Confusion dans la transmission intergénérationnelle du métier de soignante

Sophie Divay

Dans Recherches familiales 2011/1 n° 8 , pages 101 à 114
Éditions Union nationale des associations familiales

ISSN 1763-718X
DOI 10.3917/rf.008.0101

Article disponible en ligne à l'adresse
https://shs.cairn.info/revue-recherches-familiales-2011-1-page-101?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Union nationale des associations familiales.
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Confusion dans la transmission intergénérationnelle du métier de soignante

Sophie Divay

Cet article analyse la cassure du lien intergénérationnel qui s'est récemment produite dans un hôpital local où la transmission du métier de soignante se trouve empêchée. Des évolutions comme l'accentuation de la pénurie de main-d'œuvre et l'intensification de la charge de travail ont contribué à fragiliser le personnel stabilisé (les « anciennes ») tout en développant la précarisation du personnel de remplacement (les « débutantes »). Ces deux catégories d'agents pâtissent aussi durement de la dégradation de leurs conditions de travail, mais, prises au piège de dysfonctionnements organisationnels, elles sont incapables de construire une solidarité défensive. Elles s'entre-déchirent au contraire à travers des divisions conflictuelles qui amènent les titulaires à rendre les remplaçantes responsables de leurs difficultés communes, qui relèvent pourtant de facteurs structurels.

Introduction

« Ici, c'est familial ! », telle est la formule, presque érigée en devise, qu'un visiteur de l'Hôpital local du littoral[1] s'entend répéter par le personnel soignant qui est en majeure partie originaire de la zone rurale où l'établissement est implanté. Au recrutement de *« filles du coin »*[2], s'ajoute la prise en charge de patients qui eux aussi proviennent des environs de l'hôpital[3]. Ce fort degré d'autochtonie[4] ou d'interconnaissance a pendant longtemps favorisé l'existence de *« liens forts »*[5] au sein de ce petit hôpital ; le personnel y joue en effet sa réputation au sein d'un collectif de travail où *« tout le monde connaît tout le monde »*. On ne soigne pas seulement des patients, mais souvent un voisin, un membre de sa famille proche ou éloignée, ou encore un collègue de son mari. Les personnels sont d'autant plus soucieux de la réputation de leur établissement que leurs sphères du travail et du hors-travail sont

[1] Nom d'emprunt, voir l'encadré méthodologique pour la présentation des caractéristiques de cet établissement.
[2] Nicolas RENAHY, *Les gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale,* Paris, La Découverte, 2005.
[3] En 2008, le lieu de résidence de 60 % des patients se situe dans le canton où l'Hôpital local du littoral est implanté ; 23 % d'entre eux proviennent des deux cantons voisins, et seulement 17 % du reste du département.
[4] Jean-Noël RETIERE, « Autour de l'autochtonie. Réflexions sur la notion de capital social populaire », *Politix,* vol. 16, n° 63, 2003, pp. 12-143.
[5] Mark GRANOVETTER, *Le marché autrement,* Paris, Desclée de Brouwer, 2000.

fortement imbriquées ; à tout moment, dans le cadre de leur vie privée, ils sont susceptibles d'être identifiés par leurs différents interlocuteurs comme les professionnels par qui ils ont été soignés ou qui ont soigné un des leurs. La notion du *« travail bien fait »* s'avère de ce fait essentielle, tant elle détermine les jugements quotidiens auxquels ils sont exposés.

Le travail d'enquête ethnographique (voir encadré « méthode ») que nous avons mené révèle que cet hôpital local connaît, depuis une dizaine d'années, des perturbations de son organisation. Aux prises avec des restrictions budgétaires lourdes et de nouvelles contraintes gestionnaires, les responsables ont été amenés à faire des économies sur la masse salariale, c'est-à-dire à faire de plus en plus appel à du personnel précaire et à réduire le nombre des titularisations. Parallèlement à l'application de ce mode de gestion du personnel, des tensions et des conflits sont apparus entre générations de soignantes ou, plus précisément, entre deux catégories de personnel : les titulaires et les remplaçantes précaires. Les titulaires, autrefois également appelées les *« anciennes »*, se plaignent aujourd'hui de rencontrer des problèmes à cause de ce flux de *« nouvelles »* recrues dans lesquelles elles ne se reconnaissent pas et que, de ce fait, elles disent ne pas comprendre. Elles font même en partie porter à ces salariées temporaires la responsabilité de la mauvaise ambiance qui, d'après elles, s'amplifie dans les services.

Bien que ces plaintes aient été collectées comme des données pertinentes, il a toutefois fallu dépasser les jugements qu'elles comportaient et tenter de comprendre quels mécanismes sociaux elles recouvraient : pourquoi le personnel stable désigne-t-il les précaires comme les responsables des désordres organisationnels dont elles pâtissent toutes ? Au-delà des relations intersubjectives difficiles, quels sont les effets des orientations de la gestion du personnel sur les situations de travail ? Enfin, on peut s'interroger sur la nature de ces conflits de génération, notamment si l'on prend en compte que certaines remplaçantes, certes en petit nombre, ont le même âge ou sont plus âgées que les titulaires ?

