> .
Emploi 7 ans	Id.	Médecine	ISG, nuit, temps partiel 50% (7 nuits/mois)	Au deuxième enfant, <i>"J'ai voulu passer à mi-temps, donc j'ai basculé de nuit". "C'était bien". La médecine : "j'aimais beaucoup la chirurgie... mais il faut tout voir aussi"</i>
Emploi 3 ans	Clinique mutualiste Marseille 32 lits, moins de 50 salariés	Médecine Deux étages, dont un réservés aux sidéens (5 lits)	ISG, jour, alternance, + 1 dimanche/mois de 13 h.	<i>"J'en avais assez de la nuit"; "l'ambiance de la journée me manquait"; "financièrement il fallait que je reprenne le temps plein". Pas de poste à temps plein disponible à A. Paré. "Je fais le maximum de matins"</i>

Julie R., 48 ans, divorcée, deux enfants

« Il y a tout un passage qu'on contrôle mal peut-être dans la vie, on est pris par les enfants, par la famille »

Comme dans les deux cas précédents, la trajectoire professionnelle de Julie est caractérisée par une inflexion liée à une séparation et à la nécessité de l'autonomisation économique qu'elle provoque. Avec une nuance importante, puisqu'elle reconnaît volontiers qu'elle a longtemps donné une priorité à la vie de famille, et qu'elle a été en quelque sorte piégée par ce modèle du travail d'appoint. C'est en effet apparemment de manière un peu plus contrainte que les deux infirmières précédentes qu'elle a repris une activité professionnelle à temps plein. Son émancipation s'est opérée davantage sous la pression des événements, elle est d'ailleurs un peu amère : si le choix de travailler à temps partiel a été pris à deux – par le couple –, elle est seule à devoir envisager d'en payer les conséquences en termes de niveau de retraite.

Julie a fait toute sa carrière dans l'unique hôpital de la petite ville où elle est née. Elle n'y connaît que des services de médecine : sans orientation très positive vers la profession, elle parviendra à éviter les soins techniques et les services fonctionnant « sous pression », de même que le travail de nuit qu'elle ne supporte pas. Dès la naissance du premier enfant elle passe à mi-temps, puis s'arrête franchement trois ans pour le second. La mère de Julie habite sur place et elle est entièrement disponible pour l'aide à la prise en charge des jeunes enfants. Elle reprend à temps partiel, d'abord à 50 %, puis à 80 %. Son conjoint est également infirmier dans le même hôpital, il est fortement mobilisé quant à lui par sa carrière professionnelle. Il travaille de nuit au moment où Julie est au foyer – *« c'était pas une bonne idée du tout, la galère quoi avec deux enfants en bas âge, quand il avait besoin de calme en journée pour qu'il puisse dormir »* – et réussit un peu plus tard le concours pour devenir cadre. Sa période de formation est associée par Julie aux difficultés conjugales. Le divorce provoque immédiatement le passage à temps plein, rendu possible par la création d'un mi-temps dans une activité d'hospitalisation à domicile, qui plaît beaucoup à Julie. Les derniers changements de poste de travail et d'horaires tiennent à son usure professionnelle, et depuis quelques mois elle est affectée à un service de consultations en pneumologie qui ne fonctionne qu'en semaine et en journées fixes.

Elle est aujourd'hui dans un certain équilibre entre intérêt du travail et des horaires : ses horaires sont réguliers, et elle n'a pas le credo « relationnel » d'autres soignantes ; une activité sans doute routinière, peu technique, mais reposante pour une infirmière qui, à 48 ans, a déjà hâte de s'arrêter. Les conditions de passage à la retraite la préoccupent. Elle parvient à faire du sport, gymnastique et marche à pied.

Julie R., 48 ans, divorcée, deux enfants

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale	École d'infirmière Gap			Éviter les <i>services "à coups de bourre"</i> , tels réanimation, urgences.
Emploi 2 ans	Hôpital Gap	Gériatrie	ISG, jour	Très intéressant, bonne ambiance
Emploi 3 ans	Id.	Id.	ISG, jour, temps partiel (50 %)	<i>"ça me paraissait difficile de jongler avec les horaires"</i> (du mari, infirmier lui aussi).
Interruption d'activité 3 ans	Id.			Deuxième césarienne, besoin de faire une pause.
Emploi 3 mois	Id.	Chirurgie	ISG, jour, temps partiel (50 %)	<i>"On ne revient pas forcément là où on était"</i> .
Emploi 1 an	Id.	Médecine	ISG, jour, temps partiel (50 %)	
Emploi 2 ans	Id.	Pneumologie	ISG, jour, temps partiel (50 %)	<i>"J'ai pas changé de service, mais d'activité dans le service"</i> .
Emploi 3 ans	Id.	Id. plus un quart temps dans l'antenne hospitalisation à domicile"	ISG, jour, temps partiel (75 %)	Les enfants ont grandi, elle peut passer à 3/4 temps, et cette nouvelle activité lui plaît beaucoup.
Emploi 4 ans	Id.	Id. mais les 3/4 temps à "l'antenne"	ISG, jour, temps partiel (75 %)	
Emploi 3 ans	Id.	Pneumologie consultations	ISG, jour, temps partiel (50 %), fixe	Problèmes de dos, qui expliquent le double passage, vers un service ambulatoire en horaire fixe, et vers le mi-temps.
Emploi 3 ans	Id.	Pneumologie consultations (50 %)+ reprise activité "antenne" (50 %)	ISG, jour, temps plein	Passage à temps plein lié à divorce.
Emploi Depuis 3 mois	Id.	Retour à une activité exclusive en pneumologie consultations	ISG, jour, fixe, temps plein	<i>"C'est la douleur qui a eu raison de moi"</i> (activité à domicile pénible physiquement).

