

## Etudes de cas

# Le secteur de la santé et hospitalier

**Marianne De Troyer**  
Chargée de recherches au  
Centre de Sociologie du  
Travail, de l'Emploi et de la  
Formation, Université Libre  
de Bruxelles, Belgique



## Le secteur hospitalier en Europe

### Résumé du rapport introductif

1. Depuis le début des années 80, on assiste à des transformations des services hospitaliers dans la plupart des pays de l'Union européenne. Ces transformations se caractérisent notamment par la mise en place de plateaux techniques qui permettent, tout à la fois, une rentabilité maximale de l'équipement et une rationalisation des ressources matérielles et humaines au moindre coût. Les progrès de la médecine, l'apparition de nouvelles pathologies, la ré-émergence de pathologies que l'on croyait disparues mais aussi les demandes nouvelles nées de l'évolution démographique tout autant que les compressions budgétaires opérées dans les domaines socio-sanitaires ont contribué au renouvellement complet des structures et de l'organisation du paysage hospitalier. On entend par là les effets des regroupements hospitaliers en vue de spécialisations pointues des différentes unités, l'accentuation du rôle curatif de l'hôpital avec l'externalisation de certains types de patients hors de ses murs (patients âgés dépendants, patients psychiatriques, toxicomanes, etc.) et l'apparition de nouveaux modes de management hérités de l'entreprise industrielle.

Plus concrètement, cela a signifié une réduction, tout à la fois, du nombre de lits et des durées de séjour à l'hôpital (avec des effets négatifs pour les patients quand le départ est prématuré) et une

rotation beaucoup plus élevée du nombre de patients s'accompagnant partout de coupes sombres dans les dépenses de santé.

2. *Lieu hautement professionnalisé*, le secteur hospitalier est investi d'une grande diversité de missions et de fonctions centrées sur la prise en charge individualisée des patients (accueil, diagnostic, prescriptions, soins, hébergement, etc.) mais d'autres missions sont plus collectives (maintenance, hygiène, enseignement, recherche); la réalisation de l'ensemble de ces tâches - qui doivent être en partie coordonnées - passe nécessairement par l'intervention d'un grand nombre de professionnels ayant des formations, des métiers, des statuts différents : gestionnaires, médecins, personnel des services médico-techniques, infirmières, aides-soignantes, brancardiers, employés administratifs, etc.

*Créateur d'emplois*, le secteur de la santé est un des employeurs les plus importants en Europe. Il occupe en moyenne entre 7 et 13% de la main-d'œuvre européenne. Bien entendu, ces chiffres varient en fonction des services que l'on inclut dans le secteur de la santé qui sont très différents d'un Etat membre à l'autre; le secteur hospitalier représente, quant à lui, entre 2,9% et 5,5% de la population active des Etats membres.

Le rapport complet est disponible, en français et en anglais, sur le site internet du BTS : [www.etuc.org/tutb/fr/conference200064.html](http://www.etuc.org/tutb/fr/conference200064.html)

3. Dans le cadre de ce rapport introductif, nous nous sommes principalement concentrés sur le *personnel infirmier et soignant des hôpitaux*; celui-ci a été, et est toujours, le moteur de nombreux mouvements sociaux dans différents pays européens ou extra-européens depuis le début des années 80. Ceci dit, ce n'est pas pour autant que les autres travailleurs du secteur ne méritent pas notre attention. Que l'on considère les médecins ou le personnel des services médico-techniques (laboratoires, services d'imagerie médicale, etc.) et logistiques (restauration, buanderie, entretien sanitaire, transport des malades, etc.), chaque catégorie professionnelle au sein de son environnement de travail rencontre des problèmes spécifiques en matière d'organisation du travail, d'évaluation des risques au travail et, par extension, en termes de santé/sécurité au travail, qu'il serait tout à fait souhaitable d'examiner.

Lorsqu'on étudie la banque de données Eironline de la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail de Dublin pour les années 1998-2000, on constate, qu'au cours des trois dernières années, se sont déroulées de nombreuses manifestations et actions du personnel infirmier et soignant mais également d'autres catégories du personnel hospitalier (techniciens de laboratoire, médecins, etc.), dressant des banderoles *contre des conditions de travail* incompatibles, à la fois, avec les exigences d'une prise en charge de qualité des besoins du patient, de son confort et celles de la vie hors travail de ce personnel, *contre l'intensification du travail* et le stress qu'elle engendre, *contre la précarisation des contrats et des statuts, les faibles rémunérations et les discriminations salariales* et cela même en parallèle au constat d'un *manque de personnel infirmier et soignant* signalé dans de nombreux pays européens (Allemagne, Belgique, Danemark, Portugal, Grèce, Royaume-Uni, Suisse, Suède, Norvège).

La convergence de l'ensemble de ces mouvements sociaux, tant dans les pays du nord que du sud de l'Europe, doit retenir l'attention à plusieurs égards; notamment, elle pose la question de la mise en place d'un *dialogue social formel* dans le secteur hospitalier au niveau européen. Ceci étant dit, il est vrai que la diversité et la multiplicité des acteurs impliqués - organisations syndicales et patronales, employeurs tant publics que privés - ne rendent pas la tâche simple d'autant que l'on se heurte d'emblée à la question de savoir quels

sont les acteurs organisés et représentatifs au niveau européen.

4. L'organisation générale du travail en milieu hospitalier est caractérisée par l'existence de plusieurs organisations parallèles : les services de consultations, les urgences, les unités de soins, les services médico-techniques, les services logistiques, les services administratifs qui doivent fonctionner de manière synchronisée ou, en tous les cas, fortement coordonnées. Quant aux unités de soins, elles présentent entre elles des différences liées à leur spécialité, au type de malades qu'elles accueillent, à leur environnement de travail (ressources en personnel, horaires, planification, modes de roulement, normes d'agrément).

