

Trajectoires professionnelles et dispositifs publics en action
Colloque international 12-13 juin 2014

Fanny VINCENT
IRISSO – Université Paris Dauphine

Axe 3 : Les destinataires : cible ou acteurs des dispositifs publics ?

Travailler pour son « temps de repos » : usages et réappropriations du dispositif public du travail « en 12h » à l'hôpital public

Face à l'émergence du « nouveau paradigme » du *New Public Management* (Bezes, 2012 ; Bezes, 2009 ; Belorgey, 2010), en proie à un « nouveau sens commun réformateur » promouvant une vision économique et gestionnaire (Pierru, 2007) devant guider sa transformation en « entreprise » (Pierru, 1999), l'hôpital public est au centre du tournant néolibéral qui entend restructurer et rationaliser dans son ensemble un système de santé en crise (Mossé et Paradeise, 2003 ; Pierru, 2007 ; Tabuteau, 2010).

Concomitamment, la mise en œuvre de la réduction du temps de travail hebdomadaire à la suite des lois Aubry de 1998 et 2000 (on passe de 39 à 35 heures) a constitué – dans la mesure où le processus a été réalisé sans l'augmentation des effectifs escomptée – un choc de grande ampleur pour les hôpitaux (Tonneau, 2003) qui doivent désormais maîtriser le temps de travail dans toutes ses composantes. Très vite les premiers rapports soulignent une réforme cristallisant les dysfonctionnements du système public hospitalier (Tonneau, 2003 ; Piquemal, 2002). Quelques années plus tard les 35h sont empreintes d'une illégitimité sociale grandissante (Pélisse, 2008a) et l'hôpital public est l'exemple favori des médias et de la droite pour argumenter sur le « fiasco », le « boulet »¹, le « grand raté »², « le scandale »³ qu'elles ont représenté et la « désorganisation » qui s'en est suivie⁴.

Décision politique en faveur de l'emploi avant tout, la loi sur les 35h visait aussi à édicter une nouvelle norme de durée de travail pour améliorer l'équilibre entre les différents temps de la vie des salarié-e-s (Pélisse, 2002 ; Reynaud et Fridenson, 2004). Certains travaux tendent toutefois à montrer que la réduction du temps de travail n'a pas suffisamment été un instrument de conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée et qu'elle semblait avoir peu remis en cause la division sexuée des rôles (Cette, Dromel, Méda, 2004 ; Estrade, Méda, Orain, 2001).

Des injonctions à la performance issues des réformes néo-managériales de ces dernières décennies et de la loi sur les 35h visant à lutter contre le chômage en partageant le temps de travail, il est difficile de distinguer la part des responsabilités dans la dégradation des conditions de travail à l'hôpital. Ceci étant, sur les deux aspects les recherches pointent du doigt une intensification du travail et une augmentation de la charge mentale pour les salarié-

¹ Propos des sénateurs de droite, respectivement Jean Arthuis et Jean Marie Bockel, lors du débat au Sénat sur le bilan des 35 heures à l'hôpital – séance du jeudi 27 février 2014.

² Le Parisien, *Hôpital, le grand raté des 35 heures*, 18 janvier 2010.

³ L'Humanité, *Le scandale des 35 heures à l'hôpital*, 29 novembre 2011.

⁴ Xavier Bertrand, ministre de la santé, le 22 janvier 2011 lors du « Grand Rendez-vous Europe1/iTélé/Le Parisien-Aujourd'hui en France ».

e-s (Arnaudo *et al.*, 2013 ; Estrade, Méda, Orain, 2001 ; Reynaud et Fridenson, 2004 ; Gheorghiu et Moatty, 2013).

Au milieu de ces transformations à la fois culturelles, sociales, politiques et économiques, nous nous intéressons ici à la problématique du travail en 12h d'affilée de certaines équipes soignantes des hôpitaux publics français en cela qu'elle apparaît emblématique de la dialectique qui relie les deux contextes que nous venons de décrire. Parce qu'en apparence elles accordent les intérêts des directions des établissements sommées de maîtriser leurs budgets et ceux des soignant-e-s demandant plus de temps pour leur vie privée, « les 12h » sont une forme particulière d'organisation des services hospitaliers qui s'accroît depuis une dizaine d'années, et sont de plus en plus mises en place à la demande des équipes soignantes elles-mêmes. Témoin de leur extension et du caractère de plus en plus normatif qui y est attaché, les 12h sont même souvent désignées par les acteurs au singulier : *le* 12h. Apparaissant comme un phénomène cohérent en soi nous considérons *le* ou les 12h⁵ comme un dispositif (Foucault, 1977 ; Beuscart et Peerbaye, 2006).

Il est difficile de déconnecter les 12h du contexte que connaît l'hôpital public aujourd'hui, notamment parce que nous soutenons l'hypothèse que la politique du temps de travail est aujourd'hui une des dernières variables d'ajustement dans la gestion des établissements hospitaliers face à ces restructurations⁶. Il nous apparaît ainsi nécessaire d'envisager ce dispositif d'un point de vue systémique pour ne pas se laisser tenter par les facilités d'une lecture qui le résumerait à une simple appétence pour le temps libre de la part des soignant-e-s. La démarche ethnographique que nous avons entreprise pendant trois mois dans trois services de soins d'hôpitaux publics parisiens prouve qu'il est impossible de dissocier une question comme celle du temps de travail du contexte dans lequel elle prend corps.

Cette communication se base sur un travail de thèse entamé il y a un an et demi dont nous présentons ici les premiers résultats qualitatifs, en nous plaçant essentiellement du côté des soignant-e-s.

Précisons ici que nous entendons la notion de soignant-e-s selon son usage indigène. Les soignant-e-s désignent généralement les infirmier-e-s et aides-soignant-e-s, qui ne disposent pas de compétences prescriptive et dont la présence dans les services de soins est continue (Hughes, 1996 ; Arborio, 1995). A la différence des médecins qui dépendent bien souvent d'une direction qui leur est propre, les soignant-e-s dépendent de la direction des soins et des ressources humaines, et sont soumis à un strict encadrement de leur temps de travail⁷.

Majoritairement féminine, la population soignante à laquelle nous nous intéressons ici reste mal reconnue pour la disponibilité temporelle que l'on exige d'elle, ainsi que pour ses compétences de jonglage avec les temps (Bouffartigue et Bouteiller, 2006 ; Kergoat *et al.*, 1992 ; Devetter, 2006).

Après un état des lieux du dispositif des 12h, nous verrons que les soignant-e-s en sont autant cibles que acteurs, et l'utilisent comme l'instrument d'une articulation des temps sociaux en

⁵ Nous choisirons toutefois d'employer le terme « les 12h » dans ce travail, celui-ci étant le plus facilement utilisé dans nos discussions et entretiens avec les soignant-e-s.

⁶ Effectivement la masse salariale représentant entre 60 et 70% du budget hospitalier, les établissements disposent encore ici d'une certaine « marge de manœuvre », pour reprendre les termes du directeur général de l'offre de soins, au ministère de la santé.