Delphine L., 41 ans, mariée, deux enfants
« Des fois, il y en qui m'appellent « docteur » »

Contrairement aux trois infirmières divorcées qui viennent d'être évoquées, le cursus professionnel de Delphine ne connaît pas d'inflexion majeure : elle a eu une activité totalement continue et à temps plein, malgré sa mise en couple et ses deux maternités, et ce pratiquement toujours dans une activité de type chirurgicale. Son passage précoce de l'hôpital public au monde des cliniques privées renvoie à sa migration du nord au sud de la France, opérée par ailleurs de manière auto-déterminée, quand elle était encore célibataire : il lui a été plus facile et plus rapide de s'employer comme intérimaire puis de se faire embaucher dans le secteur privé que d'obtenir une mutation au sein de la FPH.

Depuis son installation dans la région les deux principaux changements dans sa situation professionnelle sont tout de même associés à sa vie familiale. Si elle quitte la clinique où elle a travaillé à Marseille pendant 2,5 ans c'est moins parce que les conditions d'emploi y sont médiocres – bas salaires, matériel ancien, horaires incommodes – que parce que le ménage vient de faire construire une maison dans une petite ville éloignée d'une trentaine de kilomètres du centre ville. Et si elle a demandé sept ans plus tard une mutation au sein de la clinique – elle est passée d'un service fonctionnant en hospitalisation complète à un service d'hospitalisation de jour, ne fonctionnant donc qu'en journée et pas le week-end – c'est pour être plus souvent auprès de ses enfants. Ce changement de service et d'horaire n'implique à ses yeux aucune dégradation de l'intérêt ou des conditions du travail.

Occupant une fonction de « responsable de service », classée « technicienne supérieure », elle s'estime relativement bien rémunérée avec son salaire de 13 000 F mensuel. En tous cas très probablement mieux que son mari, salarié comme employé de libre service dans une grande surface et qui est « *très mal reconnu* » dans son travail. Les perspectives qu'elle évoque – passer à mi-temps, faire plus de management, devenir formatrice – apparaissent pour l'heure assez vagues. Et elle ne signale aucune activité personnelle, et ne parle guère des moments, au demeurant rares, comme la semaine de congés annuelle, qu'elle partage avec son conjoint.

Finalement c'est peut-être le décalage entre, d'une part l'attachement objectivement fort à son activité professionnelle d'infirmière, qui plus est dans un type de soin bien spécifié – la chirurgie – et sa position salariale objectivement forte dans la trajectoire d'un couple « à double carrière », et d'autre part, la faible expression subjective de cette dynamique émancipatrice, qui marquent l'histoire de Delphine ; du moins depuis qu'a pris fin l'aventure de sa migration de Lille à Marseille.

Delphine L., 41 ans, mariée, deux enfants

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRE Facteurs des changements
Formation initiale et emploi en parallèle	Ecole d'infirmières CHR Lille (Nord)/intérim en cliniques	Stages surtout en chirurgie		
Emploi Quelques mois	Intérim en cliniques Nord	Divers, dont cardiologie	ISG, nuits, parfois sept nuits d'affilée	"J'ai dit "de ma vie, plus jamais je ne le referai".
Emploi Quelques mois	Intérim dans plusieurs cliniques Marseille			" Mon but, avec le diplôme, c'était de venir dans le sud. " " Quand on est en intérim, on ne peut pas avoir de crédit. "
Emploi 2,5 ans	Clinique "Pasteur" Marseille		ISG, jour, prestations de 6 heures	Conditions d'emploi médiocres dans cette clinique.
Emploi, 7 ans	Clinique "La Casamance", Aubagne, 230 salariés	Chirurgie, hospitalisation	ISG, jour, avec certains week- ends	" J'ai connu mon mari, on a fait construire ici " (Trets), " Je voulais plus faire les trajets sur Marseille pour six heures de travail ".
Emploi, depuis 7 ans	Id.	Chirurgie, Hospitalisation de jour	"responsable de service", officiellement "technicienne hautement qualifiée"	Avoir les week-ends de libre pour les enfants

Marie-Christine P., 49 ans, mariée, deux enfants

*« En faisant un mi-temps,
ma carrière professionnelle a été complètement lésée, c'est certain »*

Si nous avons classé Christine dans ce type de profil, malgré le fait qu'elle ne travaille de longue date – depuis 22 ans maintenant – qu'à mi-temps, c'est que d'une part ce choix est très lucide, comme en témoigne la citation ci-dessus, et que d'autre part bien des passages de l'entretien témoignent d'une forte autonomie personnelle.

C'est une infirmière relationnelle – elle ne connaîtra que des services de médecine – qui n'avait pas la vocation pour cette profession : elle voulait être institutrice, mais elle a échoué au concours. Elle s'est tout de même réalisée dans ce métier malgré des débuts éprouvants, comme débutante se retrouvant très seule en équipe de nuit. C'est dès la première maternité qu'elle fait le choix du mi-temps : son mari est enseignant, il a beaucoup de jours de congés au cours desquels les conjoints ne se voient pas, ce qui est contraire à leur idéal de couple. Puis le ménage a quitté le Nord de la France pour Digne, non pas du fait de la carrière du mari, mais à cause de la santé fragile de l'ainé. Marie-Christine ne parvient pas alors à se réinsérer à mi-temps dans un hôpital, et se retrouve dans un petit centre de soins (50 pensionnaires, 12 infirmières, 3 médecins), spécialisé dans les soins de suite et les personnes âgées en fin de vie. Elle y travaille depuis maintenant 16 ans.

On est loin ici du monde de l'« abattage » des cliniques chirurgicales. La qualité des horaires est une clef de dans le choix de cet emploi : elle ne travaille que deux après-midi par semaine et qu'un week-end par mois, et obtient ses périodes de congés quand elle les souhaite. Elle se juge en fin de carrière et souhaite terminer à mi-temps, tout en conservant prudemment son poste de « titulaire à temps plein » et en renouvelant annuellement sa demande de temps partiel.

