

## INTRODUCTION

*« Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part de personnes jeunes en âge de travailler ne cessera pas de décroître jusqu'en 2020. La part de personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. Cela signifie qu'il y aura de plus en plus de patients à soigner. On peut craindre de disposer de moins de soignants pour le faire » (Estryn-Behar, 2006).*

Le monde professionnel des soignantes<sup>1</sup> fait l'objet de nombreux questionnements, notamment en ce qui concerne ses évolutions démographiques<sup>2</sup>. Les inquiétudes portent principalement sur les difficultés de recrutement de certains de ces personnels, entre autres dues au manque d'attractivité de ces emplois. Cette préoccupation se situe au cœur d'une enquête subventionnée par l'Union européenne au début des années 2000 sur les conditions de travail des soignantes dans les établissements de santé et médico-sociaux privés et publics. Intitulée Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail-Nurses' Early Exit Study (PRESST-NEXT<sup>3</sup>), cette recherche au niveau européen s'est déroulée par questionnaire dans une dizaine de pays<sup>4</sup>, dont la France. Elle avait pour objectif concret d'identifier les causes d'abandons dits prématurés des professions paramédicales afin de prévenir ce phénomène.

En France, le travail d'enquête a été conduit par Madeleine Estryn-Behar (2008), praticienne hospitalière en médecine du travail à l'AP-HP. L'ampleur et la richesse des données recueillies ont permis de dresser un tableau des causes de ce que l'auteure appelle « le mal-être des soignants » et de livrer un ensemble de solutions pratiques aux problèmes analysés. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des données de cette étude européenne et laissons

---

1. Le féminin est utilisé étant donné le fort taux de féminisation des professions des personnels paramédicaux.

2. Dès 1966, l'Institut national des études démographiques (INED) a mené une enquête sur les effectifs et « l'instabilité du personnel infirmier ». Les abandons prématurés de la profession représentaient une des causes identifiées du manque d'infirmières dans les hôpitaux publics (Baudot et Vimont, 1968).

3. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un programme de recherche sur la qualité de vie et de gestion des ressources humaines et a reçu en France le soutien de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) (disponible sur [www.presst-next.fr](http://www.presst-next.fr)).

4. Les pays enquêtés entre octobre 2002 et juin 2003 ont été les suivants : Allemagne, Belgique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie et Suède. Le questionnaire a été envoyé à 69 902 soignants de toutes qualifications ; le taux de retour s'est élevé à 53,2 %, représentant 37 161 répondants (Estryn-Behar, 2006).

le soin aux lecteurs intéressés de prendre connaissance des informations livrées sur un milieu mal connu car trop souvent occulté, notamment au profit de groupes professionnels plus visibles et prestigieux comme celui des médecins.

## Des soignantes mal connues

Si nous disposons dorénavant d'informations précieuses sur les soignantes, un pan entier de cet univers reste encore dans l'ombre, même s'il n'a pas totalement échappé à l'analyse de Madeleine Estryn-Behar. Il s'agit des personnels soignants qui exercent leur métier dans les établissements de soins dits de proximité appartenant à la catégorie des hôpitaux locaux. Ces personnels représentent 383 des 5 376 répondants au questionnaire de l'enquête (soit 7 % de cet échantillon). Dans un article publié en 2003 dans la revue *Gestions hospitalières*, Madeleine Estryn-Behar et ses collègues comparent la situation des soignantes des hôpitaux dits de proximité à celle de leurs homologues embauchées dans d'autres structures du système sanitaire français<sup>5</sup>. Ils mettent au jour le fait que les soignantes des hôpitaux locaux ne connaissent pas des difficultés différentes de celles de leurs collègues des autres structures, mais des difficultés accentuées (voir tableau synthétique ci-contre, réalisé à partir de l'article cité).