⁷ Nous excluons volontairement de notre travail les sages-femmes, car bien que dépendant de la direction des soins, nous les considérons comme personnel médical (revendication qu'elles portent). Par ailleurs, au regard de la place qu'elles occupent dans la hiérarchie hospitalière et des compétences de prescription qu'elles détiennent, nous postulons que le phénomène sociologique des 12h tel que nous nous y intéressons ici n'a pas les mêmes logiques et les mêmes fondements chez les sages-femmes que chez les soignant-e-s.

grande partie contrainte par les conditions de travail. Puis, à travers le prisme de la mobilité nous analyserons les impacts sur leurs trajectoires professionnelles.

Encadré 1 : Méthodologie

Ce travail s'appuie sur une enquête ethnographique dans trois services de soins de deux hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), pour un total d'environ trois mois à temps plein. Durant ces observations, nous avons suivi les infirmier-e-s, aides soignant-e-s et auxiliaires de puériculture (dont le statut est assimilé à celui d'aide soignant-e) tout au long de leurs journées de travail de 7h36, 7h50 ou 12h. Nous avons également fait quelques nuits en 12h. Le but était de saisir le travail réel, au concret et au quotidien, de manière suivie sur une période donnée.

Le premier service observé, un service de gériatrie, travaille en 7h36 et 7h50 pour les équipes de jour, et 10h pour les équipes de nuit. Nous y avons réalisé notre enquête exploratoire, qui nous a permis de mesurer les attentes pensant sur le travail et les difficultés auxquelles les soignant-e-s doivent faire face. Nous leur avons fait passer un questionnaire pour mieux apprécier leur rapport au travail et au temps du travail.

Le deuxième et le troisième service que nous avons suivis appartiennent au même hôpital où la direction générale nous a donné carte blanche pour mener ce travail sur la durée de la thèse. C'est un hôpital de grande taille (plus de 2700 agents) avec un volume d'activité très important.

Les soignant-e-s du service de maternité que nous avons suivi en premier travaillent selon des horaires hétérogènes et très souvent changeants. Les équipes de jour travaillent en 7h36, 7h50 ou 12h, et les équipes de nuit travaillent en 10h. Les équipes de nuit sont fixes, mais les équipes de jour alternent matin et « garde » (après-midi).

Enfin, le service de pédiatrie générale dans lequel nous sommes passés travaille exclusivement en 12h, de jour comme de nuit. Les équipes sont fixes et leur roulement change peu.

Cette phase d'observation a également été complétée par une trentaine d'entretiens réalisés avec les soignant-e-s et les cadres de santé de ces services durant leur temps de travail, des syndicats, des médecins du travail, des membres de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé.

Les entretiens avec les soignant-e-s ont permis d'approfondir certains points trop superficiellement abordés lors des discussions informelles. Ils ont principalement porté sur leur parcours professionnel, l'activité de travail et les conditions de travail, les plannings et l'articulation du travail et de la vie privée, ainsi que la place du travail dans leur vie.

A cela s'ajoute enfin une comparaison Paris/province, en cours, pour laquelle nous avons pour l'instant mené une quinzaine d'entretiens avec les soignant-e-s des services d'urgences et de chirurgie traumatologique-orthopédique-ORL, en 12h, d'un hôpital normand comptant environ 2000 salarié-e-s.

Nous sommes ici conscients des spécificités de chaque service et de chaque hôpital ; il ne s'agit d'ailleurs pas de les comparer entre eux. Nous tenterons au contraire de mettre en exergue les logiques transversales et structurantes.

1. Les 12h, un dispositif dérogatoire

Travailler « en 12h » indique tout d'abord travailler 12 heures d'affilée au cours d'une même journée. Dans les services de soins hospitaliers, cela signifie que les équipes de jour « prennent leur service » entre 6h et 8h du matin en moyenne et finissent entre 18h et 20h et que les équipes de nuit font de même entre 18h et 20h, jusqu'à 6h ou 8h. Deux équipes assurent donc la mission de continuité des soins sur une journée de 24h, avec un temps de transmissions entre équipes qui disparaît souvent. En effet classiquement, deux équipes de jour en 7h30 chacune et une équipe de nuit en 10h couvrent à elles trois une plage de 25h, incluant 30 minutes de chevauchement entre l'équipe qui a fini sa journée de travail et celle qui prend sa relève. Ce temps permet d'assurer « la bascule » entre les équipes, et de s'échanger les informations sur les patients du service et les consignes pour les prochaines heures. Avec les 12h ce temps est mécaniquement gommé. Toutefois dans le service de pédiatrie que nous avons observé, chaque équipe arrive en moyenne 10-15 minutes en avance pour prendre les transmissions, et l'équipe finissant reste 15 minutes de plus. Les journées de travail de 12h sont en réalité des journées de 12h30 en moyenne passées dans les services, et plus encore lorsque l'on y ajoute les 10 minutes quotidiennes d'habillage et de déshabillage hors du service (qui sont légalement du temps de travail effectif).

Les pratiques diffèrent selon les établissements à qui il revient de définir leur régime de temps de travail. Si l'hôpital normand dans lequel nous menons des entretiens prévoit d'avance et de manière explicite sur les plannings des journées de 12h25, l'hôpital de l'AP-HP où nous menons la grande part de notre travail ne reconnaît pas de journées supérieures à 12h. La direction considère les divers temps de pause pris au cours de la journée (ou de la nuit) comme n'étant pas du temps de travail effectif, cela dégageant des minutes qui sont alors utilisées pour les transmissions.

Reconnaître des journées de travail de 12h revient en effet à se mettre dans l'illégalité, les 12h étant déjà une dérogation à la durée quotidienne de travail, comme le précise l'article 7 du décret du 4 janvier 2002⁸, texte majeur régissant les questions de temps de travail à l'hôpital public.

L'article 6 quant à lui indique que « la durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours ». Or dans le service de pédiatrie que nous avons suivi, comme dans bien d'autres services, les cycles de travail sont construits sur quatre semaines suivant l'alternance d'une petite semaine de 24h (deux jours de 12h), puis d'une grande semaine de 60h (cinq jours de 12h), deux fois de suite. Une semaine de repos est ensuite et en principe attribuée chaque mois à chaque agent, au titre des repos compensateurs dégagés par les heures qu'il/elle effectue au-delà des 7h quotidiennes dues aux 35h.

Si nous choisissons volontairement ici de ne pas utiliser le terme d'heures supplémentaires, c'est parce que l'usage de celui-ci à l'hôpital requière des conditions bien précises. En effet, la notion d'heures supplémentaires implique non pas que les agents ont dépassé les bornes horaires définies par le cycle de travail⁹ (comme c'est souvent le cas lorsque l'agent doit rester à son poste de travail parce que le/la collègue qui doit prendre sa relève n'est pas là, ou

⁸ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : « En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures ».

⁹ Cf. article 15 de ce même décret.

parce qu'il y a eu une urgence ou un imprévu à gérer dans le service), mais que l'agent est revenu travailler sur ses jours de repos ou de congés ; ce qui arrive fréquemment du fait des arrêts de travail.