L'autonomie personnelle de Christine se matérialise dans des activités privées – arts plastiques, gymnastique -, dans les nombreux projets qu'elle dit avoir envisagés – infirmière scolaire, infirmière libérale -, et, plus largement, dans une vision plus large et plus critique que la plupart des autres de la profession et de ses conditions d'exercice. Elle met par ailleurs en avant un style de vie conjugal plus égalitaire et coopératif, bref plus moderne que bien de ses collègues exerçant à temps plein. Elle présente un bilan nettement positif des compromis professionnels et existentiels qui sont les siens. Elle apprécie le prestige maintenu de la blouse blanche, par opposition à la dégradation de l'image des enseignants, tels son mari. Elle se juge plus sereine et détendue que ses collègues travaillant à temps plein, qualités morales indispensables à ses yeux afin d'exercer positivement cette activité difficile.

Marie-Christine P., 49 ans, mariée, deux enfants

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation initiale 2,5 ans	École d'infirmière CH Dunkerque, rémunérée			Affirmation d'une orientation relationnelle ; rejet de la pédiatrie malgré attirance enfants.
Emploi 5 ans	"Vieil hôpital", puis CHU Lille	Médecine	ISG nuit (peu de temps) puis jour, alternance	Débuts difficiles (solitude).
Emploi 6 ans	Id.	Id.	ISG, jour, alternance, temps partiel 50%	Naissance du premier enfant et mari enseignant <i>"ayant des jours de repos où il ne me voit pas : c'était infernal"</i> .
Emploi Depuis 16 ans	Petit centre de soins semi-public (50 lits, moins de 25 salariés), soins de suite, et fins de vie Digne	Id.	ISG, jour, temps partiel 50%,	Le ménage vient dans le sud suite à problèmes santé d'un de ses enfants ; et elle n'a pas trouvé de mi-temps dans l'hôpital le plus proche.

IV- « Un homme dans un métier de femme »

Suite à une erreur d'affectation de numéro de questionnaire, cet infirmier s'est vu attribuer une autre identité, celle d'une femme infirmière. Nous avons cependant décidé de l'interviewer, avec l'idée de mieux tester ce que les résultats de notre enquête, concernant tant les modes de réception du questionnaire téléphonique que les relations entre biographies professionnelles et biographies familiales, devaient au genre féminin qui construit socialement la profession d'infirmière.

Julien C. , 47 ans marié, deux enfants (17 et 15 ans)

Sur le plan biographique, les différences qui séparent Julien de ses collègues de l'autre sexe sont nettes et très nombreuses. Certaines d'entre elles sont d'ailleurs tellement naturalisées qu'elles en paraissent évidentes : c'est la vigilance du regard sociologique qui doit les rappeler.

Commençons donc par celles-là.

Julien a quitté depuis peu l'armée – la marine en l'occurrence – dans le cadre de laquelle il a à la fois appris puis exercé le métier d'infirmier et d'infirmier anesthésiste. Nous n'avons pas de données sur le taux de féminisation de la profession d'infirmière militaire, mais nul doute qu'il était très inférieur à celle de la profession d'infirmière civile vers la fin des années 1970, époque où Julien s'engage. D'ailleurs cette voie il a pu la choisir sur le mode de l'évidence quand il a échoué au concours de l'école de la Croix Rouge, même s'il était tout de même sur la liste d'attente. S'il avait été une femme dans cette situation, sans doute aurait-il renoncé plus facilement à la profession, quitte à devenir aide soignant(e). En tant qu'homme donc, l'armée - le service militaire était à l'époque obligatoire pour les jeunes gens – lui ouvrait « naturellement » les bras... d'autant plus probablement que son propre père était militaire (gendarme).

Quand il se met en ménage, ce n'est pas lui mais son épouse qui interrompra complètement son activité professionnelle pendant une bonne douzaine d'années. Apparemment l'éventualité inverse ne lui a pas effleuré l'esprit, ni celui de sa conjointe. D'ailleurs son statut de militaire et les obligations qui lui étaient associées – il signale plusieurs années passées à bord des navires et de nombreuses escales à l'étranger – renforcent ici l'évidence du modèle traditionnel de division des rôles sexués.

D'autres particularités de son cursus sont très liées à son appartenance au sexe masculin. Si son attirance vers cette profession est précoce, c'est en termes de « pour s'occuper des gens », et non « des enfants » qu'il la formule : aucune des infirmières n'a utilisé cette expression, alors que la plupart d'entre elles avancent leur amour des enfants comme impulsion initiale vers ce métier.

« J'ai toujours voulu faire ça... Infirmier, oui, infirmier anesthésiste d'emblée ... J'aime bien m'occuper des gens, c'est tout. Et je voulais faire de l'anesthésie, parce qu'il y a le côté technique, mais de toute façon on s'occupe quand même des gens... S'il faut mettre des pourcentages, aujourd'hui c'est 60 % relationnel et 40 % technique... ma préférence va au relationnel ».