Méthode

Le travail d'enquête

Les résultats présentés dans cet article sont issus d'une recherche financée, entre 2005 et 2008, par l'ANR dans le cadre du programme « Santé-environnement et santé-travail ».
Centrée sur le rapport des professionnels du soin aux risques professionnels, elle a donné lieu à un travail de terrain de nature qualitative et ethnographique. Plusieurs monographies ont été réalisées dans des établissements de taille variée. Nous présentons ici l'enquête menée dans un hôpital local qui s'est étendue sur deux ans, jusque fin 2008.
Le recueil de données a été effectué à travers des observations participantes et non participantes du travail des soignantes dans tous les services de l'établissement. Parallèlement, une centaine d'entretiens individuels, enregistrés et retranscrits, ont été réalisés auprès des soignantes, du personnel des services extérieurs et également d'une cadre de santé et des membres de la direction.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Le terrain d'enquête

Cet hôpital local comprend une centaine de lits répartis dans plusieurs services, situés à deux niveaux différents de l'établissement :

– le rez-de-chaussée se divise en deux services distincts. À gauche de l'entrée, un long couloir mène à une petite unité d'EHPAD[6], appelée « Terre et mer »[7], où sont hébergées une vingtaine de personnes âgées capables de se déplacer seules, mais qui ont besoin d'être assistées dans les activités de la vie quotidienne (toilette, repas, prise de médicaments, surveillance médicale, etc.). À droite, deux portes battantes s'ouvrent sur le service de médecine composé de 18 lits[8]. Ici, 20 % des patients hospitalisés souffrent d'un cancer. Les autres pathologies sont diverses, mais les patients les plus jeunes (entre 35 et 50 ans) sont souvent pris en charge dans le cadre d'un épisode dépressif sévère ou pour un sevrage alcoolique,

– à l'étage, 66 lits d'EHPAD sont répartis dans deux unités nommées « Horizon » et « Altitude ». Les résidants ont pour la plupart perdu leur autonomie ; ils souffrent presque tous d'incontinence et plus de la moitié d'entre eux ne peuvent plus manger seuls.

Les enquêtés

Le personnel de l'hôpital est composé à 80 % d'agents de catégories C et D ayant un statut d'agents de service hospitalier (ASH) et d'aide-soignante. Les infirmières (de catégorie B) sont au nombre d'une dizaine. La ligne hiérarchique se résume à sa plus simple expression puisque seule une cadre de santé a la responsabilité de tous les services de soins. Le directeur est son unique responsable hiérarchique. Les médecins, ne faisant pas partie du personnel de l'établissement, ne sont pas positionnés dans l'organigramme et ne sont, par conséquent, pas les responsables hiérarchiques du personnel paramédical.

Griefs des anciennes à l'égard des remplaçantes

Pour mieux saisir ce qui se passe au sein de l'Hôpital local du littoral, il faut en premier lieu livrer quelques éléments de présentation de cet établissement. Comme la plupart de ces petites structures de santé, son activité principale relève de la gériatrie. Environ 80 % des lits sont réservés à des personnes âgées dépendantes définitivement placées en institution[9]. Le service de médecine comprend les 20 % de lits restants et accueille des patients d'un âge moyen relativement élevé (70 ans), mais qui, pour la plupart, repartent chez eux ou dans une autre institution après leur séjour.

[6] Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

[7] Tous les services portent des noms d'emprunt.

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

[9] Ces patients, nommés *« résidants »,* sont hébergés jusqu'à la fin de leur vie en service dit d'EHPAD, correspondant à une maison de retraite.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

De manière générale, les soins dispensés en gériatrie aux patients, ou *« résidants »*, sont moins techniques que ceux d'autres spécialités. De ce fait, le personnel soignant est majoritairement composé d'aides-soignantes et d'ASH (agents de services hospitaliers). Autre particularité, ces dernières font, selon l'expression indigène, fonction d'aides-soignantes[10]. Cela signifie que, contrairement à ce qui est habituellement admis en milieu hospitalier, les ASH ne sont pas cantonnées dans des tâches de ménage ; elles prennent en charge, au même titre que les aides-soignantes, les soins quotidiens délivrés aux résidants (tels que les toilettes, l'habillement, les repas, les petits soins infirmiers, la distribution des médicaments, etc.). Le tableau des effectifs ci-dessous montre que l'ensemble du personnel soignant peu qualifié (titulaire et précaire) est plus de quatre fois plus nombreux que les infirmières.

Tableau 1. Effectifs fin 2008 du personnel soignant de jour et de nuit

Catégories de personnel	Total
Infirmières titulaires	11
Infirmières contractuelles	3
Aides-soignantes et ASH titulaires	35
Remplaçantes (des AS et des ASH)	28[11]
Total	77

La répartition des différentes catégories de personnel permet de comprendre pourquoi les difficultés relationnelles et intergénérationnelles dont les soignantes font état se situent entre les aides-soignantes et ASH titulaires et leurs remplaçantes. Les remplaçantes infirmières sont, d'une part, peu nombreuses et n'ont, d'autre part, pas le même statut que leurs collègues moins diplômées. Elles bénéficient de contrats à durée déterminée d'au moins six mois, portent la même blouse (blanche) que leurs homologues titulaires, sont chargées des mêmes tâches, et ne sont jamais désignées comme des *« remplaçantes »*, mais comme des infirmières contractuelles, étiquetage qui affirme leur identité professionnelle, même s'il souligne la précarité de leur emploi.