Le travail en 12h recouvre ainsi de multiples réalités, variant au cours du cycle de travail et de l'année. Travailler en 12h peut tout autant signifier travailler 24h une semaine, que travailler 60h une autre, ou que ne pas travailler du tout une autre semaine encore. Cela traduit aussi pour les soignant-e-s que nous avons rencontré des paies inégales selon les mois car dépendantes du nombre d'heures complémentaires aux 35h effectuées. Lors des périodes de congés les paies peuvent alors être sensiblement plus basses.

Le nombre de jours travaillés en 12h est en moyenne de 12 jours sur 28, concurrençant ainsi les 20 jours des agents qui travaillent selon la norme temporelle standard ou « typique » du travail (Thoemmes, 2012 ; Devetter, 2002) et dégageant mécaniquement un nombre de jours de repos important.

Si Jérôme Péglise (2008b) explique bien que la création d'une norme de limitation du temps de travail par des règles de droit (comme cela a voulu être le cas avec les 35h) est avant tout une « référence pour l'action » et qu'elle agit à la fois comme seuil pratique, symbolique et technique, les 12h y dérogent doublement. D'une part les 12h dépassent ce seuil symbolique et à usage historique de la durée hebdomadaire de travail fixé à 35h (« être aux 35h ») et elles le déplacent vers celui, dérogatoire et journalier, du « travailler en 12h ». D'autre part les 12h contournent le seuil technique de la majoration salariale des heures supplémentaires en brouillant la notion et en la vidant de sa substance (Demoly, 2011). Ainsi la norme réglementaire de temps de travail et le sens qui a voulu y être attaché sont complètement transformés avec les 12h.

Dans la mesure où le recours aux dérogations, prévues par la loi de manière exceptionnelle, devient la norme d'organisation de certains services, les 12h contribuent à brouiller la frontière entre légal et illégal. Celles-ci permettent le développement, en marge du cadre normatif légal, d'un halo d'heures travaillées invisibles dans les plannings standards tels qu'ils sont conçus par les cadres¹⁰ : minutes supplémentaires chaque jour souvent non comptabilisées, heures supplémentaires écrites nulle part dans les plannings, compteurs horaires dépassant les 150 voire 200 heures¹¹, compte épargne temps saturés¹², etc. Outil mathématique devant permettre la rationalité de l'organisation temporelle des services, la mesure des plannings est lacunaire là où il s'agit d'objectiver la réalité du temps travaillé.

¹⁰ Les cadres de santé sont les encadrants/responsables/managers des équipes soignant-e-s du service. Ce sont les relais des cadres supérieurs de pôle eux/elles-mêmes relais de la direction des soins, dans les équipes. Ils/elles sont aussi appelés cadres de proximité.

¹¹ Les compteurs horaires (ou compteurs du logiciel de gestion des plannings « Gestime ») sont les unités centralisatrices des heures complémentaires effectuées par les soignant-e-s. Nous maintenons la distinction entre heures complémentaires et heures supplémentaires dont nous avons donné l'explication plus haut. Chaque journée de travail de 12h dégage 5h de repos récupérateur, dues au fait que la durée de travail de base est de 7h quotidiennes, qui seront utilisées en « jours de repos » comme les appelle génériquement les soignant-e-s. Les heures figurant sur ce compteur horaire sont les heures de repos récupérateur effectuées par les soignant-e-s n'ayant pas été rendues sous forme de jours de repos.

¹² Les comptes épargne temps (CET) ont été instaurés en 2002 dans la fonction publique hospitalière. Ce sont des comptes d'heures qui permettent aux salarié-e-s de stocker, soit des congés annuels non utilisés, soit des heures ou jours de réduction du temps de travail non pris, soit des heures supplémentaires qui n'auront pas été compensées ou indemnisées. Les salarié-e-s pourront récupérer ces jours sous forme de congés rémunérés ou, au-delà de 20 jours accumulés, se les faire indemniser, les utiliser pour partir à la retraite plus tôt ou les maintenir dans le CET dans un maximum de 10 jours/an.

A ce flou d'heures travaillées s'ajoute un flou juridique particulièrement manifeste dès que l'on aborde avec les soignant-e-s la question du nombre de jours de RTT auquel ils/elles ont droit, la différence entre les RTT et les repos compensateurs, le nombre de jours qu'ils doivent travailler par mois et par an, etc. Sur la question des 12h, nombreux sont ceux qui pensent que la législation les protège. Plusieurs soulignent par exemple que les cadres n'ont « pas le droit » d'élaborer des plannings avec plus de 3 jours de travail en 12h d'affilée « parce que c'est pas légal », alors qu'il s'agit d'une recommandation de la MEAH¹³. Inversement, des semaines de 60h ou des journées de 12h30 ou 13h de travail dérogent doublement à la règle légale en matière de temps de travail, mais peu de soignant-e-s le revendiquent comme une injustice qui leur serait faite.

Encadré 2 : Difficultés de cadrage

S'intéresser aux 12h comme phénomène sociologique se heurte à deux difficultés que nous n'avons pas encore réussi à lever pour l'instant.

D'abord, il est extrêmement laborieux de prendre la mesure de l'extension des 12h. En effet, nous ne disposons pas aujourd'hui d'étude chiffrée suffisamment large permettant de déterminer le nombre de personnels travaillant à l'hôpital selon cette modalité horaire. Une étude menée par un cabinet d'audit et d'expertise pour le compte du CHSCT de l'AP-HP estime en août 2009 à près de 5000 le nombre de soignant-e-s travaillant en 12h sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP, soit environ 6% des effectifs de l'institution, mais 17% des infirmier-e-s spécialisés, 14% des infirmier-e-s et 5,5% des aides soignant-e-s. Le cabinet note une progression du nombre de soignant-e-s travaillant en 12h de +6% par rapport à fin 2008.

Ensuite l'autre difficulté réside en ce qu'il est difficile de déterminer précisément l'origine des 12h telles que les connaît aujourd'hui l'hôpital public.

Si au début du XX^e siècle, des règlements intérieurs d'hôpitaux de l'AP-HP mentionnaient des journées de travail de 12h ou 12h15, il semble néanmoins que « les 12h » telles que nous les envisageons aujourd'hui aient commencé à s'instaurer dans les années 1980, suivant un mouvement général de remise en cause des normes de travail (Thoemmes, 2012 ; Devetter et de Coninck, 2012). C'est toutefois depuis une dizaine d'années que les acteurs constatent leur croissance.

Le lien entre 12h et 35h est établi par certains acteurs rencontrés, et notamment par l'ANAP¹⁴ selon laquelle les 12h auraient été mises en place avec l'annualisation du temps de travail. Selon la directrice des soins de l'hôpital normand, les 12h ont parfois été instaurées par certains établissements pour pallier au manque de moyens alloués par la réforme des lois Aubry.

Enfin, les sages-femmes travaillant « historiquement » en 12h, cela aurait favorisé la diffusion des 12h aux infirmier-e-s anesthésistes (IADE) ainsi qu'aux autres catégories d'infirmier-e-s.

¹³ La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier¹³, créée en 2003 précise dans un de ses modules formation à destination des directeurs d'hôpitaux, que dans le cas de plannings en 12h, il convient d'éviter impérativement trois jours d'affilée en 12h, il est nécessaire d'avoir de longues périodes de repos, d'intégrer les préférences des salariés concernant la structure des rythmes travail/repos et de tenir compte des contraintes particulières des agents.