Il se spécialise donc très vite dans un domaine technique, l'anesthésie, dont on sait qu'elle est typique des orientations professionnelles des infirmiers de sexe masculin, ce qui le conduit depuis deux ans à être classé « cadre A de la fonction publique », donc vers le sommet de la hiérarchie de la profession. Ce type d'orientation professionnelle au sein des activités de soins peut être interprété, au moins en partie, comme l'expression du rapport masculin à la souffrance, dont les modalités de mise à distance sont bien distinctes de celles de la « compassion » féminine (Molinier, 1999). Dans l'extrait d'entretien qui suit on voit comment il cherche à protéger sa « sensibilité », par ailleurs revendiquée, à la misère sociale des patients :

Julien : *On se dit que c'est fou et puis qu'on n'y peut rien, je veux dire, on a pris le message, on essaye d'apporter un peu quelque chose, mais je veux dire, on se dit, malheureusement, cette fille-là, si elle a pas une prise en charge qui est derrière, et puis on peut pas donner suite, on est obligé de mettre la barrière, de fermer la barrière, et puis tant pis. Nous, on fait au moment voulu, on apporte deux trois paroles, deux trois gestes, le temps que le patient passe entre nos mains, mais on ne peut pas donner suite, et puis de toute façon, et puis même, c'est strictement impossible (...)* **Intervieweur :** Ben, l'ensemble de ces évolutions qu'on a dit, plus de contacts, plus d'activité, plus de gens en difficulté sociale, est-ce que pour vous, pour votre... **Julien :** *Non, c'est pas, non... C'est pas mieux parce qu'à la limite, si on se prend trop la tête, on pourrait rentrer tous les jours de plus en plus accablé.* **Intervieweur :** Et c'est pas le cas ? **Julien :** *J'arrive, moi, je suis quelqu'un de très sensible, mais quand on arrive à dire, je viens pas mal de voyager, j'ai vu la misère du monde aussi, j'ai fait 40 pays étrangers, en escale, donc je sais ce que c'est l'Afrique, l'Asie, l'Amérique du Sud, etc., donc on relativise, mais c'est vrai que bon, faut pas... Faut faire, ma politique, c'est que je fais en face de moi au moment voulu, après on peut pas... Quand on peut aider, je sais pas moi, je dirais, moi, ça m'est arrivé, une césarienne, c'est une femme qui fait une césarienne, en discutant, elle cherchait, elle avait un problème de logement et tout, elle cherchait un HLM sur T., et elle arrivait pas à l'avoir, son dossier, ça faisait deux ans. J'ai pris son nom, son adresse, j'ai donné les coordonnées de mon épouse (...) ça s'arrête là, je ne vais quand même pas aller plus loin, on ne peut pas aller plus loin, sinon on passe sa vie après, on va faire du social à côté. C'est pas notre boulot, il y a des gens qui sont faits pour, s'ils sont pas assez nombreux, c'est pas de notre*

faute. Et puis on peut pas, enfin, on a autre chose...

Julien dit ailleurs que les « espaces de paroles » mis en place dans l'hôpital et animés une fois par mois par une psychologue ne lui apportent pas grand chose, « *parce que j'arrive à faire des analyses* ».

Avec sa spécialisation, et même si il met davantage en avant à cette occasion la réputation plus large des « militaires » c'est sans aucune difficulté qu'il trouve un poste dans un hôpital, alors que plusieurs des infirmières se sont retrouvées dans le secteur privé faute d'obtenir rapidement une mutation ou un poste dans l'hôpital le plus proche de leur domicile. On note en même temps que Julien n'a pas eu à « suivre » sa femme dans une mobilité géographique, cette dernière n'ayant pas d'activité professionnelle au moment où lui quitte l'armée pour prendre un nouvel emploi.

Dernière remarque : ayant connu un régime de disponibilité temporel très contraignant dans la marine, Julien vit ses horaires d'aujourd'hui comme très confortables. Il travaille à temps partiel (à 80 %), sur un mode qui n'a que peu à voir avec le temps partiel de la quasi totalité des infirmières rencontrées – celui de la « conciliation » travail/hors travail – mais parce que sa pension de retraite de l'armée le lui permet financièrement, et que le temps libéré lui permet autant de « *finir de construire la maison* » que de s'occuper davantage de ses enfants ; il ne travaille qu'un week-end sur huit, contre un sur trois auparavant, son planning est régulier et respecté, et l'alternance matin-après-midi ne lui pose aucun souci d'organisation domestique. Et il n'envisage pas de prendre sa retraite avant que ses deux enfants soient autonomes économiquement, puisqu'il est pour l'heure le principal apporteur de ressources du foyer, avec près de 20 000 F mensuels. Soit, idéalement, autour de 55 ans, car « *avoir travaillé, avoir trop d'argent et puis mal vivre, ça m'a jamais intéressé* ».

Pour autant le mode de vie de Julien s'écarte d'un modèle traditionnel dans lequel la femme serait largement subordonnée à la carrière masculine. En effet cette dernière, de sept années plus jeune, a une activité personnelle et sociale d'importance, puisqu'elle est élue municipale – adjointe au maire – dans une grande ville et qu'elle prépare en plus un DESS, occupations qui la prennent à temps plein, et dont le prestige de la première ferait de l'ombre à plus d'un « macho ». Julien, lui, semble l'accepter volontiers : « *à la limite maintenant elle fait sa vie professionnelle* ». C'est elle qui a pris la relève. Oui « *elle travaille plus que moi maintenant* ». Et il dit s'occuper beaucoup de ses enfants, notamment de son fils qu'il accompagne dans son activité de judo, et prendre en charge une partie des tâches domestiques : courses et cuisine, mais ni ménage ni repassage. On peut penser que les hommes qui s'orientent vers une telle profession « féminine » – statistiquement encore rares – ont au départ des prédispositions moins marquées par la « virilité » (Molinier, 1999) que d'autres.

