

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du jury : Décembre 2000

**L'accueil et la médiation à l'Hôpital : les
apports du dispositif Nouveaux Services -
Emplois Jeunes.
L'exemple de l'Hôpital Nord à Marseille**

Geneviève MATHERON

L'accueil et la médiation à l'Hôpital : les apports du
dispositif Nouveaux Services - Emplois Jeunes.
L'exemple de l'Hôpital Nord à Marseille

*Directeur de mémoire :
Marcelle DUC, Maître de
Conférence de Sociologie –
Université de Toulouse Le Mirail*

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AFIJ	Association pour Faciliter l'Insertion des Jeunes
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
ANAES	Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APEJ	Aide au Premier Emploi des Jeunes
APHM	Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASH	Actualités Sociales Hebdomadaire
CAMSP	Centre d'Action médico sociale Précoce
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEC	Contrat Emploi Consolidé
CES	Contrat Emploi Solidarité
CEREQ	Centre d'Etudes et de Recherche sur les Qualifications
CFI	Contrat Formation Individualisé
CIE	Contrat Initiative Emploi
CNASEA	Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles
CSERC	Conseil Supérieur de l'Emploi, des Revenus et des Coûts
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRTEFP	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
FAS	Fonds d'Action Sociale
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
PAIO	Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PAQUE	Préparation Active à la Qualification et à l'Emploi
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé

<i>RMI</i>	<i>Revenu Minimum d'Insertion</i>
<i>SIVP</i>	<i>Stage d'Initiation à la Vie Professionnelle</i>
<i>SMIC</i>	<i>Salaire Minimum de Croissance</i>
<i>TRACE</i>	<i>Trajectoire d'Accès à l'Emploi</i>
<i>TUC</i>	<i>Travaux d'Utilité Collective</i>

Sommaire

INTRODUCTION.....	9
PREMIERE PARTIE.....	12
I ETAT DES LIEUX DE L'EMPLOI EN 1997 A LA VEILLE DE LA PROMULGATION DE LA LOI SUR LES EMPLOIS JEUNES	14
I.1 QUELQUES DONNEES CHIFFREES SUR LE CHOMAGE	14
I.1.1 Pour toutes les catégories d'âge.....	14
I.1.2 Le chômage des jeunes : la « spécificité » française	15
I.2 LA DEGRADATION DE L'EMPLOI.....	16
I.2.1 Une lente insertion	16
I.2.2 Des salaires en baisse.....	16
I.2.3 Des formes particulières d'emploi	16
I.3 LES JEUNES ET LE TRAVAIL	18
I.3.1 « La fin du travail » ?	18
I.3.2 « Le travail une valeur en voie de disparition » ?	18
I.4 LES MESURES GOUVERNEMENTALES EN FAVEUR DE L'EMPLOI ...	19
I.4.1 De 1975 à 1985	19
I.4.2 De 1985 à 1996	19
I.4.3 Depuis 1996	20
I.5 L'ENTREPRISE CITOYENNE	21
I.6 L'HOPITAL, ELEMENT D'UN TERRITOIRE	22
I.7 CONCLUSION	23
II. LE DISPOSITIF NOUVEAUX SERVICES – EMPLOIS JEUNES.....	25
II.1 INTRODUCTION.....	25
II.2 TABLEAU RÉCAPITULATIF	26
II.3 PROFESSIONNALISATION DES ACTIVITÉS ET QUALIFICATION DES JEUNES	28
II.3.1 La professionnalisation des activités	28
II.3.2 La professionnalisation des jeunes	28
II.3.3 Les « futurs nouveaux métiers »	29
II.4 LA NOTION DE METIER	29
II.4.1 Une notion ancienne	29
II.4.2 toujours d'actualité	30
II.4.3 Particularité de la Fonction publique	31
II.4.4 L'émergence de nouveaux métiers	32

II.5	LES METIERS DE L'HOPITAL.....	33
II.5.1	Une tradition ambiguë d'insertion	33
II.5.2	Disparition et naissance des métiers	34
II.6	CONCLUSION.....	35
III	LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF.....	36
III.1	AU NIVEAU GÉNÉRAL	36
III.2	DANS LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL	37
III.3	LES EMPLOIS JEUNES À L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE37	
III.4	DES INTERROGATIONS PERSISTANTES	38
III.4.1	des problèmes de fond	38
III.4.2	des problèmes liés au dispositif lui même	39
III.5	CONCLUSION.....	40
IV	L'HOPITAL ET LES ELEMENTS NOUVEAUX AFFECTANT LES SITUATIONS DE TRAVAIL	41
IV.1	DES BESOINS IMPORTANTS.....	41
IV.1.1	Le vieillissement de la population.....	41
IV.1.2	L'interculturalité.....	42
IV.1.3	Les problèmes médicosociaux	44
IV.1.4	Un malentendu conflictuel entre les institutions et les usagers 46	
IV.2	LES INJONCTIONS DE L'ETAT ENVERS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....	50
IV.2.1	La rationalisation des dépenses de Santé	50
IV.2.2	Une amélioration continue de la qualité des soins	50
IV.2.3	Des exigences non incompatibles	52
IV.3	CONCLUSION	53
V	CONCLUSION DE LA PARTIE I	54
	DEUXIEME PARTIE.....	55
V	DIMENSION COLLECTIVE DE L'ACTIVITE	64
VI	LA COMPETENCE : UNE SYNERGIE D'INGREDIENTS HETEROGENES ..	65
VIII	CONCLUSION.....	68
	TROISIEME PARTIE	69
i	SYNTHESE DES PARTIES I ET II	70
II	HYPOTHESES.....	71

CONCLUSION	71
QUATRIEME PARTIE	72
I PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE	74
II METHODOLOGIE.....	76
III EXPLOITATION DES DONNEES.....	77
III.1.1 Au delà de l'accueil, « une véritable prise en charge ».....	77
III.1.2 Une démarche pédagogique	79
III.1.3 Un effet dans la durée	79
III.2.1 Repérer.....	80
III.2.2 Expliquer	82
III.2.3 Aider.....	83
III.2.4 « Gérer ».....	84
III.3 UNE DYNAMIQUE AU NIVEAU DU HALL	84
III.3.1 Les collectifs réels	84
III.3.3 Des valeurs.....	88
III 4 L'AVENIR DES EMPLOIS - JEUNES.....	90
III 4.1 Un tremplin	90
III.4.2 Incertitudes.....	91
III.5 DES CHANGEMENTS TENDANCIELS.....	92
C'est à partir de deux éléments clefs que peuvent être explorées des pistes de réflexion et de propositions : ces éléments décrits et mis en œuvre dans ce travail sont la nécessité du passage par l'activité et de co construction des connaissances sur le travail avec les protagonistes de cette activité.	
	96
I FACILITER L'ELABORATION DES COMPETENCES.....	96
I.1 DES TECHNIQUES ET DES SAVOIRS	96
I.2 LA CONSTRUCTION DU COLLECTIF.....	98
I.2.1 Des groupes d'analyse de pratiques	98
I.2.2 Participation à des groupes de travail	100
II PENSER L'AVENIR	101
II.1 LE SUIVI DU DISPOSITIF EMPLOI-JEUNE.....	101
II.1.1 Des profils de poste à retravailler.....	101
II.1.2 L'avenir des individus.....	102
II.2 ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS	103
II.2.1 Des métiers et des emplois.....	103

II.2.2 Ouvrir l'Hôpital sur son environnement.....	104
I TEXTES REGLEMENTAIRES.....	109
II PERIODIQUES.....	111
IV DOCUMENTS NON PUBLIES	117
V SITES WEB.....	118
ANNEXE I : DONNEES SUR L'EMPLOI.....	121
ANNEXE II DONNEES CONCERNANT LES JEUNES RECRUTES SUR UN EMPLOI JEUNE	123
ANNEXE III DES BESOINS IMPORTANTS.....	124
ANNEXE IV ACTES DE VIOLENCE A L'APHM	126
ANNEXE V LES PROFILS DE POSTES	127
ANNEXE VII STATISTIQUES D'ACTIVITE	134

INTRODUCTION

La Loi du 31 décembre 1970 avait fait de l'Hôpital le pivot du système de soins. Les réformes du système de Santé ultérieures ont plutôt visé à réduire ce qui avait été qualifié d'«hospitalocentrisme». Mais, de fait, l'Hôpital occupe une place particulière dans son environnement pour des raisons tant sanitaires (technologies de pointe, coopérations hospitalières, réseaux de soins...) que sociales (permanences d'accès aux soins de santé, parfois, consultations de médecine générale aux Urgences...).

Le premier stage hospitalier à l'Hôpital Nord (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) au début de la première année de formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, avait été l'occasion de noter, dans un rapport d'étonnement, un double paradoxe.

Le premier était que l'Hôpital Nord, élément d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire, donc avec des missions très particulières (la recherche, l'enseignement...mais aussi la prise en charge de toute une région pour des activités de pointe), semblait tenir aussi la place, originale par rapport aux autres sites de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, d'un hôpital de proximité pour un environnement aux problèmes médicaux et sociaux multiples. L'autre paradoxe consistait en un recours très pressant à cet Hôpital avec, en même temps, des manifestations de violence à son égard, en particulier aux Urgences.

Pour mieux comprendre ce double paradoxe, le recrutement d'"emplois - jeunes" sur des fonctions d'accueil et de médiation, pouvait représenter un possible fil conducteur pour analyser les besoins de la population environnante et parallèlement, l'évolution des métiers hospitaliers.

En effet cette question en deux volets, centrale de notre point de vue, pose le problème de la place de l'Hôpital, de son rôle, et des priorités qu'il doit déterminer.

Cette question nous interrogeait à la fois en tant qu'ancienne soignante (donc acteur très proche de l'utilisateur), en tant qu'ancienne formatrice (pour qui l'adéquation entre la formation et les besoins de l'environnement et des institutions doit être un souci constant) et en tant bien sûr que futur décideur hospitalier.

Les "emplois - jeunes" représentent, dans cette problématique, une position non seulement nouvelle mais aussi extérieure et intérieure à la

fois. Ce dispositif pouvait donc représenter un « analyseur », un prisme pour notre regard.

Face à ce questionnement, il paraissait nécessaire d'aller au devant de l'activité concrète, d'aller au plus près des situations de rencontres entre l'institution et les usagers afin de repérer ce qui se joue à l'hôpital dans la relation de face à face avec le patient et son entourage, mais aussi afin de découvrir les valeurs et les savoir-faire qui s'échangent au sein des collectifs ainsi que les compétences mises en œuvre.

Pour cela, une première partie de ce travail a été consacrée à un apport d'éléments socio-économiques, historiques, administratifs, de Santé Publique...afin de poser le problème.

Pour analyser le travail des "emplois - jeunes", le choix s'est porté sur un cadre explicatif qui privilégie le point de vue de l'activité et qui laisse une grande place aux acteurs dans l'élaboration des connaissances sur leur travail : celui de l'ergologie (Partie II). Après une courte synthèse de ces deux parties et le rappel des hypothèses (Partie III), la partie IV retracera la recherche réalisée et les éléments qui en ont émergé.

Ceux ci ouvrent quelques pistes dans le domaine de la Gestion des Ressources Humaines (Partie V).

PREMIERE PARTIE

L'Hôpital dans la cité

La cité dans l'Hôpital

**« Comme la vie est lente
Et comme l'espérance est violente »**

Guillaume Apollinaire

« Le pont Mirabeau »

I ETAT DES LIEUX DE L'EMPLOI EN 1997 A LA VEILLE DE LA PROMULGATION DE LA LOI SUR LES EMPLOIS JEUNES

I.1 QUELQUES DONNEES CHIFFREES SUR LE CHOMAGE

I.1.1 Pour toutes les catégories d'âge

En juin 1997 les chiffres du chômage sont très inquiétants : le taux de chômage calculé selon le Bureau International du Travail (BIT) s'élève à 12,6 % de la population active [**Le Monde**, samedi 30 octobre 1999].

En novembre 1997, paraît un rapport du Commissariat Général au Plan commandé en 1996 par Alain JUPPE, alors Premier Ministre, et intitulé « Chômage, le cas français ». Ce rapport affirme que le chiffre officiel de trois millions de demandeurs d'emplois est au dessous d'une réalité plus dramatique. En 1997, la France a le taux de chômage le plus élevé des pays du G7, après l'Italie.

Mais la comparaison avec ces pays montre que le taux d'activité a globalement augmenté en France alors qu'il diminuait fortement au Royaume Uni et en Allemagne. En effet, ces dernières trente cinq années la population totale active s'est accrue de 25 % alors que l'emploi, lui, a augmenté de 15 %, la France a «détruit» (selon le terme consacré) moins d'emplois que ses voisins

Le chômage dans notre pays représente donc un problème préoccupant. Selon le rapport du Commissariat au Plan sept millions de personnes étaient touchées en 1997 par la dégradation de l'emploi (cf. infra § I.2) : chômage, emplois aidés, temps partiels subis... De plus, ces chiffres ne prennent pas en compte ceux qui ne cherchent pas (plus) de travail : soit par découragement, soit pour des raisons de santé [**Questions de Sécurité Sociale**, 1997].

Parmi toutes les catégories d'âge, les jeunes sont particulièrement touchés, et ce, depuis plus de vingt ans (cf. infra § I.1.2 et I.2).

I.1.2 Le chômage des jeunes : la « spécificité » française

La catégorie des « jeunes », véritable production sociale, est relativement récente. Tout en soulignant les risques d'exclusion et de stigmatisation que peut entraîner toute catégorisation, Bertrand SCHWARTZ rappelle que, quand il a été sollicité par le gouvernement de P. MAUROY pour faire un rapport sur l'insertion des jeunes, il était alors question des 16 / 21 ans [SCHWARTZ B., 1996].

Les différentes étapes qui marquaient le passage de l'adolescence à l'âge adulte à savoir le service militaire, l'emploi, le mariage, le premier enfant, sont actuellement franchies plus lentement et souvent dans un ordre différent [**Partage**, 1995].

Cette nouvelle catégorie « la jeunesse » s'intercale entre l'adolescence et l'âge adulte : « *c'est une période d'autonomie relative, sans engagement définitif ou complet dans les rôles d'adulte (professionnels et familiaux)* », ainsi que le souligne le sociologue Olivier GALLAND¹.

L'allongement de la scolarisation et les difficultés pour trouver un emploi, d'une part ne sont étrangers à la transformation de cette catégorie et d'autre part, constituent les éléments de ce qu'on a appelé la « spécificité française ».

Le rapprochement de deux séries de chiffres (Annexe I, tableau 1) fait apparaître un paradoxe provisoire : en effet, entre les deux mêmes dates 1982 et 1996 le taux de chômage des jeunes augmente alors que le nombre des chômeurs diminue [GAUTIE J.,1997].

Le paradoxe disparaît quand on rapproche l'évolution du taux de chômage de celle du taux d'activité (rapport : actifs et demandeurs d'emploi / ensemble des jeunes). Si le taux de chômage des jeunes a augmenté, le taux d'activité des jeunes a diminué considérablement au cours de ces quinze dernières années (Annexe I, tableau 2).

Cette association, chez les jeunes d'un taux de chômage élevé et d'une faible présence sur le marché du travail place la France dans une situation relativement originale parmi les pays de l'OCDE. Le temps de la scolarisation s'est allongé, d'une part parce qu'une embellie économique

¹ Olivier GALLAND, **Problèmes économiques**, n° 2537 p.31

est espérée et d'autre part parce que le diplôme est considéré comme offrant une «protection» contre le chômage [MERON M., MINNI C., 1995] : effectivement, celui ci touche plus particulièrement les jeunes non diplômés (Annexe 1, tableau 3).

I.2 LA DEGRADATION DE L'EMPLOI

I.2.1 Une lente insertion

Si, en 1996 [GAUTIE J., 1997], la durée moyenne du chômage des jeunes est la plus faible parmi les différentes catégories d'âge en raison de leur « employabilité » (Annexe I, tableau 4) ce n'est que lentement [MERON M., MINNI C., 1995] que l'insertion se fait au fil des années qui suivent l'arrêt des études (Annexe I, tableau 5).

I.2.2 Des salaires en baisse

A diplôme égal, le salaire a baissé de 7 % en francs constants entre 1991 et 1995 [GAUTIE J., op. cit.]. Selon une enquête de l'Association pour faciliter l'insertion des jeunes (AFIJ), 37% des diplômés (de bac + 2 à bac + 5) sont allocataires du RMI [ASH, 16 mai 1997].

Les diplômés bac + 4 acceptent des postes de non cadres : ce qui entraîne pour eux une «déclassification». Pour un même diplôme, le salaire médian a diminué entre 1990 et 1997 chez tous les jeunes diplômés (Ecoles d'ingénieurs, Ecoles de Commerce, deuxièmes et troisièmes cycles universitaires). Mais cela produit aussi des difficultés en aval pour les personnes moins qualifiées [REPITON I.,1996]. Ainsi, en dix ans, les revenus des 20-24 ans, d'après une enquête du CSERC en 1997, se sont effondrés, ceux des 25-29 ans sont restés stables, seuls ceux des 40-59 ans se sont notablement améliorés [LABBE C., 1997].

I.2.3 Des formes particulières d'emploi

On désigne en général par cette expression les stages, les contrats aidés, les contrats à durée déterminée (CDD), l'apprentissage, l'intérim, le

temps partiel subi (c'est-à-dire imposé par l'employeur et non voulu par l'employé).

A la fin des années 90 les contrats à durée limitée représentent $\frac{3}{4}$ des embauches. La part des CDD est passée de 1,5 à 3 % du total de l'emploi salarié [MAURIN L., 1997].

Pour les jeunes en 95, 1 emploi sur 5 est un emploi de ce type, cela représente 5 fois plus que chez les 30-49 ans [MERON M., MINNI C., 1995].

Le temps partiel est souvent subi chez les jeunes puisque, majoritairement, ils souhaiteraient travailler davantage [ibid].

Plus de 25 % des jeunes diplômés n'ont occupé que des emplois précaires dans les mois qui ont suivi la fin de leurs études, alors que cela ne représentait que 14,5 % de cette population en 1988 [RETIPON I., 1996].

La précarité de l'emploi est aussi présente dans la Fonction Publique. Cela touche une population hétérogène : les agents de droit privé (comme les Contrats Emplois Solidarité puis les Emplois jeunes) et les agents non titulaires de droit public (comme les contractuels, les vacataires, et les auxiliaires). Les contractuels bénéficient d'un quasi statut et souvent d'une bonne rémunération [GIRARDOT T.X., 1998]. Les personnes les plus vulnérables sont les vacataires et les emplois aidés.

Toutes catégories d'âge confondues, les agents non titulaires représentent en 1995 21% des effectifs des trois fonctions publiques. Ce qui fait dire à J.P. THIELLAY, auditeur au Conseil d'Etat : *« quantitativement et qualitativement les précaires ont pris une place de plus en plus importante à tel point qu'il n'est pas interdit de penser que sans leur concours le bon fonctionnement de l'administration serait en cause »*². Ce sont des postes à temps partiel, principalement pour les femmes : en 1995 70% des agents non titulaires de l'Etat ont un travail d'une durée inférieure ou égale à 50% d'un temps plein.

Un bilan des accords de mai 1996 sur la résorption des emplois précaires doit bientôt être réalisé avec les organisations syndicales [« Protocole AUBRY », 2000].

² J.P THIELLAY **Les Cahiers de la Fonction Publique** 07/08/1998, p.3

I.3 LES JEUNES ET LE TRAVAIL

1.3.1 « La fin du travail » ?

La population en âge de travailler a augmenté ces dernières années mais, dans le même temps, l'emploi a progressé aussi (cf. Annexe I, tableau 6), le rapport entre les deux s'est donc peu modifié (cf supra § I.1.1). « La fin du travail » pour reprendre le titre de Jeremy RIFKIN, n'est pas pour demain, même si l'emploi se transforme [MAURIN L., 1997] dans sa durée et ses formes : en particulier vers plus de flexibilité pour répondre aux nouveaux besoins qui émergent en particulier dans le secteur des services (cf. supra § I.2.3).

1.3.2 « Le travail une valeur en voie de disparition » ?

Cette étape d'entrée dans la vie d'adulte est vécue dans l'ambivalence par les parents comme par les jeunes [HUERRE P., 1996]. Néanmoins, ceux ci veulent, dans leur majorité, trouver un emploi. Même si, par ailleurs, certains d'entre eux rejettent une société où, dans le monde du travail « *tout se joue, tout continue de se jouer sur le plan financier évidemment mais également identitaire et symbolique* »³, une société où l'emploi ou plutôt le chômage est le premier facteur d'exclusion.

Certes, le travail n'est pas le seul moyen de créer du lien social (Dominique MEDA **Le travail, une valeur en voie de disparition**, Alto Aubier, 1995) mais, comme le souligne Bertrand SCHWARTZ, « *quand on me parle d'activités, je dis d'abord qu'on en parle pour les enfants des autres, jamais pour les siens. Je suis pour les activités [bénévoles, associatives...] mais pas à la place du travail* »⁴

Mais, en fait, « activités » et « activités professionnelles » sont à penser dans la continuité conceptuelle et non dans la rupture : « *... le travail identifié sans nuance à un emploi...cette définition purement extérieure...fait bon marché des contenus et processus de toute activité humaine, salariée ou non...En même temps, minimiser les effets du*

³ Danièle LINHARRT **Le groupe familial** 10/95, p.8

⁴ Bertrand SCHWARTZ **Adolescence** n°2, 1996, p.253.

chômage...c'est ne pas voir que toute entité économique employant des hommes et des femmes est un creuset où se retravaillent plus ou moins des valeurs de civilisation, où se nouent des projets et des héritages... »⁵.

I.4 LES MESURES GOUVERNEMENTALES EN FAVEUR DE L'EMPLOI

Dès la première moitié des années 70 (après le choc pétrolier de 1974) des mesures sont prises en faveur de l'emploi des jeunes dans le secteur marchand et non marchand.

Deux périodes précédant la période actuelle peuvent être distinguées dans le choix des différents dispositifs.

I.4.1 De 1975 à 1985

De 1975 à 1980, les mesures qui sont prises sont plutôt d'ordre conjoncturel : elles visent à améliorer la formation (contrats emploi formation, pactes pour l'emploi...) et à favoriser l'embauche par des aides accordées aux employeurs.

Le rapport de Bertrand SCHWARTZ au début des années 80 marque un tournant vers une action plus structurelle [CASTRA R., 1999]. Le problème est saisi de façon plus globale : c'est un projet d'insertion à la fois sociale et professionnelle s'ancrant au niveau local avec les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO) et les Missions Locales. L'accent est mis sur la formation en alternance. Ce sont, en particulier, les Stages d'Initiation à la Vie Professionnelle (les SIVP en 1983) et, pour le secteur non marchand, les Travaux d'Utilité Collective (les TUC en 1984).

I.4.2 De 1985 à 1996

Les mesures sont prises particulièrement en direction des jeunes les moins qualifiés.

C'est le développement des parcours de formation comme le Crédit Formation Individualisé (le CFI en 1989) et le programme de Préparation

⁵ Yves SCHWARZ **Projet** n° 236 p. 14, 15.

Active à la Qualification et à l'Emploi (le PAQUE en 1992). Parallèlement des incitations financières sont accordées aux entreprises pour permettre l'accès direct à l'emploi comme avec les exo-jeunes (1994), les Aides au Premier Emploi des Jeunes (APEJ en 1994).

Dans le secteur non marchand, les Contrats Emplois Solidarité (les CES, 1989) ont succédé aux TUC : les jeunes en grande difficulté font partie du public prioritaire avec les chômeurs de longue durée, de plus de 50 ans, et les bénéficiaires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion). Les Contrats Emplois Consolidés (les CEC, 1993) peuvent succéder à des CES pour les personnes sans perspectives d'embauche.

I.4.3 Depuis 1996

L'emploi des jeunes demeure une priorité pour le gouvernement.

Dans le secteur marchand, d'autres dispositifs sont créés comme les Allocations de Remplacement pour l'Emploi (ARPE 1995) ou les Contrats Initiative Emploi (CIE 1996).

Dans la continuité du principe d'aide par le développement des parcours de formation pour les personnes les plus en difficulté, la loi du 31 juillet 1998 sur la lutte contre les exclusions met en place le programme TRACE (trajectoire d'accès à l'emploi). Ce programme vise à faciliter l'entrée de la vie professionnelle aux jeunes de 16 à moins de 26 ans cumulant des handicaps (formation, milieu social, lieu de résidence...) car le chômage est source de marginalisation immédiate et future, le manque d'expérience étant alors un handicap de plus. Ce parcours, d'une durée de 18 mois, associe des période d'insertion et de formation et propose un accompagnement personnalisé. Par ailleurs, sont encouragées aussi les autres possibilités d'insertion : par des entreprises spécialisées dans ce type de prise en charge, ou par les « associations intermédiaires ».

Dans le secteur non marchand, les jeunes représentent encore en 1998 30% des CES et 15% des CEC [VERGUIN D., 1998].