¹⁴ Créée en 2009 l'ANAP se substitue à la MEAH, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, au GMSIH, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, et à la MAINH, Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier. C'est une agence étatique dépendant du ministère de la santé, chargée de promouvoir la performance et l'efficacité dans les établissements de santé et médico-sociaux. Elle se veut « une boîte à outils » au service des établissements.

S'il est impossible d'affirmer que le travail en 12h est une nouveauté, les multiples acteurs rencontrés lors de ces premiers mois de doctorat soulignent en revanche son développement récent voire sa « généralisation ». C'est un fait social nouveau à la fois de par son ampleur, mais également du fait des logiques qui le fondent. En cela il est difficile de faire des 12h un phénomène marginal relégué à la périphérie d'autres formes de travail typiques telles que le travail en 8h. Ce dispositif amène à réinterroger le rapport au temps de travail et le cadre normatif temporel général du travail à l'hôpital.

2. Un dispositif pour les soignant-e-s, mobilisé par les soignant-e-s ?

La difficulté à retracer l'origine ainsi que l'ampleur du dispositif des 12h ne peut toutefois pas masquer les usages qu'en font les parties prenantes. Bien qu'ayant encore insuffisamment rencontré les directeurs/trices d'hôpital, nous avons toutefois noté que ceux/celles-ci avaient tendance à présenter le dispositif des 12h comme un « consensus », terme employé par plusieurs d'entre eux/elles. Les soignant-e-s y trouveraient un équilibre entre le travail et leur vie privée en gagnant des jours de repos et du temps de transport.

Etant certaines de l'intérêt des soignant-e-s pour les 12h, certaines directions font de ceux/celles-ci les cibles du dispositif qu'elles mettent en place. En effet certains services ou certains établissements, souffrant d'un déficit d'attractivité, voient en le dispositif des 12h un moyen de recruter des professionnels et de remplir leurs postes vacants. Enfin grâce aux 12h les directions économisent mathématiquement des postes par le temps de chevauchement entre les équipes qui se trouve supprimé dans le cas où deux équipes assurent les 24h de la journée¹⁵.

Il est important d'ajouter que les 12h ne font pas l'unanimité chez les directeurs/trices. En tout état de cause les directions des hôpitaux n'ont pas l'apanage de la mesure. Aujourd'hui les soignant-e-s sont de plus en plus nombreux-ses à se saisir du dispositif qu'ils/elles mobilisent pour prévoir leurs temps.

2.1. Travailler 12h pour mettre à distance son travail

Les professionnel-le-s de la santé et tout particulièrement les infirmier-e-s sont souvent pris-es en exemple des salarié-e-s travaillant selon des horaires dits atypiques et devant gérer de nombreuses contraintes temporelles (Bouffartigue et Bouteiller, 2012 ; Arnaudo *et al.*, 2013). Historiquement attachée à l'institution dispensatrice des soins, la profession infirmière s'est par exemple progressivement détachée des représentations de « la bonne sœur » pour s'affirmer comme une profession technicienne (Sénotier, 1992 ; Divay, 2010). Pour autant, l'appel à « la conscience professionnelle » reste très présent dans les propos des managers. « On l'utilise [d'ailleurs] un peu trop souvent » pour justifier le rappel sur les jours de repos selon Carole, infirmière dans le service de pédiatrie. La disponibilité, aussi bien dans l'activité de travail que pour le travail est une des compétences invisibles que l'on attend de ces métiers du soin, et ce d'autant plus que les soignant-e-s sont majoritairement des femmes (Devetter, 2006 ; Bouffartigue et Bouteiller, 2006) et que la rhétorique du choix du métier et de la vocation continue d'imprégner les discours (Sénotier, 1992 ; Schnapper, 2003) dans une

¹⁵ Dans certains hôpitaux où les équipes de nuit continuent de travailler en 10h, les équipes de jour arrivent en décalé sur plusieurs heures et se transmettent les informations en plusieurs fois. Par exemple un-e première aide soignant-e vient de 6h30 à 18h30, un-e deuxième de 8h à 20h, une troisième de 9h30 à 21h30, et les aides soignant-e-s de nuit arrivent tous-tes à 21h et repartent à 7h ; le temps de transmission n'est pas gommé entre les relais d'équipe mais il n'est pas véritablement institutionnalisé.

institution hospitalière dotée d'un fort pouvoir symbolique (Freidson, 1984 ; Granger et Pierru, 2012 ; Carricaburu et Ménoret, 2005).

L'injonction ressentie par les soignant-e-s à devoir être disponible est d'autant plus forte que le contexte actuel de travail est tendu : les services tournent avec des effectifs minimaux, les arrêts de travail et les rappels sur les jours de repos se multiplient, les impératifs de performance battent leur plein avec le tournant néolibéral des politiques hospitalières, le 100% T2A et le *New Public Management* (Pierru, 2007 et 2012 ; Belorgey, 2010 ; Moisdon et Pépin, 2010 ; Gheorghiu et Moatty, 2013). La charge de travail augmente et le rythme s'intensifie et se densifie (Gollac et Volkoff, 1996 ; Cordier, 2009 ; Estryn-Béhar *et al.*, 2004 ; Rosa, 2010). « On rentre chez nous épuisé physiquement, moralement », souligne Alice, infirmière de nuit en pédiatrie générale. Les soignant-e-s rencontré-e-s expriment tous-tes une insatisfaction à l'égard du travail qu'ils accomplissent et pour lequel ils/elles n'ont « plus le temps » de prendre le temps (Acker, 2004 et 2005 ; Clot, 2010).

Cette intensification du travail se fait au détriment des temps de pause, de repas et de récupération. Carole, infirmière en pédiatrie nous confie par exemple qu'elle a « limite recommencé à fumer pour avoir [sa] pause clope » et descendre cinq minutes hors du service pour souffler et faire le point sur ce qu'elle est en train de faire.

La majorité des soignant-e-s date cette dégradation des conditions de travail de ces quatre ou cinq dernières années. Ils/elles déplorent un travail qui a perdu de son sens et pour lequel ils/elles n'ont pas de reconnaissance malgré l'investissement et les responsabilités que l'on exige d'eux/elles (Arnaudo *et al.*, 2013). Rebecca, auxiliaire de puériculture en maternité explique que lorsqu'elle et ses collègues font remonter des problèmes dans le service, « on n'est pas entendues quand on le dit », « on nous rit au nez », qu'« ils en ont vraiment rien à foutre du personnel ». Maria, aide-soignante en gériatrie, s'énerve lorsque nous lui demandons comment elle se sent à l'hôpital aujourd'hui : « frustrée, délaissée, à l'abandon ! [...] T'as pas ton mot à dire ». « Quand tu râles on te dit c'est comme ça », poursuit Mélissa, sa collègue. Les soignant-e-s ont souvent l'impression d'effectuer un travail invisible (Arborio, 1995 ; Acker, 1997).