Julien C. , 47 ans marié, deux enfants (17 et 15 ans)

OCCUPATION Durée	EMPLOYEUR	SERVICE	POSTE ET HORAIRES	COMMENTAIRES Facteurs des changements
Formation d'infirmier spécifique à la marine 2 ans	Armée (marine)			Échec au concours de l'École de la Croix Rouge : " <i>J'ai dit : "je vais plutôt le faire dans l'armée."</i> "
Infirmier, et formations complémentaires débouchant sur l'équivalent IDE, puis sur la spécialisation anesthésiste ("sept ans d'études en tout") 10 ans	Armée (marine)		Nombreuses gardes. Signale 2 années à bord des navires (gardes de 24 h.) 45-60 h./ semaine	Réalise que le diplôme d'infirmier de l'armée ne donne pas l'équivalence du DE : d'où poursuite de formation. Rencontre sa femme, qui interrompt son activité professionnelle ; naissance des 2 enfants à 2 ans d'intervalle.
Infirmier anesthésiste Marine 11 ans	Armée (marine)		Signale 2 années à bord des navires (gardes de 24 h.) 45-60 h./semaine	"C'est dur, et surtout de plus en plus dur en vieillissant" "Il n'y aurait pas eu de carottes - la retraite précoce- je peux vous dire que.."
Infirmier anesthésiste hôpital de Toulon Depuis 3 ans	Fonction publique hospitalière Plus pension de retraite de la marine après 23 ans de service		Infirmier anesthésiste en bloc ; tps partiel (80 %), jour alternants matin-a.m, un week-end de travail/mois.	Embauché très facilement : " <i>on frappe à la porte. Dès l'instant où il y a une place ça se fait en 5 minutes : ils connaissent les qualités des militaires</i> ". La conjointe prend une activité d'élue locale.

Sur le plan de la réception du questionnaire téléphonique, on remarque que Julien se souvient mieux de cet épisode et qu'il est moins critique sur les conditions de sa passation et sur sa complexité que la plupart de ses collègues :

Vous en avez un souvenir, vous l'avez en mémoire, ou...**Julien** : ... *Plus les questions qui ont été posées, non non.*
Intervieweur : Ca vous a paru long ? **Julien** : *Non, ça a duré, je sais pas...* **Intervieweur** : Et les questions vous ont paru, pas paru trop compliquées ? **Julien** : *Non non, bon, c'est toujours des questions précises mais on a toujours un besoin d'épiloguer un peu, enfin...*

Concernant la réception des questions, par définition il n'a pas été possible de contrôler en situation d'entretien la qualité de remplissage du questionnaire téléphonique de Julien, puisqu'il n'était pas en notre possession. Ce questionnaire par contre a été passé de nouveau dans sa quasi totalité en situation d'interview. Sans pouvoir démêler ce qui tient au genre masculin et ce qui tient à la situation de travail de l'anesthésiste en bloc, très technicisée et très protocolisée, les réponses de Julien apparaissent plus franches et précises, moins hésitantes que celles de bien de ses collègues féminines. Y compris lorsque, comme elles, il conteste la formulation de certaines d'entre elles, comme à propos de la notion de « qualité du service » :

Intervieweur : Une erreur dans votre travail pourrait-elle entraîner des conséquences graves pour la qualité du service ou des produits, oui ? **Julien** : *Oui. C'est pas la qualité du service, c'est la qualité du patient...*

Cette observation concerne les rubriques horaires de travail et RTT : ayant la chance de travailler dans un service dans lequel le temps de travail peut être – en particulier parce que les effectifs sont suffisants – rigoureusement planifié sous la forme de cycles prévisibles sur 9 semaines, dans lequel les dépassements horaires sont scrupuleusement notés, Julien peut répondre de manière succincte et précise aux questions. Sans se priver ici où là de critiquer les insuffisances du questionnaire eu égard à son expérience temporelle : comme l'absence d'interrogations sur le choix des périodes de congés :

Si l'année dernière, on est parti à la Réunion, mais c'est moi... Nous par contre, on est très ... L'été, on a pas le droit de prendre plus de quinze jours de vacances... D'affilée. Là, c'est un point négatif qui ressort pas dans votre questionnaire, on peut pas se permettre de partir quinze jours, plus de quinze jours ; l'année dernière, je suis parti trois semaines, mais... C'est pas une question de RTT, c'est parce qu'avec les collègues de boulot, on s'est arrangés, et que la surveillante, à titre exceptionnel, a accepté, bon, parce qu'avec les collègues on s'est arrangés, mais si on veut que tout le monde parte... La surveillante tient à ce qu'il y ait tant de personnel quand même l'été, sur place.

Conclusion

Au terme de cette recherche, on en rappellera d'abord les limites, avant d'en résumer les principaux résultats, qu'il s'agisse d'indications confirmant, précisant, ou au contraire infirmant nos hypothèses de départ.

À propos de quelques limites et biais de notre enquête

Les limites de l'enquête tiennent à la petite taille de l'échantillon, aux biais, contrôlés et moins contrôlés qui le spécifient, ainsi qu'à la diversité des objets sociologiques balayés par les entretiens conduits dans une durée de temps limitée (de 1 h 15 à 2 h).

Le nombre relativement faible d'entretiens réalisés, confronté avec la grande richesse des matériaux et des indications rassemblés, donnent à cette enquête un statut exploratoire. Quand l'échantillon et les résultats produits auront pu être rigoureusement mis en regard des résultats de l'enquête quantitative conduite par la Drees, nul doute que ses enseignements seront enrichis et propices à la construction de nouvelles enquêtes sur la mobilité professionnelle et les conditions de travail des salariés du soin. Quant aux biais qui caractérisent la population des 19 personnes par rapport à la population des infirmières, certains sont connus par nous, et nous avons pu les évoquer ici où là dans ce rapport : par choix initial les hommes, les moins de quarante ans, les infirmiers psychiatriques avaient été éliminés ; par construction et stratification de l'échantillon des 5 000 interrogé(e)s de l'enquête quantitative, la FPH est nettement sous-représentée ; les libérales sont absentes ; les intérimaires également. Certains effets de ces biais ont été présents lors de l'interprétation de nos résultats : par exemple l'élimination des infirmières de moins de 40 ans sous-représente les carrières féminines les plus discontinues ou interrompues précocement (par interruption, ou reconversion professionnelle) ; ou encore l'effet grossissant de la sous-représentation de la FPH, puisque les flux conduisant de l'hôpital vers le secteur privé sont sans doute mécaniquement exagérés dans l'échantillon enquêté de la Drees⁹.