Les emplois de ville lancés dans le cadre du pacte de relance pour la ville (1996) et intégrés au dispositif CEC, mais avec une aide majorée, visaient l'insertion des jeunes des « zones urbaines sensibles » de niveau scolaire IV maximum afin de leur faire acquérir une qualification s'inscrivant dans une filière de métiers identifiés. Une liste non

exhaustive citait comme secteurs : l'aide à la collectivité (médiation, accueil, ambiance...), les activités scolaires et périscolaires, l'environnement, et la culture (préservation du patrimoine, accès à la lecture) [ASH, n°1978, 7 juin 1996]. Ainsi, les emplois de ville préfiguraient par certains aspects les emplois-jeunes qui les intègrent en janvier 1998.

Les employeurs concernés étaient les collectivités territoriales, les personnes de droit public, les associations à but non lucratif, et les personnes morales chargées de la gestion d'un service public. Ces emplois devaient répondre à des besoins non satisfaits. Les différents acteurs locaux étaient mobilisés : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP), la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), la Direction Départementale de la Jeunesse et des sports, la Mission Locale, les PAIO. Ce dispositif s'inscrivait donc dans une territorialisation des politiques publiques.

Dans la mise en œuvre de celles ci les entreprises privées et les structures publiques du territoire sont considérées comme les partenaires indispensables.

I.5 L'ENTREPRISE CITOYENNE

Dans les années 70 apparaît cette notion étrange et ambiguë d'«entreprise citoyenne» : « *mot valise ayant un contenu affectif et fantasmatique* »⁶ ; celle ci concerne, ces années là, la prise en compte par l'entreprise de l'environnement écologique. Avec la montée du chômage et de la pauvreté dans les années 80 et 90, cette notion va recouvrir aussi la participation à la lutte contre l'exclusion avec, par exemple, la Charte de l'entreprise citoyenne en 1991 et le Manifeste européen des entreprises contre l'exclusion en 1995 (cette expression d'«entreprise citoyenne» signifiera aussi ultérieurement le développement du débat démocratique dans l'entreprise).

⁶ Paul CALANDRA cité par M.B. BAUDET **Le Monde** 28 Janvier 1998

L'entreprise se veut un instrument de la lutte collective en faveur de la réinsertion des chômeurs de longue durée et la formation et la qualification des jeunes. Cet engagement traduit des préoccupations éthiques mais aussi des motivations économiques (face à la dégradation du marché, à l'augmentation des cotisations patronales..).

L'entreprise peut y trouver son compte en terme d'image interne et externe, de sécurité dans les quartiers sensibles (cf.infra § IV.1.4) en terme de gestion des ressources humaines (recrutement de jeunes, transmission à ceux ci des savoir- faire de l'entreprise par les tuteurs, de partenariat avec les entreprises d'insertion, et de développement avec elles d'activités nouvelles liées aux compétences apportées par les personnes réinsérées. Ainsi l'entreprise Darty soutient l'entreprise d'insertion Envie qui s'occupe de la récupération et la réparation d'appareils électroménagers en panne [ARNOLD E. et coll, 1995].

I.6 L'HOPITAL, ELEMENT D'UN TERRITOIRE

L'acuité et l'interdépendance des problèmes sociaux actuels (chômage, pauvreté, difficultés d'intégration...) et donc la nécessité de réponses transversales ont amené un infléchissement des politiques publiques d'insertion. C'est « *la crise du modèle français* »⁷ à savoir la centralité de l'Etat et la désignation d'un acteur dominant pour chaque politique sectorielle. Les lois de décentralisation du début des années 80 ont modifié l'attribution des responsabilités mais pas la problématique.

C'est la territorialisation des politiques publiques qui marque un véritable tournant. Il s'agit de « *construire de nouvelles réalités sociopolitiques, les territoires* »⁸. La territorialisation entraîne donc la définition de nouveaux espaces « *où se joue la vie des collectivités et des individus* »⁹ dont le découpage ne correspond pas forcément aux découpages administratifs existants : c'est, par exemple, le quartier qui est infra communal, parfois intercommunal.

⁷Pierre MULLER **Revue française de Science politique** vol. 42, p.275.

⁸ R. LAFORE **Le nouveau Mascaret**, n° 37 p.

⁹ *ibid.*

C'est à partir du territoire que va se construire une politique publique et ce, en fonction de celui-ci : comme, en autres, la lutte contre le chômage. Les rôles sont redistribués, de nouveaux acteurs sont sollicités et les multiples intervenants doivent apprendre à travailler ensemble : *« L'approche séduisante d'une mobilisation de la société locale autour de sa population fragile motive les travailleurs sociaux mais aussi de nouveaux intervenants aux profils diversifiés qui portent en eux - du fait de la concurrence - une menace ressentie largement par les professions traditionnelles du secteur social »*¹⁰. Cette problématique fait partie des questions posées par le dispositif des emplois jeunes (cf.infra § III.4.1).

L'Etat devient animateur : *« privé de son hégémonie, l'Etat trouve une raison d'être dans l'institution de capacités de négociation entre une grande variété d'acteurs »*¹¹ (exemple pour le dispositif « emplois jeunes » dans le secteur sanitaire et social : ANPE, PAIO, DRTEFP, ARH, DRASS, DDASS, CNASEA, les Centres Hospitaliers...).

Le succès de la politique dépend alors de la mobilisation des acteurs et de leur adhésion, ainsi que le souligne la circulaire CDE 97/25 du 24 octobre 1997 relative au développement d'activités pour l'emploi des jeunes et adressée aux préfets de région, aux préfets de départements...: *« il vous revient maintenant de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux pour assurer la mise en œuvre de ce programme dans votre département »*.

I.7 CONCLUSION

A la fin des années 90 le chômage des jeunes est préoccupant. Les politiques publiques se succèdent. Les plus récents dispositifs en faveur de l'emploi, à l'instar de ceux luttant contre l'exclusion, mobilisent au niveau du territoire des acteurs de différents secteurs.

Dans un tel contexte, les Etablissements Publics de Santé, comme les entreprises, sont amenés à s'inscrire davantage dans leur

¹⁰ Conseil Supérieur du Travail Social « L'intervention sociale d'aide à la personne » 1998 p. 40.

¹¹ DURAN P., THOENIG J.C. « L'Etat et la gestion publique territoriale » p. 582.

environnement humain, culturel, économique afin, d'une part, de répondre à ses besoins et d'autre part, si possible, d'enclencher avec lui un projet de co-développement.

Les "emplois - jeunes" chargés à l'Hôpital de l'accueil et de la médiation sociale se situent à l'interface de cet environnement et de l'institution.

D'une part, leurs activités répondent à une évolution des besoins des usagers et à une évolution des métiers hospitaliers, et d'autre part, ce dispositif original vise au développement et à la pérennisation de ces activités.

II. LE DISPOSITIF NOUVEAUX SERVICES – EMPLOIS JEUNES

II.1 INTRODUCTION

Le dispositif «nouveaux services-emplois jeunes» mis en place par la loi du 16 octobre 1997 s'articule, comme le programme TRACE, aux axes que réaffirme la Conférence Nationale pour l'emploi des jeunes réunie sous la présidence d'A. JUPPE en février 1997 : développer les formations en alternance, offrir aux jeunes une première expérience professionnelle, déconcentrer pour développer les initiatives locales, construire un parcours d'insertion aux jeunes chômeurs de longue durée. Actuellement, ce programme s'inscrit aussi dans les lignes directrices pour l'emploi adoptées en 1998 au niveau européen à la suite du sommet de Luxembourg [BILETTA I., 1998].

Il envisage la possibilité de créer 350 000 emplois.

Mais le dispositif "emplois - jeunes" présente par rapport aux dispositifs précédents des originalités : d'abord, il s'adresse à tous les jeunes (d'une même tranche d'âge) sans cibler les bas niveaux de qualification. Néanmoins la circulaire du 12 février 1998 après celle d'octobre 1997 précisera que *« ceux qui sont pas ou peu qualifiés, ceux qui rencontrent des difficultés particulière d'insertion doivent y trouver leur place...il sera accordé une attention particulière aux actions tendant à contribuer à l'intégration des personnes issues de l'immigration. »*

Une autre originalité est que le dispositif "emplois - jeunes" vise la création, le développement d'activités qui pourront devenir des emplois pérennes au terme des cinq ans du contrat.

II.2 TABLEAU RÉCAPITULATIF

Les textes	Loi n°97-940 du 16 octobre 1997 Décret n°97-954 du 17 octobre 1997 Circulaire CDE n° 97/25 du 24 octobre 1997 Circulaire DGEFP n° 98-17 du 16 avril 1998
Les enjeux	Développement d'activités Pérennisation et solvabilisation de l'activité Professionnalisation de l'activité, du jeune, et de l'organisme
Les activités	Le programme vise à <i>«promouvoir le développement d'activités créatrices d'emplois répondant à des besoins émergents ou non satisfaits et présentant un caractère d'utilité sociale »</i>
Les employeurs	Les collectivités territoriales (communes, départements, régions) Les établissements publics (hôpitaux, établissement d'enseignement...) Les personnes morales chargées de la gestion d'un service public Les organismes privés à but non lucratif (associations, fondations, sociétés mutualistes, comités d'entreprises, syndicats professionnels...) La Police Nationale (adjoint de sécurité) L'Education Nationale (aides éducateurs)
Les publics	Les jeunes de moins de 26 ans sans emploi Les personnes de 26 à 30 ans n'ayant pas travaillé assez longtemps pour percevoir une allocation chômage Les travailleurs reconnus handicapés de moins de 30 ans

Les modalités	<p>Appel à projet lancé par le Préfet</p> <p>Animation locale réalisée par des personnes qualifiées (pilotes)</p> <p>Projets devant répondre au cahier des charges</p> <p>Instruction par la DDTEFP, après avis des services déconcentrés des autres ministères sur l'aspect technique</p>
Les contrats	<p>Les contrats sont de droit privé (à l'exception des adjoints de sécurité de la Police Nationale). Ils sont donc soumis aux dispositions du Code du Travail (juridiction : le Conseil des Prud'hommes). Il s'agit de CDI ou de CDD de 60 mois, à temps plein, non renouvelables mais résiliables chaque année selon des dispositions spécifiques.</p>
Le salaire	<p>Il est égal au SMIC mais il peut être de 120 % du SMIC.</p>
Le financement	<p>Pour chaque emploi créé, l'Etat verse pendant 5 ans une subvention non dégressive correspondant à 80% du SMIC, charges comprises. Le reste est pris en charge par l'employeur qui peut chercher des financements complémentaires (ex : le Conseil Général).</p>
Les aides	<p>Aide à l'ingénierie : au montage, au suivi du projet</p> <p>Aides techniques apportées par la DDTEFP, l'ANPE, l'AFPA et par les autres services déconcentrés des autres ministères</p> <p>Aides à la professionnalisation</p>

D'après : Natacha DURAFFOURG **Travail et changement** p.10

Isabella BILETTA **Echanges, Santé, Social** p.8

Actualités Sociales Hebdomadaires n°2043, 2045, 2046

II.3 PROFESSIONNALISATION DES ACTIVITÉS ET QUALIFICATION DES JEUNES

La loi du 16 octobre 1997 et le décret d'application du 17 octobre 1997 mentionne la « *professionnalisation des activités* » en début de texte (articles premiers) pour mettre en exergue la finalité principale du dispositif. Les circulaires (du 24 octobre 1997 et du 12 février 1998) proposent des pistes pour réaliser cet objectif qui représente un véritable défi.

Elles distinguent « *la professionnalisation des activités* » et « *la professionnalisation des jeunes* ».

II.3.1 La professionnalisation des activités

« *C'est un processus qui permettra de passer d'activités nouvelles à des emplois identifiés dans un système de classification* » (Circulaire du 24 octobre 1997 : fiche 3).

Il s'agit, pour les responsables de la structure d'accueil, de faciliter une adaptation du jeune au poste en lui proposant des actions de formation continue pour lui permettre d'être « professionnel » dans son activité puis, dans un deuxième temps un professionnel (« *emploi identifié dans un système de classification* ») grâce à la professionnalisation [GORGUE, J., 1998] non plus seulement de l'activité mais également de celui qui la pratique (§ suivant).

II.3.2 La professionnalisation des jeunes

La circulaire du 12 février 1998 parle, elle, de « *qualification des jeunes* » ; selon ce texte, il s'agit de favoriser « *l'orientation des jeunes vers des métiers répondant à leurs aspirations et à leurs compétences* » (fiche 1). En ce qui concerne les métiers du champ sanitaire et social, les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales) doivent négocier avec leurs partenaires un système de validation des acquis et un aménagement des cursus (allègement, dispenses...).

On pourra ainsi obtenir une pérennisation de l'emploi si le jeune obtient une qualification (au sens de diplôme) et une embauche mais pas forcément dans la même institution ni sur la même activité. La pérennisation de cette dernière n'est pas assurée sauf si preuve est faite de sa solvabilité. Ce problème est socialement crucial, en raison du risque de retour au chômage pour le jeune mais aussi en raison d'une part de l'arrêt de la réponse à des besoins non satisfaits pourtant identifiés et d'autre part, de la disparition des compétences qui étaient investies dans la réponse était jusque là apportée.

II.3.3 Les « futurs nouveaux métiers »

Après l'évocation rapide des « *métiers de demain* » dans la circulaire du 24 octobre 1997, l'expression « *futurs nouveaux métiers* » apparaît dans celle du 12 février 1998 (fiche 1 : « professionnalisation des activités et qualification des jeunes ») mais celle ci n'est pas très explicite sur ce point. Le protocole de mars 2000, dit « protocole AUBRY » propose que soit réuni un groupe de travail avec les organisations syndicales sur « *les fonctions exercées et les métiers émergents* ».

Le problème de ces nouveaux métiers est très complexe car il s'associe aux deux précédentes questions : celles de la reconnaissance de l'utilité sociale et de la professionnalité, celle de la solvabilité.

La notion de métier est une notion plus difficile que son usage courant pourrait le faire supposer.

II.4 LA NOTION DE METIER

II.4.1 Une notion ancienne ...

Marie-Françoise COLLIÈRE qui distingue le métier de la profession pour situer l'exercice infirmier (selon elle, celui ci pourrait se prévaloir d'être un métier), définit ainsi le métier : un métier assure un service à la communauté, il ne se définit pas mais se décrit, il ne se fonde pas sur

une idéologie mais sur la qualité de ce qu'il produit, il crée ses propres savoirs et ses outils mais il se réfère à un ensemble de connaissances très diversifiées [COLLIERE, M.F.,1990].

Pour Yves SCHWARTZ, la notion de métier héritée des anciennes confréries renvoie à une formation codifiée, à des apprentissages gestuels durant plusieurs années, à une validation par les pairs, à une réglementation de l'exercice, et à une forte lisibilité technique et sociale [SCHWARTZ, Y., 2000].

II.4.2 toujours d'actualité

Cette technicité, ce consensus social sur la division du travail réapparaît quand, ces dernières années, les entreprises font référence au métier pour se concentrer sur leur vocation principale (le « recentrage sur le métier »¹²) et sous-traiter les activités annexes comme, pour les hôpitaux, la blanchisserie ou l'entretien des locaux. Avec, parfois, le mouvement inverse qui entraîne la réappropriation de ces activités comme la société Novotel (mais aussi certains hôpitaux) qui a « rapatrié » le nettoyage de ses hôtels [BAUDET M.B., 1999]. En même temps, une conception différente coexiste pour englober dans le métier de l'Hôpital les activités complémentaires du soin : ainsi, un directeur des Services Economiques dans un Etablissement de Long Séjour peut dire pour souligner ses propos que seul le Service Public peut entretenir une chemise de nuit en nylon ou le gilet en laine d'une pensionnaire.

La notion de métier, en ce qui concerne les individus, conserve dans son utilisation actuelle certaines de ses caractéristiques anciennes (exigences techniques, consensus social sur l'utilité sociale), mais un « *flou croissant s'instaure entre la définition de « postes de travail » et la spécification des individus supposés les occuper* ».¹³

Dans une plaquette de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille intitulée « Soigner, c'est notre métier », sont soulignés l'évolution des métiers voire même, pour certains, « *leur transformation radicale* » et

¹² Yves SCHWARTZ **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe** à paraître

¹³ Yves SCHWARTZ *ibid.*

l'apparition de nouveaux métiers. Les exemples donnés : celui du pharmacien-acheteur et celui de l'infirmière d'accueil et d'orientation (aux Urgences) démontrent plutôt l'apparition de nouvelles fonctions et de nouvelles compétences et la difficulté de définir de façon stable les métiers actuellement en évolution très rapide. Certaines de ces nouvelles fonctions répondent à des besoins bien identifiés (des usagers mais aussi de la structure) comme les postes d'infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) conseillés par le rapport du Professeur STEG sur les Urgences.

D'autres de ces fonctions naissent de la rencontre d'un individu, de son histoire, et de son expérience avec un poste. Alors ces dernières fonctions souvent méconnues sont revendiquées comme un métier dans le métier pour exprimer des compétences spécifiques.

C'est ce qui est espéré pour les emplois jeunes : qu'un métier naisse de l'exercice quotidien de la fonction.

II.4.3 Particularité de la Fonction publique

La fonction publique a la particularité de présenter la coexistence de métiers (comme électricien, cuisinier...), à l'exercice parfois très réglementé (comme infirmier, ambulancier) avec des grades (comme agent administratif, adjoint des cadres hospitaliers...) derrière lesquels, principalement dans les Services administratifs, se cachent des fonctions différentes selon le service d'affectation (Services financiers, Gestion des Ressources Humaines...), selon les personnes qui l'occupent avec parfois le développement de certains aspects, selon l'évolution des besoins de l'institution (comptabilité analytique, contrôle de gestion...). Or, « *aucun métier n'est requis pour exercer une activité relevant de la fonction administrative !* »¹⁴

Il paraît difficile alors de déterminer si une certaine fonction peut faire l'objet d'un emploi jeune ou de l'exercice d'un fonctionnaire.

¹⁴ Henri STEPHAN **Gestions Hospitalières**, janvier 1995, p.45.

II.4.4 L'émergence de nouveaux métiers

Toutefois, les convictions de la loi sur « les emplois-jeunes » que de nouveaux métiers peuvent émerger, sont partagées, par exemple, par le groupe de travail constitué par des volontaires de ATT Quart Monde (les volontaires sont des personnes démunies mais volontaires pour aider les autres) et des universitaires belges. A partir de l'hypothèse suivante : « *pour que les plus pauvres soient reconnus comme travailleurs, il est nécessaire que leurs savoir - faire soient connus et inclus dans de nouvelles formations et qualifications utiles à la société en évolution* »¹⁵, le groupe travaillant le thème du savoir énonce un certain nombre de métiers à créer à partir des compétences développées par les plus pauvres dans leur vie quotidienne : par exemple dans les activités de récupération (métaux ou appareils électroménagers en panne) ou dans les liens de solidarité entre compagnons de misère. Ce groupe évoque alors les métiers du dépannage ou ceux de la médiation.

Le bénévolat n'est pas à l'écart de ces débats. Ainsi, les femmes-relais réclament un statut professionnel : un texte de leur groupe de travail affirme « *il existe une fonction de médiation sociale dans les quartiers à l'interstice des métiers du travail social existants, et il convient de la structurer par un statut validé, permettant, au terme d'un processus de qualification, d'accéder à un métier* »¹⁶. Des réactions à cette demande montrent une certaine irritation comme celle de la part de la Direction de l'Action Sociale. Mais, pour le sociologue Christian BACHMAN, « *il faut ramener cette fonction dans la perspective de toute la nébuleuse des nouveaux emplois (agents d'ambiance, accompagnateurs scolaires...) qu'on essaie d'inventer pour éviter qu'une partie de la population ne parte à la dérive* »¹⁷.

On peut voir ainsi la complexité pour formaliser en nouveaux métiers les activités des "emplois - jeunes".

¹⁵ Groupe de Recherche Quart Monde/Université, **Le croisement des savoirs**, p.348.

¹⁶ cité par I. SARAZIN, « Un référentiel- métier pour les femmes-relais ? » **ASH** n°2037.

¹⁷ cité par I. SARAZIN, *ibid.*

Ou peut-être est-ce l'occasion de mettre à plat les difficultés des métiers existants et les attentes des usagers.

II.5 LES METIERS DE L'HOPITAL

II.5.1 Une tradition ambiguë d'insertion

L'histoire des Hôpitaux est marquée par des épisodes curieux de « réinsertion » (de reprise en mains ?) de personnes qui seraient qualifiées aujourd'hui de « personnes en difficulté ».

Mais tous, au Moyen Age, donateurs, soignants et malades trouvent dans l'Hôpital l'occasion de sauver leur âme.

Les soins, en particulier, paraissent offrir, par l'humilité des gestes vis à vis des plus humbles, une occasion d'imiter le Christ, par exemple lavant les pieds des mendiants. Ainsi un texte de Saint Vincent de Paul recommande : *» A leur arrivée, [les sœurs] feront en sorte que les pauvres malades soient visités, couchés après leur avoir lavé les pieds, les tiendront les plus nettement qu'elles pourront et videront leurs bassins et nettoieront les lieux souvent ».*¹⁸

Ainsi, au XVI^{ème} siècle l'Hôpital est lieu de « réinsertion » pour les « filles repenties » qui composeront à ses début l'ordre (laïc) des Hospitalières de Lyon.

Un autre exemple pourrait être cité avec les bagnards employés en 1787 dans les hôpitaux bretons lors d'une épidémie de typhus et dont les survivants resteront comme infirmiers après leur libération ainsi gagnée. Mais aucune trace de l'activité de ces personnes, de leur intégration dans des collectifs de travail ne nous est parvenue et l'interrogation reste entière sur les bénéfices de ces expériences à la fois pour les individus, pour l'institution et pour la société que l'on pourrait de façon trop rapide déduire comme étant : la liberté, une main d'œuvre contrainte, et le retour de l'ordre moral.

¹⁸ cité par G.CHARLES, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, p.41.

Ainsi l'Hôpital, par les situations dramatiques qu'il a en charge, par ses missions (terme religieux) de Service Public, par la réaffirmation régulière de valeurs fortes (en particulier la non discrimination), par la nature de certaines tâches qui ont été longtemps considérées comme non qualifiées, a été et est toujours un lieu sollicité pour l'insertion ou la réinsertion.

II.5.2 Disparition et naissance des métiers

Au fil des siècles les métiers à l'Hôpital n'ont cessé de naître, de disparaître ou d'évoluer. Beaucoup de métiers sont devenus inutiles : en particulier tous les petits métiers artisanaux qui permettaient aux hôpitaux de vivre en autarcie : à titre anecdotique, les archives de l'hôpital de la Conception à Marseille citent, parmi leurs agents, un sommelier, un berger (pour les vaches qui fournissaient en lait les enfants hospitalisés), neuf vieillards (pour des tâches de balayage...). La sous traitance (cf supra § II.4.2) a également fait disparaître certains métiers, en particulier dans l'entretien des espaces verts, la maintenance...

D'autres métiers sont apparus liés à des technologies nouvelles : l'informatique, le matériel biomédical..., certains liés à l'humanisation de l'hospitalisation comme les psychologues, les éducatrices de jeunes enfants...

Dernier exemple, le métier de Directeur d'Hôpital qui a émergé progressivement devant les exigences stratégiques et décisionnelles requises par la gestion des hôpitaux. Il a été pendant des siècles l'agent d'exécution de la commission gestionnaire de l'hôpital (fonction réaffirmée par la loi du 7 octobre 1796) jusqu'au décret du 11 décembre 1958 où lui est reconnue une véritable compétence d'attribution [BONNICI, B.,1992].

Comme l'ont fait un certain nombre d'entreprises (La Poste, EDF-GDF...), Madame AUBRY propose dans son protocole de Mars 2000, la création d'un Observatoire National des emplois et des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, en particulier afin de « *suivre les emplois dans la fonction publique hospitalière, ...apprécier l'évolution des fonctions, des*

métiers, des qualifications, recenser les métiers nouveaux et proposer des modalités de recrutement adaptés... ».

En marge de métiers il faut noter aussi le développement des activités assurées par les bénévoles en réponse à des besoins non satisfaits : en particulier dans le domaine de l'animation et de l'écoute.

II.6 CONCLUSION

Le dispositif « nouveaux services – nouveaux emplois », dans une démarche novatrice, s'est donné pour but la création de 350 000 emplois afin d'une part de répondre à des besoins non satisfaits et d'autre part, d'offrir à des jeunes une ouverture sur la vie professionnelle.

Alors que les métiers en face à face avec les patients et leur entourage voient leurs situations de travail se complexifier et devenir de plus en plus techniques, il existe sans doute, à l'hôpital, une place à l'interface des professionnels et des usagers. Mais un métier peut-il être créé « par décret » ?

En effet, le paradoxe suivant peut être décrit : d'une part, ce dispositif nécessite pour les "emplois - jeunes" de faire reconnaître des compétences particulières concrètement mises en œuvre dans les activités qu'ils exercent, et d'autre part, dans l'incertitude de la création de métiers qui permettrait d'envisager leur avenir professionnel, ils sont orientés vers un avenir balisé par des concours et les filières déjà existantes.

Malgré un certain nombre d'incertitudes, ce dispositif a été mis en place par de nombreux établissements publics de Santé dont ceux de l'APHM.

III LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

III.1 AU NIVEAU GÉNÉRAL

Le dossier de presse du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité présentait au moment du projet de la loi une liste indicative de vingt deux emplois dans six secteurs : la famille, la santé, la solidarité pour le premier d'entre eux, la Justice, l'Education, le Logement, le Transport, et la Sécurité pour les autres.

Ce dossier cite aussi comme secteurs possibles l'environnement et la culture. C'est un peu comme si notre société, face à différents problèmes, se devait de réparer les conséquences de certains de ses choix. Ce que dit aussi, de façon différente, la circulaire du 24 octobre 1997 au sujet des emplois jeunes dans l'écologie: *» dans une société qui produit et consomme toujours davantage, les actions de protection de l'environnement et de traitement des déchets sont indispensables pour préserver notre cadre de vie et celui des générations futures ».*

Les nouveaux emplois proposés (par exemple : coordinateur petite enfance, médiateur pénal, agent de prévention d'ambiance...) se situent, pour leur majorité, dans le domaine de la création de liens et le renforcement de la cohésion sociale en raison des difficultés rencontrées par certaines populations mais aussi du mode de vie actuel qui, pour diverses raisons, place en collectivité les personnes âgées (*« l'allongement de la durée de vie crée de nouveaux besoins »* ibid.) ou les enfants des quartiers défavorisés afin de les faire participer aux activités socioéducatives et de mettre en oeuvre la mixité sociale.

Fin juin 2000, 252 000 "emplois - jeunes" ont été recrutés sur différentes fonctions (cf. Annexe II).

III.2 DANS LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Dans le secteur sanitaire et social (établissements publics de Santé, établissements sociaux, associations...), les nouveaux emplois sont orientés selon trois principaux axes.

Le premier axe est l'aide et l'accompagnement des publics en difficulté. Il peut s'agir de l'intégration d'enfants handicapés à des activités scolaires ou périscolaires ou d'aide aux élèves ayant des retards scolaires ou de l'assistance aux personnes âgées à mobilité réduite.

Le deuxième de ces axes est l'animation et la coordination des actions dans le secteur de la petite enfance et des personnes âgées.

Enfin la médiation représente un axe fort : il peut s'agir de médiation entre les individus (médiateurs familiaux, médiateurs de quartier...) ou de médiation entre les institutions et les individus. Il s'agit d' *«intervenir là où se produisent des difficultés entre le fonctionnement ordinaire des institutions et le comportement des individus»*, situations de malentendus, de tensions, d'impatience où très souvent affleure la violence (cf. infra § IV.1.4, Partie I).

Mais le secteur du travail social est un secteur dans lequel, ces dernières années, des professions se sont construites pour venir en aide aux publics qui en ont besoin (chômage, pauvreté, toxicomanies...). Ce qui pose problème, ainsi que cela sera évoqué plus loin, pour l'intégration des emplois jeunes, d'autant que ces professions sont amenées à s'interroger sur leur rôle et sur l'évolution de leur profession (cf infra III.4).

Au 31 décembre 1999, on dénombrait 4475 jeunes réellement embauchés dans un établissement public de santé, majoritairement pour l'accompagnement des patients et/ou leur famille (cf. Annexe II).

III.3 LES EMPLOIS JEUNES À L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

Le 15 Octobre 1998 le Conseil d'Administration de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM) valide par une délibération le principe de

recours au dispositif « Nouveaux Services - Nouveaux Emplois », l'institution ayant « *souhaité participer à l'effort social demandé* ».

C'est la création de postes d'auxiliaires d'accueil et de sécurité (20) d'auxiliaires chargés des dossiers en recherche clinique (2) et d'1 agent chargé du patrimoine hospitalier. Le recrutement est réalisé en liaison avec l'Agence Nationale Pour l'Emploi qui assure une première sélection et des premiers entretiens : sont recherchées des personnes ayant une expérience de l'accueil, d'activités dans le milieu associatif. La maîtrise de(s) langue(s) étrangère(s) est souhaitée, le niveau bac est requis (cf. le profil de poste : Annexe V). Le recrutement final est assuré par le bureau de l'APHM qui s'occupe des emplois aidés.

Un contrat d'objectifs est élaboré avec les personnes recrutées et le suivi est prévu sous forme d'entretiens réguliers. Chacune de ces personnes est encadrée par deux référents : un référent administratif et un référent professionnel. Ceux ci rédigeront un rapport annuel qui sera transmis à la cellule des emplois aidés de l'APHM. Une formation théorique, un stage d'observation et une période d'essai sont prévus.

Cinq auxiliaires devenus simplement « d'accueil » sont prévus pour chacun des quatre sites de l'APHM. En février 1999 est signée la convention entre le Directeur Général de l'APHM et le Préfet (ou par délégation le Directeur de la DDTEFP)

Une délibération du Conseil d'Administration du 29 avril 1999 entérine l'embauche de 16 « médiateurs relais-social » afin d'« *accompagner les professionnels du soin dans les fonctions d'accueil et de gestion de situations de crise* » (cf. profil de poste Annexe V) et la délibération replace cet embauche dans le contexte des violences qui s'étaient produites aux Urgences, en particulier à l'Hôpital Nord.

III.4 DES INTERROGATIONS PERSISTANTES

III.4.1 des problèmes de fond

Ce dispositif a reçu un accueil mitigé de la part des travailleurs sociaux qui se sont alors interrogés : la parenté de certains de ces emplois, en

particulier ceux visant à restaurer le liens social, avec leurs propres métiers (assistant social, éducateur...) leur posait plusieurs questions : s'agissait-il dans le même temps d'une demande d'encadrement et d'un constat de leur insuffisance à laquelle il fallait pallier [AUTES M., 1997] ? Confier à des jeunes des missions pour lesquelles des études leur avaient été nécessaires, n'était ce pas à la fois prendre des risques avec ces jeunes, considérés par eux comme démunis face à des situations épineuses, et à la fois nier d'une certaine façon leur qualification (au sens de formation reçue et de diplôme) et prendre le risque de déprofessionnaliser le secteur social [GARCETTE C., 1997] ?

D'autres interrogations pouvaient aussi se poser face à cette nouvelle division du travail et au découpage de la prestation alors que, par exemple, on considère souvent que l'accueil fait partie intégrante de la prestation. Dans le travail social *« la multiplication des interlocuteurs pour une même personne peut en effet entraîner des inconvénients : parcellisation des problèmes, absence de diagnostic global...désorientation de la personne, voire manifestations de violence si la coordination n'est pas satisfaisante »*¹⁹

Natacha DURAFFOURG de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) présente un exemple très parlant : *« certaines collectivités locales ont confié la surveillance des sorties d'écoles primaires, autrefois assurée par les policiers municipaux, à des associations subventionnées. Des années plus tard, ces policiers ont réalisé l'importance de cette surveillance pour le reste de leur activité : «assurer la sortie des écoles permettait de connaître les gamins dès leur plus jeune âge. Aujourd'hui, on ne les rencontrent que lorsqu'ils ont des problèmes...on n'est là que pour sanctionner et on est des inconnus*²⁰ » ».

III.4.2 des problèmes liés au dispositif lui même

Ce dispositif, pourtant reconnu comme original, est porteur d'ambiguïtés : d'une part, ne pourrait-il pas être une nouvelle forme de traitement social du chômage ? Certains observateurs y voient « un canal

¹⁹ Garcette C. **ASH** n° 2042 p.15

²⁰ DURAFFOURG N. **Travail & Changement** n°248 p. 11

de dérivation » en attendant que le marché du travail soit à nouveau favorable ce qui pourrait se produire, selon les projections démographiques, vers 2005 [REVERCHON A.,1999]. D'autre part, des risques de dérives vers des fonctions existantes peuvent de se produire, et, par effet d'aubaine, l'aspect quantitatif peut être privilégié à l'aspect qualitatif.

Enfin, si les besoins sociaux ne sont pas satisfaits actuellement c'est que les pouvoirs publics n'en ont pas les moyens financiers et que le marché ne le peut pas non plus car, ou bien les besoins sont collectifs, comme par exemple la sécurité, ou bien la plupart des personnes sont trop démunies pour rémunérer les services, comme par exemple le soutien scolaire [GUITTON C.1999). Qu'en sera-t-il à la fin du dispositif ?

III.5 CONCLUSION

Les "emplois - jeunes" impliqués dans le travail social peuvent rencontrer des difficultés à se positionner face aux professionnels. Le passage par leur activité devrait montrer comment l'intégration s'est faite dans des collectifs déjà constitués, comment la formation a été réinvestie dans la relation, comment des compétences ont été acquises pour répondre aux besoins à la fois des usagers et de l'institution, besoins qui sont devenus aigus ces dernières années.

IV L'HOPITAL ET LES ELEMENTS NOUVEAUX AFFECTANT LES SITUATIONS DE TRAVAIL

IV.1 DES BESOINS IMPORTANTS

IV.1.1 Le vieillissement de la population

En France le nombre de personnes âgées augmente, l'évolution la plus marquante concerne la population la plus âgée, celle dite du quatrième âge.

Cette croissance du nombre des personnes âgées est liée, pour les prochaines années, à l'augmentation de l'espérance de vie, et après 2015, au papy boom.

Le nombre des personnes dépendantes va donc augmenter même si l'espérance de vie sans incapacité augmente plus que l'espérance de vie totale. On utilise le terme de dépendance lorsque les actes élémentaires de la vie courante nécessitent l'aide d'un tiers pour être effectués en raison de handicaps moteurs et/ou intellectuels non compensés.

Les besoins des personnes âgées sont donc importants en matière d'aide à la mobilité car l'insuffisance d'aide génère et entretient le handicap.

L'hôpital est confronté à ces problèmes au travers de ses usagers : ses patients mais aussi ses visiteurs et ses consultants.

Les quartiers qui constituent l'environnement de l'Hôpital Nord sont habités essentiellement par des familles : le taux de natalité (14,13 ‰) est supérieur à celui du reste de l'agglomération marseillaise (11,4 ‰) mais le nombre de la clientèle âgée va augmenter à l'Hôpital Nord ne serait ce qu'en raison du vieillissement de la population et en raison du transfert du Service de Gériatrie de l'Hôpital Houphouët Boigny (établissement bientôt fermé), et son projet de développement des consultations par l'équipe médicale de celui-ci.

IV.1.2 L'interculturalité

Les difficultés linguistiques peuvent être rencontrées dans les hôpitaux en ces temps de grandes migrations.

Le recours à un interprète est parfois nécessaire mais leur délai d'intervention et le coût de leur vacation font parfois préférer d'autres solutions. Dans certains cas, un membre de la famille du patient peut traduire les entretiens mais les relations familiales gênent parfois la traduction de l'interrogatoire en raison par exemple de la pudeur et du respect qui existent entre parents et enfants. Dans les milieux où par tradition c'est l'époux qui prend la décision, le mari est tenté, au lieu de traduire, de répondre à la place de sa femme [LAUNAY, D., 1998].

L'immixtion de la famille est aussi une atteinte au secret médical. Un agent hospitalier parlant la même langue apporte une garantie avec l'obligation de secret professionnel et apporte aussi une certaine connaissance des termes médicaux et de la démarche médicale. Mais les ressources d'un Hôpital en agents/ « interprètes » ne sont pas toujours centralisées et actualisées.

Il convient aussi de se préoccuper de l'illétrisme dans la langue du pays d'accueil qui touche parfois des personnes lettrées dans une langue à l'alphabet différent. La signalétique est alors inefficace et il faut prévoir des repères visuels et / ou un accompagnement physique lors des déplacements.

De plus, chaque culture véhicule une certaine conception du corps, de la Santé et de la maladie ce qui est important à prendre en compte dans les situation de soins, et certaines personnes appréhendent un séjour à l'hôpital car elles craignent de ne pouvoir y vivre (parfois mourir) selon leurs croyances.

En effet, d'une part, la représentation du corps, sa vision intérieure diffèrent d'une société à l'autre, le sentiment individuel d'être malade, « la maladie vécue » sont l'objet d'un apprentissage précoce et d'autre part, il existe des normes sociales quant aux signes particuliers de reconnaissance du pathologique par le groupe. Mais il existe aussi des normes d'expression de la douleur (exemple pour l'accouchement) et des normes d'expression des émotions et de la souffrance (exemple en cas

de deuil). Enfin, « *la signification donnée à l'épisode maladie par le patient est profondément marquée par sa personnalité mais aussi par son appartenance sociale et culturelle, la façon d'appréhender le monde propre à son milieu* »²¹ .

La maladie peut être imputée à une cause endogène ou, dans de nombreuses sociétés, à une cause exogène c'est-à-dire : l'environnement, l'entourage, quelqu'un de particulier (le mauvais œil)...Une cause exogène peut être les puissances surnaturelles, par exemple, suite à la transgression d'un tabou...

« *La maladie et la guérison, doivent être ici considérées comme un fait social total selon le concept de Marcel MAUSS* »²² souligne François LAPLANTINE, ethnologue, spécialisé en ethnopsychiatrie.

L'analyse des situations de soins ainsi que les témoignages des soignants permettent de mettre en évidence ce qui peut se passer dans les situations interculturelles, quand la confiance et la communication ont pu s'installer, quand gestes et paroles sont inventés par soignants et soignés, et quand ces gestes et ces paroles prennent valeur d'un rite transculturel, inédit et intransposable.

Ces situations démontrent ce que certains ethnologues contemporains soulignent dans leurs travaux : alors que la culture a longtemps désigné « *le patrimoine et l'héritage d'objets, de modes de penser, et de comportements qui donnent son identité à un groupe humain et à ses membres* »²³ on considère, aujourd'hui, la culture comme une construction au quotidien dans les interactions individuelles et collectives. L'acculturation, c'est-à-dire l'adoption d'éléments différents, fait partie de cette construction.

Une culture confrontée à une autre peut exacerber certaines de ses pratiques pour se différencier, elle peut en inventer de nouvelles, elle peut adopter des éléments de la culture d'accueil qui va aussi se modifier dans la rencontre. « *Le sens demeure dans la relation , dans une relation qui maintient en présence les termes qu'elle distingue et réunit à la fois* »

²¹ MABE B. **Migration Santé**, n° 56, p.6

²² LAPLANTINE F. **L'ethnopsychiatrie**, p.34.

²³ CUCHE D. **Sciences Humaines**, n°77, p.21.

comme le souligne G. LEVESQUE²⁴ et il évoque le risque de violence si on exclut un pôle de la relation car celui ci « *revient dans la société ..mais à son tour il déchaîne les violences* ».

De peur de stigmatiser, peu d'études sont réalisées sur les personnes étrangères ou issues de l'immigration, de ce fait on laisse la place aux idées préconçues [LAUNAY D., 1998] et à une méconnaissance des difficultés (et des ressources individuelles et communautaires) de ces usagers.

Marseille est une ville cosmopolite depuis sa création par les Grecs d'Asie Mineure, et au travers de 2600 ans de commerce avec l'Afrique, les pays d'Orient et même, depuis le XVIII ème siècle, avec l'Amérique latine et les Antilles. Dans les quartiers Nord, l'immigration est originaire du Maghreb et des Comores. Il y vit aussi une communauté importante de gens du voyage sédentarisée dans les cités. L'Hôpital Nord, premier établissement marseillais sur l'axe autoroutier et proche de l'aéroport de Marseille Provence, reçoit également une clientèle de passage (cf. Annexe III, tableau 3).

IV.1.3 Les problèmes médicosociaux

Les années 80 ont vu en France l'apparition du phénomène de l'exclusion. Selon Robert Castel [CASTEL R. 1995], dans l'espace social, les zones de vulnérabilité (le travail est précaire et les réseaux sociaux fragiles) et de désaffiliation (absence de travail et solitude) se développent au détriment de la zone d'intégration (où le travail et les réseaux sociaux sont stables). En 1998, on compte en France plus de trois millions d'allocataires des minima sociaux (principalement le RMI, le minimum vieillesse, l'Allocation Adulte Handicapé...), ce qui fait, avec les compagnons et les enfants à charge, six millions de personnes (**Le Monde** 17/0197). Cela représente entre 50 et 60 francs par jour pour vivre. Le bilan annuel du Secours Catholique souligne de son côté que la misère dans laquelle s'installent les personnes est une misère qui dure avec un endettement qui ne

²⁴ LEVESQUE G. **Des goûts et des valeurs** ...p.121.

touche plus seulement les biens de consommation mais aussi les besoins élémentaires : le loyer, l'électricité, l'eau...(Le Monde 06/11/97).

A côté de ces pauvres qui arrivent à survivre tant qu'une insertion dans le milieu social et/ou familial est maintenue, il est une population à la dérive : les « sans domicile fixe ». Le Haut Comité pour la Santé Publique, dans le chapitre de son rapport consacré à « Précarité, insertion, santé » estime à 200 000 environ les personnes en habitat précaire ou sans abri.

Tous ces pauvres, population hétérogène dans sa composition, ont en commun des besoins importants en matière de santé.

S'il n'y a pas à proprement parler de pathologies de la misère, il y a une très forte corrélation entre les faibles revenus et la dégradation de la santé physique et mentale, les revenus étant au centre de toute une chaîne de causalités : logement insalubre, mauvaise alimentation, stress, conduites addictives....

Les Urgences hospitalières constituent pour les populations les plus démunies un mode d'accès au soins très utilisé. L'admission se fait souvent dans un contexte d'urgence réelle : menace d'accouchement prématuré, ulcère gastrique perforé, pneumopathie grave... Les symptômes ont été négligés car les autres préoccupations occultent les signaux du corps.

Un document destiné à la DDASS pour argumenter un projet d'extension du CAMSP (Centre d'Action Médico Sociale Précoce) de l'Hôpital Nord fait état, pour la population environnante, d'une grande fréquence des prématurés et d'un recours important à l'hospitalisation, pour les enfants, les deux premières années de vie.

La venue aux Urgences hospitalières se fait parfois dans un contexte d'urgence ressentie quand un profond mal être ou un trouble somatique devient insupportable.

La certitude de trouver 24H sur 24 une équipe compétente, de ne pas avoir à faire l'avance des frais, explique que les populations démunies en situation de détresse s'adressent à l'Hôpital public.

Le profil du public accueilli à l'accueil social des Urgences de l'Hôpital Nord réalisé en 1999 en vue de la mise en place des Permanences

d'Accès aux Soins de Santé (PASS) met en évidence de nombreux problèmes médicosociaux (cf. Annexe III, tableau 4).

Dans la région Provence Alpes Côte d'Azur, 11,7 % de la population et 17,3 % pour Marseille vit au dessous du seuil de pauvreté (cf. Annexe III, tableau 5).

Les PASS, définies par la loi du 29 juillet 1998 et mises en place sur les quatre sites de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM), ont pour objectif de « *faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social* »(lettre d'information du 5 mai 2000 de F LORRANG, Directeur général de l'APHM). Dans ce cadre, « *l'information et l'orientation des malades entre les différents lieux d'examens et de soins depuis leur accueil par la PASS, doivent être facilitées par l'ensemble du personnel et notamment par les Emplois Jeunes.* » (ibid.).

IV.1.4 Un malentendu conflictuel entre les institutions et les usagers

L'Hôpital n'échappe pas à la situation ambiguë des autres institutions comme l'Education Nationale, les transports en commun, les Caisses d'Allocations Familiales... vis à vis desquelles il existe à la fois des attentes importantes mais aussi du rejet et de l'agressivité.

A l'agressivité succèdent parfois les passages à l'acte comme cela a pu se produire dans les établissements scolaires, les autobus ou les services d'Urgences.

Le phénomène de la violence qui traduit le mal être inquiétant de nos sociétés occidentales, préoccupe de nombreux chercheurs, décideurs politiques et professionnels « du terrain ».

La différence entre violence et agressivité est, pour certains, marquée par une certaine positivité de cette dernière qui, à l'instar de la combativité, peut être entendue comme « *une énergie de l'organisme* »²⁵, la violence, elle négative, est alors définie comme « *une*

²⁵ POGGI, D. **Soins Psychiatrie**, n°187, p.40.

conduite qui a pour effet de contraindre quelqu'un, de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation ». ²⁶ Mais le mot dérivé de « agressivité » : « agression » relativise cette forme de différenciation.

Celle opérée par les psychiatres N. PIETRO et J.P. VIGNAT paraît plus pertinente : pour eux, « *la violence met en jeu une attaque ou une rupture du processus d'identification et vise à la destruction de l'autre qui n'est plus reconnu comme semblable à soi même* » alors que « *l'agressivité... si elle peut être dangereuse et détruire l'autre, ne lui dénie pas son identité au sens de sa qualité de semblable* ». ²⁷

C'est la négation de la personne dans la violence qui est si traumatisante pour la victime.

L'expression du comportement violent peut être verbale (insultes, menaces, paroles infantilisantes...), physique (coups...), non verbale (attitude menaçante, silence méprisant...).

La violence ne se situe pas uniquement entre les individus, elle peut se situer dans les interactions entre les individus et la société. On a pu parler ainsi de violence économique comme celle qu'exercent les inégalités sociales (exclusion, chômage, concurrence...).

Mais il peut aussi être évoqué les violences institutionnelles comme dans l'Education Nationale où sont proposés des savoirs apparaissant à certains inaccessibles et accroissant ainsi les retards et l'exclusion : certains élèves « *en situation d'échec scolaire lui reprochent les humiliations subies* » ²⁸ alors que c'est « *dans le quotidien de la classe, là où se travaille le rapport des jeunes au savoir que la partie se joue* ». ²⁹ Il s'ensuit une perte de confiance dans l'institution « *d'autant plus forte que l'implication de ces institutions dans l'intégration a été traditionnellement été forte* » souligne Sophie BODY GENDROT ³⁰, auteur d'un rapport sur les violence urbaines pour le Ministère de l'Intérieur.

²⁶ POGGI, D. *ibid.*

²⁷ PIETRO, N., VIGNAT J.P., **Soins**, n° 624, p.21

²⁸ BODY GENDROT S., **Sciences Humaines**, n° 89, p.29.

²⁹ CHARLOT B., **Le Monde de l'Education**, fev.1997, p.80.

³⁰ BODY GENDROT S., *op. cit.* p.29

C'est le cas des transports en communs qui pourraient paraître comme ce qui relie les habitants et les quartiers entre eux. La violence à leur égard n'est pas sans similitude avec ce qui se passe avec les soignants : la dissymétrie du savoir (savoir médical général et sur l'individu particulier) rend le lien illusoire [DUFFE, B-M., 1998].

Une étude sur les violences contre les bus de la RATP explore l'hypothèse de l'origine de ce phénomène dans la rencontre de deux ressentiments et l'hypothèse de la violence comme coproduction des usagers et des agents de la compagnie. Les salaires modestes des conducteurs, une absence de perspectives de carrière, un lieu de résidence dans ces mêmes cités ou dans une cité similaire, une logique de plus en plus commerciale de l'entreprise (« *une logique qui n'entretient plus aucun rapport, sauf mythique, avec l'idée de service public* »³¹) fragilisent les relations des agents de conduite avec les usagers de ces quartiers et peuvent faire démarrer une spirale de réactions violentes. Il n'est pas question ici de systématiser ce modèle explicatif et encore moins de le calquer sur les situations à l'Hôpital mais de souligner une nécessaire vigilance dans les rapports à autrui.

A la violence de l'Hôpital en tant qu'institution totalitaire décrite en particulier par Michel FOUCAULT (avec autrefois l'enfermement des déviants : fous, débauchés, errants...), peut se substituer celle des agents insuffisamment formés ou pas assez vigilants.

Ceux ci peuvent déclencher un passage à l'acte avec une attitude défensive et rigide vis à vis d'un comportement jusque là seulement agressif [LESAGE DE LA HAYE J.,1998], avec une infantilisation des patients, une rétention d'information, des signes involontaires d'exaspération, un non respect de la pudeur...

Certains de ces comportements ont été décrits comme consécutifs non à un manque de formation mais à de l'épuisement professionnel. En effet, celui ci se traduit parfois par un repli sur soi, ou un certain cynisme [VANDERMOUTEN, M. J., DUBREUQ J.L., 1990, p.25].

Cet épuisement professionnel peut être lié au contexte du travail ou au travail lui même.

³¹ WIEVIORKA M. **L'expérience française contemporaine**, p. 333

Le milieu du travail à l'Hôpital n'échappe pas à une certaine violence : un Directeur des ressources Humaines cité par B. DESMET, dans son mémoire sur le phénomène de l'insécurité en milieu hospitalier, remarque : « *Est ce que l'Hôpital ne génère pas lui même un phénomène d'agressivité au sein du personnel par l'esprit de compétition qui règne entre les services, par l'obligation de résultats et de rentabilité qui y prévaut ?* ». ³²

L'usure peut être liée aussi au décalage entre l'idéal (qualité, accréditation...) et le possible (progrès pas à pas), entre le quantitatif et le qualitatif, entre la formation et la réalité de l'exercice professionnel.

Mais à l'Hôpital existe aussi, comme situation vécue par les agents comme violente, la confrontation à la mort, à la souffrance avec parfois des situations d'échecs thérapeutiques qui engendrent, après le sentiment de puissance, un sentiment d'impuissance qui pouvant générer des comportements négatifs vis à vis des patients.