Il en va tout autrement pour leurs subalternes. Les remplaçantes des aides-soignantes et des ASH sont recrutées en tant qu'ASH, portent une blouse de couleur spécifique (jaune), et sont embauchées, soit en contrat à durée déterminée, souvent de très courte durée (un mois renouvelable), soit en contrat aidé. Leur statut précaire les distingue très nettement des titulaires dont elles pallient les absences. Par ailleurs, de telles conditions d'emploi engendrent un fort *turn over* qui expose les titulaires à un incessant renouvellement de cette main-d'œuvre de réserve, ce qui n'est pas sans envenimer les rapports sociaux de travail existant entre ces deux groupes inégaux de personnel.

[10] Madeleine ESTRYN-BEHAR, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe,* Rennes, Presses de l'EHESP, 2008.

[11] Le volume du pool des remplaçantes varie au gré du fort *turn over* de ce personnel, des besoins ponctuels de remplacement et des moyens financiers dont le directeur dispose pour payer ces salaires, c'est-à-dire en fonction des mensualités de remplacement annuelles qui lui sont allouées.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Les titulaires tiennent sur ces remplaçantes des propos très critiques qui peuvent être rassemblés dans trois catégories de jugements. Avant de passer à leur examen, il est toutefois intéressant d'indiquer que ces critiques reposent sur un sentiment (ressentiment) commun d'injustice. Ayant toutes commencé leur carrière en tant que remplaçantes, elles estiment par comparaison que celles qui leur succèdent ne sont pas aussi méritantes qu'elles l'ont été. Elles estiment avoir payé au prix fort leur titularisation, certaines étant même sorties très meurtries de cette épreuve :

> « *- Nadine : Ce qui m'a été difficile, c'est que ça a duré ensuite pendant sept ans, sans vacances...*
> *- Question : Après le CES*[12]*, qu'est-ce qu'on vous a donné, parce que le CES, ça pouvait pas durer sept ans ?*
> *- Nadine : Alors, ce qui s'est passé, c'est qu'en fait, normalement, je ne devais travailler que quatre heures, mais comme ils avaient besoin de moi la journée, j'ai fait les ponts, j'ai travaillé que six mois dans l'année parce qu'il fallait qu'ils me rendent mes journées. Dès que ça s'est terminé, on m'a pris en CDD. Mais bon, au début, du travail, c'est vrai que, des fois, il n'y en avait pas, mais c'est vrai que encore une fois, moi comme je n'avais pas de travail... Sensation d'avoir mal fait, machin... Je me remettais en question tout le temps ! Donc, ça, moralement, c'est dur aussi parce qu'on se dit : on se sert peut-être de vous aussi ? Parce que moi, j'ai jamais rien refusé ! Je sais que j'avais des repas de famille, j'y allais pas parce que je travaillais.*
> *- Question : Et pas de vacances, vous disiez ?*
> *- Nadine : Non... Euh si, ça a dû m'arriver de demander une semaine en janvier, parce que ça dérangeait personne, mais une semaine sur sept ans... Il n'y a que la dernière année que j'ai pris des vacances, mais sinon j'ai travaillé tout le temps, tout le temps, tout le temps !*
> *- Question : Vous avez dû accumuler de la fatigue dans ces années-là ?*
> *- Nadine : Oui, parce que quand j'ai été embauchée, j'ai fait une dépression !* [...] *Ah oui... épuisée ! Bah, et puis je vous dis, je faisais... enfin, j'aime pas faire les choses à moitié, alors je me suis toujours donnée, donnée, donnée... Je ne marchais pas, je courais, alors forcément... »* (Nadine, entrée en 1995, titularisée en 2002, 36 ans en 2008).

Voyons maintenant les reproches que les « anciennes » adressent à ces nouvelles remplaçantes, sachant qu'elles reconnaissent *« que celles-ci ne sont pas toutes à mettre dans le même sac et que certaines sortent du lot »*. Toutefois, selon un mécanisme bien décrit par Norbert Elias[13], les titulaires, dominantes dans ce milieu, ont tendance à généraliser leurs croyances dévalorisantes à l'égard des membres du groupe stigmatisé en ne retenant que les caractéristiques amplifiées *« de la pire section des dominés »*.

« Elles sont privilégiées ! »

Les soignantes permanentes considèrent que la condition des remplaçantes s'est grandement améliorée. La règle selon laquelle *« les remplaçantes sont là pour remplacer »* leur apparaît aujourd'hui de plus en plus bafouée. Ce principe suppose que le personnel de remplacement

[12] CES : contrat emploi solidarité (contrat aidé).
[13] Norbert ELIAS, John L. SCOTSON, *Logiques de l'exclusion,* Paris, Fayard, 1997.

doit être prêt à combler au pied levé toutes les absences inopinées des soignantes en titre. Ayant dû se plier autrefois à ces exigences, les titulaires désapprouvent les assouplissements que la cadre de santé a progressivement introduits. Il est ainsi aujourd'hui admis que les contractuelles notifient sur le planning les jours de la semaine qu'elles réservent à d'autres activités (formation, heures de ménage pour un autre employeur, etc.). Il arrive désormais que certaines s'absentent et que se produise alors une situation jusqu'à présent inimaginable qui contraint des titulaires à remplacer des remplaçantes.

De nouvelles dispositions telles que la validation des acquis de l'expérience (VAE) semblent, par ailleurs, faciliter l'accès au titre d'aide-soignante que les soignantes ont obtenu au prix de gros efforts, parfois par la voie de la formation initiale et le plus souvent par celle de la formation continue. Alors que les anciennes ont dû attendre d'être titularisées, acquérir une certaine ancienneté en tant qu'ASH titulaires pour être acceptées en formation, et enfin faire face aux contraintes que cette démarche impose pendant une année, elles estiment que la VAE permet aujourd'hui à des agents qui n'ont pas réellement fait leurs preuves d'être diplômées de manière imméritée.