Ainsi, à l'image des français qui souhaitent que leur travail occupe moins de place dans leur vie en partie parce que les conditions de sa réalisation sont aujourd'hui dégradées (Davoine et Méda, 2008), les soignant-e-s sembleraient avoir trouvé avec les 12h, une solution pour remédier au paradoxe français.

En cela les nombreux « jours de repos » qui sont dégagés avec les 12h sont appréciables pour les soignant-e-s parce qu'ils sont du temps que l'on ne passe pas à l'hôpital. C'est l'idée que quitte à venir travailler, autant venir pour 12h, pour de bon, et ne pas avoir à multiplier les jours au travail, qui donnent l'impression « d'être tout le temps à l'hôpital ». Un jour de travail est une journée de perdue pour soi, alors autant la perdre en entier et ne pas revenir cinq fois dans la semaine. Ainsi Marie, infirmière en pédiatrie explique :

« En 8h j'ai des copines qui enchaînent parfois jusqu'à 6-7 jours des fois en 8h. T'as pas de vie sociale, quand t'as des gamins et tout, quand faut t'organiser... Enfin..., toute façon une fois que t'es là, que tu sois là pour 7h ou pour les 12h, j'vais te dire on est plus à ça près. Parce que c'est l'avantage d'être en 12h... [...] certes [quand tu es en 8h] tu commences à 6h et demi, mais tu finis il est 15h, mais 15h tu fais quoi ? T'es crevée, tu rentres chez toi et tu fais rien quoi. [...] Enfin même quand tu commences à 13h c'est super mais enfin le matin tu vas pas aller faire tes courses hein. »

Et puis au-delà de l'impression d'être tout le temps au travail, y revenir moins souvent grâce aux 12h permet également d'économiser de l'argent et du temps de transport, problématique

exacerbée en Ile de France. Toutefois, la question des transports entre le domicile et le travail et des économies qui sont permises grâce à la diminution du nombre d'allers-retours est un argument peu mobilisé par les soignant-e-s parisiens que nous avons rencontré pour expliquer les avantages qu'ils/elles trouvent au travail en 12h.

2.2. Le pouvoir de prévoir son temps et d'arranger sa vie ?

Dans notre société fondée sur le travail (Méda, 1995), le temps de travail reste le temps-pivot qui structure la vie quotidienne et ses autres temps sociaux. Dans la mesure où, en contexte d'austérité, le temps de travail déborde du cadre temporel déterminé a priori par l'institution hospitalière et entre en concurrence avec les autres temps sociaux – celui des tâches domestiques, de la famille, de l'école, des loisirs, etc. –, les soignant-e-s doivent faire face à des temps conflictuels (Molinier, 2009 ; on pourra aussi rapprocher les soignant-e-s et les conductrices de bus étudiées par Livia Scheller (2009)). Les 12h sont alors pour certain-e-s un moyen de réguler les temps pour arranger sa vie personnelle¹⁶. Elles sont en cela l'exemple même de l'individualisation de la logique dérogatoire (Pélisse, 2008b).

Dans le service de pédiatrie générale fonctionnant sur 12h, plusieurs soignant-e-s expliquent les avantages qu'ils/elles trouvent aux 12h pour leur organisation personnelle, à la fois vis-à-vis de leurs enfants qu'ils/elles voient plus souvent du fait des nombreux jours de repos, et au niveau du temps qu'ils/elles peuvent prendre chez eux/elles, « à la maison », notamment pour « faire [leur] ménage » lorsqu'il s'agit des femmes. Aussi, le droit aux repos que nombreuses peuvent revendiquer grâce aux 12h est en fait assujéti à des temporalités contraintes, et tout particulièrement aux temporalités domestiques (Méda, 2001 ; Thoemmes, 2012 ; Molinier, 2009). Pour les femmes ayant des enfants en bas âge ce temps est souvent l'occasion d'en faire davantage, consacrant, par la densification des unités de temps, la logique de l'accélération (Rosa, 2010), pesant principalement sur celles qui assument déjà des doubles journées de travail (Méda, 2001).

Disposer de jours de repos en semaine permet aussi de « prendre des rendez-vous », de faire les « démarches administratives », etc. Les 35h n'ayant pas suffisamment été un instrument de conciliation (Cette, Dromel, Méda, 2004), les 12h permettent aux soignant-e-s de se réapproprier le calendrier de leur vie et de mieux gérer leur temps. Ainsi se développe et s'épanouit une rationalité calculatrice du temps due à la stabilité du planning, ce qui échappe bien souvent à ceux/celles qui travaillent en 8h. Marie, infirmière dans le service de pédiatrie explique :

« On reste plus que pour le 12h toute façon. [...] – *Pour les jours de repos ?* – Pour le roulement, ne serait-ce que ça. T'as un roulement fixe donc forcément ça te permet d'avoir une vie sociale déjà un peu plus correcte qu'en 8h. Parce qu'en 8h, ils te changent ton planning tout le temps, tu passes du matin, d'après-midi. Nous on sait qu'on est là pour le 12h, donc on nous change rarement quand même. [...] franchement, ça te permet déjà de prévoir, ne serait-ce qu'une semaine à l'avance, de savoir si ce jour-là tu bosses ou pas ».

Alice, infirmière de nuit en pédiatrie décrit la même chose :

¹⁶ Si nous ne intéressons pas ici aux soignant-e-s refusant de travailler en 12h, il est toutefois nécessaire de mentionner qu'un certain nombre d'arguments déployés par les « pro-12h » en faveur des arrangements entre vie professionnelle et vie privée permis grâce aux 12h, sont aussi employés par les « anti-12h » comme des contre-arguments. Par exemple : « les 12h me permettent de voir plus mes enfants » vs. « si je travaille en 12h je ne verrai jamais mes enfants ».

« En 8h, t'as beaucoup moins de jours de repos et ton roulement n'est pas fixe. Donc du coup tu peux te retrouver avec juste un jour de repos entre deux cycles de 6 jours. Donc tu vois tu fais 6 jours de travail, t'as un jour de repos et après tu refais 6h de travail. [...] Que là, y'a une semaine on va travailler que 2 jours d'affilée, et après on va avoir notre week-end, et puis après on va avoir notre semaine où on travaille 5 jours avec 2 jours de repos entre deux cycles. – *Donc là tu sais que tu peux t'organiser...* – Exactement. Et puis tu as ta semaine de repos qui coupe tes deux roulements. Pour notre organisation personnelle c'est beaucoup mieux, parce que du coup tu sais que ce jour là tu peux prévoir avec tes amis, avec ton copain, avec ta famille, tes trucs, et puis pareil, tout bête, les rendez-vous chez le médecin tu peux prévoir. Ton jour où tu dois t'occuper de ton administratif, tu peux prévoir aussi. Parce que ton roulement reste fixe. »

Par ces mécanismes de régulation de la vie sociale qu'elles autorisent, les 12h semblent prendre la forme d'un pouvoir d'agir sur leur temps des soignant-e-s (Corteel et Zimmermann, 2007). Nous postulons que les 12h sont une étape dans un processus plus large de métamorphose du rapport au travail dans des professions où les contours du travail étaient historiquement mal reconnus. Moyen de mise à distance du travail, les 12h sont investies d'une fonction sociale de réappropriation de leurs temps de vie par les soignant-e-s et ce d'autant plus dans un contexte d'austérité. Le temps devient une des dernières variables maîtrisables et à laquelle on s'accroche d'un travail exigeant et usant.

