



**HAL**  
open science

# Mobilisations soignantes par gros temps : quelle prise de risque organisationnelle ?

Ivan Sainsaulieu

► **To cite this version:**

Ivan Sainsaulieu. Mobilisations soignantes par gros temps : quelle prise de risque organisationnelle ?. Revue française des affaires sociales, 2021, Revue française des affaires sociales, n°4, pp.97-109. 10.3917/rfas.214.0097 . hal-03705606

**HAL Id: hal-03705606**

**<https://hal.univ-lille.fr/hal-03705606>**

Submitted on 21 Sep 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## [POINT DE VUE] **Mobilisations soignantes par gros temps : Quelle prise de risque organisationnelle ?**

Ivan Sainsaulieu

En France, la prise de risque des personnels soignants a été saluée face à la pandémie. La mobilisation soignante n'est pas en effet un état naturel, inhérent à une activité professionnelle, comme ont pu le penser les (rares) personnes qui refusaient de les applaudir au balcon (« ils ne font que leur boulot !»). Se mobiliser contre la pandémie, c'est surtout prendre le risque d'un état de fatigue important. D'ailleurs, à l'hôpital, les infirmières étaient volontaires pour aller travailler dans les « services covidés ». Face à la seconde vague fin 2020, les soignants rencontrés accusaient le coup. A la troisième vague, au printemps 2021, les absences pour maladie ont augmenté, à l'exemple du CHU-Est de la France. Quant au risque de contagion, dans le même établissement, un millier de soignants au total ont contracté le virus, heureusement sans décès qui lui soit imputable. Si l'on y ajoute les conditions de travail ordinaire (le rythme du travail, le manque de lits et de personnels), on peut conclure à la prise de risque globale et supplémentaire d'un personnel hospitalier déjà réputé dur à l'épreuve.

Quelle prise de risque organisationnelle, côté hiérarchie ? Alors que les personnels étaient mobilisés dans les services covidés, l'organisation du travail a-t-elle su prendre en compte ce nouvel apport, bousculer un peu la césure hiérarchique et inclure les personnels dans la prise de décision ? A l'hôpital, il arrive qu'une logique collective mette à plat la hiérarchie locale, notamment lors de crises sanitaires, comme face au sida, à la tempête, ou lors d'expéditions lointaines militaro-humanitaires (Sainsaulieu, 2012). Cela arrive aussi au quotidien, dans des services requérant une forte solidarité, comme les soins intensifs ou le bloc opératoire, ou encore du fait d'une organisation participative pour améliorer la qualité des soins, d'un travail mobile de coordination entre services (Sainsaulieu, 2007 ; Castra, Sainsaulieu, 2020). Il arrive, en somme, que des rapports égalitaires se créent dans le travail du fait d'une forte implication collective.

Ce genre de mobilisation atypique, égalitaire et consensuelle à la fois, ne doit pas cependant cacher l'autre : la mobilisation contestataire. Le surmenage et la maladie ne favorisent certes pas un surcroît de dépense d'énergie militante, au moment où la mission de service public s'alourdit : la pandémie a donc d'abord éteint des incendies sociaux plutôt qu'elle n'en a rallumés. Des primes ont joué un rôle préventif en reconnaissant l'effort des soignants, au moins symboliquement. Il faut donc revenir en 2019, au mouvement des urgences pré-pandémique, pour analyser une mobilisation contestataire d'ampleur, de surcroît assez inédite. Comme souvent dans une forte mobilisation, des enjeux égalitaires, là aussi, refont surface, mettant en cause à la fois l'organisation du travail explicite et le rapport social implicite, les deux assignant une place subordonnée aux dominés socialement. Ce sera l'occasion de voir si un autre type d'organisations, les experts « ès contestation », autrement dit les responsables syndicaux, se sont montrés à la hauteur de la mobilisation contestataire.