« Elles nous sourient au nez ! »

Plus encore que les « privilèges » qui sont accordés aux remplaçantes, certains de leurs comportements interprétés comme insolents heurtent profondément les titulaires. Ces dernières constatent non seulement que leurs conseils ne sont pas pris en compte, mais qu'ils sont en outre parfois contestés. Certaines jeunes remplaçantes *« se permettent »* même de leur signaler les erreurs qu'elles commettent au regard des toutes dernières normes d'hygiène et de soins enseignées à l'école. Les titulaires « victimes » de telles humiliations s'offensent de l'arrogance des nouvelles et ne manquent pas de rappeler que *« de leur temps »* elles n'auraient jamais osé *« parler comme ça à une ancienne »*. Ces dernières regrettent que ces jeunes (souvent titulaires d'un BEP carrières sanitaires et sociales) se montrent aussi *« rebelles »*, comme l'explique Jeannette, âgée de 46 ans qui a quitté l'école à 16 ans, sans qualification, puis a travaillé huit ans dans le commerce avant d'arriver à l'hôpital où elle a appris le métier grâce à une ancienne, Mme A. :

> *« Quand je suis arrivée le premier jour, je disais : "Oui, Mme A." Ah, j'étais totalement différente, c'est vrai, mais c'est quelqu'un qui m'a appris les choses, que c'était comme ça et pas autrement ! Et puis, il y avait le respect ! Il y avait le respect ! Et là, on vous sourit au nez ! Vous savez, quand vous avez une petite jeune qui arrive, vous lui dites quelque chose et elle vous répond : "Ah mais, je sais faire !" Jamais je me serais per... d'abord, je ne savais pas faire déjà ! Je ne me serais jamais permise ! Même si elles font mal, elles ne veulent pas accepter. »* (Jeannette, ASH).

« Elles s'en moquent ! »

Privilégiées, insolentes ou irrespectueuses envers les titulaires, les remplaçantes sont encore critiquées pour leur manque de conscience professionnelle et d'intérêt pour leur travail. Elles sont parfois qualifiées de *« souillons »* et jugées, en outre, peu attentionnées envers les

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

patients. Ces comportements sont insupportables aux soignantes, d'une part, parce que celles-ci sont attachées à *« leurs »* résidants et, d'autre part, parce que ces négligences les obligent à *« repasser derrière »* les remplaçantes pour vérifier le travail effectué et si nécessaire réparer les erreurs commises :

> *« On installe un malade à manger comme ça... avec l'adaptable*[14] *là. Alors, toi, tu passes derrière avec les médicaments... Donc, tu vois, on a laissé la table mal arrangée pour euh... Non, ça ne les [les remplaçantes] dérange pas ! Moi, je veux dire à l'époque comme maintenant, si je fais une bourde, parce que ça peut m'arriver, si j'entends derrière la collègue dire : "Attendez Madame, je vais vous sortir les mains et les mettre sur la table !" et j'y retourne : "J'ai oublié de faire quelque chose, excusez-moi !" Déjà, on s'excuse et on répare ce qu'on a oublié ou mal fait... Mais, non ! C'est l'autre, elle fait derrière, on ne va pas se faire chier... Remonter un malade... Imaginez 90 ans... dans le fond d'un lit... la zappette*[15]*, on l'aime bien la zappette, hein... Mais, alors, faire ça pour remonter correctement le patient pour qu'il soit bien assis : non ! Alors le malade, il est comme ça pour déjeuner, ça ne gêne pas ! Et bah non... Tout ça, on est... Finalement, elles s'en moquent ! »* (Monique, aide-soignante, 40 ans, 20 ans d'ancienneté à l'hôpital).

Pourquoi ces remplaçantes acceptent-elles des emplois qui, selon les titulaires, les intéressent aussi peu ? Elles seraient avant tout poussées par l'appât du gain :

> *« - Julia : Alors, parmi les remplaçantes, il faut trier ! C'est ce que je vous expliquais...*
>
> *- Question : Alors d'après vous, qu'est-ce qui explique que ça ne marche pas bien avec toutes ?*
>
> *- Julia : Les gens sont pas motivés, ils viennent chercher les sous à la fin du mois, point final !*
>
> *- Question : Ce n'est pas le métier en tant que tel qui les intéresse ?*
>
> *- Julia : Non, elles n'ont pas choisi ce métier-là. Il leur fallait du boulot, il leur fallait des sous, elles ont dit : bon, on va aller là. Pour moi, c'est ça, c'est ce que je ressens. Mais bon, les patients, ce n'est pas du matériel ! »* (Julia, aide-soignante, 35 ans, 16 ans d'ancienneté).

L'ensemble des jugements proférés par les soignantes titulaires constitue le substrat d'un système d'interprétations de leurs rapports sociaux de travail fondé sur un clivage entre deux parties opposées (nous : les anciennes – et elles : les nouvelles) qui occulte cependant certains aspects propres à la situation des salariées dominées dans ce jeu d'interactions : la longueur et les difficultés de la démarche de VAE ne sont ainsi jamais évoquées ; les connaissances des jeunes remplaçantes fraîchement diplômées sont rarement citées comme la cause de la remise en question de certaines pratiques des titulaires ; le manque de motivation et d'intérêt de certains agents précaires est enfin rarement mis sur le compte de leur

[14] Tablette réglable pour les patients alités.