Il ressort des réponses aux questions fermées que les soignantes des hôpitaux locaux manquent davantage de temps que leurs collègues exerçant dans d'autres structures ; de ce fait, près de 60 % d'entre elles estiment ne pas pouvoir donner de soins adéquats aux malades, plus de 51 % ne peuvent pas faire tout ce qu'elles ont à faire et 40 % jugent faire un travail relationnel très insuffisant ou « ne jamais avoir le temps de parler aux patients ». Leur activité est plus qu'ailleurs marquée par la routine, puisqu'elles sont moins nombreuses que les autres répondantes à déclarer prendre des initiatives, apprendre de nouvelles connaissances ou mettre en œuvre leurs compétences. Ces résultats chiffrés corroborent, selon Madeleine Estryn-Behar, certaines des réponses aux questions ouvertes dans lesquelles sont pointés le manque de temps et de personnels ainsi que ses effets, qui se traduisent par une forte impression de « mal faire son travail » ou de « faire un travail à la chaîne ». À cela s'ajoutent des conditions de travail particulièrement pénibles : les soignantes en hôpital local sont trois fois plus nombreuses qu'ailleurs à travailler en horaires coupés, ce qui n'est pas sans lien avec le manque de personnel dont elles se plaignent. Enfin, les relations avec les médecins semblent poser des problèmes accrus dans les hôpitaux locaux, puisque les soignantes y sont presque deux fois plus nombreuses à souligner le manque fréquent ou très fréquent de médecins en cas d'urgence. À cette insuffisante présence médicale s'ajoutent des relations jugées plus tendues

---

5. L'échantillon des établissements était composé des structures suivantes: hôpitaux locaux (6,5 %), maisons de retraite et établissements pour personnes handicapées (6,8 %), cliniques (7,3 %), centres hospitaliers généraux et établissements privés non lucratifs (31,9 %), centres hospitaliers spécialisés (12,3 %), centres hospitaliers universitaires (35,2 %).

entre soignantes et médecins dans ces hôpitaux qu'ailleurs (28 % contre 16,9 %) et le sentiment plus fort que les prescriptions médicales sont inadéquates aux besoins des patients (15,2 % contre 8,9 %). Enfin, les relations entre soignantes sont dites moins amicales en hôpital local.

**Tableau 1. Comparaison des points de vue des soignantes sur leur travail selon leur établissement d'appartenance**

Les soignantes déclarent...	dans les hôpitaux locaux	dans les autres établissements de l'échantillon
– prendre « beaucoup d'initiatives » dans leur travail	28,7%	37,4%
– avoir la possibilité d'apprendre de nouvelles choses dans leur travail	50,0%	68,4%
– pouvoir mettre en œuvre leurs compétences dans leur travail	Taux le plus faible, mais non précisé	
– ne jamais avoir le temps de parler aux patients	40,0%	28,3%
– souvent ou toujours manquer de temps pour réaliser toutes les tâches	51,7%	39,5%
– être insatisfaites ou très insatisfaites de ne pouvoir donner des soins adéquats	59,2%	49,7%
– se plaindre de l'absence fréquente, voire très fréquente, d'un médecin lors d'une urgence	44,3%	25,3%
– que les prescriptions médicales sont fréquemment ou très fréquemment inadéquates	15,2%	8,9%
– que les relations soignants-médecins sont hostiles ou tendues	28,0%	16,9%
– que les relations avec les collègues sont amicales et détendues	Taux le plus faible, mais non précisé	
– travailler en horaires coupés*	47,4%	15,3%

\* Travailler en « horaires coupés » consiste à être présent aux moments de la journée où la charge de travail est la plus lourde, par exemple, pour une infirmière, de 9 h à 12 h puis de 15 h30 à 20 h, c'est-à-dire le matin pour assurer les prélèvements sanguins à jeun et les autres premiers soins après la nuit, et en soirée pour la distribution des médicaments et les derniers soins avant la nuit. Les soins étant allégés entre 12 h et 15 h30, peuvent être présentes uniquement des aides-soignantes ou même des ASH. Cette répartition du travail permet principalement de faire des économies mais s'avère très pénible pour le personnel concerné.

Source : tableau constitué à partir de l'article d'Estryn-Behar M., Le Nézet O., Loriol M., Ben-Brik E. et Caillard J.-F. (2003), « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles », *Gestions hospitalières*, n° 429, p. 603-611.

Les hôpitaux locaux consacrant de manière générale une grande partie de leur activité à la gériatrie, on aurait pu s'attendre à ce que les soignantes de ces établissements aient des réponses similaires à celles de leurs collègues de maisons de retraite. Or, leurs conditions de travail s'avèrent plus pénibles. En effet, les hôpitaux locaux offrent une prise en charge plus médicalisée et accueillent de ce fait des patients plus ou moins valides, atteints de pathologies (ou polypathologies) plus lourdes que ceux hébergés dans des maisons de retraite.