Cet article repose donc sur deux acceptions de la mobilisation soignante, consensuelle et contestataire (Sainsaulieu, 2012). Après une période de mise en exergue sociologique du militantisme, grâce à une fécondation mutuelle des relations professionnelles et des mouvements sociaux, il nous semble heuristique de réinvestir davantage la spontanéité (Snow, Moss, 2014 ; Péchu, 2020 ; Sainsaulieu, 2020). Il y a certes une interrelation entre militantisme et spontanéité, comme il faut du ciment et des briques pour faire un mur, mais le ciment a moins retenu l'attention que la brique (militante), dont on a investi carrières, capitaux ou ressources, positions, intéressement au désintéressement, stratégies, convictions, voire désengagement. Il faut pourtant aussi porter attention à l'événement, au surgissement spontané, aux improvisations disruptives ou innovantes, aux relations égalitaires provoquées par ces moments démultiplicateurs d'interactions. Dans cette perspective, nous situons le propos à la croisée de

la sociologie du travail, des relations professionnelles, des mouvements sociaux et des organisations. Des similitudes existent, notamment entre les enjeux sociaux de l'organisation du travail et ceux du fonctionnement du syndicalisme. Nous établissons donc un parallèle entre des élans soignants bidimensionnels et les obstacles rencontrés dans un univers bureaucratique fortement hiérarchisé, aux composantes administratives et syndicales<sup>1</sup>.

### *Une méthodologie documentaire et qualitative*

Nous nous appuyons sur un ensemble d'enquêtes dans le secteur hospitalier, public et privé (Castra, Sainsaulieu, 2020)<sup>2</sup>. Réactivant nos réseaux, nous avons pu réaliser en sus 11 entretiens, dont 10 en décembre 2020 : deux infirmières anesthésistes, une aide-soignante en soins palliatifs, une infirmière aux urgences retraitée, un infirmier en pneumologie, une infirmière en psychiatrie, une infirmière en réanimation, deux infirmières d'un EHPAD public, une spécialiste des EHPAD. Il s'agit pour la plupart de soignantes expérimentées, quatre ayant même eu des mandats syndicaux locaux (SUD et UNSA).<sup>3</sup>

Ces onze entretiens semi-directifs (de 3/4 h chacun) ont été réalisés par zoom et ont porté spécifiquement sur les conditions de travail, les interactions avec les patients, les collègues et la hiérarchie durant l'année 2020. Les personnes interrogées travaillent au sein d'un CHU, d'un hôpital psychiatrique et d'un EHPAD, tous trois dans l'Est de la France, région la plus touchée par la pandémie (lors des deux premières vagues)<sup>4</sup>. Une grande part des soignants hospitaliers a été mobilisée, au volontariat, hors de son service d'affectation vers les « services covidés », la réanimation, la post-réanimation ou les soins palliatifs.

### **« On a bossé comme des fous » : l'engagement soignant et la hiérarchie**

Le système hospitalier a fait l'objet de trois mesures pour mobiliser du personnel soignant et faire face à la charge de travail supplémentaire : déplafonnement des heures supplémentaires, pour allonger le temps de travail des personnels de la fonction publique hospitalière ; réaffectation des personnels dans les établissements en fonction des besoins, déjà prévue par le plan d'urgence sanitaire (le plan blanc, déclenché en mars 2020) ; intégration de diverses catégories de personnels, professionnels libéraux, étudiants, soignants et médecins retraités, professionnels étrangers (Gay, Steffen, 2020). Des mesures financières sont consenties en contrepartie de l'effort demandé, pour les médecins et les soignantes<sup>5</sup>. Les propos recueillis lors des entretiens ont fait état d'un sentiment de vivre un moment d'exception, comme dans l'expérience d'un mouvement social, remettant en cause les rapports sociaux locaux sans les contester pour autant explicitement.

### *Le sursaut égalitaire face à l'inconnu*

---

<sup>1</sup> Nous reprenons aussi des éléments résumés de deux articles à paraître fin 2021 : « Démobiliser les soignantes ? Logiques spatiales, organisationnelles et institutionnelles à l'hôpital », *Espace et société* (avec Déborah Ridet) ;

<sup>2</sup> « Overmobilization, poor integration of caregroups », *Forum for Social Economics*.

<sup>3</sup> L'auto-référencement nous permet d'appuyer les 11 entretiens sur nos enquêtes antérieures.

<sup>4</sup> Le 11<sup>ème</sup> entretien avec Hugo Huon est évoqué plus loin. Pour l'accès au terrain, nous avons utilisé la voie institutionnelle (sans résultats) et la voie interpersonnelle. Nous avons dû essuyer un refus de terrain partiel pour la seconde, nombre d'aides-soignantes ne donnant pas suite.