[15] Monique fait allusion à la télécommande qui permet de monter ou descendre le lit. Elle sous-entend que les nouvelles sont davantage disposées à utiliser la télécommande qu'à faire des efforts physiques pour replacer la résidante dans son lit.

condition d'éternels *« bouche-trous »* privés de tout espoir de stabilisation professionnelle. Ces discours accusateurs se limitent à la description de comportements individuels qui laisse dans l'ombre les facteurs organisationnels et les orientations qui sous-tendent la politique de gestion du personnel de l'établissement. Une analyse de la configuration sociale dans laquelle les soignantes de l'Hôpital local du littoral sont enfermées nécessite d'interroger les ressorts de ce conflit dit de génération, c'est-à-dire d'en définir plus précisément la nature.

Origine des tensions intergénérationnelles : effet d'âge ou effet de cohorte ?

Les tensions repérées entre les deux catégories d'agents qui composent le personnel soignant peu qualifié de l'Hôpital local du littoral pourraient être comprises comme un affrontement entre membres de deux générations d'âges biologiques différents. Les plus âgées compteraient parmi les *« anciennes »*, et les plus jeunes parmi les *« débutantes »*. Or, il faut noter qu'en l'occurrence les soignantes utilisent de moins en moins ces termes qui ont longtemps prévalu, et qu'il est désormais question de *« titulaires »* et de *« remplaçantes »*. La trentaine de salariées précaires comporte certes une majorité de jeunes femmes, mais également des femmes plus âgées. Du fait du fort *turn over* existant au sein du pool des remplaçantes, la cadre de santé doit sans cesse trouver de nouvelles recrues. Or, le marché du travail local de ce petit hôpital, situé en zone rurale, ne fournit pas en assez grand nombre la main-d'œuvre recherchée, c'est-à-dire des jeunes diplômées dans le domaine de la santé en quête de leurs premiers contrats de travail. Le recrutement par défaut de candidates éloignées de ce profil idéal a entraîné une diversification des caractéristiques de la population des remplaçantes[16]. Le tableau ci-dessous met en évidence cette diversification à travers la combinaison de certaines de leurs caractéristiques : âge biologique, expérience ou non du travail de soin et l'ancienneté[17] dans un secteur professionnel (voir *Tableau 2* page suivante).

Une telle diversification des profils des remplaçantes n'a pas été mise en place volontairement par la direction. L'établissement a dû faire face à une conjugaison d'événements qui ont, à partir de la moitié des années 1990, contribué à installer et à amplifier une pénurie de personnel soignant. L'évolution des caractéristiques de la population des résidants a entraîné une intensification du travail des soignantes. Selon leur expression, les patients sont devenus

[16] Pour une analyse plus approfondie de l'usage de la main-d'œuvre de remplacement fait dans cet hôpital local voir : Sophie DIVAY, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'"absentéisme" dans un hôpital local », *Sociétés Contemporaines,* n° 77, 2010, pp. 87-110.

[17] Les notions d'expérience et d'ancienneté ont été distinguées afin d'insister sur le fait qu'elles ne sont pas synonymes, et que les jeunes peuvent être détentrices de connaissances professionnelles acquises dans un milieu formellement ou informellement formateur qui en l'occurrence détermine en partie leur relation avec les agents titulaires : on citera, par exemple, le cas de Léa, âgée de 22 ans, qui au moment de son embauche en tant que remplaçante à l'hôpital venait de rater ses examens de passage en deuxième année d'école d'infirmière, et n'avait pas été autorisée à redoubler. Du fait de l'expérience qu'elle avait acquise notamment dans le cadre de ses stages pratiques, elle n'était pas disposée à se positionner en tant que débutante envers les titulaires des services où elle a été affectée à l'Hôpital local du littoral. L'assurance dont elle faisait montre n'a pas été sans générer des conflits avec les anciennes.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Tableau 2. Inventaire des différents profils de soignantes appartenant à la catégorie des remplaçantes

	Caractéristiques professionnelles			
Âge biologique	*Expérience dans le soin, avec ancienneté*	*Expérience dans le soin, sans ancienneté*	*Expérience hors du soin, avec ancienneté*	*Sans expérience dans le soin, sans ancienneté*
Personnes jeunes	Situation impossible	Remplaçantes, souvent diplômées, ayant occupé différents postes de soignantes (emplois salariés ou stages) dans d'autres établissements	Situation impossible	Travailleuses débutantes, souvent non diplômées
Personnes « avancées » en âge[18]	Aucune remplaçante ne correspond à ce profil	Remplaçantes ayant fait quelques remplacements dans d'autres établissements de santé ou ayant travaillé à domicile	Remplaçantes, souvent peu diplômées, ayant occupé différents postes de travail hors du soin, parfois en reprise d'emploi	Travailleuses débutantes ou en reprise d'emploi, souvent après avoir été mères au foyer

de *« plus en plus lourds »,* ce qui signifie non pas que leur poids moyen a augmenté, mais qu'ils sont de plus en plus âgés à leur entrée en institution et de ce fait de plus en plus dépendants, évolution qui entraîne parallèlement une augmentation de la pénibilité physique du travail des soignantes.