La confrontation aux problèmes médicosociaux (cf supra § IV.1.3) est vécue aussi comme angoissante et la répétition de certaines situations (alcoolisme, toxicomanies, tentatives de suicides...) comme source de doute sur l'efficacité des missions et des politiques qui les ont définies.

La violence de la part des malades se produisent surtout aux Urgences de la rencontre entre l'angoisse des patients et de leur famille et le stress du personnel lié à la nature du travail. L'onde de choc du traumatisme de l'accident ou de la décompensation médicale se propage aux Urgences puis au service de soins. Une personne impulsive, irritable, ne pouvant tolérer la frustration (nouvelles, informations, soins...) va franchir peu à peu les étapes du comportement agressif : accumulation d'émotions, anxiété et agitation psychomotrice, sentiment de panique puis enfin passage à l'acte.

Dans les Services d'Urgences, la situation est souvent aggravée par une imprégnation par l'alcool et / ou d'autres toxiques.

Autre signe que le problème est préoccupant, le protocole signé entre le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et certaines organisations syndicales, dit « protocole AUBRY », propose que les partenaires

³² DESMET B. **Mémoire ENSP**, 1998, p.38.

réfléchissent ensemble « *pour identifier les processus de violence afin de proposer des actions concrètes et précises* ».

A l'Hôpital Nord des agressions assez graves contre le personnel ont marqué l'année 1999 et sont à l'origine de la création des postes d'emplois jeunes sur la fonction d'« *auxiliaire d'accueil (de sécurité)* » et de « *médiateur relais social* » (cf. ANNEXE V) Pourtant les cités environnantes sont peu souvent le lieu de grands affrontements comme l'ont été les banlieues d'autres grandes villes en France.

IV.2 LES INJONCTIONS DE L'ETAT ENVERS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

IV.2.1 La rationalisation des dépenses de Santé

Dès le milieu des années 1970, le financement du système de Santé est apparu comme un véritable « *tonneau des Danaïdes* » [MAILLARD C., 1986]. Une série de plans ont été mis en œuvre pour tenter de juguler les dépenses de Santé en agissant principalement sur l'offre de soins estimée un peu moins difficile à contenir que la demande.

Les usagers redoutent des difficultés dans l'accès aux soins et une baisse de la qualité de ceux ci. De leur côté, les médecins revendiquent leur pouvoir décisionnel face à leur patient.

Mais la pauvreté des années 1980 a fait prendre conscience que le gaspillage n'est pas tolérable et qu'il mettait en danger notre système de Santé. Pour autant la gestion de la pénurie n'est pas toujours facile au quotidien.

IV.2.2 Une amélioration continue de la qualité des soins

L'accréditation est, il faut le rappeler, une obligation pour les établissements de Santé publics et privés depuis les ordonnances du 24 avril 1996 prises sous le gouvernement d'A. JUPPE (en particulier l'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée). Dans le manuel d'accréditation, celle ci est définie comme « *une procédure d'évaluation externe à un établissement de Santé et de ses*

*organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques [et qui] vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de Santé ».*³³

Ce dispositif s'inspire de l'expérience américaine : en effet dès 1918 l'American College of surgeons se préoccupe de la qualité des soins et du contrôle des hôpitaux. En France, il faut attendre les années 70 pour voir se multiplier les travaux de recherche sur la qualité en particulier par les professionnels infirmiers, diffusés dans les nombreuses revues ou non diffusés (mémoires de fin d'études).

Beaucoup d'entre eux traitent en particulier de l'accueil des patients, mais ce, principalement au niveau de l'unité de soins (mais aussi de la douleur, du sommeil, de la fin de vie...).

A partir de la décennie 70 les pouvoirs publics se préoccupent également de la prise en compte de l'utilisateur : il faut citer en particulier la charte du malade dont le premier paragraphe est consacré à l'accueil des malades (circulaire du 20 septembre 1974 de Simone VEIL), la circulaire du 23 février 1989 de Michel ROCARD sur le renouveau du service public dans laquelle il développe un axe d'orientation sur la nécessité d'« *une politique d'accueil et de service à l'égard des usagers* ».

Il faut mentionner aussi la loi du 31 juillet 1991 qui reprend le principe de non discrimination vis à vis des patients, et enfin, la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 qui réaffirme celui-ci.

Le référentiel de l'ANAES place le patient au centre de ses préoccupations. Un certain nombre de références insistent particulièrement sur la qualité des informations à prodiguer : en particulier, dans le Chapitre « Droits et Information du Patient » (DIP), les références 1, 2, et 3 :

- « L'Etablissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités »,
- « L'Etablissement assure à tous l'accès aux soins », et
- « Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour ».

³³ ANAES **manuel d'accréditation des établissements de Santé**, Paris, février 1999, p. 11

Des critères très précis (de DIP 1 a à DIP 1 e ; DIP 2 a et 2 b ; de DIP 3 a à DIP 3 e) déclinent les références.

Il faut aussi citer le Chapitre « Organisation de la prise en charge des patients » (OPC) et les références 1, 2, 3, et 5 :

- « L'Établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients »,
- « L'accès à l'Établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire »,
- « L'Établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage »,
- « Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge »³⁴.

La citation de ces éléments du référentiel démontre l'importance que l'ANAES accorde à ces différents points, on peut donc penser que les visiteurs s'attacheront à suivre et à évaluer de près le « parcours » du patient.

IV.2.3 Des exigences non incompatibles

La maîtrise des dépenses de Santé et la qualité des soins ne sont pas incompatibles. Au niveau « macro » elles sont même, pour les pouvoirs publics, à mettre en synergie : par exemple la fermeture de petites structures de soins coûteuses et n'offrant pas la sécurité nécessaire doit se faire dans le souci d'apporter autrement des soins de proximité de qualité (réseau, télé médecine...) ; autre exemple, des équipements sont à décider selon des études coût/avantage dans un souci d'efficience en matière de Santé Publique.

Mais au niveau « micro » d'une situation de travail particulière (manque de personnel, report répété de travaux de réfection de locaux...) cette rationalisation (et rationalité) économique, pourtant à présent intériorisée chez les agents, peut heurter la crainte profonde, presque enfouie que la rationalisation entraîne le rationnement.

³⁴ Manuel d'accréditation des Etablissements de Santé, **ANAES**, 1999, pp.45, 46 et pp.55-60.

IV.3 CONCLUSION

Les établissements de Santé ont, d'un côté, à faire face à des attentes importantes de la part des usagers en particulier dans les quartiers de grande précarité et de l'autre, à faire face aux exigences des pouvoirs publics en matière de qualité et de rationalisation financière.

Suite aux expériences dans d'autres secteurs comme les « grands frères » à la RATP ou les « agents de contact » à La Poste, entreprises qui, elles, ont à gérer stratégies commerciales (rentabilisation des lignes ou vente de produits financiers) et service au public, les Hôpitaux misent, entre autres, sur les savoir faire relationnels acquis par les emplois jeunes dans leur environnement pour améliorer l'accueil des patients et de leur entourage et pour dénouer les éventuelles incompréhensions réciproques souvent génératrices de frictions.

V CONCLUSION DE LA PARTIE I

Le dispositif "emplois - jeunes" s'inscrit au niveau « macro » dans les problèmes de notre société : le chômage, la pauvreté, pour certains, l'affaiblissement du lien social, pour d'autres, l'écologie...

Pourtant, ces problèmes s'incarnent au niveau « micro » dans des individus ou des groupes singuliers : les "emplois - jeunes", les agents en poste et les usagers.

Il est donc apparu pertinent de faire appel à un cadre théorique explicatif qui articule « le micro » et le « macro », l'activité et les valeurs, les enjeux individuels et les enjeux sociaux et/ou institutionnels et qui propose un mode d'acquisition de connaissances permettant de faire émerger tout ce qui est investi par les agents et les collectifs dans l'activité.

DEUXIEME PARTIE

De trame et de chaîne

« L'homme peut apporter plusieurs solutions, à un même problème posé par le milieu. Le milieu propose sans jamais imposer une solution. »

Georges CANGUILHEM

La connaissance de la vie

I LE POINT DE VUE DE L'ACTIVITE

Vouloir comprendre le travail des auxiliaires d'accueil et des agents de médiation en s'interrogeant sur leur activité, c'est penser avec Yves SCHWARTZ que « *l'activité de travail pose des problèmes d'adresse, de virtuosités, mais aussi des problèmes de relations sociales, de rapport aux langages et de mise en mots, de subjectivité, ainsi que des problèmes de rapport aux valeurs, d'éthique et de politique* »³⁵. On peut donc penser que l'activité de travail « convoque la vie entière d'une personne » (ibid.) comme les autres activités humaines (cf. supra Partie I § I.3.2).

Mais « *insister sur l'engagement institutionnel que représente un emploi c'est valoriser à juste titre le travail comme rencontre de la modernité, de la diversité et des solidarités humaines, élaboration d'ingéniosités collectives affrontées à des contraintes, des urgences, des choix.* »³⁶

Le travail est donc compliqué à étudier car il n'est pas réductible à la stricte application de consignes, au suivi mécanique de procédures, ou à l'adhésion point par point à l'organisation du travail mise en place.

« Prendre le point de vue de l'activité » c'est la position forte qu'a prise dès les années 60, 70 l'ergonomie de langue française sous l'impulsion d'Alain WISNER, professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, pour approcher « le travail réel ». Donner à cette approche un véritable statut scientifique a été l'enjeu de « la bataille du travail réel » et d'un véritable changement de paradigme [DURAFFOURG, J. 1997].

³⁵ Y. SCHWARTZ, **Revue de l'IRETEP**, n° spécial à paraître, 2000.

³⁶ Y. SCHWARTZ **Projet** n° 236, p. 15

II TRAVAIL PRESCRIT / TRAVAIL REEL

La constatation d'un écart entre le travail prescrit et le travail réel dans les situations de travail les plus codifiées, les plus taylorisées des années 60-70, a montré a fortiori que le travail est toujours retravail de la prescription même s'il s'agit parfois d'infimes modifications.

*« Le travail prescrit représente la manière dont le travail doit être exécuté : manière d'utiliser les machines, les outils, le temps imparti à chaque opération, modes opératoires, et consignes à respecter. A ce travail prescrit ne correspond jamais le travail réel c'est à dire celui qui est exécuté par l'ouvrier ou l'ouvrière ».*³⁷

Les ergonomes ont donc montré qu'il y a toujours des éléments de singularité et de subjectivité dans une situation de travail et qu'aucune activité humaine ne peut être complètement codifiée, normée, anticipée.

Ceci peut paraître une évidence dans les activités de services en raison de variabilité dans la relation avec l'utilisateur (ou du client). Dans ce secteur, on assiste pourtant à la prescription de règles, par exemple, comme le SBAM (sourire, bonjour, au revoir, merci) pour les caissières de supermarché.

Mais, face à cet univers de règles, de normes ont été repérées y compris dans le secteur industriel des décisions, des arbitrages, parfois microscopiques, pour assurer le bon déroulement de la production.

Les consignes sont donc nécessaires mais leur énoncé est loin de décrire véritablement le contenu des tâches exécutées. L'écart prescrit / réel avait d'abord été perçu comme perturbation par les ergonomes qui ont ensuite mis en évidence cet écart comme condition de possibilité de la tâche : il est aussi ce qui permet de gérer la variabilité des éléments matériels (machines qui vieillissent, matière première qui change de qualité...), mais aussi celle des éléments humains (âge, taille, force...).

Yves SCHWARTZ a ainsi élaboré le concept de « *recentrement* » à partir des travaux de l'ergonomie et des écrits sur le vivant et son milieu du

³⁷ F. DANIELLOU cité par M. DUC, **Organisation du travail à prescription floue, et dimension collective des activités**, Ed Octares, à paraître 2001

médecin et philosophe Georges CANGUILHEM : « *l'extrême fécondité de sa philosophie éclate sur le terrain des situations de travail pour comprendre pourquoi, dans le geste, la prise de repères, la furtive création langagière, tout travailleur recentre les contraintes et les consignes autour de choix et de normes qui, sauf à mutiler la réalité, ne ressortiront jamais d'une unilatérale hétérodétermination.* »³⁸

En effet, pour G. CANGUILHEM, la vie est une activité de débat avec le milieu : le milieu n'est jamais stable et chaque individu réagit de façon singulière.

La norme (par exemple le taux de glycémie) n'est en fait qu'une moyenne statistique : « *ce qui caractérise la santé ...c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles...La santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur, mais aussi, au besoin, créateur de valeur, instaurateur de normes vitales.* »³⁹ La gestion de l'écart travail prescrit / travail réel est bien porteuse de normes nouvelles. Il y a donc continuité entre le vivant biologique et le vivant humain : celui-ci ne subit pas sans réagir son milieu et essaie de proposer ses propres normes de vie. Dans son seul texte consacré au travail, ou plus exactement au livre de G. FRIEDMANN (**Problèmes humains du machinisme industriel**), G. CANGUILHEM souligne l'illusion du taylorisme dans sa conception de l'homme « *comme une machine à embrayer correctement sur d'autres machines et comme un vivant simplifié dans ses intérêts et ses réactions à l'égard du milieu.* »⁴⁰. L'homme, en construisant ses normes de vie au travail a ainsi des réactions de santé. Les troubles psychosomatiques et les troubles de psychopathologie liés au travail sont autant de « *réactions catastrophiques* »⁴¹.

³⁸ Y. SCHWARTZ **Travail et Philosophie, convocations mutuelles**, 1992, p.242.

³⁹ G. CANGUILHEM **Le normal et le pathologique**, 1966, p.130, p.134.

⁴⁰ G. CANGUILHEM **Milieu et normes de l'homme au travail**, 1947, p. 122

⁴¹ G. CANGUILHEM **Le normal et le pathologique**, 1966, p 121.

Mais, si entre le vivant biologique et le vivant humain il y a continuité, il y a aussi discontinuité : les situations de travail sont créatrices et porteuses d'histoire et de valeurs. L'individu ou les collectifs font, dans l'activité, des choix et des arbitrages non seulement en fonction de savoir-faire engrangés, de l'expérience acquise mais aussi en fonction de valeurs qui sont ainsi «retraitées».

Cela peut être, par exemple, celle de « service public » qui, même partagée dans un établissement ou dans un collectif au sein de cet établissement, peut prendre des formes particulières en fonction de la particularité des difficultés rencontrées par les usagers (et les agents) et de la proximité entre agents et usagers [FOUILLEUL et coll., 1992].

III REGISTRE 1 ET REGISTRE 2.

Comme l'écrit l'ergonome F. DANIELLOU ⁴² « *dans leur activité de travail, les hommes et les femmes tissent* ».

Et J. DURAFFOURG d'expliquer : « *Côté trame, des processus techniques des propriétés de la matière,... des règles formelles...Côté chaîne, la propre histoire des hommes et des femmes, leur corps qui apprend et vieillit...des projets,...des rêves.. leur appartenance à des groupes sociaux qui leur ont offert des savoirs, des valeurs...* »⁴³.

Trame et chaîne font penser aux notions que développe Yves SCHWARTZ pour qui toute situation de travail peut être vue comme la combinaison de deux axes hétérogènes : l'axe des normes qui anticipent la situation et qu'il nomme Registre 1 et l'axe de tout ce qui ne peut être anticipé, l'axe de l'expérience ou Registre 2, le registre où se fait l'histoire des hommes.

Le Registre 1, ce sont les normes qui déterminent de l'extérieur la situation de travail : comme les savoirs scientifiques, l'organisation du travail, le travail prescrit, le langage technique, les consignes de sécurité, les organigrammes, les grilles indiciaires.

Le Registre 2 est l'axe de l'expérience, de l'expérience des individus mais aussi des collectifs qui vont s'approprier les normes et retravailler les contraintes ainsi qu'il a été vu précédemment. C'est l'axe des savoir-faire qui se créent dans l'activité, du travail réel, des coopérations qui s'y nouent, du langage usuel voire même métaphorique (cf « la bulle » aux Urgences Partie IV § III.3.1)

Entre les deux Registres se noue une dialectique : le Registre 2 se cristallise parfois en un nouveau Registre 1. Le Registre 1 n'est donc pas homogène : c'est à la fois une détermination extérieure et à la fois un retour du Registre 2 c'est à dire la mise en patrimoine de savoirs conquis par l'humanité (savoirs scientifiques, techniques...) ou des textes réglementaires régissant un exercice professionnel (par exemple, pour

⁴² cité par J. DURAFFOURG, **Reconnaitances du travail**, 1997, p.146.

⁴³ J. DURAFFOURG, *ibid.*

les professions à l'exercice protégé) ou d'acquis sociaux (statuts, droit du travail...)

IV USAGE DE SOI TRAVAILLER / GERER

La gestion des écarts au prescrit, le retour du Registre 2 sur le Registre 1 laisse entendre que le travail est « *usage de soi* » par les autres quand il est très codifié, mais toujours, ainsi qu'il a été vu, aussi « usage de soi par soi ». Pour prendre une décision, une initiative, pour faire un choix, l'individu doit faire appel à des ressources qui ont des aspects professionnels (formation, expérience...) mais aussi des aspects personnels (la biographie du sujet, les valeurs de son milieu, la culture du groupe auquel il appartient..), ressources physiques et intellectuelles, mais aussi ressources psychiques.

« Lorsqu'on dit que le travail est usage de soi, cela veut donc dire qu'il est le lieu d'un problème, d'une tension problématique, d'un espace de possibles toujours à négocier : il y a non exécution mais usage...C'est l'individu dans son être qui est convoqué...ce sont des ressources et des capacités infiniment plus vastes... que la tâche quotidienne requiert...On suppose quelque part une libre disposition d'un capital personnel. »⁴⁴

Cet « usage de soi par soi » est particulièrement important dans les organisations de travail où est laissée une grande marge d'autonomie aux équipes et quand seuls les objectifs sont fixés : d'où la « *dérive terminologique* » de « travailler » vers « gérer » [Y. SCHWARTZ, 1994].

Il existe une dimension économique souvent intériorisée par les opérateurs (gérer les stocks, favoriser la rotation des équipements...), une dimension professionnelle (la gestion des aléas suppose toute une professionnalité...), une dimension organisationnelle (une gestion qui suppose une bonne connaissance de l'entreprise : du système, des

⁴⁴ Y. SCHWARTZ cité par Marcelle DUC **Organisation du travail à prescription floue, et dimension collective des activités**, Ed Octares, à paraître 2001

interfaces...) une dimension physique (quand il faut gérer ses forces, se fixer un degré d'usage de soi acceptable...) une dimension temporelle (gagner du temps pour ne pas en perdre, dégager des « stocks » de temps disponibles pour pouvoir faire face à l'imprévu...) et une dimension subjective (gérer ses contradictions, gérer ses rapports à autrui, gérer sa peur...).

L'activité est donc gestion, gestion de soi, du rapport aux autres, au métier, aux variabilités...

Ces gestions individuelles au cœur de l'activité s'inscrivent dans un cadre collectif et font l'objet de négociations entre les individus qui sont le plus souvent implicites et qui permettent le « travailler ensemble ».

V DIMENSION COLLECTIVE DE L'ACTIVITE

Avec les notions de travail prescrit – travail réel, doivent être aussi évoquées celles de collectif prescrit et de collectif réel : en effet des collectifs « à géométrie variable » dans le temps et dans l'espace se nouent et se dénouent dans l'activité pour que les tâches s'accomplissent. Ces collectifs débordent ou, au contraire, rétrécissent les collectifs de l'organisation prescrite et décrits par les organigrammes hiérarchiques et fonctionnels.

Dans l'activité d'un collectif, il y a donc la mise en œuvre de multiples stratégies pour que se déroule au mieux l'activité.

L'information circule sur la nature de la tâche mais aussi le cours de son déroulement, il existe des moyens de solliciter de l'aide ou de la proposer. Il se construit souvent, dans ce but, une certaine polyvalence parmi les agents et même, se produisent de temps en temps des débordements partiels aux marges entre les catégories pour éviter tout retard dans l'accomplissement du travail commun (avec parfois l'assentiment tacite de l'encadrement) [FOUILLEUL et coll., 1992].

Par ailleurs, le collectif adoptent des « habitudes » communes pour avoir les mêmes repères et se donnent des règles de fonctionnement.

Mais derrière la création de ces formes de coopération, comme cela a été vu pour les réajustements individuels de la prescription, se trouvent des valeurs communes, des conceptions partagées (construites peu à peu dans l'activité et négociées souvent de façon implicite) par exemple, de l'efficacité, du « travail bien fait », de la solidarité (avec les usagers, avec les autres agents)...

« ...La dimension collective du travail génère du lien, du partage, induit de la coopération et construit des valeurs...pour travailler et vivre ensemble les sujets besoin de construire des référents communs et de s'inscrire dans une tradition. »⁴⁵

⁴⁵ F. MARTINI, **Société Française**, n° 49, p. 9.

VI LA COMPETENCE : UNE SYNERGIE D'INGREDIENTS HETEROGENES
--

La compétence est très souvent définie en terme de savoir, de savoir faire et de savoir être. D'une part cette approche ne rend pas compte de la complexité du travail et d'autre part, elle donne l'impression qu'il est possible d'évaluer la compétence par « rubrique » que l'on peut isoler.

Ce cadre conceptuel serait incomplet sans mention d'une définition de la compétence qui rende compte de tout ce qui est investi dans une situation de travail : « *la compétence industrielle est une combinatoire problématique d'ingrédients hétérogènes qui ne sauraient être évalués tous de la même façon.* »⁴⁶

Le premier de ces ingrédients est la capacité à s'approprier les savoirs théoriques, les savoirs appris en formation initiale ou continue...(cf. le registre 1 § III).

Le deuxième est constitué par les savoirs acquis par l'expérience qui permettent de faire face à la variabilité des situations rencontrées (cf. le registre 2 § III).

Le troisième est la capacité à mettre en dialectique les deux premiers dans l'activité, chacun ne pouvant seul permettre l'accomplissement de la tâche. C'est ce qui permet de prendre la bonne décision au bon moment.

Le quatrième est constitué par les valeurs au niveau individuel et au niveau du collectif au nom desquelles les arbitrages sont faits pour faire face aux problèmes à résoudre (alors que le savoir être est décrit, quant à lui, comme des comportements qu'il faut avoir dans telle ou telle circonstance ou comme des qualités personnelles).

Le cinquième est le déploiement du quatrième sur les trois premiers : c'est-à-dire qu'un milieu de travail vécu de façon positive (valeurs partagées, existence de perspectives d'avenir...) donne envie d'apprendre des savoirs théoriques, de faire l'apprentissage des savoir-faire pratiques et d'articuler l'ensemble dans l'activité...

⁴⁶ Yves SCHWARTZ **Education permanente**, n° 133 p.15

Enfin, le sixième est la capacité de connaître et de reconnaître les compétences de chacun dans le collectif et de mettre en synergie ces compétences, c'est la capacité à apprécier (dans les deux acceptions du terme) chez les autres les ingrédients de leurs compétences et à favoriser leur mise en œuvre.

VII DES DISPOSITIFS DYNAMIQUES A TROIS POLES

Ainsi qu'il a été vu, comprendre ce qui se passe dans l'activité de travail est extrêmement compliqué même dans les activités les plus simples en apparence.

Ceci posé, il apparaît alors nécessaire de mettre en œuvre une démarche qui permette de produire des connaissances sur le travail qui ne soient pas trop réductrices.

Yves SCHWARTZ propose une démarche « ergologique » qui passe par la mise en place d'un dispositif à trois pôles.

Le premier pôle est le pôle des savoirs constitués sur le travail, sur le social, le pôle des disciplines : comme l'ergonomie, l'économie, la sociologie mais aussi la psychologie...

Le deuxième pôle est celui des personnes qui pratiquent l'activité de travail étudiée et qui constituent de véritables « *forces d'appel / rappel* »⁴⁷.

Le troisième est le pôle de l'éthique, celui de la vigilance vis à vis des catégories que l'on peut être tenté d'utiliser sur une situation de travail en rendant ainsi « *invisible ce qui est, d'une certaine manière la raison d'être des gens au travail* ».⁴⁸ Ce pôle rend possible le fonctionnement de la démarche de connaissance.

⁴⁷ Yves SCHWARTZ **Education et formation**, p.64.

⁴⁸ Yves SCHWARTZ **Revue de l'IRETEP**, à paraître

Entre chacun de ces pôles, les liens vont dans les deux sens et au cœur du triangle ainsi dessiné c'est « *le travail en commun des formes de cultures et d'incultures réciproques* » : il s'agit alors pour les chercheurs et les acteurs de coproduire la connaissance. En effet, si les chercheurs sont en possession d'un certain savoir, les acteurs le sont également, même s'ils peuvent avoir des difficultés pour le formaliser.

Les chercheurs doivent dans cette confrontation faire retour sur leur discipline « *pour prendre en compte ce que découvre, du point de vue de l'objet de leur savoir cette expérience de coopération* ». ⁴⁹

Enfin, comme chacune des disciplines découpe le champ du travail, le risque est grand d'une pluridisciplinarité artificielle, c'est-à-dire d'une juxtaposition de points de vue ; dans ce dispositif, c'est le deuxième pôle, les protagonistes de l'activité, qui représente l'opérateur de la pluridisciplinarité.