<sup>5</sup> F est infirmière depuis 2011, dans l'EHPAD depuis 2012. Elle est syndiquée à l'UNSA. Avec sa collègue elles connaissent bien les patients et les accompagnent « jusqu'au bout ».

<sup>6</sup> Pour ces dernières une prime covid (jusqu'à 1 500 euros en zone sinistrée) est accordée puis, suite aux accords négociés au « Ségur de la santé », en juillet 2020, une augmentation de salaire (180 euros pour une infirmière spécialisée).

L'impact du covid et le sursaut collectif que nous évoquons n'ont pas été ressentis partout. Ainsi, dans l'hôpital psychiatrique, l'infirmière interrogée n'a pas vécu une « période de solidarité exceptionnelle », malgré « de bons moments » (L<sup>6</sup>). Dans les deux autres établissements (CHU et EHPAD), les services non covidés<sup>7</sup>, comme les urgences, ont pu même connaître une baisse de la charge de travail par moments (CR)<sup>8</sup>. Le contraste est parfois fort entre services covidés et non covidés : « *on avait l'impression de ne pas vivre dans le même hôpital* ». Ainsi, en psychiatrie : « *en réunion d'instances paritaires, un médecin chef de service se plaignait de pas avoir de soignants pour les repas thérapeutiques... alors que nous on était dans du somatique, de l'urgence vitale* » (L).

Dans les services covidés, un sentiment égalitaire se développe. Tout est inconnu (« *avec des gens, en des lieux et face à une maladie inconnus* ») et l'inconnu met tout le monde devant ses limites, à égalité devant la mort. M. décrit ainsi des « *moments forts le soir à la relève* », quand dix personnes du jour partent et dix autres de nuit arrivent : « *On ne se connaissait pas et on partageait les expériences de la journée ; les gens mourraient comme cela, on ne comprenait pas, les patients n'avaient pas de douleur, pas de gêne, ils étaient fatigués avec une température modérée. Tout d'un coup ils prenaient un incroyable profil clinique, ils devenaient en difficulté respiratoire, avec de fortes diarrhées, mais sans se plaindre de rien. On était déstabilisés : on voyait qu'ils chutaient, mais on n'avait pas vu venir* » (M<sup>9</sup>).

Ce partage émotionnel conforte une égalité de conditions, les échanges et le partage des tâches. En EHPAD, des infirmières autorisaient les aides-soignantes à administrer les médicaments, ou encore à utiliser le thermomètre pour prendre la température. « *On n'avait plus d'étiquettes ni de grades, on faisait tous la même chose* ». En pneumologie, le partage des tâches intervient particulièrement après la première vague : « *On a eu une semaine de battement, on était toutes là, soignantes et agents de service, pour faire le ménage avec un esprit très... on était contentes de se retrouver et on pensait tourner la page. On a relâché la pression* » (A<sup>10</sup>).

S'y ajoute le sentiment de l'évanouissement du rapport hiérarchique durant la première vague. « *On n'est pas emmerdés, les cadres sont à notre écoute* » (M).

« *Pendant le covid on était tous solidaires et tout ce qui est du domaine DRH et direction on les a sentis empathiques, on nous félicitait, il n'y avait plus de hiérarchie. On ne voyait pas les cadres, que par mail, ils étaient dans leur bureau et ils avaient des réunions pour redéployer les gens* » (V<sup>11</sup>). L'aplatissement des grades ne serait pas complet s'il n'incluait pas la domination symbolique des médecins : « *On a eu des moments de rapprochements, des ASH parlaient avec des médecins, il y avait une communion entre les grades* ».

Cette configuration s'accompagne d'un intense sentiment de satisfaction au travail, de réalisation de son métier, malgré le côtoiement de la mort : « *Là j'ai eu deux décès en trois soirs et je dois dire que je suis sorti épanoui de mes trois soirs. On avait bien travaillé, on a pu appeler les familles* » (M). La satisfaction est indissociable du sentiment d'apprentissage professionnel : « *on a appris à se connaître et on a fait des choses inédites* » (C). Sur le plan collectif, c'est l'expérimentation d'une plus grande autonomie professionnelle. En soins

---

<sup>6</sup> L est infirmière psychiatre, diplômée en 1991. Elle compte 28 ans de psychiatrie, en hôpital psychiatrique. Elle a été partout en renfort en 2020, notamment auprès des patients chroniques psychotiques, service le plus difficile et le plus covidé.