Ainsi, d'après les données fournies par les services administratifs de l'Hôpital local du littoral, l'âge moyen des résidants d'EHPAD a augmenté de cinq années entre 1998 et 2008, passant de 74,5 ans à 79,5 ans. Le vieillissement des résidants s'explique, entre autres, par l'augmentation de la part des femmes qui ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes (voir *Tableau 3* page suivante).

[18] La frontière entre ces deux catégories (personnes jeunes et personnes d'âge avancé) est imprécise et socialement construite. Selon les normes de ce milieu professionnel, on peut situer autour de 35 ans le cap au-delà duquel une soignante ne fait plus partie des jeunes. En effet, les soignantes, qui ont débuté dans le métier vers l'âge de 20 ans, signalent qu'elles commencent à ressentir les premiers signes de l'usure physique due à la pénibilité de leurs tâches vers 35 ans. Dès cet âge, elles sentent leurs forces physiques décliner, souffrent de douleurs qui s'installent et dont l'intensité va en s'amplifiant, jusqu'à ce qu'elles soient obligées de recourir à des anti-inflammatoires pour pouvoir continuer à travailler. Les arrêts maladie dus aux troubles musculo-squelettiques sont rares, notamment en vertu des principes selon lesquels il faut *« être dure au mal »* et *« ne pas s'écouter »* ; elles apprennent de ce fait à travailler et à vivre avec leurs douleurs.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Tableau 3. Évolution de l'âge moyen des résidants de l'Hôpital local du littoral

Années / Résidants	1998 Pourcentage	2008 Pourcentage	1998 Âge moyen	2008 Âge moyen
Hommes	51 %	36 %	72 ans	77 ans
Femmes	49 %	64 %	77 ans	82 ans
Ensemble	100 %	100 %	74,5 ans	79,5 ans

Par ailleurs, l'instauration en 2002 de la réduction du temps de travail, sans compensation proportionnelle en personnel, est venue diminuer la masse salariale, sachant que de surcroît, les demandes de temps partiels (80 %) de la part des titulaires épuisées ont augmenté. Enfin, une restructuration des services, décidée en 2006 par le directeur, a occasionné une dégradation des conditions de travail des soignantes de l'étage. En effet, le regroupement de trois petits services en deux plus grands a permis de réaliser des « économies d'échelle », mais a également alourdi les tâches des agents qui ont, entre autres, vu leurs déplacements s'accroître du fait d'une augmentation de la superficie des services. Le tout a été couronné par des arrêts maladies de longue durée qui sont survenus à partir de 2007. Enfin, les actions et les groupes de travail organisés dans le cadre des démarches d'accréditation ont demandé l'implication d'agents volontaires qui ont dû être remplacés dans leur service. Finalement, le budget d'heures de remplacement du personnel manquant a progressivement cru. Le pool des remplaçantes a pris de l'ampleur pendant que parallèlement le *turn over* de ce personnel précaire s'intensifiait.

Les conflits qui endommagent les relations entre titulaires et remplaçantes relèvent donc moins de l'effet d'appartenance à une catégorie d'âge, que de l'appartenance à une cohorte[19]. Les remplaçantes des années 2000 sont confrontées en même temps à des conditions d'embauche qui diffèrent sensiblement de celles que les titulaires actuellement en poste ont connues à leur arrivée, entre les années 1970 et le début des années 1990, période pendant laquelle la titularisation était garantie, même si le temps d'attente en tant que précaire a eu progressivement tendance à s'allonger. Toutefois, l'identification de cet effet d'appartenance à deux cohortes distinctes, ou groupes de paires déterminés par deux conjonctures marquantes recouvrant des modalités différentes d'accès aux postes de soignantes[20], ne dit rien des troubles qu'il génère dans le processus de transmission intergénérationnelle. Il reste maintenant à décrire ce qui ne circule plus entre ces deux générations et quels dommages cette cassure du lien entre générations de soignantes est susceptible de produire sur les collectifs de travail.

[19] Frédéric de CONINCK, Francis GODARD, « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie,* vol. XXXI, 1989, pp. 23-53.

[20] Dans ses travaux sur l'industrie nucléaire, Pierre FOURNIER observe des phénomènes semblables, notamment liés à l'évolution des modes de recrutement dans l'entreprise considérée qui produisent des décalages en situation de travail entre salariés de générations différentes. (Pierre FOURNIER, « Le travail des générations : confronter des présents décalés », in Anne-Marie ARBORIO et *alii, Observer le Travail,* Paris, La Découverte, 2008, pp.113-129.)

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Qu'est-ce qui ne se transmet plus ?

La majorité des soignantes[21] se plaint de souffrir des effets d'une mauvaise ambiance de travail ; certaines disent venir *« à reculons au travail »*, être très stressées et inquiètes des réactions imprévisibles de leurs collègues. Ces tensions ont plusieurs causes, mais sont en grande partie imputées à la présence de remplaçantes insuffisamment opérationnelles qui épuise les titulaires. Ces dernières soulignent que ce phénomène est récent et qu'auparavant les interactions entre *« anciennes »* et *« débutantes »* étaient meilleures.

Il s'agira donc dans un premier temps de décrire comment la transmission intergénérationnelle se passait avant la dégradation des conditions de travail, qui s'est amorcée vers la fin des années 1990, puis par la suite d'analyser les incidences que la cassure du lien entre générations de soignantes a eu sur leur collectif de travail.