Malgré ces résultats, mettant au jour les difficultés accrues des soignantes des hôpitaux locaux, ces dernières expriment un rapport très positif à leur travail qui « a beaucoup de sens » pour 75,5 % d'entre elles, contre 70,5 % pour les soignantes des autres établissements.

Finalement, comme le souligne Madeleine Estryn-Behar, « peu de travaux portent sur le travail et le rôle de soignants dans ces petites structures où

il n'y a pas de médecins à demeure » (Estryin-Behar et al., 2003, p. 603)<sup>6</sup>. L'enquête que l'auteure a réalisée présente le mérite d'accorder une place réduite à ces établissements, dont elle pointe une des spécificités, celle de la faible présence médicale.

## De l'hôpital local en général...

Le terme d'hôpital est, *a priori*, sans équivoque. Son fort pouvoir évocateur fait, en effet, immédiatement venir à l'esprit diverses images d'infirmières ou de médecins en blouse blanche, de malades alités, ou encore d'instruments et d'appareils sophistiqués. Toutefois, derrière ces représentations spontanées se cachent des distinctions institutionnelles et juridiques entre différentes catégories d'établissements de santé qui s'avèrent obscures pour le non-initié. Si, dans cet ensemble, les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont facilement identifiables, il est probable que les hôpitaux locaux soient beaucoup moins connus, et ce, au sein même du milieu hospitalier.

Leur nombre est pourtant loin d'être insignifiant. En 2000, les hôpitaux locaux représentaient un tiers des hôpitaux publics<sup>7</sup>, soit 355 établissements. Ils ont, par ailleurs, une longue histoire derrière eux ; après avoir succédé en 1972<sup>8</sup> aux hôpitaux ruraux institués en 1958<sup>9</sup>, ils ont obtenu une reconnaissance officielle en 1991<sup>10</sup>. Depuis cette date, leur « mission réglementaire » spécifique a été redéfinie à plusieurs occasions jusqu'en 2003<sup>11</sup>.

Sans entrer dans le détail de ce texte, long d'une dizaine de pages, on retiendra, en tout premier lieu, que la vocation de l'hôpital local est de fournir une offre de soins de proximité (ce que souligne l'adjectif « local »). Ces soins sont en priorité destinés à des personnes âgées dont la mobilité

---

6. En ce qui concerne les recherches plus qualitatives menées dans le milieu hospitalier et s'intéressant plus ou moins directement au personnel soignant, on constate qu'elles ont pour la plupart été réalisées dans de grands établissements, et souvent au sein de services très techniques. Voir à ce propos la liste non exhaustive de travaux des auteurs suivants : Acker, 2004 (établissement spécialisé en cancérologie, plus de 2000 employés dans le personnel médical et paramédical) ; Arborio, 2001 (deux établissements, l'un de l'AP-HP, l'autre de l'AP de Marseille, et une clinique) ; Belorgey, 2010 (services des urgences de grands centres hospitaliers dont un CHU) ; Bourret, 2006 (services de médecine et de chirurgie dans un CHU) ; Castra, 2003 (service de soins palliatifs au sein d'un CHU) ; Kutry, 1994 (service de dialyse dans un centre hospitalier) ; Lorient, 2000 (deux hôpitaux de taille moyenne dont l'un appartenait à l'AP-HP) ; Paillet, 2007 (services de réanimation pédiatrique et pour adultes dans un grand centre hospitalier) ; Peneff, 1992 (services des urgences d'un grand hôpital de l'ouest de la France) ; Sainsaulieu, 2003 (douze établissements hospitaliers publics de l'AP-HP) ; Vega, 2005 (service de neurologie d'un des plus grands hôpitaux parisiens).

7. Source : Association nationale des hôpitaux locaux. Toutefois, leur nombre est en diminution. On compte, en effet, 340 hôpitaux locaux en décembre 2007. Cette baisse est à mettre en relation, d'une part, avec le rattachement de certains de ces établissements à des centres hospitaliers et, d'autre part, avec une tendance générale à la fermeture de lits qui touche tous les établissements de santé : « Entre 1998 et 2006, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à 448 500 » (Brocas, 2008, p. 16).

8. Décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972.

9. Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958, (Mouras, 2004).