<sup>7</sup> Un service dit « covidé » est un service entièrement dédié aux personnes covidées durant la pandémie.

<sup>8</sup> CR, récemment retraitée, est parfois rappelée pour reprendre du service. Longtemps infirmière aux urgences, elle a passé 20 ans au CHU et a été secrétaire du syndicat Sud. Elle nous a ouvert le terrain.

<sup>9</sup> M est infirmier en pneumologie, avec un mandat syndical (Sud) à mi-temps. Il a 20 ans d'ancienneté.

<sup>10</sup> A est infirmière avec cinq ans de métier, dont deux en pneumologie.

<sup>11</sup> V est infirmière anesthésiste au bloc, avec dix ans de métier.

palliatifs, « *les médecins ne rentraient qu'à notre demande* » (SP<sup>12</sup>). L'équipe paramédicale est très isolée du fait des mesures de protection mais aussi très autonome, « *on a dû tout réinventer notre fonctionnement* », notamment les mesures d'hygiène, la gestion des poubelles. Une habitude de discuter « *au fil de l'action* » se crée et « *on s'appelle pour rentrer ensemble* ».

Cette dynamique collective exceptionnelle repose parfois sur des antécédents. Dans l'expérience de certains soignants, « l'équipe » est toujours synonyme d'entraide au quotidien, par contraste avec d'autres services. « *Avant j'étais au pool de remplaçantes, j'ai vu la différence, ce n'est pas la même ambiance dans l'autre service de pneumologie axé sur les soins palliatifs. En cardiologie, pareil, je n'ai pas senti spécialement... En chirurgie cardiaque, il n'y avait pas une très bonne ambiance non plus. On entend des commérages...* » (A). En soins palliatifs, un substrat collectif préexisterait aussi, basé sur une grande écoute. « *On est déjà une équipe assez autonome. On n'est pas dans l'exécution, on est dans l'échange avec les médecins et les cadres (...). On ne fait pas le même métier aux soins palliatifs* » (SP).

Par contre, elle n'est pas toujours synonyme d'ouverture d'esprit. Le déplacement dans un autre service est souvent une gageure, comme pour les équipes mobiles intra-hospitalières (Castra, Sainsaulieu, 2020). Les soignantes déplacées en réanimation trouvent ainsi un service très technicisé et une tension se crée autour de l'expertise requise. Une équipe locale, « assez jeune », moins qualifiée, se voit dans la situation gênante d'être conseillée par des intervenants extérieurs plus experts (« *Il y avait plein de matériel qu'ils ne connaissaient pas. Il fallait leur expliquer des trucs* » - C<sup>13</sup>).

### *La hiérarchie souffle le chaud et le froid*

Le rapport à la hiérarchie a été beaucoup évoqué lors de nos entretiens. On doit rappeler ici le profil particulier de notre petit lot d'enquêtés, dont la moitié est très expérimentée et syndiquée. Ils s'autorisent sans doute plus que la moyenne à juger leur hiérarchie. Cependant, c'est aussi l'occasion de faire ressortir des éléments d'analyse.

Si la plupart des cadres sont jugés « bons cadres » (« *les ¾ des cadres de proximité* », selon L., en psychiatrie), il suffit d'un cadre maltraitant pour empoisonner l'atmosphère. Ainsi, en psychiatrie, un cadre « docteur en communication » a été enregistré à son insu en train de hurler pendant une demi-heure sur un préparateur en pharmacie. « *On devient vite incompetent quand on ne sait pas rester proche de son équipe* » (L).