D'autres biais existent, dont nous supposons l'existence sans en avoir évalué précisément les implications. Tel est le cas du poids des flux migratoires vers la région PACA, que l'on retrouve dans notre échantillon. Les infirmières qui sont venues en Provence ou en Côte d'Azur en cours de vie active semblent plus que les autres marquées par la subordination de leur cursus à la carrière de leur conjoint ; quoique plusieurs d'entre elles soient venues initialement de leur propre chef. Tel est le cas également de l'appel nécessaire au volontariat pour l'acceptation de la passation d'entretiens complémentaires à l'enquête téléphonique. Cette dernière a pu avoir des effets ambivalents : la frustration dont ont fait état plusieurs de nos interlocutrices a-t-elle favorisé la volonté d'« en dire plus à un chercheur en face à face », ou au contraire de refuser une « nouvelle intrusion des pouvoirs publics dans l'espace privé » ? . Quels sont les ressorts du volontariat des 50 % de candidates à l'interview ? Il semble que les syndiquées se soient plus volontiers portées candidates (nous en avons 5/19) soit nettement plus que la moyenne de la profession. Mais d'autres nous ont aidés à comprendre à quel point un rapport plus ou moins polémique ou revendicatif à sa condition sociale pouvait influencer les réponses à une telle enquête.

⁹ Lequel a été stratifié en trois tiers : 1/3 fonction publique, 1/3 secteur privé relevant du service public, 1/3 secteur privé.

Balayer en moins d'1 heure 30 – la durée d'une cassette audio standard, et par ailleurs durée généralement jugée décente de présence d'un étranger au domicile – à la fois la plupart des rubriques du questionnaire de la Drees et la biographie professionnelle et familiale de femmes de plus de 40 ans s'est révélé être une prouesse très difficile à réussir. Le moins mauvais compromis possible a été recherché à chaque fois en fonction de la spécificité du profil de l'interviewé tel que la reconstitution et l'étude préalable de son questionnaire le permettait. Notre stratégie a également consisté à privilégier lors des premiers entretiens leur première fonction, de contrôle du sens des questions, et lors des derniers leur seconde fonction, de reconstitution des biographies. Reste que le résultat de chaque entretien, une fois retranscrit, nous est souvent apparu frustrant car lacunaire principalement du point de vue de sa seconde finalité. Cette insatisfaction tient à des raisons « techniques », de manque de temps d'entretien, et à des raisons sociologiques plus profondes.

En particulier quand le cursus professionnel comprenait plus de quatre ou cinq séquences, le régime horaire de chacune d'entre elle n'était pas toujours renseigné précisément ; et il était difficile de relancer les personnes sur un aspect souvent déterminant de leurs modes d'organisation du temps de travail et du temps de vie passés, celui des aides au travail domestique et parental. On sait l'importance ici de la famille élargie, en particulier des grand-mères maternelles. Bref trois heures passées avec chacune n'aurait pas été de trop pour un remplissage complet des calendriers professionnels et familiaux.

Mais on est également frappés par le fait que la plupart de ces femmes font un récit relativement clivé de leur vie de travail et de leur vie hors travail. Il est vrai que notre enquête se situait dans la foulée d'une enquête quantitative centrée sur le travail, et qu'elle a donc été perçue avant tout comme telle. Il est vrai aussi que notre questionnement a privilégié de fait, sous contraintes de temps, la biographie professionnelle. Mais sans doute faut-il y voir un effet de ce que d'autres chercheurs ont mis à jour : la tendance générale qui est celle des femmes à moins cliver que les hommes leur expérience temporelle entre le « professionnel » et le « privé » s'affaiblit quand il s'agit de femmes qualifiées (Testenoire, 1999). Rappelons donc ici que les infirmières se situent vers le haut de la hiérarchie salariale féminine, et que leur mouvement d'inscription dans le rapport salarial est attesté ces deux dernières décennies par de grandes luttes sociales. Autrement dit, bien qu'encore très construit par le féminin, la féminité, et le modèle maternel – la majorité des interviewées se sont bien orientées vers cette profession selon ce modèle – la profession d'infirmière est une profession salariée et qualifiée.

À propos de la compréhension « indigène » du questionnaire

Revenir en situation d'entretien sur le sens indigène de questions « fermées » est un exercice passionnant pour le sociologue, exercice auquel nous nous sommes donc volontiers livrés. Il est particulièrement utile dans un univers professionnel éloigné du paradigme industriel et taylorien à partir duquel ont été conçues les premières grandes enquêtes sur l'organisation et les conditions de travail. Il s'est révélé très pertinent, nos interlocutrices étant souvent apparues déçues par le caractère frustrant de certaines questions.

La plupart des « erreurs » de codage se sont ainsi révélées interprétables. Ainsi en est-il de la classification professionnelle incertaine de certaines infirmières faisant fonction de

« responsables de service » ou de « surveillante » dans le secteur privé, tout en étant classées selon les appellations désuètes en provenance de l'industrie « technicienne supérieure », ou « agents de maîtrise », et tout en continuant à faire du soin, voire du « nursing », et sans jamais avoir suivi une formation équivalente à celle des cadres de la FPH. Comment s'étonner que certaines se retrouvent codées « Infirmières » ? Il en est de même à propos du niveau de diplôme, tout aussi légitimement déclaré « bac plus deux » ou « bac plus trois ». Il en est de même enfin à propos du statut de fonctionnaire, dont on a vu combien certaines le mettaient à distance tant il leur semblait mal correspondre à la densité de leur mobilisation professionnelle, alors que d'autres le revendiquaient.