10. Loi n° 91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

11. Circulaire conjointe de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la Direction générale de l'action sociale (DGAS), DHOS/O3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, *Bulletin officiel*, n° 2003-26.

est souvent réduite. Les hôpitaux locaux ont pour mission de développer deux sortes d'activités :

– la première relève d'une activité sanitaire concernant des patients vivant chez eux qui sont pris en charge soit dans un service de médecine ou dans un service dit de soins de suite et de réadaptation, soit par des services d'hospitalisation ou de soutien à domicile<sup>12</sup> ;

– la seconde activité, d'ordre médico-social, s'inscrit dans le long terme à travers l'hébergement de personnes âgées dépendantes nécessitant un accompagnement rapproché et qui sont le plus souvent accueillies dans un service d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>13</sup>.

Ces deux activités sont placées sous la responsabilité de deux médecins coordonnateurs, rémunérés au prorata d'un nombre fixe d'heures qu'ils consacrent à cette fonction. Mis à part ces deux médecins, aucun des praticiens intervenant auprès des patients ne fait partie du personnel de l'établissement. Tous exercent en tant que généralistes libéraux et sont installés dans des cabinets privés. Dépourvus de médecins à demeure et de plateau technique<sup>14</sup>, les hôpitaux locaux sont tenus d'établir un conventionnement avec un hôpital dit « pivot », mieux équipé et de plus grande taille, vers lequel il est possible de diriger les patients qui ont besoin d'examen approfondis ou de soins spécialisés.

À ces activités internes viennent s'ajouter d'autres tâches davantage tournées vers l'extérieur, comme la mise en place *in situ* de « consultations avancées » de spécialistes indépendants de l'établissement, s'adressant autant aux patients hospitalisés qu'aux habitants du secteur géographique d'implantation de l'hôpital local. La circulaire prescrit encore, d'une part, l'organisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé dans des domaines tels que l'alcoologie, le sevrage tabagique, la surveillance de grossesse et de préparation à la naissance, et, d'autre part, la coordination et l'animation de réseaux locaux, par exemple dédiés aux soins palliatifs ou à la lutte contre la toxicomanie.

Les missions statutaires de ces petits hôpitaux s'avèrent donc relativement vastes, dépassant de beaucoup une stricte prise en charge de premier niveau et de proximité d'une population souvent âgée. Il n'est, de ce fait, pas étonnant qu'un établissement ne parvienne pas à lui seul à suivre toutes ces orientations, ce que souligne d'ailleurs le premier paragraphe de la circulaire : « La réalité de l'hôpital local est très diverse et contrastée, et sa place dans le SROS<sup>15</sup> de 2<sup>e</sup> génération très variable. » Un rapport de l'Observatoire

---

12. Tels que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services d'hospitalisation à domicile (HAD).

13. Nous reviendrons sur les modalités de conventionnement qu'implique l'obtention de ce statut d'établissement.

14. L'expression « plateau technique » désigne l'ensemble des équipements biomédicaux, techniques, informatiques, ainsi que les blocs opératoires et le personnel spécialisé (biologistes, laborantins, radiologues, pharmaciens, chirurgiens...) qui réalisent des examens ou des analyses, prescrivent des médicaments ou procèdent à des interventions chirurgicales.

15. Schéma régional d'organisation sanitaire.

régional de santé de Bretagne, publié en 2000, livre quelques indications sur cette hétérogénéité des situations. Les auteurs de ce document observent une répartition géographique inégale des hôpitaux locaux. Ils sont surreprésentés dans six régions<sup>16</sup> de France où leur activité constitue 40 % de l'offre de santé en hôpitaux publics, et sous-représentés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Île-de-France. Trois hôpitaux sur dix environ ne disposent pas (ou plus) de lits de médecine, lits qu'ils ont en partie perdus à la suite de décisions de fermeture prises par les autorités régionales. Cette enquête révèle encore que quelques directeurs ont dégagé des moyens suffisants pour embaucher du personnel médical (médecins, biologistes et pharmaciens), en majorité à temps partiel. Cette particularité s'observe dans quatre régions<sup>17</sup> où plus de 40 % de ce personnel médical de l'ensemble des hôpitaux locaux de France est employé.

Jean-Mathieu Defour (2008), alors président de l'Association nationale des hôpitaux locaux, et également directeur d'hôpital local, apporte des éléments complémentaires en indiquant que le nombre des hôpitaux locaux s'élevait à 357 en 2004 et qu'à cette date leur capacité d'accueil est de 66 000 lits environ, répartis dans différents types de services. La quasi-totalité de ces hôpitaux dispose de lits d'hébergement, occupés pour la plupart par des personnes âgées; ils sont par ailleurs dotés de lits de soins de suite et de réadaptation, avec environ 23 lits en moyenne par établissement. Ils sont enfin équipés pour 71 % d'entre eux de lits de médecine, avec une capacité moyenne de 14 lits par établissement en ce domaine. La gériatrie représente ainsi la principale activité développée en hôpital local.