La transmission du genre de métier : logique du don contre don

Lors du départ des dernières religieuses, au début des années 1980, le groupe des aides-soignantes et ASH a connu un tournant dans son histoire. Ces soignantes ont conquis leur autonomie, non pas à force de luttes, mais en quelque sorte par nécessité, puisque la direction n'avait pas prévu la mise en place d'un encadrement de substitution. Les deux seules infirmières civiles en poste[22] n'étaient pas assez nombreuses ni assez légitimes du fait de leur jeune âge pour jouer un rôle hiérarchique auprès d'un personnel aguerri et composé en grande partie d'*« anciennes »* (aides-soignantes ou ASH) qui sont ainsi devenues les figures centrales de la population des soignantes de l'hôpital[23].

Au cours des années 1980 et jusqu'à la mi-1990, les services ont été « pilotés » par ces anciennes qui se chargeaient entre autres de la formation des débutantes. La socialisation de ces dernières ne se faisait pas en douceur, et la docilité face à ces formatrices expérimentées était de rigueur. Le terme « formatrice » est d'ailleurs incorrect, car il sous-entend l'existence d'un encadrement programmé et officialisé des nouvelles recrues. En fait, leur « mise en route » se faisait sous le contrôle informel d'une ancienne qui leur apprenait/transmettait « sur le tas » ses connaissances et ses valeurs professionnelles :

> *« - Christine : J'ai commencé avec Monique qui m'a appris à travailler et ça s'est super bien passé !*
> *- Question : Vous n'aviez eu aucune formation dans la santé ?*
> *- Christine : Non, non, mais bon, pour moi, ça s'est fait naturellement, quoi, je veux dire, non, je ne sais pas, je ne peux pas expliquer comment ça s'est passé.*

[21] Ce sont les soignantes de l'étage qui connaissent le plus de problèmes organisationnels, ce qui s'explique, par le fait qu'elles subissent de plein fouet d'une part, les effets de la restructuration de leurs services (regroupement de trois unités en deux) et, d'autre part, parce que leurs tâches sont plus pénibles que celles de leurs collègues des petits services (médecine et petit service au rez-de chaussée), puisque leurs patients sont tous en EHPAD et donc très dépendants. On se concentrera ici sur leur situation sachant que le personnel de l'étage représente plus de 70 % de l'ensemble du personnel soignant.

[22] Sachant, en outre, que le premier poste de surveillante n'a été créé dans cet hôpital qu'en 1992.

[23] Certaines jeunes infirmières débutantes disent encore aujourd'hui être « terrorisées » par l'autorité de certaines aides-soignantes ou ASH parfois en poste depuis plus de vingt ans.

Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

> *- Question : C'est Monique qui vous a expliqué en faisant avec elle ?*
> *- Christine : Oui, voilà, j'ai commencé à faire, et puis, toujours vouloir bien faire ici, progresser. J'ai toujours fait beaucoup d'efforts, j'ai toujours écouté les conseils qu'elle m'a donnés, jamais je n'ai rechigné sur rien ! »* (Christine, aide-soignante, 38 ans, embauchée en 1995).

Une soignante pouvait d'ailleurs longtemps encore après cette phase d'apprentissage se réclamer d'une ancienne dont elle avait hérité, comme par filiation, de la valeur sociale et professionnelle. La reconnaissance de ce gain symbolique transparaît dans l'énoncé d'expressions telles *« C'est Mme X qui m'a tout appris »* ou *« J'ai été lancée par Mme X »*, carte de visite orale et allusive, qui rend autant hommage à l'initiatrice, qu'elle honore l'élève au sein de l'établissement où tous les membres sont à même de saisir le sens sous-jacent contenu dans de telles affirmations.

Dans le cadre de ces situations d'apprentissage informel, l'ancienne transmettait moins un ensemble de tâches prescrites que ce que des psychologues du travail appellent le *« genre social de métier »*. Ce terme désigne des manières d'agir et de penser d'un milieu professionnel, caractérisé par une *« mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation : manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet. Ces manières de prendre les choses et les gens dans un milieu de travail donné forment un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenus. Cette histoire fixe les attendus qui permettent de supporter – à tous les sens du terme – les inattendus du réel. Mobiliser le genre de métier, c'est aussi se mettre au "diapason professionnel" »*[24]. Cette conformation était facilitée par l'activation d'un *« habitus domestique »*[25] partagé par toutes les employées de l'hôpital ; les dispositions acquises dans le milieu familial étaient (et sont encore) mobilisées dans l'univers professionnel où les tâches des aides-soignantes et ASH s'apparentent en grande partie aux tâches ménagères[26].

Les agents expérimentés retiraient de la transmission de leur métier une reconnaissance professionnelle de la part des débutantes qui pour leur part acquéraient des connaissances qui leur faisaient souvent défaut, puisque la plupart d'entre elles entraient sans qualification à l'hôpital. La reconnaissance et la légitimité ainsi acquises par les anciennes étaient d'autant plus précieuses que « ce petit personnel » ne peut guère attendre de gratification des autres membres du milieu hospitalier où elles passent inaperçues ou bien où elles sont invisibles[27]. Cette logique du « don contre don » a été brisée avec l'avènement des nouvelles conditions de travail au tournant des années 1990 qui ont fait prévaloir une logique du « don contraint ».

[24] Yves CLOT, Daniel FAÏTA, « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler,* n° 4, 2002, pp. 7-42, p. 13.

[25] Anne-Marie DAUNE-RICHARD, « "Travail professionnel et travail domestique" : le travail et ses représentations au sein de lignées féminines », *Travail et emploi,* juillet-septembre, n° 17, 1983, pp. 49-55.