Les quatre dimensions des conditions de travail qui se sont révélées les plus délicates à appréhender à partir des questions fermées de l'enquête téléphonique touchent à la polyvalence, aux relations avec le « public », aux contraintes de « délais et de rythme », et au temps de travail. La polyvalence est dans certains cas si développée qu'il n'est pas possible pour l'intéressée d'identifier clairement une activité dominante et le sentiment positif ou négatif qui lui est associé. La notion de « public » ne fait pas toujours sens dans le travail de soin, les infirmières distinguant souvent très nettement les malades de leurs familles, et l'évolution des patients étant souvent difficile à interpréter à leurs yeux. Dans des activités où la notion d'urgence fait norme les questions relatives aux « délais » et « aux réponses aux demandes du public » ne paraissent guère faire sens. Enfin la prégnance des arrangements avec une norme formelle de régulation des temps travaillés, par ailleurs pas toujours bien connue – la notion réglementaire de « 36 heures de repos consécutif » étant caricaturale à cet égard du point de vue de son abstraction eu égard aux normes temporelles pratiques –, et l'absence d'une relation strictement comptable à la durée du travail dans une activité à très forte composante subjective rendent délicates les réponses tranchées à bien des questions sur ce thème. Par contre une des dimensions centrales de l'expérience temporelle des soignantes, la prévisibilité souvent faible des prestations de travail, des jours de repos et de congés n'est pratiquement pas prise en compte par le questionnaire¹⁰, certaines nous en ayant fait la remarque.

Sur « le temps de travail dans le temps de l'emploi »

De nombreux matériaux réunis par notre enquête confirment et précisent d'autres résultats ou indications sur les dynamiques de la profession infirmière. Ils touchent aux modes d'engagement dans le métier ; à la continuité accrue des carrières ; à la grande diversité de ces dernières ; au rôle joué par le secteur privé comme pôle d'attraction au fil des carrières, en particulier au plan des modes d'organisation du temps de travail qu'il permet ; au rôle de certains régimes temporels peu fréquents dans d'autres fractions du salariat féminin – horaires de nuit, prestations de 12 heures – comme formes de réappropriation par les intéressées des contraintes temporelles structurelles propres aux soins ; au poids des logiques de spécialisation dans les carrières ; au rôle joué par la prépondérance des carrières masculines dans les arbitrages des femmes salariées, en particulier au travers d'une mobilité géographique non maîtrisée par ces dernières ; à l'usure professionnelle en fin de carrière ; à la montée probable des tensions provoquées par la logique d'émancipation féminine au sein des couples à double carrière. Le point enfin sur lequel il convient le plus de nuancer une de nos intuitions initiales majeures est que les changements qui interviennent au sein des

¹⁰ La seule question qui l'aborde interroge sur les possibilités, en cas d'imprévu, de modifier ses horaires en s'arrangeant avec les collègues.

trajectoires professionnelles de ces infirmières prennent plus rarement la forme d'un arbitrage entre qualité des horaires et intérêt du travail que ce que nous le supposions.

Les modes d'engagement dans le métier, du moins dans ces générations de soignantes, continuent de se faire massivement au travers d'un idéal féminin maternel, au sens où c'est l'amour des enfants qui en est au principe, ce dernier se transposant dans la mobilisation par la « compassion », si bien étudiée par P. Molinier (1999) : cette transposition est spectaculaire dans tous les cas, assez fréquents, où le projet de devenir puéricultrice ne résiste pas à l'épreuve de l'exposition à la souffrance des enfants.

« Techniciennes », ou « relationnelles », ces deux profils d'infirmières ne correspondent pas strictement à un autre clivage majeur qui organise les carrières, entre « chirurgie » et « médecine », même si les premières se retrouvent plus souvent dans des activités de chirurgie, et inversement. Toujours est-il que dans la plupart des cas on a observé une forte continuité dans un des deux domaines, médecine ou chirurgie, le poids des établissements privé se traduisant par la fréquence des parcours dominés par la chirurgie. Or il se pourrait que ce dernier type d'activité, notamment quand elle est organisée dans des cliniques privées, puisse plus facilement correspondre à des hospitalisations de jour, avec la chirurgie ambulatoire ou légère, et donc à des horaires fixes en journée excluant le travail le week-end.

Au-delà de cette grande logique, nous avons été frappés par l'extrême diversité des carrières : trois infirmières ne sont entrées dans la profession qu'après une première expérience professionnelle différente, dans un autre domaine ; les cursus peuvent se dérouler au sein du même établissement – un hôpital –, et même au sein d'un même service, ou enregistrer une douzaine d'employeurs différents ; ils incluent parfois une expérience d'intérimaire ou de libérale ; quant aux régimes horaires, ils ont quasiment toujours été variés, une majorité a même connu le travail de nuit. On savait que ce dernier était paradoxalement souvent choisi par des mères de familles comme mode de compromis le plus satisfaisant avec des horaires difficiles ; cela est confirmé par notre étude. Mais certaines qui l'ont connu n'ont pas pu s'y accoutumer. Ce qui est sans doute moins connu c'est la fréquence des prestations de 12 heures, qui s'inscrivent pour une part dans la même rationalité : concentrer sur des moments plus denses mais plus courts la prestation de travail de manière à libérer plus de temps pour le travail domestique et parental. De ce point de vue, ces horaires sont utilisés un peu comme l'a été la RTT, dont on a vu par ailleurs combien le bilan pouvait être mitigé pour ces infirmières. Mais le choix du travail de nuit ou du travail de jour en 12 heures va souvent de pair avec un intérêt spécifique du travail qui lui est associé : calme et autonomie la nuit ; meilleur suivi des malades sur 12 heures.

La tendance à la normalisation des horaires au fil de la carrière s'est totalement confirmée sur notre échantillon, même si ce processus est infiniment plus complexe que le résultat d'une stratégie délibérée destinée à optimiser la vie de famille et la gestion de ses temps propres. Par exemple, la promotion à des fonctions de surveillante ou de cadre – elle-même jamais revendiquée comme le produit d'une stratégie de carrière – se traduit généralement de fait par des horaires de jour plus réguliers.