Leur personnel est composé de soignantes et d'agents administratifs et techniques. On dénombrait en janvier 2000, un total de 26 052 agents soignants, représentant moins de 6 % de l'ensemble des soignantes des établissements publics de santé (tableau 2).

Dans tous les établissements publics, les infirmières, les aides-soignantes et les ASH représentent en équivalent temps plein (ETP) la très grande majorité des soignantes, soit 95,2 % dans les hôpitaux locaux, et 86,1 % dans les autres établissements publics, où il y a notamment davantage de cadres de santé. La différence la plus marquante se situe dans la distribution des personnels selon leur niveau de qualification. En hôpital local, les aides-soignantes et les ASH représentent 78,6 % des soignantes, contre 50,5 % dans les autres établissements. Les infirmières, quant à elles, constituent 16,6 % des soignantes en hôpital local et 35,6 % dans les autres établissements. Une telle composition du personnel soignant concorde avec le type de patients accueillis relevant majoritairement de la gériatrie. Les soignantes des hôpitaux locaux doivent la pénibilité physique de leur travail aux nombreuses manipulations des patients dépendants qu'elles doivent effectuer (Estryn-Behar *et al.*, 2003). Ces mêmes soignantes sont, par ailleurs, deux fois plus nombreuses que la moyenne de l'échantillon des établissements enquêtés

16. Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Auvergne et Pays de la Loire.

17. Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Bretagne et Languedoc-Roussillon.

à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour. Elles sont également 59,9 % à prendre en charge plus de 15 patients contre 46,1 % en moyenne pour leurs homologues des autres établissements de santé.

**Tableau 2. Effectifs comparés des différents personnels de soins entre les hôpitaux locaux et l'ensemble des autres hôpitaux publics en France au 1<sup>er</sup> janvier 2000**

Fonction	Hôpitaux locaux			Autres hôpitaux publics		
	Effectifs	ETP	Répartition*	Effectifs	ETP	Répartition*
Personnel d'encadrement	691	669	2,8%	25 665	25 231	5,4%
IDE**	<b>4 433</b>	3 982	<b>16,6%</b>	177 340	164 633	<b>35,6%</b>
Infirmiers spécialisés	5	5	—	17 123	15 973	3,5%
Autres personnels de soins***	626	451	1,9%	13 892	11 482	2,5%
Aides-soignants	<b>11 544</b>	10 697	<b>44,7%</b>	167 759	158 965	<b>34,4%</b>
ASH****	<b>8 695</b>	8 118	<b>33,9%</b>	78 081	74 586	<b>16,1%</b>
Psychologues	54	28	0,1%	6 165	4 987	1,1%
Sages-femmes	4	3	—	7 478	6 690	1,4%
<b>Total</b>	<b>26 052</b>	<b>23 953</b>	<b>100%</b>	<b>493 503</b>	<b>462 547</b>	<b>100%</b>

\* Répartition calculée par rapport à l'ETP.

\*\* IDE : infirmier diplômé d'État.

\*\*\* La catégorie « autres personnels » comprend les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les diététiciens, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

\*\*\*\* ASH : agent de service hospitalier.

Source : ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Statistique annuelle des établissements de santé (DREES-SAE), in ORS Bretagne (2002, p. 16).

Pour résumer, les hôpitaux locaux cumulent un ensemble de caractéristiques peu valorisées qui en font des établissements médicalement déclassés, c'est-à-dire pâtissant d'un faible prestige symbolique. Leur activité est centrée sur la prise en charge des affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des malades âgés, voire très âgés. Ces patients souffrent de pathologies liées au vieillissement qui entraînent différentes formes de dépendance dont le traitement relève de la gériatrie, une spécialité dévalorisée<sup>18</sup>, « aux limites – voire aux marges de la médecine hospitalière, par opposition à la triade cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie » (Vega, 2005). L'offre de soin, dite de premier niveau, s'inscrit dans un continuum entre le domicile et l'hôpital, comme le souligne Dominique Héroult (2004), qui a été l'un des présidents de l'Association des généralistes des hôpitaux locaux. Ces petits établissements accueillent des malades en soins de suite ayant subi une intervention chirurgicale ou un traitement médicamenteux lourd à l'hôpital ou en clinique, ou encore dans l'attente d'une solution d'hébergement après une perte de leur autonomie. Ces derniers sont pris en charge par du personnel soignant moins qualifié que dans d'autres hôpitaux, et uniquement