« C'est un rythme à prendre » réplique Jeanne, aide-soignante de jour en pédiatrie générale lorsque nous lui demandons si elle n'est pas, comme nous à 6h45 le matin, fatiguée de reprendre le travail après trois jours de travail et deux jours de repos.

De son côté, lorsqu'elle revient prendre son poste à 18h35 alors qu'elle est partie avec plus d'une heure de retard le matin (8h15 au lieu de 7h), Lynda, infirmière dans le même service, répond à notre question « mais t'as pas l'impression de passer ta vie ici ?, t'es partie y'a à peine 10h et tu reviens... » avec un grand sourire et des yeux grands ouverts : « mais on a des jours de repos ! ».

Rapprocher ces deux exemples permet de rendre compte du fait que tout se passe comme si les soignant-e-s refusaient de voir les possibles effets délétères des 12h sur leur santé (Capraro, Meyer, Sueur, 2009 ; Knauth, 2007). On travaille pour avoir des « jours de repos ». Pour autant, si l'on s'interdit les critiques sur les 12h, cela n'empêche pas de critiquer les conditions de travail. Les soignant-e-s s'autorisent ouvertement des mécontentements à propos de la charge de travail et son intensité. Cela agit de manière à ce que l'espace des revendications permises se restreigne à l'activité de travail, les soignant-e-s n'ayant rien à perdre à ce niveau, contrairement à ce qui touche à leur organisation temporelle.

C'est dans cette mesure qu'il faut également comprendre les minutes restées chaque jour en plus de la journée de 12h, pour donner les transmissions à l'équipe qui prend la relève. Loin de revendiquer leur objectivation et leur prise en compte comme du temps de travail, plusieurs soignant-e-s haussent les épaules lorsqu'on leur pose la question : « vous travaillez sans être payé-e ? ». Le raisonnement en termes d'accumulation de minutes chaque jour, ramenée au total d'heures par semaine et de jours par an entraîne aussi, peu de réactions. La plupart sait que ces minutes sont du temps de travail gratuit et illégal car non rémunéré, mais elles sont la contrepartie que l'on concède à l'institution hospitalière pour avoir le droit de travailler en 12h. Les 12h sont ainsi érigées en véritable acquis social par les soignant-e-s qui y travaillent. Elles contribuent également à l'invisibilité de la disponibilité temporelle des soignant-e-s (Devetter, 2006).

3. Quand les 12h rendent les soignant-e-s (im)mobiles : quels impacts sur les trajectoires professionnelles ?

Au-delà de la réappropriation du dispositif des 12h par certain-e-s soignant-e-s, celui-ci impacte aussi, d'un point de vue à plus long terme, leurs trajectoires professionnelles dans leur recherche d'articulation de leur temps de travail et de leur vie privée. Nous abordons ici les premiers résultats en la matière à travers le prisme de la mobilité professionnelle, injonction valorisée comme un gage de professionnalisme dans le milieu hospitalier, modelant la trajectoire des soignant-e-s.

3.1. Les 12h source de mobilité

Au-delà du temps présent le temps du devenir est une récurrence dans les discours des soignant-e-s que nous avons rencontré-e-s. Il est vrai que les professions d'aide soignant-e ou d'infirmier-e offrent de nombreuses perspectives d'évolutions professionnelles, aussi bien verticales qu'horizontales (devenir infirmier-e, devenir infirmier-e spécialisé-e, devenir cadre de santé, etc. ; ou bien changer de spécialité et de service : travailler « chez l'adulte », ou « chez l'enfant », en gastrologie ou en gynécologie, etc.), qui marquent les représentations professionnelles, même si l'espace des probables est souvent bien resserré que celui des possibles (Bouffartigue et Bouteiller, 2006).

La mobilité professionnelle est également quelque chose dont se soucient les cadres de santé. Même si celle-ci est envisagée par les cadres comme un facteur de professionnalisme permettant d'être polyvalent-e et de ne pas se laisser prendre dans « la routine » qui conduirait à l'insatisfaction de son travail, il importe tout de même aux cadres des services de connaître les raisons d'une mobilité professionnelle parce que les statistiques de *turn over* sont considérées comme un révélateur de l'attractivité ou des difficultés d'un service ou d'un établissement.

Et les cadres sont d'autant plus concerné-e-s par la question de la mobilité de leurs agents qu'ils/elles sont sollicité-e-s par ceux/celles qui sont désireux-ses d'un changement d'organisation horaire (vouloir passer de nuit, chercher un poste en 12h...). En effet les horaires entrent souvent en ligne de compte dans la mobilité des soignant-e-s, et tout particulièrement les 12h. A ce stade de notre enquête nous pouvons distinguer deux cas où les horaires motivent un changement dans la trajectoire professionnelle : soit la perspective d'horaires en 12h est vue comme une solution aux contraintes qui sont celles des soignant-e-s dans leur travail ou leur hors-travail et ouvre un espace de possibles pour un changement de situation, soit le passage aux 12h est la cause d'un changement de service.

Lors de nos observations dans le service de maternité travaillant en 8h de jour, nous avons relevé à plusieurs reprises lors de discussions entre soignant-e-s des histoires de collègues étant parti-e-s ou partant du service pour aller prendre un poste en 12h pour des « raisons personnelles » d'organisation avec le conjoint¹⁷ et les enfants ou de sauvegarde d'une vie de famille qui devenait compliquée à gérer. Cela s'est confirmé dans les entretiens que nous avons mené dans des services en 12h, où certain-e-s soignant-e-s nous ont confié avoir choisi ce service pour les 12h, notamment pour les raisons que nous avons mentionné dans la deuxième partie de notre exposé. Ainsi les 12h peuvent-elles servir de facilitateur de trajectoires sociales en permettant d'adapter le rythme de la vie professionnelle à celui d'une exigence morale du hors travail qui parfois empiète et déborde sur le travail.

¹⁷ Dans les cas dont il était question il ne s'agissait que de femmes.

De surcroît, l'irrégularité des plannings en 8h peut être un argument de plus jouant en faveur d'une demande de changement vers un service organisé en 12h. En effet par exemple, dans le service de maternité fonctionnant majoritairement sur des horaires en 8h tout le monde souligne que les plannings sont sans cesse modifiés et que les cadres refusent parfois d'établir un roulement fixe. Ce sont « aux filles » de s'arranger avec les collègues pour échanger leurs jours ou leurs horaires. Le sujet revient de manière récurrente dans les discussions et est souvent source de tensions : « on est quand même beaucoup bouche-trous », « je suis trop malléable », « les cadres outrepassent leurs droits », « y'en a qui sont privilégiées ».

Cette situation se retrouve également dans le service de gériatrie où les nouvelles recrues sont systématiquement embauchées sur « la grande équipe », pour laquelle le principe d'une alternance matin-garde (après-midi) tous les 15 jours est dans les faits peu appliqués ; les changements d'équipe sont bien plus fréquents (il n'est pas rare que ceux-ci se fassent tous les deux ou trois jours) et les plannings sont aussi régulièrement modifiés.