Cette démarche a été mise en œuvre dans des recherches ou des audits réalisés dans des secteurs très différents comme une gare de triage, une usine d'alumine, des chantiers de bâtiment, ou plusieurs hôpitaux...

Une démarche très proche a été utilisée par le Groupe Quart Monde / Université (cf. Partie I § II.4.4) pour réfléchir sur des thèmes comme le savoir, le travail, la citoyenneté...et surtout trouver des pistes pour lutter contre la pauvreté : « *le croisement des savoirs, donc l'enrichissement de la pensée, ne pouvait se faire que si chacun respectait les compétences de connaissance de l'autre.* » (op. cit.)

⁴⁹ Yves SCHWARTZ **Travail et philosophie**, p.11

VIII CONCLUSION

Ces considérations générales sur le travail : la notion d'activité, l'écart travail prescrit / travail réel, la dialectiques des registres, la « dérive » terminologique de travailler vers gérer, les collectifs à géométrie variable, les composantes de la compétence devraient aider à mieux comprendre dans leur spécificité les activités exercées par les emplois jeunes.

La partie IV sera dédiée à l'approche de ces activités par la mise en œuvre de la démarche d'acquisition de connaissances qui découle de ces considérations.

TROISIEME PARTIE

A mi parcours

I SYNTHÈSE DES PARTIES I ET II

L'Hôpital est souvent un élément structurant pour son environnement. Même s'il fait partie d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire, il joue parfois le rôle d'hôpital de proximité, en particulier dans les quartiers défavorisés. Malgré cela, ou à cause de cela, étant l'objet de beaucoup d'attentes, il attire parfois du ressentiment, parfois de la colère.

L'accueil de ces usagers en détresse physique et/ou psychologique et/ou sociale, mais aussi l'accueil de tous les usagers désemparés par l'irruption de la maladie ou la complexité du monde hospitalier, doit faire l'objet d'un effort particulier.

Le dispositif "emplois - jeunes" a permis de recruter de jeunes agents sur des fonctions d'accueil et de médiation qui soient entièrement disponibles pour la mission confiée. Ces jeunes nouveaux agents sont riches d'acquis antérieurs et des ressources donnés par leur milieu familial et social. Dans la rencontre avec les usagers et les agents hospitaliers, porteurs aussi d'une histoire, ils vont développer sinon un métier dont la solvabilisation serait à trouver, du moins une fonction à la marge de plusieurs métiers et collectifs existants.

L'analyse de tout ce qui est mis en œuvre dans l'activité des "emplois - jeunes" peut permettre de comprendre et de mieux saisir les évolutions des métiers de l'Hôpital, question générale qui peut se décliner en trois hypothèses.

II HYPOTHESES

L'analyse du travail des emplois jeunes éclaire ce qui se joue à l'hôpital dans la relation de face à face avec l'utilisateur.

Au sein des collaborations qui se nouent entre les "emplois - jeunes" et les agents s'échangent et se construisent des valeurs et des savoir-faire.

Les compétences mises en œuvre dans l'accueil des usagers constituent autant de pistes permettant à la fois de penser l'avenir des "emplois - jeunes" et de penser l'évolution des métiers hospitaliers et les enjeux de celle-ci.

CONCLUSION

Le développement de ces hypothèses suppose d'analyser les traits principaux l'activité des emplois jeunes au travers d'entretiens et d'observations.

La méthodologie utilisée et l'analyse des données recueillies sont présentées dans la partie suivante.

QUATRIEME PARTIE

Rencontres

***Le sais-tu ce que je sais ?
Le sais-tu ce que moi je sais ?
Moi je sais pas
Tout ce que toi tu sais***

***Odette LEROY
(Groupe de Recherche Quart Monde-Université)***

I PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

Les Hôpitaux Nord (l'Hôpital Nord et l'Hôpital Houphouët Boigny) représentent un des quatre sites de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM). La fermeture de l'Hôpital Houphouët Boigny est prévue pour septembre 2000 après transfert de ses services (gérontologie, maladies infectieuses et maladies tropicales) sur l'Hôpital Nord.

Marseille compte 827 000 habitants. Pour le territoire de l'Hôpital Nord, c'est à dire les 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}, et 16^{ème} arrondissements, la population est estimée à 227 604 habitants.

C'est un quartier de cités HLM où la population, souvent d'origine immigrée, est jeune (le taux de natalité est élevé), la précarité est forte (cf Partie I IV.1.1,2,3). Le quartier est composé aussi de petites maisons de type pavillonnaire.

L'autoroute draine, comme clientèle pour les Hôpitaux Nord, les habitants de petites villes environnantes comme Vitrolles, Bouc bel Air... qui, d'ailleurs, se sont développées d'un point de vue démographique au détriment de Marseille.

L'Hôpital Nord est un bâtiment de 12 étages érigé en 1964 et appelé « le Monobloc ». En bout de ce bâtiment, s'est construit en 1996 un Pavillon pour accueillir les services de Pédiatrie et les Urgences de l'Hôpital Nord ainsi que la Maternité de la Belle de Mai, établissement qui est alors fermé : c'est le PMEU (Pavillon Mères Enfants Urgences).

Les Hôpitaux Nord comptent environ 650 lits, les principales disciplines médicales et chirurgicales y sont représentées et ils assurent pleinement toutes les missions d'un Centre Hospitalier Universitaire.

C'est un site très dynamique : la durée moyenne de séjour est, toutes disciplines confondues, de 6,4 jours. Le taux d'occupation, tous services confondus, est en augmentation régulière : il atteint le chiffre de 85 %

(avec, pour la médecine, un taux de 90 %). Les chiffres d'activité sont en progression constante.

Citons encore deux données : les Urgences reçoivent 166 passages par jour dont seulement 23 % des personnes sont hospitalisées, l'activité de la pédiatrie a augmenté de 9 %, le nombre d'accouchement est de 1800 par an (Maternité de niveau III).

Ce qui implique donc pour le personnel de nombreux actes techniques à visée diagnostique et/ou thérapeutique envers les patients ainsi que l'accueil et la « gestion » de nombreux visiteurs et consultants.

Deux points d'accueil sont organisés : dans les halls du Monobloc et du PMEU où se tiennent les "emplois - jeunes" auxiliaires d'accueil avec les horaires suivants et selon le roulement qu'ils établissent eux mêmes :

- Deux de 8H30-17H ou 9H30-18H (sauf les samedis et dimanches pour le Monobloc)
- Deux de 8H-16H30 : pour le PMEU (sauf les samedis et dimanches également). La présence à cet accueil n'est pas assurée plus tardivement et pendant le week-end car, selon l'encadrement, ce hall est trop isolé et donc dangereux.

Dans les deux halls le visiteur peut solliciter, si besoin, les agents d'accueil. Ceux ci sont au nombre de six : un présent au monobloc (sept jours sur sept) : de 7H à 14H45 et un de 12H à 20H et un au Pavillon Mère-Enfant de 8H à 15H30 (sauf le week end).

A l'accueil, les agents titulaires sont tous sur un poste dit « adapté » accordé pour des pathologies chroniques. Ils ont le grade d'aide soignant, d'agent des services hospitaliers ou d'ouvrier professionnel qualifié. Ils sont pour la plupart relativement près de la retraite. Pour le médecin du travail, les agents arrivent sur ce type de poste après un « périple » fait d'arrêts de travail, de contrôles médicaux, et de postes adaptés temporaires.

Ces agents participent également au roulement de l'équipe du standard téléphonique.

Aux Urgences ont été affectés les agents de médiation (10H-18H ou 16H-23H45 sauf le week end). Les agents titulaires sont les agents

administratifs (antenne du bureau des Entrées : 24 H/24), et les infirmiers d'accueil et d'orientation (les IAO ont les horaires infirmiers). Un agent de sécurité d'une société privée sous contrat se tient dans le hall d'attente avec un chien de garde. Un policier assure une présence la nuit.

II METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée a été une série de cinq entretiens avec les "emplois - jeunes" et de six entretiens avec l'encadrement, entretiens semi-directifs dont les guides figurent en annexe (cf. Annexe VI).

Les entretiens ont été complétés par deux observations de l'activité (deux seulement, en raison des contraintes de temps et de la période des congés annuels des "emplois - jeunes"). Ces observations ont été réalisées « papier/crayon » c'est-à-dire que tout est noté « à la volée » au cours de l'activité : les déplacements, les gestes, les regards, les postures, les personnes rencontrées...[GUERIN et coll, 1991]. L'agent est ensuite invité à parler sur ces observations, l'observateur peut alors poser des questions de type : « Pourquoi ... ? », « Est ce toujours ainsi ? »...

Des verbalisations ont eu lieu aussi à partir des statistiques d'activité réalisées par les auxiliaires d'accueil. Celles ci ne sont pas très parlantes (cf Annexe VII) car la rubrique divers est une rubrique fourre tout et les renseignements donnés tout au long de la journée ne sont ni quantifiés ni différenciés. En revanche, la discussion sur ces statistiques a été instructive.

D'autres verbalisations de l'activité ont eu lieu avec les agents de médiation à partir de deux extraits de leur cahier journalier, le choix de l'extrait avait été laissé à chacune d'entre elles (des éléments ont été modifiés pour qu'il soit possible de les évoquer dans cette étude). Ce cahier paginé retrace leur journée de travail et en particulier les incidents, le double de la page est détaché et glissé tous les soirs sous la porte du Cadre infirmier supérieur afin qu'elle en prenne connaissance en arrivant.

La nécessité pour approcher les situations de travail de mettre en place des dispositifs à trois pôles (cf. Partie II § VII) - dont l'un est, rappelons-le, le pôle des protagonistes de l'activité véritables forces d'appel/rappel - a été exposée dans le cadre théorique mais il faut présenter ici ses conséquences méthodologiques : les éléments apportés par les agents lors des restitutions partielles en cours de recherche font partie de la recherche elle même.

Des restitutions ont donc redonné la parole aux acteurs afin qu'il se produise une véritable co-production de la connaissance sur leur activité.

III EXPLOITATION DES DONNEES

Il va être tenté, au travers des données recueillies, de répondre à la question qui était posée au départ en traitant les différentes hypothèses émises à mi parcours.

En effet, les données de Santé publique (cf supra Partie I § IV.1) fournissent un aperçu très précieux sur les besoins des usagers pour élaborer un projet pour l'établissement qui soit pertinent vis à vis de son environnement. Mais le passage par l'activité des "emplois - jeunes" apporte un éclairage complémentaire dans cet objectif et permet de repenser l'évolution de certains métiers hospitaliers.

III.1 LES BESOINS DES USAGERS

III.1.1 Au delà de l'accueil, « une véritable prise en charge »

Au niveau de l'accueil, les besoins explicites de l'utilisateur, sont d'être renseigné et orienté, voire même accompagné : les statistiques des auxiliaires d'accueil sont à cet égard éloquentes (cf Annexe VII). Aux Urgences, il s'agit, pour les familles, d'obtenir des nouvelles de la personne qui a été admise.

Mais au delà de cette évidence, quand une personne se présente à l'accueil, elle est souvent tendue, qu'elle vienne pour elle même (consultation, examen diagnostique...) ou qu'elle soit en visite : les personnes **« qui viennent se faire soigner, elles sont stressées, nerveuses, elles ont donc du mal à se retrouver »**(AA1, Auxiliaire d'Accueil). Aux Urgences, les familles sont confrontées au monde de l'hôpital inquiétant en lui même (**« certains mots font toujours peur : psychiatre, réa, perfusion »** (R5, Référent)), et à cela s'ajoute une inquiétude bien légitime pour le malade, en particulier quand il s'agit d'un enfant.

Derrière la demande explicite, il peut donc souvent être perçu chez les usagers un besoin important de parler : **« ils ne veulent pas passer pour un numéro...à nous d'humaniser la prise en charge »** (AA2).

Les actions de traduction, d'après les "emplois – jeunes », ne sont pas si fréquentes : l'arabe n'est pas plus utilisé que l'anglais car beaucoup de personnes d'origine immigrée se font assister, si nécessaire, par leur famille. Avec les personnes étrangères dont la langue n'est pas parlée par les "emplois - jeunes", se met en place une certaine « connivence » (cf supra P I § IV.1.2 sur l'interculturalité) : **« on arrive à parler même avec des turcs et des russes : avec de la sympathie on détend la personne et on se comprend »** (AA1).

Le besoin d'être écouté sur lequel insistent les auxiliaires d'accueil, est encore plus important à prendre en compte aux Urgences car il peut se cacher derrière un comportement qui sera d'emblée agressif ou qui pourra le devenir parfois brusquement : ainsi le cahier de rapports journaliers témoigne : **« 10H00 : une patiente âgée de 19 ans s'est mise à insulter l'infirmière d'accueil car elle voulait sortir pour aller chercher sa copine dans les services ; j'ai essayé de la raisonner : elle n'en pouvait plus de la vie, elle veut se suicider, elle est très dépressive, j'ai dialogué avec elle...finalement, elle était plus détendue »**(AM1, Agent de Médiation). Les agents de médiation ne sont donc pas seulement confrontés à des situations d'agressivité mais aussi de détresse (en raison des suicides, des violences familiales, des deuils aussi comme cela apparaît au travers d'un rapport du cahier journalier dans le paragraphe III.2.3 « aider »...).

Ainsi la relation de Service surtout en milieu hospitalier, fait appel à un important « usage de soi par soi », c'est à dire, comme il a été vu, qu'elle fait appel aux différentes ressources de l'individu qui vont lui permettre de gérer une situation toujours inédite.

III.1.2 Une démarche pédagogique

Le besoin de parler n'est pas le seul qui, s'il n'est pas satisfait, peut générer de l'agressivité. Il est important pour beaucoup d'usagers de comprendre les formalités administratives (par exemple pourquoi une mutuelle ne peut pas être prise en compte) : « **on donne des explications sur le ticket modérateur, sur les mutuelles, il faut réexpliquer après le Bureau des Entrées** », « **il y a des personnes qui n'écoutent rien... ils sont inattentifs, décontenancés, ils ont peur de l'Hôpital** » (AA3).

Aux Urgences, cela peut être pourquoi les examens ne sont pas faits systématiquement (« **des jeunes sortent énervés... on va voir l'infirmière pour avoir des renseignements et pour pouvoir leur expliquer pourquoi ils n'ont pas eu la radio, la prise de sang...Après, ils comprennent et se calment.** » (AM1)). Dans la plupart des cas, les explications ont déjà été données mais les personnes ont besoin de les réentendre pour se les approprier. En revanche, certaines explications ne s'imposent pas comme nécessaires pour des professionnels, alors que les "emplois - jeunes" qui ont « **un regard neuf** » (AA2), ne sont pas surpris par certaines méconnaissances (« **A la relève** [des agents administratifs] **il y a beaucoup de monde et personne ne s'occupe d'eux : il faut leur expliquer ce qu'est la relève.** » (AM2)) ou, comme le raconte un autre médiateur, pourquoi « **ici, c'est pas comme dans** [dans la série] **Urgences !** ».)

III.1.3 Un effet dans la durée

Toutes ces explications comme les temps d'écoute inscrivent souvent la relation dans la durée : «**C'est important pour la fois suivante :**

quand ils reviennent, ils viennent directement nous voir : vous vous souvenez de moi ? » (AM1).

En effet, la « clientèle » de l'hôpital est constituée en partie d'« **habitués** » : les familles nombreuses (pour la pédiatrie, la maternité...), les malades chroniques (cardiaques, diabétiques...). Avec ceux ci, souvent des personnes âgées, des liens se créent : « **on commence à connaître beaucoup d'usagers, ils viennent nous serrer la main, nous faire la bise...on discute, ils nous donnent des conseils pour conserver la santé** » (AA1). Les Urgences ont aussi, malheureusement, des « habitués » : les victimes d'accidents de la voie publique (accidents de mobylette à répétition...), mais aussi les suicidants, les toxicomanes, les personnes sans domicile fixe : « **les SDF on les connaît...les toxicos on en connaît certains, il y en a qui veulent prendre quelque chose, parfois ils viennent juste pour discuter** » (AA1).

Ainsi, désamorcer une situation tendue, ce n'est pas seulement travailler pour le présent, c'est aussi travailler pour l'avenir, quand reviendra la personne (ou quelqu'un de son entourage familial ou amical) : « *Si la prestation, tel un soin ou la vente d'un voyage est pour une large part déterminée, repérable, comment fixer de manière sûre et unique la butée temporelle sur laquelle elle vient prendre fin ?* »⁵⁰

III.2 LA MISE EN ŒUVRE DE COMPETENCES

Le déroulement de la prestation se découpe en plusieurs phases qui chacune demande la mise en œuvre des différents « ingrédients » de la compétence.

III.2.1 Repérer

D'abord le repérage de la personne qui a besoin d'aide, car il s'agit de ne pas être importun : « **je regarde les gens arriver et je sors pour m'avancer ...souvent on voit qu'ils ont besoin : ils cherchent** »

⁵⁰ Yves SCHWARTZ : L'évaluation économique à l'épreuve des services - p 110.

(AM2). Au début de leur prise de poste les auxiliaires d'accueil proposaient systématiquement leur aide, maintenant ils ont trouvé « **un équilibre** » (AA1).

Aux Urgences, cette capacité à repérer sert à dépister la montée de l'impatience. Nous avons là la mise en dialectique des savoirs acquis par l'expérience et des savoirs acquis par la formation (cf P II § VI). Les expériences antérieures étaient souhaitées pour cet emploi c'est pourquoi le profil de poste parle d' « *expérience en gestion de crise* » (cf Annexe V). Comme le dit cet agent de médiation : « **Je savais déjà désamorcer les situations puisque j'ai été caissière à Carrefour Le Merlan : les gens sont très impatients, très énervés, et donc parfois agressifs** » (AM1). La formation à la gestion de l'agressivité a apporté des définitions, des différenciations, des descriptions (ainsi que des jeux de rôle). C'est ce croisement des savoirs qui permet aux agents de médiation de repérer les stades de la montée de l'agressivité (cf. Partie I § IV.1.4) et de décrire dans leurs mots l'agitation psychomotrice des accompagnants : « **la personne qui s'impatiente fait les cent pas** » (AM2), « **quand quelqu'un commence à tourner en rond, on va vers lui...** » (AM1).

Mais les quelques mois d'expérience à l'Hôpital qu'ils ont à présent derrière eux, les amènent à différencier différents types de personnes agressives : « **certains sont agressifs-agressifs, comme les alcooliques, il faut l'agent de sécurité, certains sont agressifs verbalement, on arrive à les calmer, les toxicos, on arrive aussi à les calmer, on en connaît certains...** » (AM1).

Là aussi l'expérience, celle acquise depuis leur arrivée dans le poste, et les éléments théoriques de la formation guident l'action et permettent de prendre la bonne décision au bon moment (c'est le troisième « ingrédient », c'est la *metis* « l'intelligence rusée » utilisée dans l'action selon les grecs et reprise par les ergonomes récemment : « **...accueillir de façon intelligente, il faut une certaine malice, il faut une certaine distance...** » (AA3)).

Parfois les savoirs acquis en formation sont mis en œuvre comme repères : « [les toxicomanes] **parfois viennent juste pour discuter, mais on nous a mis en garde à la formation de ne pas discuter**

longtemps alors on dit : dix minutes» (AM1) ou « ***souvent j'applique ce que le formateur nous a dit : seules sont retenues les 15 premières secondes et les 15 dernières secondes : il faut donc être poli les 15 premières secondes et reformuler le message dans les 15 dernières secondes*** » (AA3).

Cependant, la variabilité des sollicitations est à plusieurs reprises soulignée : « ***il faut adapter son accueil à chaque personne, il n'y a pas d'accueil type*** » ou « ***...il faut nuancer...c'est compliqué l'accueil*** » (AA3). Cet auxiliaire d'accueil pressent la complexité de toute tâche mais fréquemment le regard sur le travail (le regard des autres et son propre regard) est un regard pauvre. Ainsi, ce même auxiliaire, alors qu'était évoquée le principe de la validation des acquis, s'exprimait ainsi : « ***nous ne sommes pas concernés par la validation des acquis : à l'accueil, qu'est ce qu'on pourrait valider ?*** » (AA3).

III.2.2 Expliquer

Une des difficultés est le décryptage de la demande qui est souvent floue ou mal formulée. Une observation de l'activité montre que le temps de l'accompagnement physique dans l'hôpital est utilisé pour clarifier la demande en posant une série de questions simples. Mais il sert aussi à expliquer à la personne le chemin de retour (comme le jour de l'observation pour le Centre de Soins Dentaires situé en dehors du bâtiment principal). Il permet, enfin, de faire tomber une tension éventuelle du visiteur : « ***pendant qu'on l'accompagne on donne des explications sur le fonctionnement, c'est comme une préparation à rencontrer l'agent pour faire tomber la tension. On perçoit que la tension et le stress baissent*** » (AA2)..

Cet aspect de pédagogie est l'exemple même de l'appropriation d'éléments généraux, codifiés (organisation des consultations, formalités d'admission, de facturation...) et de leur transmission à une personne dont la demande et l'histoire sont singulières.

III.2.3 Aider

A côté de cette relation pédagogique, la relation d'aide se situe encore à un autre niveau . En effet, il s'agit pourtant bien de cela qui est à mettre en œuvre dans certaines situations de détresse. La prise en charge de ces situations ne fait pas partie de façon explicite du travail prescrit (si le profil de poste mentionne l'écoute c'est essentiellement dans un objectif sécuritaire cf. Annexe V)) mais bien du travail réel : **« en moyenne, aux Urgences, il y a plus de besoin de réconfort que d'agressivité »** (AM2).

L'ingrédient 2, c'est à dire les acquis de l'expérience ne suffisent pas, il faut le soutien d'une formation spécifique et des références théoriques. Ainsi, quand un agent de médiation raconte sa rencontre avec une femme battue : **« j'ai fait un geste vers elle et elle a reculé »** (AM2), elle avoue s'être sentie démunie, même si plus tard cette femme est venue pleurer assise près d'elle. La communication non verbale s'apprend dans la gestion de l'agressivité mais aussi pour le réconfort des personnes qui souffrent : **« Nous avons eu une formation trop centrée sur l'agressivité, il n'y a pas que l'agressivité aux Urgences »** (AM1).

Par ailleurs, les "emplois - jeunes" sont aussi confrontés aux situation de deuil, par exemple quand une famille leur demande à l'accueil le chemin du dépositaire et qu'il faut l'accompagner : **« c'est très dur de trouver les mots qu'il faut »** (AA3). Une séquence a aussi été décrite comme très difficile par un agent de médiation dans le cahier journalier lors du décès de Monsieur X. : la famille qui attendait des nouvelles de ce Monsieur âgé qui avait été renversé par une voiture, avait été prise en charge par cet agent. Il a assisté à l'annonce du décès, la famille pourtant prévenue par le médecin, n'avait pas pris conscience de l'aggravation de l'état de la victime : **« ce qui m'a choquée c'est que Madame X était là sans rien dire...je me suis reprochée de ne pas avoir fait plus, mais que dire ?»**(AM1). Or, là aussi, la famille a témoigné ultérieurement à cet agent de médiation sa reconnaissance pour son soutien pendant l'attente.

III.2.4 « Gérer »

Dernier aspect de ce type de relation, sa gestion dans la durée. Il a été vu qu'un certain nombre de patients étaient amenés à revenir. Les liens qui se créent dans un contexte dramatique sont très forts ainsi que le témoigne l'histoire du jeune Cédric (prénom d'emprunt), réconforté par un agent de médiation lors de ses venues : une fois pour sa mère (tentative de suicide) et deux fois pour lui (après des agressions) dans un contexte familial compliqué. Grâce à des acquis passés (petits « boulots » variés et une formation théorique antérieure), l'agent de médiation a su instaurer la juste distance entre elle et cet adolescent mais aussi, par un travail sur l'attachement et la séparation que les soignants connaissent bien, entre elle et cette expérience à la fois personnelle et professionnelle (on a vu avec la notion d'usage de soi que la limite entre les deux est problématique).

III.3 UNE DYNAMIQUE AU NIVEAU DU HALL

III.3.1 Les collectifs réels

La venue des "emplois - jeunes" n'a pas été sans soulever des interrogations (cf. P I § III.4.1) chez les agents en poste qui devaient travailler avec eux : des assistantes sociales aux infirmiers des Urgences en passant par les agents d'accueil.

Pour ces derniers se posait la question de l'avenir de leur poste avec la création de « nouveaux métiers » dont ils ne pourraient pas assurer les fonctions : traduction, accompagnement physique des visiteurs...

Il y avait aussi un fond d'inquiétude pour leurs propres enfants : **« au départ, on a eu toutes les réflexions possibles : pourquoi vous et pas mon fils ? »** (AA3). La situation de travail est parfois le lieu de gestion de contradictions (cf. Partie II § IV « Travailler, gérer ») comme ici : être réticent vis à vis d'un dispositif qui vous met dans l'insécurité et y être favorable en même temps quand on espère des effets bénéfiques pour son entourage.