18. Clément Bastien et Olivia Rick (2009) soulignent à ce propos la place mineure accordée à la gériatrie dans la formation des infirmières et des médecins.

par des médecins généralistes qui sont peu présents sur place. En raison du faible degré de technicité des soins, les hôpitaux locaux sont rattachés à un établissement de référence vers lequel sont dirigés les patients qui doivent passer des examens médicaux ou subir des soins curatifs nécessitant l'existence d'un plateau technique et l'intervention de spécialistes. Car la situation des hôpitaux locaux en zone rurale leur donne certes un rôle important dans le maillage des réseaux de soin de proximité, mais les tient à distance des centres urbains où sont implantés les institutions administratives et les grands hôpitaux à la pointe du progrès technique.

Les résultats présentés ici s'inscrivent dans une période d'enquête qui s'est achevée fin 2008. Les évolutions ultérieures ne sont de ce fait pas prises en compte. On peut cependant signaler, à titre indicatif, que la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de juillet 2009 a modifié le statut des établissements de santé publics, regroupés depuis cette date sous le statut unique de centres hospitaliers, faisant ainsi disparaître l'entité « hôpital local ». Devenus des centres hospitaliers de proximité, les hôpitaux locaux ont pu temporairement conserver leur financement par dotation globale et bénéficier d'un sursis jusqu'en 2012, avant d'être soumis à la tarification à l'activité (T2A) issue de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007.

La loi HPST a instauré une logique de communauté hospitalière de territoire visant à une meilleure allocation des ressources. Des conventions entre établissements d'un même territoire peuvent être établies afin d'organiser une complémentarité dans l'offre de soins et une mise en commun de la prise en charge des patients. Nombre d'hôpitaux locaux ont ainsi été rattachés à un plus gros centre hospitalier qu'eux et, dans un objectif de mutualisation des moyens, ont été amenés, par exemple, à perdre leurs lits de médecine et à se spécialiser dans la gériatrie.

### **... à l'Hôpital local du littoral en particulier**

Comme nous l'avons souligné plus haut, les hôpitaux locaux offrent un tableau contrasté. S'ils se rapprochent sans doute à peu près tous de la description générale que nous venons de dresser, chacun d'entre eux présente des particularités liées notamment à leur histoire, qui peut être longue puisqu'ils ont pour beaucoup un passé d'hôpital dit rural, voire d'ancien hospice qui accueillait des indigents. L'Hôpital local du littoral<sup>19</sup>, où nous avons mené notre enquête, porte bien les traces d'un tel passé.

Fait de grès, de briques et de pierres de taille, l'hôpital-couvent, datant du milieu du XVII<sup>e</sup> siècle, offre encore aujourd'hui un lieu de promenade aux touristes. Derrière ses murs et ses grilles se tiennent une chapelle et un cloître naguère occupés par des moines qui soignaient les malades, notamment à l'aide de plantes. D'autres bâtiments, que l'on nommera l'Ancien Hôpital, ont été construits au XIX<sup>e</sup> siècle pour héberger un hospice de vieillards, un service de médecine et une maternité. Inauguré en 1982,

---

19. Tous les noms utilisés dans ce livre, à commencer par celui de l'Hôpital local du littoral, sont des noms d'emprunt.



l'actuel Hôpital local du littoral se dresse à proximité du cloître et de l'Ancien Hôpital, bâtiment muré depuis sa fermeture. Trois générations d'hôpitaux sont donc aujourd'hui visibles sur le même site, où continuent d'être accueillis des malades et de travailler des soignantes.

Dernier de sa lignée hospitalière, l'Hôpital local du littoral est recouvert d'une peinture couleur bois de rose, il présente des formes arrondies et s'élève sur un seul étage. Sa façade, percée de nombreuses baies vitrées, donne l'impression au visiteur d'être déjà entré dans l'hôpital avant d'en avoir franchi le seuil. L'intérieur est lumineux et spacieux, agrémenté par la vue qu'offrent les portes-fenêtres ouvrant sur la verdure et les fleurs d'un vaste jardin.