Au niveau du système hospitalier, *le temps est un enjeu organisationnel important* à plusieurs niveaux. Ainsi, il l'est au niveau de l'hôpital dans sa globalité car celui-ci - confronté à l'évolution de ses prestations, à des contraintes économiques, à de nouveaux besoins des populations, à l'évolution des techniques et des thérapeutiques - tend à adapter son organisation sur le plan temporel : utilisation optimale des moyens disponibles, utilisation plus longue d'équipements coûteux, réduction des délais de traitement, réduction des durées de séjour, adaptation des services (horaires des repas, accueil des familles...). Il l'est aussi au niveau des unités de soins car il constitue pour les travailleuses une préoccupation majeure qui résulte des contraintes de l'activité hospitalière et d'une structuration considérable de l'activité de travail.

Les *contraintes de l'activité hospitalière* sont nombreuses : continuité de service au public 24 heures sur 24, besoins en effectifs variables selon les heures, les jours, les moments de l'année, aléas et imprévus en tout genre : urgences, individualisation des besoins et des soins, évolution de l'état des malades; elles font que l'organisation et le roulement des équipes sur 24 heures ont souvent été synonymes de conditions de travail et de vie difficiles.

Les travailleuses en milieu hospitalier connaissent des contraintes d'horaires spécifiques : irrégularité dans les prestations, travail de nuit, travail de week-end et des jours fériés, travail en début de matinée et en début de soirée avec leurs inconvénients en ce qui concerne la vie familiale et sociale. Les problèmes d'horaires s'additionnant avec

d'autres conditions difficiles que sont la charge physique, la charge mentale et psychique (stress).

Le temps constitue un enjeu important au sein des unités de soins car il *structure impérativement l'organisation de l'activité journalière*. Ainsi, le temps de travail n'est pas homogène, ni sur la journée, ni sur la semaine, ni sur l'année. Dans la matinée de travail, certains moments ont, plus que d'autres, une *valeur d'organisation* : c'est le cas de la visite du médecin. Par contre, dans le système de roulement fixe, les équipes du matin détiennent plus d'informations que les autres et toute décision importante leur est renvoyée. De la même façon, les jours de la semaine présentent une certaine hétérogénéité déterminée par



## Etudes de cas

### Le secteur de la santé et hospitalier

Autres exposés disponibles sur notre site web :

[www.etuc.org/tutb/fr/conference200064.html](http://www.etuc.org/tutb/fr/conference200064.html)

■ **L'organisation du travail et ses répercussions sur la santé : une proposition pour la surveillance**

Beloyanna Cerioli, Représentante des travailleurs pour la sécurité, hôpital de Bologne, Polyclinique S. Orsola Malphigi, Italie

■ **Les congés de maladie dans les hôpitaux allemands : indicateurs de la dégradation de la santé et des conditions de travail**

Dieter Bonitz, IPAG-Team, Allemagne

■ **L'engagement syndical dans l'organisation du travail et les risques psychosociaux dans le secteur de la santé**

Sofia Vega, CC.OO, Catalogne, Espagne

■ **Les conditions de travail et le bien-être dans les services de soins de santé finnois en 1992 et 1999**

Gustav Wickström, Institut régional de la Santé au Travail, Turku, Finlande

■ **Evaluation des conditions psychosociales du travail dans un hôpital allemand à l'aide d'un outil suédois**

Barbro Rönsch-Hasselhorn, Université de Wuppertal, Allemagne

■ **Les nouveaux systèmes de gestion de la santé au travail dans le secteur industriel et dans les hôpitaux - Analyse comparative de l'expérience roumaine**

Liliana Rapas, Administration de la Santé publique, Roumanie

l'organisation même du service, son type d'activité, ses impératifs administratifs ou d'enseignement. La gestion du roulement des équipes revêt une importance considérable à la fois pour la structuration du travail et pour la vie personnelle des soignants.

La gestion du temps est aussi à l'origine de contradictions ressenties profondément par les travailleuses : le souhait de développer les aspects relationnels du soin se trouve en concurrence avec le manque de temps qui résulte de la gestion permanente des priorités et des urgences multiples qui redéfinissent la gestion à court terme de l'activité.

5. Dans ce contexte, *l'intensification du travail et les transformations du contenu du travail* doivent retenir toute notre attention en ce qui concerne d'une part, le fonctionnement des services hospitaliers et d'autre part, celui des unités de soins.

Au niveau du fonctionnement des services hospitaliers, l'intensification du travail ne permet pas de réaliser les multiples coordinations qui doivent être effectives. Au niveau des unités de soins, l'intensification du travail peut avoir des impacts importants sur la transmission et l'acquisition des savoir-faire, des connaissances et des compétences. Ainsi, les contraintes d'efficacité peuvent être telles que les travailleurs en place n'ont plus le temps d'accueillir les jeunes et les nouveaux travailleurs. Or, la valeur de l'expérience acquise dans les soins infirmiers (surtout, dans les soins directs aux patients), la maîtrise des techniques de soins (observation de certaines techniques de soins avant de les appliquer adéquatement) et la confrontation à une large gamme de situations sont particulièrement importantes.

Outre l'exposition aux risques connus auxquels les travailleurs hospitaliers sont soumis et les possibles interactions entre ces différents facteurs de risques (contraintes physiques, expositions aux agents biologiques et chimiques, contraintes mentales, psychiques et émotionnelles de travail), l'intensification du travail laisse peu de temps pour une maîtrise de ces risques professionnels; elle laisse peu de temps pour une maîtrise de l'activité des collectifs de travail, pour la communication et les échanges au sein des équipes notamment lors des réunions préalables aux roulements des équipes.

Marianne De Troyer