Outre la demande d'un poste en 12h, le passage aux horaires de nuit d'un-e collègue (souvent en 10h) est aussi souvent interprété par les soignant-e-s d'un service comme l'expression d'un certain ras le bol face aux conditions de travail, l'expression d'une certaine lassitude ou encore une nécessaire adaptation à une vie familiale compliquée ou exigeante en termes d'organisation.

Enfin, les 12h peuvent à l'inverse être la cause d'un changement de service. C'est là pour l'instant encore une des limites de notre travail car nous n'avons pas eu accès à la population soignante ayant quitté un service suite à son passage en 12h. Toutefois les syndicats font remarquer que cela concerne un certain nombre de soignant-e-s qui n'auraient pas pu faire autrement, pour des raisons semblables à celles évoquées précédemment motivant une mobilité vers un service travaillant en 12h. C'est là tout le paradoxe des 12h où tout argument peut devenir contre-argument selon les personnes et leur situation. Et le changement d'horaires, parfois demandé par l'équipe elle-même, peut ne pas convenir à tout le monde et peut pousser certain-e-s à quitter le service. Habiter trop loin et ne plus avoir le temps de voir ses enfants sur les journées de travail de 12h, ne plus pouvoir accorder ses horaires à ceux de son/sa conjoint-e ou de la nourrisse, mais également avoir peur de ne pas pouvoir tenir le rythme, sont des facteurs explicatifs d'un changement dans la trajectoire professionnelle de ces soignant-e-s qui restent en marge du dispositif des 12h¹⁸.

C'est ici la question du pouvoir d'agir des soignant-e-s sur leur trajectoire professionnelle qui se pose (Zimmermann, 2011), et celle des moyens dont ils/elles disposent pour faire en sorte que leur trajectoire ne soit pas à la fois subie par les conditions du travail et contrainte par la situation familiale.

3.2. Les 12h, une entrave à l'injonction de mobilité professionnelle ?

Outre la mobilité, positive ou négative dont le dispositif des 12h peut être la cause, celui-ci peut représenter pour certain-e-s soignant-e-s une condition sine qua non à toute mobilité. En effet si pour certain-e-s les 12h ont constitué un critère dans le choix de leur service ou ont été

¹⁸ D'autres, réticent-e-s au projet de passage de leur service en 12h sont finalement resté-e-s dans le service et se sont « laissé-e-s convaincre », selon les termes des aides soignant-e-s du service de chirurgie de l'hôpital normand, ou d'autres encore, ont eu la possibilité de rester en 8h dans leur service passant aux 12h, comme nous l'avons aussi observé pour deux infirmières du service des urgences de ce même hôpital.

la raison d'une mobilité professionnelle « positive », il apparaît alors que les 12h sont devenues pour ceux/celles-ci un élément déterminant de leur travail, qu'ils/elles ne changeraient pour rien au monde. Les propos de Marie, infirmière en pédiatrie que nous avons cités plus haut illustrent ce que nombreux soignant-e-s que nous avons rencontré-e-s disent : « On reste plus que pour le 12h toute façon. [...] Les 8h non mais oh la la, mais rien que de penser qu'un jour je serai peut-être en 8h mais ça m'angoisse ! ».

Ainsi la perspective pour certain-e-s de pouvoir (re)travailler dans un service ne fonctionnant pas avec des horaires en 12h apparaît comme un frein à cette injonction à la mobilité tant mise en avant à l'hôpital dans ces métiers du soin. La situation décrite par les aides soignant-e-s du service de chirurgie de l'hôpital normand en est un parfait exemple. Sans trop nous étendre sur ce cas un peu particulier, parce que ce n'est pas véritablement ici notre sujet, il est intéressant d'apporter quelques précisions.

Dans le service de chirurgie traumatologique-orthopédique-ORL les infirmier-e-s travaillent en 12h depuis le milieu des années 2000. Les aides soignant-e-s expriment leur souhait eux/elles aussi de passer en 12h mais la cadre supérieure de santé refuse, estimant que leur travail est trop lourd pour pouvoir tenir 12h d'affilée. Martine raconte :

« Nous, tous les ans on insistait. Voyant le confort de vie que les infirmières avaient, on était vraiment tenté. Après un jour on en a vraiment parlé, elle [la cadre supérieure/surveillante cheffe] a dit non ; on est allé discuter avec des aides soignantes qui travaillaient en 12h, on est allé discuter à droite à gauche, on a recueilli des informations, Patricia a fait son dossier et puis voilà on a présenté [à la surveillante cheffe] ».

Il fallait que toutes les aides soignant-e-s du service soient partantes. Une était réticente mais ses collègues parviennent à la convaincre. Après deux/trois mois à l'essai les 12h sont finalement adoptées dans le service pour les aides soignant-e-s en 2010. Aujourd'hui aucune des 10 aides soignant-e-s rencontrées ne souhaiterait repasser en 8h. Tous-tes mettent en avant les bénéfices aussi bien dans leur vie personnelle que dans leur travail. Patricia, l'aide soignante du service qui a rédigé le projet du passage en 12h explique par exemple, mais quasiment tous-tes ses autres collègues également, qu'elle aura maintenant du mal à changer de service :

« Je pense que maintenant ça va me bloquer parce que si les autres services..., bon là je suis bien j'ai trouvé mon truc donc j'ai des trucs qui me poussent quoi, tant que je viens au travail avec le sourire c'est que je suis vraiment encore bien. Si un jour je vois que j'ai pas envie d'y aller, que je pars à reculons c'est qu'il faut que je change de métier ou que j'aille ailleurs. [...] Mais maintenant, le problème c'est que si les autres services ne suivent pas et ne se mettent pas en 12h j'aurai un peu de mal à y aller. [...] Parce que je trouve que les 12h sont bien. Le métier est toujours le même, après y'a des petites choses [...], mais le travail ne change rien, c'est toujours aide soignante c'est pas... que vous fassiez une toilette là, là, là, là, c'est toujours une toilette. Mais ce que je veux dire c'est que le 12h m'a tellement apporté que j'aurai du mal à faire marche arrière. Mais je suis pas la seule. »

L'immobilité dont risquent de faire preuve les soignant-e-s du service et que tous-tes verbalisent lors des entretiens commence aussi à inquiéter un peu la cadre :

« Moi je le dis, j'aurai voulu être infirmière en [chirurgie ici] ! (rires). Mais les 12h empêchent de s'autoriser à bouger. C'est un aimant. Je pense que les infirmières qui commencent et qui finissent dans le même service, c'est fini. Aujourd'hui il faut bouger et là je vais avoir du mal à les faire bouger ».

« Bouger » est donc une exigence implicite à ces métiers et il pourrait donc arriver que les soignant-e-s se trouvent tiraillé-e-s entre deux pôles devenant contradictoires : réussir à se réappropriier son travail et son temps par la maîtrise de ses horaires, et devoir résonner en termes de parcours pour maintenir ses compétences et son « employabilité » (Zimmermann, 2011).