L'hôpital compte plus d'une centaine de lits. Le rez-de-chaussée est divisé en deux services distincts. À gauche du hall d'entrée, un long couloir mène vers le service d'EHPAD « Terre et mer », 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<sup>20</sup>. Ici, 20 % des patients hospitalisés souffrent d'un cancer. Les autres pathologies sont diverses, mais les patients les plus jeunes (âgés de 35 à 50 ans) sont souvent pris en charge dans le cadre d'un épisode dépressif sévère ou pour un sevrage alcoolique. Nichées tout au fond d'un des couloirs de ce service, derrière plusieurs lourdes portes coupe-feu, se trouvent les cuisines, dont l'équipe est composée d'un chef cuisinier et de quelques agents de service.

Un peu plus loin dans le hall, au-delà des accès qui conduisent à ces deux services, le visiteur trouve sur sa droite l'accueil, fait d'un grand guichet vitré derrière lequel sont situés les bureaux de la direction et du personnel. S'il poursuit son chemin, s'ouvre face à lui un large escalier et sur sa gauche une porte avec un panneau sur lequel est inscrit « Services économiques ». Lors de notre enquête, les effectifs des services administratifs comptaient une adjointe des cadres, une secrétaire, une hôtesse d'accueil et deux agents de bureau en contrat à durée déterminée (CDD).

À l'étage, 66 lits d'EHPAD sont répartis en deux services nommés « Horizon » et « Altitude ». Les résidents 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. Au sein de ces deux services se situe la pharmacie générale, dont le fonctionnement est placé sous la responsabilité d'une pharmacienne, assistée d'une préparatrice en pharmacie hospitalière. À l'autre bout du couloir, un salon de coiffure accueille les résidents, dont s'occupent une coiffeuse professionnelle, agent de l'hôpital, et une jeune femme contractuelle. Enfin, toujours dans ce couloir, on peut passer sans s'en apercevoir devant une porte discrète qui donne accès au funérarium.

---

20. 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 soins de suite et de réadaptation (SSR).

**Tableau 3. Effectif et identification vestimentaire du personnel soignant de jour et de nuit par catégorie en 2008**

Catégories de personnel	Effectif	Couleur de la blouse
Infirmières titulaires	11	Blanche
Infirmières contractuelles	3	Blanche
Aides-soignantes (AS) ASH	35	AS : rose ASH : bleue
Remplaçantes (des AS et des ASH)	28*	Jaune
<b>Total</b>	<b>77</b>	

\* L'effectif du pool des remplaçantes varie au gré du fort turnover 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 du volume annuel des mensualités de remplacement qui lui est alloué.

Source : chiffres établis à partir des plannings de chaque service et constitués par la cadre de santé.

L'étage comprend également une grande salle de kinésithérapie où deux kinésithérapeutes (dont le temps de travail correspond à 1,5 ETP) et une ergothérapeute à plein-temps prennent en charge les résidents. Un peu plus loin, un petit bureau est réservé au médecin coordonnateur de l'EHPAD et un autre, de dimensions semblables, à la cadre de santé. Un peu en retrait, un autre espace semble destiné à « absorber » de grands sacs rayés de couleurs différentes et à « déverser » un cortège de hauts chariots recouverts de tentures bleu marine qui dissimulent leur contenu. Il s'agit de la blanchisserie-lingerie, à partir de laquelle les agents régulent la circulation du linge sale et du linge propre, qui ne doivent jamais se croiser, par mesure d'hygiène. L'intense activité de triage, de lavage, de séchage, de pliage, de repassage et de rangement du linge dans les armoires mobiles est assurée par deux lingères, une titulaire et une contractuelle.

Enfin, que ce soit à l'étage ou au rez-de-chaussée, tous les services sont équipés d'un office, d'un bureau des infirmières et d'une salle de soins. Ils abritent également de vastes salles de bains qui permettent aux résidents de se baigner ou de se doucher seuls ou avec l'aide d'une soignante.

Le personnel de l'hôpital est composé à 80 % d'agents de catégories C et D<sup>21</sup>. Les infirmières (de catégorie B) sont une dizaine. La hiérarchie se résume à sa plus simple expression puisque seule une cadre de santé assume 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 n'ont, par conséquent, aucune responsabilité hiérarchique.

21. La catégorie D de personnel figure encore dans le projet d'établissement 2007-2012.