Mais peu à peu l'intégration s'est faite : « **il a fallu se faire une place, justifier notre venue, maintenant le personnel est content, il y a une bonne convivialité** »(AA3), de même, un référent raconte : « **au départ les agents ont rué dans les brancards mais maintenant on sait qu'on travaille ensemble pour autre chose** » (R2).

Transmettre son expérience « aux jeunes » fait partie de la tradition de beaucoup de milieux de travail y compris de l'Hôpital où la formation par « compagnonnage » est très présente pour faciliter les débuts dans une fonction. Les auxiliaires d'accueil reconnaissent ce que leur ont apporté les agents : la connaissance des « habitués » comme les malades chroniques déjà cités, mais aussi les patients de l'Hôpital psychiatrique voisin, les agents leur indiquant également une conduite à tenir vis à vis d'eux : « **ils nous donnent des conseils : ne pas poser trop de questions, les accompagner mais pas plus** » (AA1). Ils leur en donnent aussi vis à vis de l'agressivité pour laquelle les auxiliaires d'accueil n'ont pas eu de formation spécifique : « **rester calme, ne pas s'énerver, ne pas regarder dans les yeux...[les agents] nous font le récit de mésaventures...** » (AA3). Cette expérience acquise par le récit de situations vécues par d'autres permet, malgré leur non reproductibilité, de disposer de points de repères qui sont moins généraux que ceux donnés par le formateur car inscrits dans une histoire réelle (avec les enseignements qui en ont été tirés : ce que traduit bien le terme de « mésaventure » : ce qu'il ne faut pas faire, ce qu'il faut plutôt essayer...).

Il faut souligner que cette forme de transmission des savoir-faire est aussi mentionnée par les agents de médiation : « **il y a un infirmier qui est super, il nous raconte des anecdotes...** »(AM1).

Mais le collectif agents de médiation/infirmiers d'accueil et d'orientation présente des caractéristiques très différentes de celles du collectif auxiliaires d'accueil/ agents d'accueil.

D'abord la venue des "emplois - jeunes" aux Urgences a eu lieu dans un contexte de crise. Comme il a été vu plus haut (cf Partie I § IV.1.4), le personnel a été traumatisé, « **choqué** » (R6) en 1999 par des agressions extrêmement violentes. Comme le souligne un cadre, « **au début, le personnel ne voulait pas des "emplois - jeunes", il**

n'avait plus envie de discuter avec les agresseurs » (R5). Après quelques « **flottements** » (R5), « **les "emplois – jeunes" ont été bien acceptés car le personnel avait besoin d'être sécurisé, pour eux, inconsciemment, c'était une personne de plus** »(R5). Ce n'était pas encore la reconnaissance de leur fonction, mais un début.

Ensuite, si l'agent d'accueil est dans un espèce de doute professionnel : trajectoire compliquée, sentiment d'un regard négatif des autres..., ce n'est pas le cas pour les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) : diplômés et, de plus, sélectionnés pour les Urgences sur des critères valorisants pour les agents : efficacité, rapidité de décision, dextérité gestuelle... Même si l'importance de la dimension relationnelle du soin n'est niée par personne : « **l'envie d'aller vers l'autre** » est, pour le cadre infirmier supérieur des Urgences, primordial, c'est, pour elle, un critère de sélection et d'évaluation.

Le monde des Urgences est un monde un peu à part, « **le milieu médical est assez fermé** » (R1). Le surnom de l'intérieur des Urgences « la bulle » n'a que peu de justifications architecturales mais paraît plutôt revêtu d'une signification symbolique.

Enfin, un autre élément et pas des moindres, est que le travail d'accueil, de prise en compte de la détresse, d'accompagnement dans les situations de crise sont du ressort des IAO du point de vue de leurs missions spécifiques, mais aussi de l'exercice de leur métier d'infirmier (cf Programme des Etudes, décret relatif aux règles professionnelles, décret relatif aux actes professionnels).

En effet, les agents d'accueil ont, quant à eux, une seule mission : l'accueil. Il est donc plus facile pour le collectif qu'ils forment avec les auxiliaires d'accueil d'entrer en complémentarité et en synergie. Alors que les IAO ont le souci de l'état du patient, de l'orientation, du choix du box et du brancardage vers « la bulle » sans compter les nouvelles à donner aux familles et la gestion de l'autorisation d'entrée pour celles ci auprès de leur malade.

Pour le cadre infirmier supérieur, la mission première des agents de médiation est la gestion de la salle d'attente, les IAO ont une mission globale d'accueil (les patients et les nouvelles aux familles).

Beaucoup d'IAO apprécient l'aide apportée par les agents de médiation « **les IAO sont débordées, on sert à quelque chose, elles ne peuvent pas tout faire** » (AM1), les auxiliaires d'accueil le reconnaissent eux mêmes : « **on est plus disponible, on n'a pas la tête prise par les soins** »(AM2).

Cependant certains membres de l'équipe des Urgences sont encore réticents à l'intervention des agents de médiation : « **cela dépend du personnel, certains agents ne veulent pas** »(AM1), donc « **si il n'y a pas de travail d'équipe, on ne travaille pas** » ; ce qui les touchent le plus, c'est que « **certaines veulent de suite l'agent de sécurité même pour quelqu'un d'énervé qu'on arriverait à calmer** ». On peut émettre l'hypothèse que ou la notion de « besoins non satisfaits » sonne comme un jugement plutôt négatif porté sur leurs interventions : comme un désaveu, ou bien qu'ils auraient souhaité un recrutement d'infirmiers supplémentaires (« **les infirmières ne voulaient pas de nous, elles voulaient des infirmières en plus** » (AM2)), ou encore qu'ils estiment que les situations difficiles sont du ressort de l'intervention des agents de sécurité, de la police...). Or on a vu la compétence des agents de médiation à distinguer les degrés et les types d'agressivité, à intervenir efficacement et à connaître leurs limites. Si cette compétence n'est pas reconnue et donc n'est pas sollicitée, un ingrédient très important (celui décrit en sixième cf. Partie II § VI) vient alors à manquer dans la constitution de la compétence de l'ensemble de ce collectif et de chacun de ses membres.

C'est un véritable problème de constitution pour les « nouveaux métiers » qui ont une zone de compétence commune avec un métier existant.

III.3.2 Au fil de l'activité, des coopérations

L'intégration dans le collectif et les collaborations entre ses membres ont ainsi en partie été retracées, mais sont membres aussi du collectif réel décrit par les profils de postes, les marins pompiers : « **on leur signale une odeur suspecte ou quand un ascenseur est en panne, ils le**

savent déjà parce qu' ils ont des voyants de contrôle mais on leur dit quand même » (AA1).

Avec les agents de sécurité pourtant non cités comme partenaires, se nouent aussi des coopérations importantes. De façon évidente aux Urgences où les agents de médiation les sollicitent pour les cas difficiles (cf Partie IV § II.2.1) mais aussi pour le cas où **« quelqu'un qui est autorisé à entrer mais qui risque d'être agressif, on le signale à l'agent de sécurité qui va faire un tour à l'intérieur de la bulle »** (AM1). Les agents de médiation reconnaissent d'ailleurs leur savoir-faire : **« ils reçoivent des menaces : « on va revenir » mais c'est rare qu'ils utilisent la force, ils discutent »** (AM1), **« ils n'utilisent la force qu'en cas de force majeure »** (AM2).

La « surveillance » du hall existe aussi dans celui du Monobloc, effectuée par les agents et les auxiliaires d'accueil : non seulement **« si quelqu'un s'endort ou paraît avoir un malaise, [les agents] vont voir »**, mais aussi tous veillent sur les malades un peu désorientés qui sont descendus dans le hall faire un tour : les auxiliaires les raccompagnent dans leur Service ou **« on signale aux agents de sécurité les malades du 1^{er} B (de la Neurochirurgie] qui veulent partir, on leur dit d'avoir aussi un œil sur eux »** (AA3).

Enfin avec les autres personnes qui travaillent ou passent par le rez-de-chaussée comme les « CES » chargés de la surveillance de l'esplanade devant l'entrée ou comme les dames d'ONET des **« rapports amicaux »** (AA1) se nouent : ils **« nous apprennent aussi d'autres choses : sur la vie, cela n'a rien à voir avec l'hôpital, on a beaucoup de choses à apprendre des autres »** (AA3). Le travailler ensemble est aussi un vivre ensemble.

III.3.3 Des valeurs

Les valeurs présentes dans l'activité n'ont pas été énoncées en tant que telles mais sont apparues en filigrane dans les entretiens et les observations.

D'abord, l'attention portée aux personnes : elle transparaît dans le repérage de la demande, son décryptage, ce dernier point demandant du temps et de la patience : **« pour être médiateur, il faut beaucoup de**

patience, il ne faut pas s'énerver » (AM1). C'est cette attention qui permet de percevoir le besoin sous-jacent d'être écouté : « **ils ont besoin d'écouter, même s'ils ont un entourage familial et social : ils parlent des problèmes de santé mais d'autre chose aussi : de la vie...** » (AA2), « **ils ont besoin de se confier, de raconter leur vie, ils disent des choses intimes très facilement** » (AM2). Le désir d'aider est clairement affirmé : « **rendre service aux personnes...venir en aide aux usagers...** » (AA1). Cette motivation pour apporter de l'aide préside à des « arbitrages » : cet agent de médiation demande à ce que Cédric, bien qu'il ait (un peu) moins de quinze ans d'entrer dans les Urgences pour voir sa mère (cf Partie IV § III.2.4), cet autre agent de médiation raconte que, présente dans la bulle, elle a été appelée par une personne pour un peu de compagnie et de réconfort. Bien qu'inquiète de faire quelque chose non prévue par sa fonction elle est allée près d'elle un petit moment. Cette aide aux personnes est sous-tendue par une autre valeur « **le respect de la personne suivant ses spécificités, ses problèmes** » (AA1), « **beaucoup de gens ne sont pas bien, ça ne va pas, ils en ont marre** » (AM1). Ainsi la confrontation aux personnes qui viennent à l'hôpital développe « **la tolérance** » (AA3). Respecter l'individu que l'on a en face de soi peut conduire aussi à « **ne pas trop assister la personne pour ne pas qu'elle se sente diminuée** » (AA1) ou le faire avec tact.

Mais les "emplois - jeunes" ont le désir également d' « **aider les agents en place** » (AA1), car ils constatent que « **les agents n'ont pas trop le temps, alors on les décharge à ce niveau [parler]** ». Les agents de médiation guidés par cette valeur de solidarité, peuvent ainsi faire le choix dans l'activité d'aider les agents administratifs des Urgences (photocopies des papiers...) quand il y a beaucoup de monde à enregistrer, ce qui constitue un débordement à la marge du travail prescrit.

Cette détermination à aider, les auxiliaires d'accueil la retrouvent chez les agents : « **ils parlent doucement, prennent le temps si la personne a des difficultés pour s'exprimer...** » (AA1).

Mais une autre valeur partagée : « le travail bien fait » peut être mise en évidence en rapprochant deux fragments d'entretiens de deux référents différents : « **les "emplois - jeunes" sont bien acceptés s'ils sont sérieux** » (R1) et « **les "emplois - jeunes" apprécient les agents s'ils font bien leur travail** » (R3)

Les valeurs, constituant ainsi un lien entre les personnes et un lien entre la personne et la tâche à accomplir, sont donc bien un ingrédient de la compétence individuelle et collective.

III 4 L'AVENIR DES EMPLOIS - JEUNES

L'avenir pour les "emplois - jeunes" est avant tout leur propre avenir pour chacun d'entre eux.

III 4.1 Un tremplin

Leurs études antérieures : psychologie ou Santé publique à l'université pour les uns, filière médico sociale dans le secondaire pour les autres, témoignent de leur projet de faire carrière dans le secteur sanitaire. Cet emploi fait donc partie d'une stratégie personnelle, il constitue « **un tremplin** » (AA3), une opportunité pour entrer dans le milieu professionnel choisi. Mais les raisons qui les ont fait postuler sur ce type d'emploi sont aussi d'ordre financier. C'est pourquoi ils envisagent plutôt les concours hospitaliers (secrétaire médicale, adjoint administratif...) afin d'être d'emblée rémunérés alors que certains étaient attirés par des métiers plus spécifiques (éducateur spécialisé, puéricultrice...) mais qui nécessitent des études relativement longues et sans rétribution. La validation de modules qui rendraient ces études plus brèves n'est pas encore mise en place et paraît difficile pour certains d'entre eux (par exemple infirmier).

Cependant, au jour le jour, ils disent être toujours autant motivés pour apporter l'aide dont les usagers ont besoin, ce pourquoi aussi, il faut le souligner, ils avaient postulé : « **j'avais envie de rendre services aux personnes** » (AA1), « **je voulais retrouver le contact avec les malades** » (AA2)...

Quant aux acquis en matière de savoir-faire, « à la qualification des activités » (cf Partie I § II.3.1) il faut souligner que la fonction d'auxiliaire est relativement variée en raison des demandes des usagers et grâce aux mini-stages (au Bureau des Entrées, aux Consultations externes, dans des secrétariats médicaux) qui leur ont fait découvrir des aspects du travail hospitalier, des fonctions dont ils ont besoin pour renseigner ou expliquer.

Mais la fonction d'agent de médiation, telle qu'elle est définie jusqu'à présent, n'a pas apporté aux agents interrogés « **grand chose** » (AM2), et même « **rien, sauf sur le fonctionnement de l'Hôpital et celui d'un service d'Urgences** » (AM1), « **j'ai l'impression de stagner. Peut-être que plus tard je me dirais...** » (AM2).

Pour les deux fonctions, les "emplois - jeunes" estiment qu'il serait enrichissant de les élargir : pour les auxiliaires d'accueil « **c'est frustrant de ne pas pouvoir consulter l'ordinateur et donner un numéro de chambre** » (AA3), pour les agents de médiation : « **on aimerait pouvoir rentrer dans la bulle, sans prendre la place du personnel, pour tenir compagnie aux malades** » (AM2), « **pour rassurer les malades, servir d'intermédiaire entre les malades et les familles, les personnes ne demandent pas beaucoup, juste à être rassurées** » (AM1).

III.4.2 Incertitudes

Les "emplois - jeunes" sont unanimes pour reconnaître l'importance des besoins des usagers : ils éprouvent un grand « **sentiment d'utilité** » (AA1) et reçoivent des remerciements très gratifiants de la part des usagers, l'agressivité a diminué aux Urgences et l'encadrement reconnaît ces apports : « **c'est bénéfique, très utile, un » plus » nécessaire** » (R1). Toutefois, l'émergence de « nouveaux » métiers à l'Hôpital paraît hypothétique à brève échéance : le métier d'agent d'accueil existe déjà et pose un arbitrage difficile à faire entre les besoins des usagers et les besoins des agents vieillissants. Le dispositif "emplois - jeunes" permet provisoirement d'éviter le dilemme entre deux valeurs : l'humanisation de l'hôpital et la solidarité envers des agents touchés par la maladie.

Le métier de médiateur existe socialement d'une part puisqu'un certificat d'« agent de médiation et d'information » vient d'être créé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et d'autre part parce que certaines entreprises sont prêtes à les embaucher ou à solliciter leur prestation grâce à des associations intermédiaires qui seraient leurs employeurs à la fin de leur contrat d'emploi jeune. Mais les "emplois - jeunes" ne manifestent pas (encore ?) le choix de ce métier.

Devant la responsabilité de l'avenir de ces "emplois - jeunes" les référents hospitaliers les encouragent plutôt à suivre des filières classiques d'accès à la fonction publique, considérant, de plus, qu'au moment du départ à la retraite des baby-boomers, ce serait de bonnes « recrues » connaissant bien l'hôpital et ayant une expérience relationnelle tout à fait appréciable : « **ils feront un métier sans le sanitaire et le social, s'occuper des gens, c'est contagieux !** » (R1).

III.5 DES CHANGEMENTS TENDANCIELS

L'ensemble des éléments observés dans l'activité des "emplois - jeunes" s'inscrit dans l'évolution des métiers de l'Hôpital.

La première de ces tendances est la multiplication de ces métiers (cf P.I § III.5.2) et la spécialisation de chacun d'entre eux sur une zone de compétence limitée : limitée soit par l'exercice réglementé des autres professions, soit par la force des choses (par exemple en raison de l'intensification du travail) : « **petit à petit l'accueil s'est moins fait et on a eu besoin des médiateurs** » (AM2), comme le dit un des référents : « **on n'était pas trop d'accord avec le contenu... finalement c'est intéressant car ce n'était pas fait** » [l'accueil accompagné] (R 4). Cela peut être aussi, comme il a été vu, en raison de la montée de l'agressivité : « **Le personnel n'avaient plus envie de discuter avec les agresseurs** » (R5). Mais cette spécialisation, comme aux Urgences, de privilégier, pour certains agents, les soins sur prescription médicale au détriment des soins relationnels, est ambiguë. Une partie de la fonction est abandonnée relativement volontiers : « [les

infirmiers disent] ***c'est bien, cela nous évite de le faire, cela nous soulage*** » (AA3) ou vécue comme une désappropriation.

Ainsi, une certaine crispation caractérise aussi l'évolution de ces métiers, au grand regret des "emplois - jeunes" : « ***on souhaiterais tenir le dialogue*** [avec les patients]... ***Quand on arrive, selon les personnes qui sont à l'accueil, on sait si on va travailler ou si on ne va pas travailler*** » (AM1)

Certaines tâches faites par les "emplois - jeunes" pour aider les agents en poste révèlent un certain flou dans le travail prescrit dont s'emparent les "emplois - jeunes" pour que l'activité se déroule sans retard : comme les photocopies, ou l'accueil avec un fauteuil roulant des personnes venues par leurs propres moyens et qui ont du mal à marcher...

Après la spécialisation, une autre tendance forte est la technicisation de ces métiers. Les assistantes sociales constatent que la complexification des lois sociales, leurs parutions successives se répercutent sur les dossiers traités. De plus, certains usagers ont « *du mal à entrer dans les catégories juridico-administratives* »⁵¹ en raison de l'instabilité familiale, professionnelle... Dans la prestation, la technicité semble alors l'emporter, comme l'écrit une assistante sociale, sur les qualités « charismatiques » des professionnels et « l'indétermination » des pratiques [FINO-DHERS A.,1994] qui caractérisaient leur exercice il y a quelques années. Ce que confirment les entretiens : « ***on conduit les personnes, s'il n'y a pas de problème on laisse les personnes, si la personne est énervée ou a du mal à s'exprimer, on explique à l'agent. Pour le CCAS, on accompagne car les formalités sont compliquées*** » (AA2). Les auxiliaires d'accueil essaient ainsi d'apporter leur aide en clarifiant la demande pendant le trajet dans les couloirs (cf Partie IV § III.2.2). Pour les infirmières, la technicisation est induite par la diversification des techniques : « [les agents de médiation] ***On est plus disponible, on n'a pas la tête prise par les soins*** » (AM2).

Enfin, l'augmentation régulière de l'activité que mesurent des paramètres comme le nombre d'entrées, de consultations, d'actes... entraîne une intensification du travail : à l'accueil et aux Urgences : il arrive qu'il y ait

⁵¹ Pierre STOBEL « L'angoisse du liquidateur derrière le guichet » p.305

jusqu'à trois personnes en même temps dans chacun des quinze boxes prévu pour un seul patient. De même que dans les services le raccourcissement de la durée de séjour implique une multiplication des gestes techniques (examens diagnostiques, perfusions, bilans sanguins...) pour un seul et même patient.

Mais, au delà des chiffres (activité, nombre d'agents) la notion d'« intensification » est complexe à cerner car elle fait appel à des éléments subtils d'« usage de soi par soi » : recherche de la rapidité, mobilisation permanente de la vigilance, de la mémoire.

Suite a l'exposé des données recueillies lors de la recherche, une cinquième partie présente les perspectives qui se dégagent.

CINQUIEME PARTIE

Ouverture des pratiques, ouverture des métiers, ouverture des institutions

C'est à partir de deux éléments clefs que peuvent être explorées des pistes de réflexion et de propositions : ces éléments décrits et mis en œuvre dans ce travail sont la nécessité du passage par l'activité et de co construction des connaissances sur le travail avec les protagonistes de cette activité.

Le travail des "emplois - jeunes" faisant système avec celui des agents en poste et avec le fonctionnement de l'institution dans son ensemble, cela peut permettre , de réfléchir aussi au delà : à l'Hôpital et à son environnement.

Les micro dispositifs qui vont être présentés s'articulent entre eux. De plus, certains micro dispositifs cumulent seul plusieurs objectifs alors que d'autres peuvent se cumuler en vue d'un seul objectif.

I FACILITER L'ELABORATION DES COMPETENCES

I.1 DES TECHNIQUES ET DES SAVOIRS

Que ce soit pour les "emplois - jeunes" ou pour les agents en poste, des pistes tout à fait fécondes sont à explorer dans le domaine de la formation.

Le Service de Formation Continue de l'APHM, ayant constaté une désaffection des agents pour les formations à l'accueil, se propose d'aller au devant des différentes catégories de personnels concernés, par l'intermédiaire de leurs supérieurs hiérarchiques pour le moment, afin de mieux cerner leurs attentes dans ce domaine.

Comme il a été vu, le passage par l'activité et les verbalisations sur celle ci permettent de mieux percevoir les besoins : en effet, les auxiliaires d'accueil sont confrontés sinon à la violence, du moins à l'agressivité, sans avoir vraiment eu de formation dans ce domaine ; les agents de médiation, quant à eux, ont à faire face à diverses situations de crise comme le deuil ou les violences intrafamiliales... Cela leur arrive, d'après

eux, plus souvent que les situations d'agressivité et c'est, pour eux, aussi difficile à gérer.

En effet, la relation d'aide, l'écoute sont des techniques qui s'apprennent, comme c'est fait en Institut de Formation en Soins Infirmiers, ou dans les associations de bénévoles, pour l'accompagnement des personnes en fin de vie, par exemple.

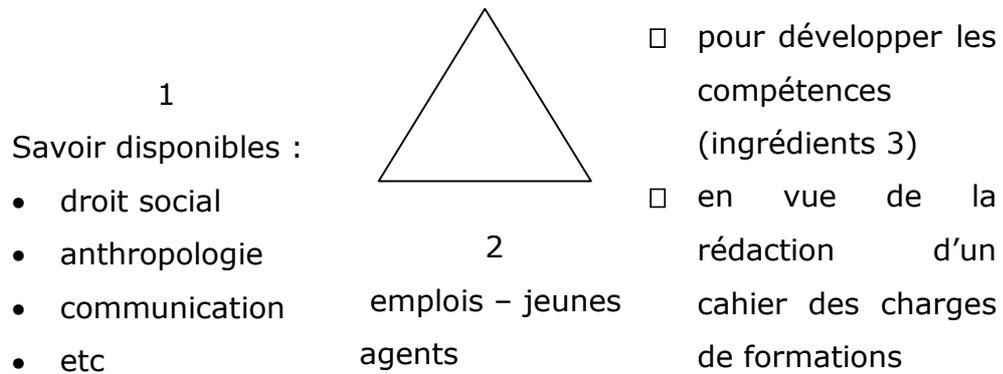
Mais la maîtrise d'autres techniques, de soins par exemple ou de gestion de dossiers, permettent une plus grande disponibilité pour la relation et sont donc à réactualiser et à parfaire.

Toute situation de travail étant « usage de soi », de multiples éléments, ainsi qu'il a été vu, participent à l'accueil qui n'est que la partie apparente de tout ce qui sous tend la relation de service ainsi. Ainsi en est-il aussi des connaissances théoriques, des savoirs constitués : la communication d'informations fiables fait partie de l'accueil, et les connaissances passées en début de prise de poste pour les "emplois - jeunes" doivent être reprises et régulièrement remises à jour, car la législation sociale se modifie très vite.

Un autre type de connaissances est représentée par l'anthropologie qui peut permettre de mieux connaître les usagers d'origine étrangère accueillis à l'hôpital. Ainsi dans le groupe de lutte contre la violence mis en place par le Directeur des Ressources de l'Hôpital Nord, ce besoin s'est exprimé mais les personnels des Urgences ne sont pas seulement concernés, le sont aussi les agents d'accueil, les agents du Bureau des Entrées, bref, tout ceux qui sont amenés à recevoir les usagers. Il ne s'agit pas de connaître « toutes » les cultures, ni de plaquer sur un individu ce que l'on sait sur sa culture et faire ainsi l'économie de la réflexion, mais de savoir que des facteurs culturels sont à l'origine de certains comportements et qu'il faut élaborer des réponses pour chaque situation, le patient lui même ajustant sa demande (cf. Partie. I § IV.1.2).

L'apprentissage d'une langue étrangère peut être un mode d'entrée dans une culture différente et la seule demande de formation des agents du bureau des Entrées, qui est justement dans ce domaine, serait à prendre en compte.

3 - Ethique (*)



*Le pôle de l'éthique n'est pas détenu par quelqu'un de particulier : c'est une posture qui repose sur une certaine conception de l'homme au travail : le travail n'est jamais simple et on a toujours à apprendre sur l'activité de celui qui l'accomplit.