Dernier résultat : même en prenant en compte l'utilisation du temps partiel et les interruptions d'activité, les carrières professionnelles de ces infirmières, y compris quand elles sont mariées avec des enfants à charge – parfois trois – traduisent un attachement

objectif et subjectif très fort au travail. Ce sont les profils de « tensions dans l'émancipation » les plus fréquents dans cette génération et tout laisse à penser qu'ils le sont plus encore chez les plus jeunes. On devrait alors commencer à voir apparaître des cursus originaux dans lesquels c'est la logique de la carrière professionnelle de la femme qui anime les grands choix, en particulier de mobilité géographique ou de stabilité géographique, qui sont ceux du couple.

Bibliographie

- ARBORIO A-M. (2001), *Un personnel invisible. Les aides soignantes à l'Hôpital*, Anthropos, 2001.
- ACKER F. (1991), « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. IX, 2.
- ACKER F. (2000), « Être et rester infirmière », *Soins*, n° 645, mai.
- ACKER F. (2002), « Temps de travail féminin, temps de travail soignant. Quelles configurations, quels réajustements ? », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 20, n° 3, septembre.
- ACKER F. (2003), « Les infirmières : une profession en crise ? », in J. de Kervasdoué (dir.), *La crise des professions de santé*.
- BARET C., (2002), « Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suède », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 20, n° 3, septembre.
- BEAUCHESNE M-N, DE TROYER M. (1998), « Comment concilier l'inconciliable ? Production professionnelle et/ou reproduction familiale. L'exemple du travail infirmier et soignant », Communication aux *huitièmes journées de sociologie du travail*, Bologne, 17-19 juin.
- BOUFFARTIGUE P., (de)CONINCK F., PENDARIES J.R. (1992), « Le nouvel âge de l'emploi à temps partiel », *Sociologie du travail*.
- BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. (2002), « L'érosion de la norme du temps de travail », *Travail et emploi*, n° 92.
- BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. (2003-1), *Jongleuses en blouses blanches. La construction sociale des compétences temporelles des infirmières*, Document de travail, LEST.
- BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. (2003-2), « À propos des normes du temps de travail. De l'érosion de la norme fordienne aux normes émergentes », *La revue de l'IRES*, n° 42, 2003-2.
- BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. (2003-3), *Temps professionnels institués, représentés, vécus. Une recherche européenne coordonnée sur les infirmières hospitalières et les cadres de la banque*, Rapport final, décembre.
- CATTANEO N. (1997), « Le travail à temps partiel : entre rêve et cauchemar », *Les Cahiers du MAGE*, n°2/97.
- CHABAUD-RYCHTER D., FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL F., SONTTHONNAX F., (1985), *Espace et temps du travail domestique*, Librairie des Méridiens.
- CLARK P-F. et CLARK D-A. (2003), « Problèmes, priorités et stratégies des organisations d'infirmières », *Revue Internationale du Travail*, vol. 142, n° 1.
- DEMBINSKI Olivier (2001), « Incertitudes dans la production de soins infirmiers ou quand les rémunérations symboliques participent à la reconnaissance professionnelle », in M. ALALUF, P. ROLLE, P. SCHOETTER, *Division du travail et du social*, Toulouse, ed. Octares.
- DEMBINSKI Olivier (2001), « Un éclairage sur la question de genre dans la division du travail hospitalier », *Actes des huitièmes journées de sociologie du travail, Marchés du travail et différenciations sociales. Approches comparatives*. Tome 1.
- DREES (2001), *Les professions de santé : éléments d'informations statistiques*, Document de travail, ministère de l'Emploi et de la solidarité, n° 9, janvier.
- DREES (2002), *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2000*, Séries statistiques, Document de travail, ministère de l'Emploi et de la solidarité, n° 33, mai.

- ESTRYN-BEHAR M., DUGER N., VINCK L. (2001), « Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998 ? », *Revue épidémiologie et santé publique*, n° 49.
- FERONI I. (1994), *Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nice.
- FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Payot.
- GONON O. (2003), « Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français », *Pistes*, vol 5, n° 1, mai 2003.
- GROSJEAN M., LACOSTE M. (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF.
- HUGHES E.C., « Pour étudier le travail d'infirmière », *Le regard sociologique*, Ed. EHESS, 1996.
- KERGOAT D., IMBERT F., LE DOUARE H., SENOTIER D. (1992) , *Les infirmières et leur coordination. 1988-1999*, Ed Lamarre.
- HAICAULT M. (1984), « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du travail*, n° 3.
- LERT F. et al. (1998), *Devenir professionnel, conditions de travail et santé d'une cohorte d'infirmières des hôpitaux publics suivie de 1980 à 1996*, INSERM.
- LOMBARD M. (1999), *Temps partiel et qualité des soins*, Mémoire de l'École nationale de la santé publique.
- MOLINIER P. (1999), « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du genre*, n° 28, pp. 50-70.
- ORIOLE Marc (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal être au travail*, Anthopos.
- SRAUSS A. et al. (1985), *Social organisation of medical work*, Chicago, The University of Chicago Press.
- SUAREZ Catherine (2000), « Présentation de l'étude " vitrage ", identité professionnelle, usure professionnelle et vieillissement des personnels soignants », in *Documents de l'ISERES*, n° 19.
- TESTENOIRE A.(1999), « Genre et temporalités », *Sociologia del Lavoro*, n° 75-75.
- THEURE J. (1981), « Eléments d'analyse temporelle du travail infirmier. L'infirmière de jour en orthopédie », *Le Travail humain*, tome 44, n° 1.
- VASSY Carine (1999), « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, XL-2.
- VEGA A. (1997), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n° 3, septembre 1997, pp. 103-131.
- VEGA A. (2001), « Le paradoxe infirmier », *Sciences Humaines*, n° 114.
- ZERUBAVEL E. (1977), *Patterns of Time in hospital Life*, The University of Chicago Press, Chicago and London.