Conclusion

Accordant les intérêts des directions des hôpitaux et ceux de soignant-e-s demandant plus de temps et de prévisibilité pour leur vie privée, le dispositif des 12h est aujourd'hui en expansion dans les hôpitaux publics. A la fois cibles et acteurs-trices du dispositif, un certain nombre de soignant-e-s investissent les 12h comme un véritable acquis social leur permettant d'arbitrer entre un travail difficile dont les conditions sont souvent dégradées, et une volonté de se détacher du travail pour passer plus de temps chez soi. En cela les 12h sont à la fois un moyen de mettre à distance le travail et un épiphénomène des transformations plus larges affectant notre rapport au temps : un temps de plus en plus individualisé, que l'on veut choisi, prévisible et rationalisé. Au-delà de l'invitation à repenser le rapport au travail et au temps en milieu hospitalier les 12h interrogent sur la capacité des soignant-e-s à avoir une prise sur l'articulation des différents temps sociaux de leur vie ainsi que sur leur devenir professionnel.

Bibliographie

Acker F. (2004). « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, n° 32, p. 60-66

Acker F. (2005). « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires Sociales*, n°1, p. 161-181

Arborio A.-M. (1995). « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°3, vol. 13, p. 93-126

Arnaudo B., Leonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R., Thierus L. (2013). « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *DARES Analyses*, n°010

Belorgey N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte

Beuscart J.-S., Peerbaye A. (2006) « Histoires de dispositifs (introduction) », *Terrains & travaux*, n° 11, p. 3-15

Bezes P. (2009). *Réinventer l'État : les réformes de l'administration française, 1962-2008*, Paris, Presses Universitaires de France

Bezes P. (2012). « État, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 16-37

- Bouffartigue P., Bouteiller J. (2002). « L'érosion de la norme du temps de travail », *Travail et emploi*, n°92, p. 43-55
- Bouffartigue P., Bouteiller J. (2006). « Jongleuse en blouse blanche. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Temporalités*, n°4
- Bouffartigue P., Bouteiller J. (2012). *Temps et travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle*, Paris, PUF
- Capraro D., Meyer L., Sueur J. (2009). « Horaires en 2 x 12h dans un service d'urgence hospitalier : pourquoi la greffe ne prend pas ? », *44^{ème} congrès de la SELF*, p. 191-197
- Carricaburu D., Ménoret M. (2005). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin
- Cette G., Dromel N., Méda D. (2004). « Les déterminants du jugement des salariés sur la RTT », *Economie et statistique*, n°376-377, p. 117-151
- Clot Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte
- Cordier M. (2009). « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Études et résultats*, DREES, n° 709
- Corteel D., Zimmermann B. (2007). « Capacités et développement professionnel », *Formation emploi*, n°98, p. 25-39
- Davoine L., Méda D. (2008). « Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? », *Centre d'Etudes pour l'Emploi*, Document de travail, n°96-1
- Demoly E. (2011). « Heures supplémentaires et rachat de jours de congés : les dispositifs d'allongement du temps de travail vus par les salariés », *DARES Analyses*, n°054
- Devetter F.-X. (2002). « La régulation des temps de travail atypiques : entre allocation hiérarchique et transaction », *Travail et emploi*, n°92, p. 57-69
- Devetter F.-X. (2006). « La disponibilité temporelle des femmes : une disponibilité sans contrepartie ? », *Temporalités*, n°4
- Devetter F.-X., De Coninck F. (2012). « Une transformation des temps de travail », *Temporalités*, n°16
- Divay S. (2010). « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'"absentéisme" dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, p. 87-109
- Estrade M.-A., Méda D., Orain R. (2001). « Les effets de la réduction du temps de travail sur les modes de vie : qu'en pensent les salariés un an après ? », *Premières Synthèse, DARES*, n°21.1

Estryn-Béhar M. *et al.* (2004). *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Étude PRESS-NEXT, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Association hôpital du Bon-Secours, INRS

Freidson E. (1984). *La profession médicale*, Paris, Payot

Foucault M. (1977). « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et écrits*, T. II., Paris, Gallimard, (p. 298-329)

Gheorghiu M. D., Moatty F. (2013). *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Paris, Liaisons sociales

Gollac M., Volkoff S. (1996). « Citius, altius, fortius : l'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, p. 54-67

Granger B., Pierru F. (2012). *L'hôpital en sursis, idées reçues sur le système hospitalier*, Paris, Le cavalier bleu

Henry O., Pierru F. (2012), « Les consultants et la réforme des services publics », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 4-15

Hughes E. C. (1996). *Le regard sociologique : essais choisis. Textes rassemblés par Jean Michel Chapoulie*, Paris, Editions de l'EHESS

Kergoat D., Imbert F., Le Doare H., Senotier D. (1992). *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*, Paris, Editions Lamarre

Knauth P. (2007). « Extended Work Periods », *Industrial Health*, n°45, p. 125-136

Méda D. (2001). *Le temps des femmes. Pour un nouveau partage des rôles*, Paris, Editions Champs-Flammarion

Méda D. (1995). *Le travail : une valeur en voie de disparition ?*, Paris, Editions Champs-Flammarion

Moisdon J.-C., Pépin M. (2010). « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements », *DREES*, Document de travail n° 97

Molinier P. (2009). « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du car : perméabilité ou clivage ? », *Temporalités*, n°9

Mossé P., Paradeise C. (2003). « Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux. Réflexions sur un programme », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 141-155.

Pélisse J. (2002). « A la recherche du temps gagné : des salariés face aux 35 heures », *Document d'Etudes DARES*, n°54

Pélisse J. (2008a). « Retour sur les 35 heures et ses ambivalences », *Revue Savoir/Agir*, n°3

Pélisse J. (2008b). « L'enterrement des 35 heures ? Récit d'un basculement du droit du travail », *La vie des idées.fr*, le 5 septembre, <http://www.laviedesidees.fr/L-enterrement-des-35-heures.html>

Pierru F. (1999). « L'«hôpital-entreprise» Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n°46, p. 7-47

Pierru F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du croquant

Pierru F. (2012). « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194-4, p. 32-51

Piquemal A. (2002). *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de sante*, Rapport de mission

Reynaud B., Fridenson P. (2004). *La France et le temps de travail. 1814-2004*, Paris, Odile Jacob

Rosa H. (2010). *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte

Scheller L. (2009). « Le temps des conductrices de bus. Pour un espace de pensée entre activité professionnelle et personnelle », *Temporalités*, n°9

Schnapper D. (2003). « Les expériences vécues dans quelques métiers de l'Etat providence », in Menger P.-M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Editions MSH (p. 199-216)

Sénotier D. (1992). « Cent ans d'évolution de la profession », in Kergoat D., Imbert F., Le Doare H., Sénotier D., *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*, Paris, Editions Lamarre (p. 23-55)

Tabuteau D. (2010). « Du plan Séguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Les tribunes de la santé*, hors-série, n°1, p. 37-51

Thoemmes J. (2012). « La fabrique des normes temporelles du travail », *La nouvelle revue du travail*, n°1

Tonneau D. (2003). « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », *DREES*, Document de travail, n°35

Zimmermann B. (2011). *Ce que travailler veut dire. Une sociologie des capacités et des parcours professionnels*, Paris, Economica