I.2 LA CONSTRUCTION DU COLLECTIF

I.2.1 Des groupes d'analyse de pratiques

Des groupes de parole fonctionnent dans de nombreux hôpitaux, animé par un superviseur, en général un psychologue, en psychiatrie depuis longtemps, mais aussi en soins généraux dans des services particulièrement difficiles comme la cancérologie, la gérontologie, les services pour malades atteints du sida... Le psychologue a souvent pour première mission, avant le suivi de l'équipe, la prise en charge des patients du service. Ainsi la parole peut être prise à partir du cas d'un patient puis peuvent être exprimées les réactions des différents membres de l'équipe face à ce patient : colère, rejet, attachement...

Certaines équipes sont réticentes vis à vis de ce type de groupe de parole car les agents redoutent de s'exprimer sur le plan des émotions devant leurs collègues de travail. Or, souvent cela apporte aux agents la découverte de l'autre, le soutien mutuel et par là une plus grande cohésion de l'équipe. Cela contribue aussi à lutter contre l'usure

professionnelle qui peut être à l'origine d'une certaine indifférence mal perçue par les usagers (cf. Partie I § IV.1.4).

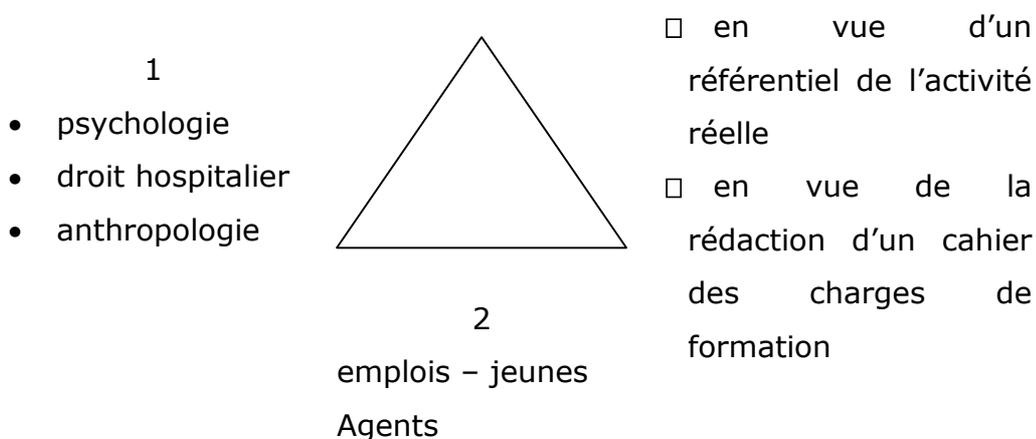
Mais des groupes dit « d'analyse de pratiques » peuvent être mis en place : il y sont exposées des situations rencontrées (comme les situations relatées dans le cahier journalier des agents de médiation : cf. Partie III § II) avec un animateur qui peut être un formateur, par exemple. Celui ci doit pouvoir apporter non seulement les repères théoriques qui permettent de comprendre les différentes réactions et de mettre un peu de distance mais aussi d'autres éléments : médico-légaux, par exemple. On se souvient que l'ingrédient 3 de la compétence est cette capacité à articuler les connaissances générales et les situations singulières (cf. Partie II § VI).

Ces groupes d'analyse de pratique peuvent rassembler les agents en poste et les "emplois - jeunes" avec aussi pour objectif de mieux se connaître entre métiers différents, de mieux percevoir les contraintes réciproques et faire émerger les valeurs communes.

Ces groupes peuvent permettre encore de rédiger le cahier des charges des formations (cf supra).

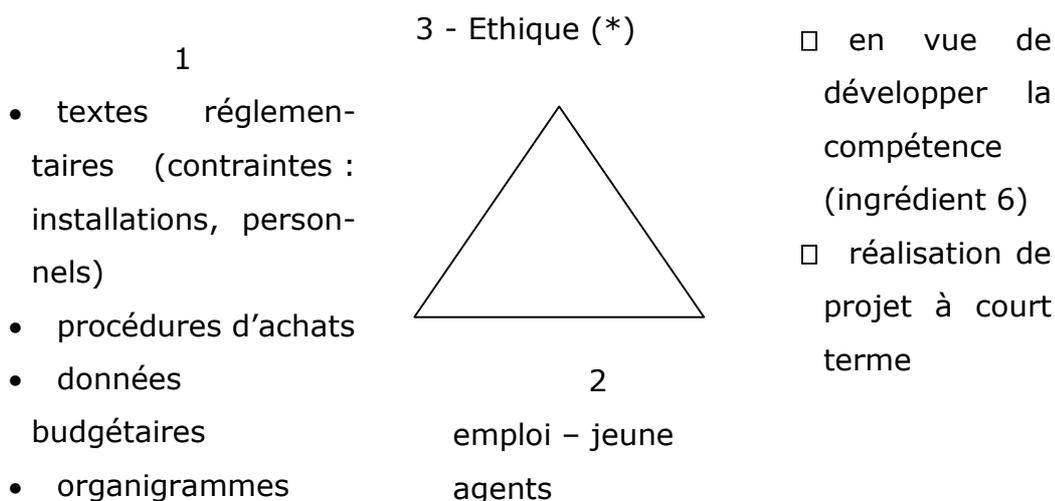
Ces groupes sont enfin l'occasion pour les "emplois - jeunes" de formaliser ce qu'ils font, d'échanger, de débattre sur les manières de faire et donc de mieux comprendre leur apport à la construction de la prestation, apport qui déborde, on l'a vu, ce pourquoi ils ont été recrutés. Faut de ce retour sur ce qu'ils apportent de spécifique, ils peuvent avoir l'impression ainsi que l'ont montré d'autres recherche sur les "emplois - jeunes" dans la médiation [LABRUYERE C. et coll., 2000], que leur compétence était déjà totalement acquise ailleurs et auparavant et que dans leur poste actuel : ils « n'apprennent rien ».

3 - Ethique (*)

**I.2.2 Participation à des groupes de travail**

Une expérience a consisté pour l'Hôpital Nord à associer les "emplois - jeunes" à un groupe de travail sur un projet d'amélioration de la signalétique à l'intérieur de l'Hôpital. Cette expérience a été vécue très positivement par les "emplois - jeunes (et par les autres membres du groupe). Ils se sont sentis reconnus comme porteur d'un certain savoir : ce que pensent les usagers de la signalétique et les difficultés que ces derniers rencontrent pour se diriger dans l'Hôpital. Ce projet est en attente de réalisation.

En revanche, les "emplois - jeunes" ont exprimé des réticences vis à vis de certaines tâches qui étaient trop parcellisées pour prendre sens : comme le pliage des livrets d'accueil ou les rangements d'habits pour les SDF. Ne pouvant pas entrer en contact avec les malades hospitalisés dans leur chambre, ils n'ont pu suivre leur prestation jusqu'au bénéficiaire. Ceci n'est pas anecdotique. Les tâches un peu fastidieuses que tout agent est amené à accomplir ne prennent sens que parce qu'elles s'inscrivent dans le travail du collectif et que l'utilisateur est toujours d'une certaine façon présent.



II PENSER L'AVENIR

II.1 LE SUIVI DU DISPOSITIF EMPLOI-JEUNE

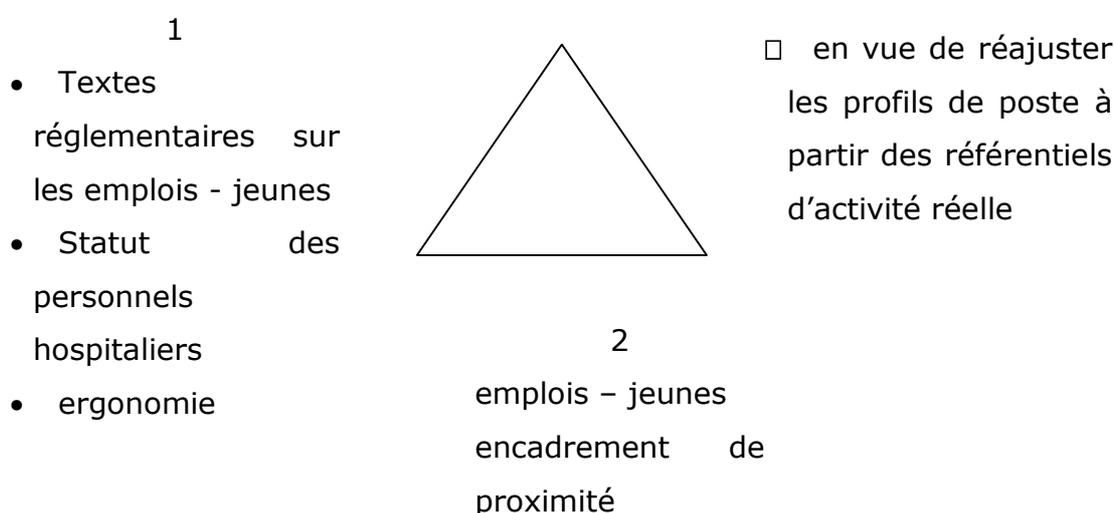
II.1.1 Des profils de poste à retravailler

Dans l'hypothèse où un des "emplois - jeunes" partirait et où il serait remplacé, il pourrait être revu le profil de poste. En tenant compte du fait que l'actuel profil de poste a été approuvé par une délibération du Conseil d'Administration et qu'il était intentionnellement limitatif, d'une part pour répondre aux textes qui spécifiaient qu'il ne devait pas y avoir de substitution de postes existants et d'autre part, peut-être aussi pour rassurer les partenaires sociaux sur le même point. Il serait pourtant plus pertinent de réaliser un référentiel d'activité qui, bien sûr respecterait cet engagement mais qui mettrait en exergue la nouveauté de la prestation en relation avec les nouveaux besoins (ou du moins la massification des

besoins déjà existants), permettrait aux responsables hospitaliers de gérer le changement au niveau de ces attentes.

Dans l'hypothèse de la création d'un nouveau type d'emploi – jeune et compte tenu de l'expérience acquise, il pourrait être élaboré un profil de poste à partir, dans un premier temps du travail des agents avec qui « l'emploi – jeune » doit travailler, sans enfermer ce profil dans un cadre trop rigide, car il s'agit par définition, de nouvelles fonctions et que l'activité déborde toujours le travail prescrit, même quand elle n'empiète pas sur les métiers existants.

3 - Ethique (*)

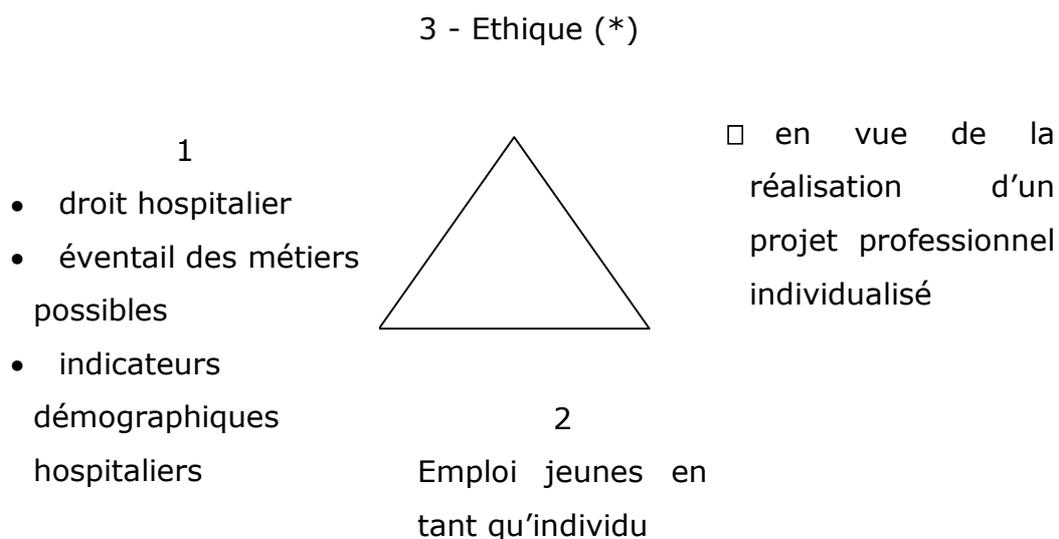


II.1.2 L'avenir des individus

Il a été mis en évidence la construction de la compétence chez les "emplois - jeunes" : la durée de 5 ans de ce dispositif est à cet égard un atout (si, toutefois, pendant ces années sont réunies les conditions de cette construction) par rapport aux stages, contrats à durée déterminée et autres... car c'est dans la durée que peut se faire « la mise en patrimoine » sur le plan individuel ou collectif.

Les incitations sont fortes de la part de l'Institution envers les "emplois - jeunes" pour qu'ils présentent les concours hospitaliers mais l'engagement de professionnalisation pris vis à vis d'eux doit faire en sorte que ne soient pas négligées des pistes que représentent les

diplômes existants ou en cours de création, comme le certificat d'agent de médiation et d'information délivré par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ou à venir avec le développement de la validation des acquis dans le cadre de la future loi de modernisation sociale [Protocole AUBRY, 2000]. Diplômes qui, avec la compétence acquise, pourraient être négociés sur le marché du travail.



II.2 ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS

II.2.1 Des métiers et des emplois

La gestion des Ressources Humaines implique une double responsabilité : l'efficacité pour l'institution, et la réunion des conditions de développement des compétences pour les agents (ainsi que cela a été développé pour les "emplois - jeunes"), l'atteinte de la première nécessite la mise en œuvre de la seconde.

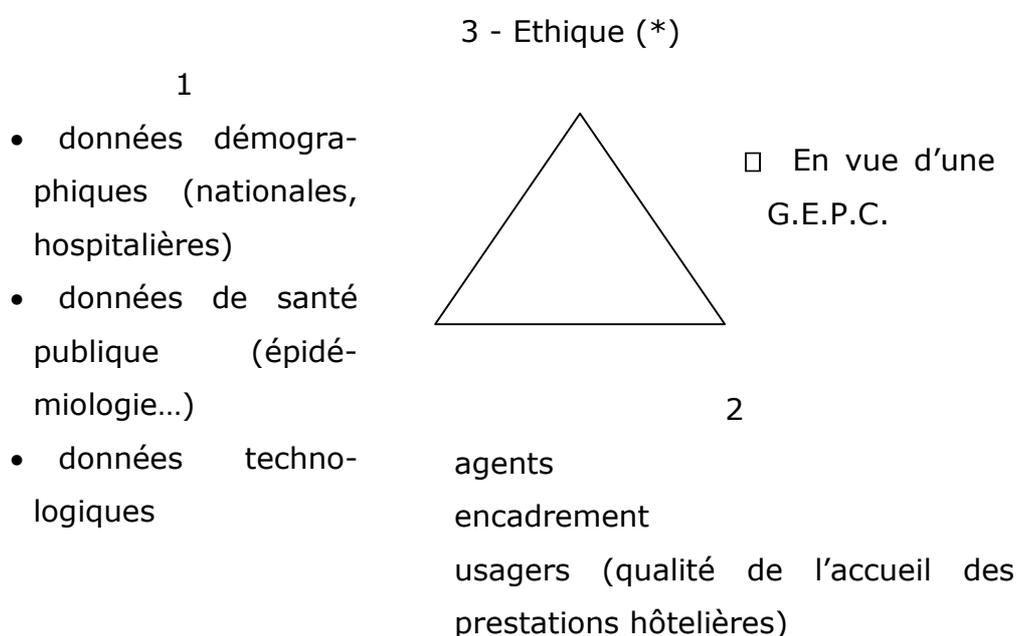
Mais, de plus, l'efficacité demande aussi une vision prospective à court terme pour répondre aux besoins de l'Etablissement.

A moyens constants, la gestion des Ressources Humaines nécessite certains outils (en autres des référentiels à construire à partir du travail réel...) et des indicateurs particuliers : comme l'évolution des métiers et

le suivi de certains métiers : quand il y a des départs à la retraite sur des métiers traditionnels, faut-il les remplacer par des agents de ces mêmes métiers ? Si non par qui ? [Direction des Hôpitaux, 1993]. Quels sont les besoins non satisfaits ? Y a-t-il des nouveaux métiers qui répondraient à ces besoins ? Les "emplois - jeunes" peuvent-ils servir de point d'appui pour ce type de réflexion ?

Quelle est la place donnée, par exemple à l'accueil ?

Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences s'inscrit dans la stratégie globale de l'institution.

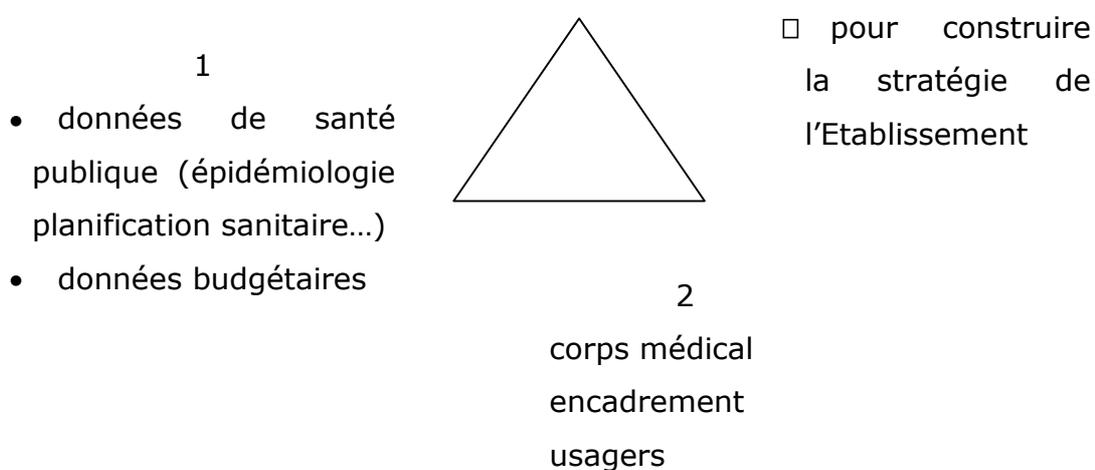


II.2.2 Ouvrir l'Hôpital sur son environnement

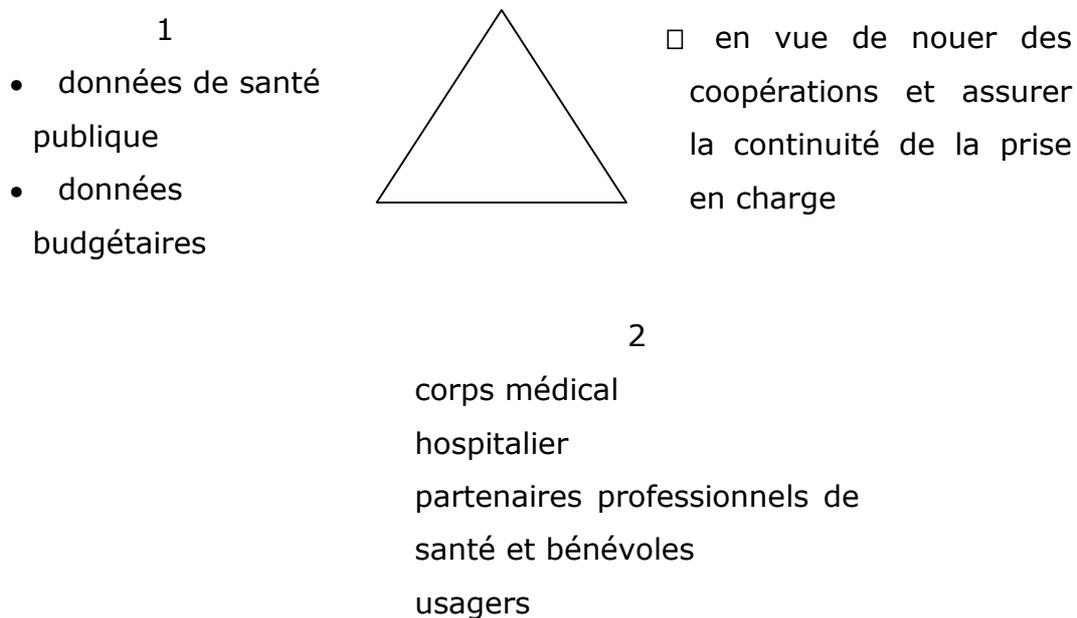
« Ouvrir l'hôpital sur son environnement », telle était une des orientations de la politique de Santé en 1989 qui plaidait pour la complémentarité entre professionnels de santé et pour l'ouverture de l'Hôpital sur la cité grâce à des réseaux et des filières de soins [EVIN, 1989].

La stratégie d'un établissement de Santé, grâce à ces nouveaux modes de prise en charge et de coopération, devrait lui permettre de nouer des liens étroits avec son environnement : les usagers, les agents et les stagiaires, les partenaires professionnels et bénévoles...

3 - Ethique (*)



3 - Ethique (*)



CONCLUSION

L'objectif fixé à ce mémoire de fin d'Etudes était d'analyser l'Hôpital, à partir d'une recherche sur le lieu de stage, l'Hôpital Nord à Marseille, (qui, bien sûr a ses spécificités : géographiques, culturelles, historiques...) et ce au travers du prisme du dispositif "emplois - jeunes". On peut en conclure que les réponses aux besoins des usagers se confrontent aux évolutions constantes des métiers et peut-être à l'émergence de nouveaux métiers.

Le risque n'existe-t-il pas de construire une véritable tour de Babel de métiers dans l'Hôpital ?

Face aux grands chantiers des années à venir, (en particulier l'accréditation et la mise en place des 35 Heures), il paraîtrait pertinent d'une part, de mettre en place et d'animer des dispositifs à trois pôles tel que décrits (avec le pôle de l'éthique, le pôle des savoirs disponibles et le pôle des forces d'appel/rappel) afin de cerner au plus près le travail réel et ses changements, d'instaurer une véritable pluriprofessionnalité opératrice de changement, de faire émerger les valeurs communes et d'agir le plus efficacement possible.

D'autre part, le patient (ou la communauté de patients) peut avoir aussi, dans la prise en charge, ce rôle d'opérateur de la pluriprofessionnalité, si lui est donnée une place en tant que sujet de soins et non objet de soins. Ainsi la formule « *le malade doit être plus que jamais le cœur de l'action* » (Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée) serait mise en œuvre.

Le repli des métiers sur eux-mêmes, des experts sur leur savoir, des spécialistes sur leur discipline, et le cloisonnement souvent dénoncé des institutions et entre les institutions, sont préjudiciables à l'efficacité au niveau local et au niveau global alors que, dans le domaine de la Santé, les enjeux humains et économiques sont particulièrement importants.

BIBLIOGRAPHIE

I TEXTES REGLEMENTAIRES

Circulaire n°636 du 20 septembre 1974 relative à la diffusion de la charte du malade hospitalisé.

Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Arrêté du 23 mars 1992. Annexe : Programme des Etudes conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du partient hospitalisé

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi n° 97-940 du 16 octobre 1997 relative au développement d'activités pour l'emploi des jeunes.

Décret n° 97-954 du 17 octobre 1997 relatif au développement d'activités pour l'emploi des jeunes.

Circulaire CDE 97/25 du 24 octobre 1997 relative au développement d'activités pour l'emploi des jeunes – programme « nouveaux services - nouveaux emplois».

Circulaire DGEFP n° 98-17 du 16 avril 1998 relative à la professionnalisation des activités développées dans le cadre du programme « nouveaux services - nouveaux emplois».

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Protocole d'accord entre le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé et à l'action Sociale et les organisations syndicales signataires (14 mars 2000)

II PERIODIQUES

AUTES Michel « Les "emplois - jeunes" : vers la fin ou le renouveau du travail social » **Actualités Sociales Hebdomadaires**, n° 2039, 3 octobre 1997, pp. 23-24.

AUTIE Jérôme « Insertion professionnelle et chômage des jeunes en France », **Regards sur l'actualité**, juillet / août 1997, pp. 12-23.

BAUDET Marie Béatrice « Annualisation, entreprise citoyenne, management participatif...Qu'en termes galants ces choses-là sont dites ! » **Le Monde** 28 janvier 1998.

BAUDET Marie Béatrice « L'externalisation, à manier avec précaution » **Le Monde** 6 janvier 1999.

BILETTA Isabella « L'insertion professionnelle des jeunes », **Echanges, Santé, Social**, n° 90, juin 1998, pp.7-12.

BODY-GENDROT Sophie « L'insécurité, un enjeu majeur pour les villes », **Sciences Humaines**, n° 89, décembre 1998, pp.28-33.

CANGUILHEM Georges « Milieu et normes de l'homme au travail » **Cahiers internationaux de sociologie**, vol III, 1947, pp. 120-136.

CHARLOT Bernard « Transgressions au quotidien », **Le Monde de l'Education, de la culture et de la formation**, février 1997, pp.79-80.

COLLIERE Marie Françoise « Vers un exercice infirmier reconnu », **L'Infirmière magazine**, n° 42, septembre 1990, pp. III-XVI.

CUCHE Denis «Nouveaux regards sur la culture, l'évaluation d'une notion en anthropologie», **Sciences Humaines**, n° 77, novembre 1997, pp.20-27.

DUFFE Bruno Marie « La violence, maladie sociale ou expression codée d'une attente ? » **Soins**, n° 624, avril 1998, pp.3-4.