La hiérarchie a soufflé le chaud et le froid dans l'épisode covid. Au printemps, l'attitude attentionnée des uns a été saluée, voire leur effacement, permettant plus d'autonomie. Par contre, le grief porte sur les incohérences des consignes données, parfois contradictoires entre le matin et le soir, notamment en matière de port des masques ou de mesures d'hygiène. La hiérarchie aurait expliqué aux soignants qu'ils ne craignaient rien sans masque, pour justifier le manque de masques : « *ils ne voulaient pas les donner pour respecter les consignes nationales* » (L). D'autre part, la durée de mission en service covidé n'est pas limitée lors de la première vague : de ce fait, certains n'ont pas travaillé pendant deux mois, tandis que d'autres étaient sur-mobilisés dans le même temps.

Mais les griefs soulignent surtout un retour à la normale après la première vague. Dans plusieurs services, le découragement des personnels, les arrêts maladie des soignantes plus forts lors de la seconde vague sont attribués à l'encadrement. La critique porte sur le retour parfois brutal de la différenciation hiérarchique. Ainsi, au bloc opératoire, l'encadrement a jugé opportun de changer l'organisation du travail après la première vague, en mettant en place un bloc opératoire polyvalent. Cette réorganisation est « douloureuse » pour les soignantes, le

---

<sup>12</sup> SP est aide-soignante en soins palliatifs depuis dix ans. Elle a travaillé avant aux urgences, aux soins intensifs en neurochirurgie... Elle a 25 ans de métier et un mandat syndical à SUD.

<sup>13</sup> C, infirmière anesthésiste, a 20 ans de métier, en alternance au bloc et aux urgences.

contraste difficile à accepter entre l'effort demandé face au covid et l'absence de consultation des personnels en retour. Certaines perdent une partie de leur métier, car elles doivent renoncer à une spécialité : « *le vasculaire me manque. Si je n'utilise pas tel ou tel outil, après je perds la compétence* » (V). De plus, elles sont souvent obligées de travailler avec des médecins qu'elles ne connaissent pas et donc il faut tout le temps s'expliquer, voire expliquer au médecin, au lieu de se comprendre instantanément : « *une fois ça va, mais sinon c'est épuisant* » (C).

Un mépris de la direction est même perçu en soins palliatifs et en gériatrie. « *Ils ne disent pas la vérité (...) Il fallait nous expliquer les choses, avouer la pénurie. Mais il n'y a pas eu d'honnêteté, comme toujours vis-à-vis des personnels* » (SP). En gériatrie, il fallait s'habiller ou non en tenue de protection pour chaque chambre, car les patients covidés étaient dans le même bâtiment. « *Elles étaient plus qu'épuisées. On ne faisait pas confiance à leur analyse, les médecins ne prenaient pas en compte leur avis. Les gériatres étaient là mais ils n'écoutaient pas, comme d'habitude, mais cela a été amplifié, il y a eu une exacerbation des fonctionnements antérieurs. (...) Du fait de cette colère des soignants, les collègues ont été dispatchées dans différents services* » (SP).

La colère gronde lors de la seconde vague. Les augmentations de salaire prévues pour l'année 2021 sont même avancées au mois de septembre 2020. Lors de la troisième vague, des mouvements reprennent, d'infirmières anesthésistes puis d'infirmières de bloc, au sein de collectifs *ad hoc* inspirés par le précédent des urgences.

## **Auto-organisation et représentation syndicale**

Le mouvement des urgences et le Collectif inter-urgences (CIU) ont créé un précédent, ou renoué sans le savoir avec la forme coordination infirmière. A nouveau, des femmes ont affirmé leur capacité à se constituer en « sujet social », à mettre en avant le côté relationnel du soin, dans un rapport indissociable entre le contenu et la forme autogérée (Kergoat, 1992), même si le CIU revendiquait plutôt une amélioration du métier par la revalorisation des salaires et la titularisation des infirmiers précaires, ainsi que par un arrêt de la suppression des lits. Cette structure, née du mouvement des urgences, est typique de structures auto-organisées qui fleurissent parfois au cours de luttes salariales, pour dépasser ou repousser les limites du syndicalisme (Gourgues, 2017 ; Sainsaulieu, 2020), en se tenant à l'écart d'une forme syndicale jugée « trop rigide » (Kergoat, 1992).