[26] À ce propos, la catégorie des aides-soignantes dans les professions de santé en France compte de façon stable environ 90 % de femmes (92,4 % en 1986 et 90,7 % en 2004). Sabine BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales,* n° 1, 2005, pp. 19-33.

[27] Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital,* Paris, Anthropos, 2001.

La cassure du lien intergénérationnel : logique du don contraint

Progressivement, comme on l'a déjà souligné, le manque de main-d'œuvre s'est installé et s'est accentué au tournant de la moitié des années 1990. Le pool des remplaçantes a pris une ampleur jamais égalée avec de surcroît l'instauration d'un fort *turn over* de cette main-d'œuvre précaire.

L'encadrement des nouvelles recrues est devenu problématique. Comme bien souvent les absences se produisent de façon inopinée, il n'est pas rare de voir une débutante, arrivée le matin, mise en poste l'après-midi même. La « formation » au métier relève d'un don contraint et s'opère dans la hâte ; les soignantes expérimentées ont l'impression de mal faire leur travail et sont en outre obligées de confier *« leurs résidants »* à des inconnues dont elles n'ont pas eu le temps d'apprécier les compétences ou les potentialités. Elles s'échinent à *« repasser derrière »* ces nouvelles arrivantes pour s'assurer de la qualité des soins prodigués, mais elles s'épuisent surtout à former, qui plus est de façon galvaudée, des agents qui partiront bientôt. Cette absence de « retour sur investissement » est source de découragement ; parallèlement, le flux incessant de personnels temporaires perturbe l'organisation du travail et contribue à créer une mauvaise ambiance dans les services. Dans de telles conditions, la transmission du métier n'est plus envisageable, les débutantes s'estiment malmenées par des soignantes excédées qui ne reçoivent plus guère de marques de reconnaissance, au point que le titre d'*« ancienne »* a disparu du vocabulaire indigène, laissant la place au clivage ancré entre les *« titulaires »* et les *« remplaçantes »*.

Conclusion

La précarisation du personnel soignant engendre nombre d'effets dommageables. Les titulaires ne sont pas épargnées ; même si elles bénéficient toujours de leur statut de fonctionnaires de la fonction publique hospitalière, elles subissent une perte de prestige et sont dépossédées de leur rôle de passeurs du métier. De tels préjudices génèrent chez elles un malaise relevant d'un mécanisme de *« déstabilisation des stables »*[28]. Les remplaçantes souffrent quant à elles des incertitudes inhérentes à leur statut de précaires ; il les expose de façon continue à l'insécurité, tant leurs contrats de travail peuvent être de courte durée et leur renouvellement imprévisible et tant leurs conditions de travail sont pénibles, puisque synonymes de flexibilité, de disponibilité totale et d'improbable intégration dans le collectif de travail, condamnant ainsi ces agents à demeurer dans le camp des « outsiders »[29].

Cette étude ethnographique, bien que limitée à un petit établissement de santé, est susceptible d'apporter des éléments de réflexion concernant l'ensemble du milieu hospitalier. En effet, à l'heure où de sévères restrictions budgétaires sont annoncées, devant passer par la suppression

[28] Robert CASTEL, « Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précariat », in Serge PAUGAM, *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales,* Paris, PUF, 2007, pp. 413-433.
[29] Nobert ELIAS, *op. cit.*

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)

de très nombreux postes de soignant(e)s, cette recherche apporte une illustration supplémentaire de l'existence des contraintes et des risques qui pèsent non seulement sur l'organisation du travail, mais également sur les patients et qui sont liés, d'une part, à la pénurie de main-d'œuvre titulaire et, d'autre part, à un usage massif de personnels précaires.

Nos constats rejoignent ceux qui viennent d'être présentés dans un rapport commandité par la Haute Autorité de Santé : *« Plus généralement, les professionnels ont décrit un cercle vicieux qui tend à précariser la production des soins : la réduction des effectifs entraîne des difficultés dès qu'un professionnel manque. Son absence de remplacement fait porter aux autres une charge de travail trop lourde. S'il est remplacé, le nouvel arrivant ne connaît pas le service, les patients, les protocoles... L'efficacité du remplaçant est donc moindre que celle des autres professionnels et son projet professionnel ne s'intègre pas nécessairement dans le projet de service. Des problèmes de compétences peuvent apparaître dans un contexte où on ne peut pas choisir les remplaçants.*[31]» Si cette mise en garde est nécessaire, elle ne doit toutefois pas faire porter aux *« remplaçant(e)s »* la responsabilité des dysfonctionnements qui incombe avant tout aux décisions prises par des gestionnaires préoccupés en premier lieu par la réduction des dépenses bien qu'ils brandissent, paradoxalement, la nécessité de l'amélioration de la qualité des soins. Un tel objectif ne sera jamais atteint si la logique du *« faire toujours mieux, avec toujours moins »* continue de prévaloir et si le manque de moyens est dénié au profit de la valorisation d'une pseudo-solution consistant à insister sur la réorganisation de la distribution des ressources, laissant croire qu'elles ont été jusqu'à présent suffisantes, mais mal utilisées.

[31] Claire COMPAGNON, Véronique GHADI, *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages,* Rapport pour la Haute Autorité de Santé, 2009.

Union nationale des associations familiales | Téléchargé le 01/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 188.119.23.47)