DURAFFOURG Natacha « Comprendre la travail pour pérenniser les services », **Travail et changement**, n° 248, août 1999, pp.8-11.

DURAN P., THOENIG J-C. « L'Etat et la gestion publique territoriale », **Revue française de science politique**, août 1996 pp.580-623.

« Emplois de ville et contrats emplois consolidés », **Actualités Sociales Hebdomadaires**, n° 1978, 7 juin 1996, pp. 11-16.

EVIN Claude « Les grandes orientations de la politique de santé », **Gestions Hospitalières**, n° 286, Mai 1989, pp.347-356.

GALLAND Olivier « L'invention récente de la jeunesse », **Problèmes économiques**, n°2537, 8 octobre 1997, p. 31

GARCETTE Christine «Les "emplois - jeunes" dans le secteur social» **Actualités Sociales Hebdomadaires**, n° 2042, 24 octobre 1997, pp. 15-16.

GERARD Madeleine « Participation de l'Hôpital à la lutte contre l'exclusion », **L'Effervescent**, n°10, mars/mai 2000, pp.22-23.

GIRARDOT T.X. « Les statuts des personnels précaires », **Les Cahiers de la Fonction publique**, juillet/août 1998, pp. 8-10.

GORGUE Jacqueline « Les emplois jeunes dans le secteur social et médico social », **Echanges, Santé, Social** n° 90 juin 1998, pp.13-17.

GUITTON Christophe « Emplois-jeunes, la professionnalisation en débat » **CEREQ Bref** n°158 Novembre 1999, pp.1-4.

HUERRE Patrice « Du travail scolaire à l'emploi », **Adolescence**, n°2, printemps 1996, pp.115-117.

LABBE Christine « Emploi des jeunes, l'urgence », **Espace social européen**, 31 janvier 1997, pp. 14-18.

LABRUYERE Chantal (et coll.) « Place des jeunes et choix d'organisation dans la construction des nouveaux services » **CEREQ Bref** n°158 Novembre 1999, pp.1-4.

LAFORE R. « L'ordre consensuel. Le droit des politiques sociales », **Le Nouveau Mascaret**, n° 37, septembre 1995, pp.3-15.

«Le dispositif "emplois - jeunes"», **Actualités Sociales Hebdomadaires**, n° 2043, 31 octobre 1997, pp.13-18 ; n° 2045, 14 novembre 1997, pp.15-19 ; n° 2046, 21 novembre 1997, pp.11-13.

LESAGE DE LA HAYE Jacques « L'interlocuteur violent et le professionnel » **Soins**, n° 624, avril 1998, pp.10-12.

LINHART Danièle « Une quête éperdue de travail et d'identité », **Le groupe familial**, n°149, Octobre 1995.

MABE Brigitte « Pluralisme culturel et recours thérapeutique » **Migrations Santé**, n°58, janvier 1989, pp.3-6.

MARTINI Franck « Lien collectif et activité concrète » **Société française**, n° 49, janvier-février-mars 1994, pp. 3-9.

MAURIN Louis « Non, le travail n'est pas mort », **Alternatives économiques**, n°149, juin 1997, pp. 48-51.

MERON Monique, MINNI Claude « Des études à l'emploi : plus tard et plus difficilement qu'il y a vingt ans », **Partage**, n° X, 8 septembre 1995, pp. 8-11.

MULLER Pierre « Entre le local et l'Europe, la crise du modèle français de politiques publiques », **Revue française de science politique**, vol.42, n° 2, avril 1992.

PIETRO Nathalie, VIGNAT Jean-Pierre « La violence comme contre attitude », **Soins**, n° 624, avril 1998, pp.21-23.

POGGI Dominique (et coll.) « Les CMP face aux violences », **Soins Psychiatrie**, n° 187, décembre 1996, pp.40-45.

REPITON Isabelle « Jeunes diplômés, la galère du premier emploi », **Entreprise & Carrières**, n°335 du 2 au 8 avril 1996, pp.3-5.

REVERCHON Antoine « Innovante au démarrage, la démarche des emplois – jeunes prend le risque de s'enliser », **Le Monde Economie**, 4 mai 1999, p. II.

SARAZIN Isabelle « Un référentiel-métier pour les femmes-relais ? », **Actualités sociales hebdomadaires**, n° 2039, 3 octobre 1997, p.27.

SCHWARTZ Bertrand « Former, insérer », **Adolescence**, n°2, printemps 1996, pp. 252-262.

SCHWARTZ Yves « Penser le travail et sa valeur », **Projet**, n° 236, Hiver 1993-1994, pp.7-15.

SCHWARTZ Yves « Les ingrédients de la compétence : un exercice nécessaire pour une question insoluble » **Education permanente**, n°133, 1997, pp.9-34.

SCHWARTZ Yves « La professionnalité de l'ergologue », **Revue de l'Institut de Recherche sur les Enseignements Techniques et Professionnels**, n° spécial à paraître, 2000.

«Une étude INSEE » **Partage**, n° 99, août / septembre 1995, p. 7 et 8.

THIELLAY J.P. « Fonction publique et précarité », **Les Cahiers de la Fonction publique**, juillet-août 1998, pp. 2-7.

VERGUIN Damienne « Vingt ans de politique pour l'emploi des jeunes », **Echanges, Santé, Social**, n° 90, juin 1998, pp. 83-89.

III OUVRAGES

ANAES **Manuel d'accréditation des Etablissements de Santé**, Paris, février 1999, 132 p.

BONNICI Bernard **L'Hôpital : enjeux politiques et réalités économiques** Ed La documentation française, Paris, 1992, 182 p.

CANGUILHEM Georges **Le normal et le pathologique**, Ed Quadrige, PUF, Paris, 1988, 2ème édition, 1ère édition 1966, 224 p.

CASTEL Robert **La métamorphose de la question sociale**, Ed. Fayard, Paris, 1995, 320 p.

CHARLES Geneviève **L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui**, Ed. Le Centurion, Paris, 1979, Col. Infirmières d'aujourd'hui, n° 16, 246 p.

Conseil Supérieur du Travail Social **L'intervention sociale d'aide à la personne**, Ed. ENSP, Rennes, 1998, 174 p.

Direction des Hôpitaux **Guide de Gestion Prévisionnelle de Emplois et Compétences**, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Paris, 1993.

DUC Marcelle **Organisation du travail à prescription floue, et dimension collective des activités**, Ed Octares, Toulouse, à paraître 2001.

DURAFFOURG Jacques **On ne connaît bien que les choses qu'on apprivoise** dans **Reconnaissance du travail : pour une approche ergologique**, (ss la dir. De Y. SCHWARTZ) Ed P.U.F., Paris, 1997, 323 p.

FINO-DHERS Aline **Assistante sociale, un métier entre indétermination et technicité : une approche socio-historique**, Ed. L'Harmattan, Paris, 1994, 118 p.

GUERIN F.(et coll) **Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie**, Ed de l'ANACT, Montrouge, 1991, 233 p.

LAPLANTINE François **L'ethnopsychiatrie**, Ed. P.U.F., Paris 1988, Col. Que sais-je ? n° 2384, 119 p.

LEVESQUE Georges **Des goût et des valeurs : ce qui préoccupe les habitants de la planète, enquête sur l'unité et la diversité culturelle**, Ed. C.L. Mayer, 1999.

MACE Eric **La coproduction de l'insécurité urbaine : le cas du réseau bus de la RATP et l'expérience d'agents de prévention dans Entreprendre la ville : nouvelles temporalités, nouveaux services** (sous la dir. de A. OBADIA) Ed. de l'aube, La tour d'Aigues, 1997, 462 p.

MAILLARD Christian **Histoire de l'Hôpital de 1940 à nos jours**, Ed Dunod, Paris, 1986, 200 p.

SCHWARTZ Yves **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**, Ed. Octares, Toulouse, à paraître 2000.

SCHWARTZ Yves **Travail et ergologie** dans **Reconnaissance du travail : pour une approche ergologique** Ed P.U.F, Paris, 1997, 323 p.

SCHWARTZ Yves **Discipline épistémique, discipline ergologique** dans **Manières de penser, manières d'agir** (sous la dir. de B. MAGGI) Ed P.U.F., Paris, 2000, 208p.

STROBEL Pierre **L'angoisse du liquidateur derrière le guichet**, dans **Entreprendre la ville : nouvelles temporalités, nouveaux services** (sous la dir. de A. OBADIA) Ed. de l'aube, La tour d'Aigues, 1997, 462 p.

WIEVIORKA Michel **L'expérience française contemporaine** dans **Entreprendre la ville : nouvelles temporalités, nouveaux services** (sous la dir. de A. OBADIA) Ed. de l'aube, La tour d'Aigues, 1997, 462 p.

IV DOCUMENTS NON PUBLIES

ARNOLD Elisabeth (et coll.) **l'entreprise citoyenne**, Séminaire de questions sociales, ENA, 1995, 24 p.

CASTRA Rachel **La mise en place des emplois jeunes : enjeux et perspectives pour les DDASS, l'exemple de la DDASS du Nord.** Mémoire de formation des inspecteurs des affaires sanitaires et Sociales, ENSP, 1999, 65 p.

DESMET Brigitte **La cité dans l'Hôpital : pour une approche pratique du phénomène de l'insécurité en milieu hospitalier,** Mémoire de formation des Infirmiers Généraux, ENSP, 1998, 68 p.

FOUILLEUL Nicole, JOURDAN Marc, MATHERON Geneviève **L'efficacité dans un Service de Neurologie dans L'évaluation économique à l'épreuve des Services** (sous la dir. de Y.SCHWARTZ) Recherche financée par le Ministère de la Recherche et de la Technologie (décision n° 90 D 08 90).

LAUNAY Delphine **Amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients d'origine étrangère : l'exemple des hôpitaux de Saint Denis,** Mémoire de formation des Elèves - Directeurs d'Hôpital, ENSP, 1998.

SCHWARTZ Yves (s/la dir. de) **L'évaluation économique à l'épreuve des services : l'activité entre efficacité et efficience** Rapport de Recherche financée par le Ministère de la Recherche et de la Technologie. Université de Provence. Centre APST Recherche. Aix en Provence, 1992. 454 p.

V SITES WEB

www.nsej.travail.gouv.fr

www.travail.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Quelques Données sur l'emploi

ANNEXE II : Des données concernant les "emplois - jeunes" recrutés

ANNEXE III : Des besoins importants

ANNEXE IV : Actes de violence à l'APHM

ANNEXE V : Les profils de postes

ANNEXE VI : Méthodologie : guides d'entretien

ANNEXE VII : Statistiques d'activité

ANNEXE I : DONNEES SUR L'EMPLOI

	1982	1996
Taux de chômage	18,9 %	26,3 %
Nombre de chômeurs	700 000	600 000

Tableau 1 : *Evolution du chômage chez les jeunes* (chiffres INSEE 1996)

	1982	1996
Taux de chômage	18,9 %	26,3 %
Taux d'activité	46,5 %	29,2 %

Tableau 2 : *Evolution du chômage et de l'activité chez les jeunes*
(chiffres INSEE 1996)

	1975	1994
Aucun diplôme	8 %	35 %
Diplôme du secondaire	5 %	19 %
Diplôme de l'enseignement supérieur	4 %	12 %

Tableau 3 : *Taux de chômage chez les diplômés*
(chiffres INSEE 1996)

	15 / 24 ans	25 / 49 ans	+ de 50 ans
1996	8 mois	14 mois	+ de 22 mois

Tableau 4 : *Durée de l'insertion selon l'âge*
[GAUTIE, 1997]

Temps écoulé depuis la fin des études	1 an	2 ans	3 ans	10 ans	+ de 10 ans
Taux de jeunes au chômage en 1994	40%	30%	- de 25%	15%	10%

Tableau 5 : *Délais d'insertion après les études* (sources : chiffres INSEE
1994)

ANNEXE II DONNEES CONCERNANT LES JEUNES RECRUTES SUR UN EMPLOI JEUNE

Associations, collectivités locales	152 900
Education Nationale	80 000
Police Nationale	19 100
Justice	600
Total	252 600

Tableau 1 : *Recrutements : bilan juin 2000* (Chiffres : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité)

Accompagnement des patients et/ou de leur famille	30 %
Accueil	14 %
Animation	13 %
Activité périphérique	12 %
Médiation sociale	- de 10 %
Nouvelles technologies	- de 10 %
Aide au fonctionnement de la vie associative	- de 10 %
Services rendus au personnel	- de 10 %

Tableau 2 : *Emplois proposée dans les établissements publics de santé*
(données CNASEA 31/12/99)

ANNEXE III DES BESOINS IMPORTANTS

	En % de la population française	
	- de 20 ans	+ de 60 ans
1995	26%	20%
2020 (projection)	20%	34%

Tableau 1 : *Proportion des + de 60 ans* (chiffres INSEE-INSERM)

	1981	1991	Evolution
Espérance de vie totale Hommes	70,4	72,9	+ 2,5
Espérance de vie totale Femmes	78,6	81,1	+ 2,5
Espérance de vie sans incapacité sévère Hommes	68,9	71,7	+ 2,8
Espérance de vie sans incapacité sévère Femmes	76,3	78,8	+ 2,5
Espérance de vie sans incapacité Hommes	60,8	63,8	+ 3
Espérance de vie sans incapacité Femmes	65,9	68,5	+ 2,6

Tableau 2 : *Espérance de vie* (Haut Comité de Santé Publique : rapport)

49 %	Français ou de la CEE
23 %	Etrangers (dont 80 % en situation irrégulière)
17 %	Touristes (dont 61 % sans prise en charge)
6 %	Demandeurs d'asile ou réfugiés politiques
1,6 %	Gens du voyage
2,8 %	Marins
63 %	Sans Résidence Stable (SRS)

Tableau 3 : *Profil du public accueilli à la cellule médico administrative en 1999 à l'hôpital Nord*
(document interne APHM)

31,9 %	Personnes sans domicile fixe (SDF)
16,7 %	Tentatives de suicide
15,7%	Bénéficiaires du RMI
12,3 %	Chômeurs (mais « 38,4 % d'inactifs)
9,4 %	Personnes alcooliques ou toxicomanes
8,9 %	Victimes de violences familiales ou conjugales

Tableau 4 : *Profil du public accueilli à l'accueil social des Urgences en 1999 à l'Hôpital Nord*
(document interne APHM)

	France	PACA	Marseille
Taux de chômage	11,9 %	15,2 %	
Foyers non imposables	49 %	59 %	
Population vivant en deçà du seuil de pauvreté	10,8 %		17,3 %

Tableau 5 : *La pauvreté à Marseille en 1998*
(source : M. GERARD)

ANNEXE IV ACTES DE VIOLENCE A L'APHM

	Interventions de sécurité générale	Personnes agitées et irascibles	Agressions Physiques sur les agents	Délits, mises à disposition de la police
<u>Hôpitaux Nord</u>				
Monobloc	254	29	3	12
H. Boigny	25	0	0	5
PMEU	328	257	2	20
Total	607	286	5	37
<u>Conception</u>	122		2	
<u>Hôpitaux Sud</u>	92		12	
<u>Timone</u>	420		4 (+2 sur des malades)	

*Données chiffrées sur la violence à l'APHM en 1999
(source : document interne APHM)*

ANNEXE V LES PROFILS DE POSTES

1) AUXILIAIRE D'ACCUEIL (ET DE SECURITE)

Définition de l'emploi

Cet agent a pour fonction de faciliter l'accessibilité aux services, aux institutions et aux soins des patients, tout particulièrement en direction des publics en difficulté. Il a pour objectif d'aider à nouer ou à recréer des relations entre les hommes et les structures dans une optique d'information. Sa présence aux sein des Etablissements doit être un élément de sécurisation des personnes et il est appelé à ce titre à assurer une présence en extérieur (parking) et dans les locaux communs. Il n'a pas à accéder aux unités de soins en dehors de ses missions d'accompagnement des patients. Il informe, oriente et explique. Il peut être appelé à accompagner le patient désorienté au lieu de sa destination.

Au regard de l'expérience qu'il a acquise et après évaluation de son adaptation à ses fonctions par les cadres infirmiers, l'auxiliaire d'accueil et de sécurité peut accéder à des fonctions plus poussées d'information et d'accueil : il peut être appelé à guider le patient dans ses démarches administratives et sociales en en référant aux travailleurs sociaux. Il peut être interpellé, dans la limite de ses compétences, à contribuer aux formalités administratives d'admission des patients (remplir des formulaires etc...) et permettre d'informer sur les conditions d'accès aux soins notamment des personnes les plus démunies. En coordination avec les travailleurs sociaux et dans le respect de leurs directives, il peut informer des contacts à établir avec les autres organismes (retour à domicile). Il peut, le cas échéant, faire fonction d'interprète.

Conditions générales d'exercice

Placé sous la responsabilité des cadres infirmiers affectés à la PCI (Permanence des Cadres Infirmiers), l'auxiliaire d'accueil et de sécurité a pour partenaires professionnels les personnels administratifs des bureaux

des entrés, les travailleurs sociaux et les marins pompiers assurant la sécurité des hommes et des biens.

Une collaboration étroite avec ces professionnels se traduit par une dotation en bip, aux fins de toujours pouvoir contacter et solliciter l'auxiliaire d'accueil et de sécurité. Sa fonction n'est pas assimilable à une fonction de soutien d'un professionnel dans son propre exercice des fonctions. Sous la responsabilité d'un cadre infirmier référent l'auxiliaire d'accueil et de sécurité tient un registre quotidien de son activité et des formes de celle ci.

Recrutement et qualités requises

- recrutement :

Réunion préliminaire au sein de l'ANPE sur le dispositif Emplois-jeunes conçu par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Tri initial des candidatures en collaboration avec l'ANPE au regard des lettres des motivations et curriculum vitae des candidats afin de déterminer leur niveau de motivation et leurs capacités relationnelles.

Les candidats retenus sur dossiers seront appelés à se présenter en entretien de mise en situation. Le jury de sélection sera composé de personnels de l'ANPE et de professionnels hospitaliers représentant des filières professionnelles distinctes.

- qualités requises :

Bonne présentation, disponibilité, discrétion, esprit d'initiative, capacité à rendre compte et à mesurer la limite de ses compétences.

La connaissance d'une langue étrangère et des capacités de traduction, au regard de la composition cosmopolite de la population marseillaise, peut constituer un atout supplémentaire.

- emplois susceptibles d'être créés :

L'objectif serait de mettre en place une équipe par site hospitalier, capable de fonctionner de 9 Heures à 19 heures de manière continue. Au total quatre équipes de six personnes, implantées sur chaque site hospitalier, soit un total de 24 emplois-jeunes est envisagé.

Formation d'adaptation à l'emploi :

Une formation théorique initiale d'une durée de 15 jours sera organisée.

Elle aura pour objectif de permettre :

- La connaissance du milieu hospitalier et son organisation (rôle, place et responsabilités des acteurs hospitaliers)
- Formation spécifique sur la prise en charge des personnes et leurs droits
- Notions de sécurité : la présence, l'observation, l'alerte.
- Formation sur l'environnement de l'Hôpital avec phase d'observation des différents services de l'Hôpital (bureau des Entrées, Permanence de la coordination infirmière, centrale de sécurité, service de soins).

Débouchés :

Métiers de l'accueil et de la coordination à l'hôpital ou en établissement social, maisons de jeunes, foyers de jeunes travailleurs, etc...

Dans la filière sociale : diplôme d'éducateur spécialisé, d'assistant socio-éducatif etc...

2) AGENTS DE MEDIATION SOCIALE

Définition de l'emploi

Cet agent a pour fonctions de faciliter l'accessibilité aux services, aux institutions et aux patients, tout particulièrement en direction des publics en difficulté. Il est garant d'une écoute et par ses capacités d'observation peut mettre en œuvre une intervention de nature préventive aux fins d'assurer la sécurité non seulement des patients accueillis mais aussi des personnels au sein des unités d'accueil (Urgences). Il a pour objectif d'aider à nouer ou à recréer des relations entre les hommes et les structures dans une optique d'information et de prévention contre la violence. Sa présence au sein des unités d'accueil et d'urgences doit être un élément de sécurisation des personnes et personnels.

Au regard de la formation initiale dont il a été le bénéficiaire, le médiateur assure un environnement sécuritaire par une présence continue active et dissuasive. Il est la première personne ayant vocation à alerter en cas de situation de crise. A ce titre il doit savoir rédiger des comptes rendus, tenir un registre des incidents.

Cet Emploi-Jeune peut évoluer vers des fonctions annexes de conseil, de préconisations et de propositions auprès des encadrements confrontés à des situations de gestion d'agressivité ou de violence.

Conditions générales d'exercice

Place sous la responsabilité des directeurs de site et en contact direct avec l'encadrement soignant des unités d'accueil, le médiateur-relais social a pour partenaires professionnels les personnels d'encadrement sous l'autorité desquels il est placé, les travailleurs sociaux et les marins pompiers assurant la sécurité des hommes et des biens.

Une collaboration étroite avec ces professionnels se traduit par une dotation en bip, aux fins de toujours pouvoir contacter et solliciter le médiateur-relais social. Sa fonction n'est pas assimilable à une fonction de soutien d'un professionnel dans son propre exercice de fonctions. Sous la responsabilité de la personne désignée par le Directeur de site, le médiateur-relais social tient un registre quotidien de son activité et des formes de celle-ci.

Recrutement et qualités requises

Recrutement :

Réunion d'information préliminaire au sein de l'ANPE sur le dispositif Emploi Jeune conçu par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Tri initial des candidatures en collaboration avec l'ANPE au regard des lettres des motivations et curriculum vitae des candidats afin de déterminer leur niveau de motivation et leurs capacités relationnelles.

Les candidats retenus sur dossiers seront appelés à se présenter en entretien de mise en situation.

Le jury de sélection sera composé de personnels de l'ANPE et de professionnels hospitaliers représentant des filières professionnelles distinctes.

qualités requises :

Bonne présentation, disponibilité, discrétion, esprit d'initiative, capacité d'écoute et d'observation, expérience en gestion des situations de crise, capacité à rendre compte et à mesurer la limites de ses compétences.

La connaissance d'une langue étrangère et des capacités de traduction, au regard de la composition cosmopolite de la population marseillaise, peut constituer un atout supplémentaire.

Formation d'adaptation à l'emploi

Une formation théorique initiale d'une durée de 15 jours sera organisée. Elle aura pour objectif de permettre :

- La connaissance du milieu hospitalier et son organisation (rôle, place et responsabilités des acteurs hospitaliers)
- Formation spécifique sur la gestion des situations de crise et de violence dans l'univers hospitalier en coordination avec la police nationale – connaissance des populations étrangères – médiation : méthodologie de projets.
- Notions de psychologie concernant les patients ayant besoin d'un recours aux services de soins, définition des modes d'approche et d'accueil.
- Notions de sécurité : la présence, l'observation, l'alerte.
- Formation sur l'environnement de l'Hôpital avec phase d'observation des différents services de l'Hôpital (bureau des entrées, Permanence de la coordination infirmière, centrale de sécurité, service de soins)

Débouchés

Métiers de l'accueil et de sécurité à l'Hôpital ou en établissement social, maisons de jeunes, foyers de jeunes travailleurs etc...

Dans la filière sociale : diplôme d'éducateur spécialisé, d'assistant socio-éducatif etc...

ANNEXE VI METHODOLOGIE

1) GUIDE D'ENTRETIEN AVEC L'ENCADREMENT

- Quel est votre grade et votre fonction dans l'Etablissement ?
- Racontez moi la chronologie de la venue des "emplois - jeunes".
- Quel a été votre rôle dans leur accueil et leur formation ?
- Comment s'est passé leur intégration ?
- Quel est votre rôle actuellement dans leur encadrement ?
- Avez vous quelque chose d'autre à ajouter sur ce dispositif ?

2) GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES EMPLOIS JEUNES

- Quelle a été votre trajectoire avant cet emploi ?
- On parle dans la loi de « besoins sociaux non satisfaits », quels sont selon vous les besoins des usagers ?
- De quoi est constituée votre activité ?
- Qu'avez vous appris de cette expérience (de la part des usagers, des agents... ?
- Qu'apportez vous de différent ?
- Quel est, selon vous, le devenir du dispositif, de la fonction, du métier ?
- Avez vous quelque chose d'autre à ajouter ?

ANNEXE VII STATISTIQUES D'ACTIVITE

Statistiques trimestrielles d'activité : Monobloc

	Janvier Nbre %	Février Nbre %	Mars Nbre %	Total Nbre
Accompagnement de Personnes valides	378 91,5%	411 93,9%	402 91,6%	1101
Accompagnement avec fauteuil	20 4,9%	12 2,7%	16 3,6%	48
Accompagnement avec Chariot (à bagages)	2 0,5 %	2 0,4%	3 0,7%	7
Mission suite à un appel de bip	7 1,7%	8 1,8%	11 2,5 %	26
Renseignements	Toute la journée	Toute la journée	Tout la journée	
Divers	6 1,4%	5 1,2%	7 1,6%	18
Total	413	438	439	1290

Statistiques trimestrielles d'activité : Monobloc (1er trimestre 2000)
(document interne APHM)