### *L'assignation des grévistes : censure ou autocensure ?*

Il est rare que le personnel paramédical des services d'urgence se mette en grève. Le personnel soignant gréviste est assigné à son poste, parfois très en amont, pour le maintien d'un effectif minimal assurant la continuité du service. Mais de nombreux volets sociaux modulent cet interdit.

D'abord, un service d'urgence est « en effectif minimum permanent », du fait du manque de personnels. L'organisation d'un mouvement de grève suppose du temps, des rencontres et de la coordination entre les soignant-e-s. Or, un *turn over* important empêche la mise en place d'une sociabilité professionnelle durable<sup>14</sup>, comme en témoigne cette soignante dans un livre écrit par un animateur du collectif inter-urgences.

---

<sup>14</sup> D'après nos enquêtés, il faut en moyenne cinq ans avant d'être stagiaire pour devenir titulaire. La plupart des soignants ne savent pas quand ils seront fonctionnaires, ils tiennent de leur DRH que leur ancienneté sera ensuite rattrapée quand ils le seront devenus, grâce à la validation des acquis. La situation à l'APHP est réputée plus « réglo » pour la période de pré-embauche comme pour le paiement des heures supplémentaires (« *ils te titularisent au bout d'un an, t'es stagiérisé d'emblée* » - Huon, entretien, juin 2021).

« On ne fidélise plus le personnel ni avec le contrat ou la titularisation, encore moins avec le salaire. C'est aussi une façon d'éviter, pour la direction, que le personnel ne se mobilise, car plus vous restez dans le service, mieux vous le connaissez, plus les équipes sont soudées et vous êtes capable d'identifier les dysfonctionnements, de réclamer des changements » (Bleuenn, aide-soignante, in Huon, 2020, p. 234<sup>15</sup>).

Ensuite, les grèves aux urgences sont invisibles. Elles sont généralement courtes, localisées, aux causes changeantes : déménagement, réorganisation, violences, etc. Cet émiettement s'accompagne d'une timidité sociale du personnel paramédical, moins proche culturellement et socialement des journalistes que les médecins. Lors du mouvement des urgences en 2018, la séparation entre médecins et paramédicaux a persisté :

« Alors que le conflit était mené par des paramédicaux les huit premiers mois, [la ministre médecin] s'est toujours adressée aux médecins, accentuant le sentiment d'injustice sociale et de lutte de classes [...] » (Huon, 2020, p. 210).

Ainsi, le recours à la grève est un usage social différencié - médecins et cadres recourent plus facilement à la grève - contrairement à la loi, par principe égalitaire. De plus, l'interprétation de cette assignation reste individuelle, relative aux expériences antérieures et aux opinions.

La responsabilité juridique de la continuité des soins et du service public est également différenciée du point de vue de ses usages sociaux. La responsabilité de ce qui advient aux patients incombe, d'abord, à la direction de l'hôpital. D'ailleurs, elle prend parfois elle-même l'initiative de fermer un service d'urgences et d'orienter le public vers une autre structure.

La pratique de l'assignation rencontre donc surtout un *tabou* professionnel qui lui permet d'asseoir sa légitimité. Pour les soignant-e-s<sup>16</sup>, il est moralement difficile de penser abandonner les patient-e-s. L'auto-culpabilisation des personnels est d'ailleurs désignée du doigt par ceux qui font un apprentissage contestataire dans la grève.

Cela dit, à position subordonnée, travail imposé : assignation et sanction menacent d'abord les humbles. Aux pratiques d'autocensure, s'ajoute la peur de la répression par voie disciplinaire.

« Les représailles sont réelles : les mesures comme le blâme, le retard de titularisation, le harcèlement moral, la suppression des primes... auront fréquemment été utilisées au cours de ces derniers mois » (Huon, 2020, p. 311).

La pression est un registre connu, allant de la convocation d'une infirmière gréviste pour demande d'explication au chantage à la titularisation.

« Au moment de la grève, une collègue est venue manifester à l'hôpital, la cadre a fait une capture d'écran quand elle l'a vue à la télévision. Elle l'a adressée à la direction qui l'a convoquée. Comme c'est une contractuelle, la jeune fille a été dissuadée de continuer à suivre le mouvement si elle voulait être embauchée en CDI » (Claire, infirmière, *ibid*, p. 227-228).

*Mobilis versus immobilis : deux (sous) espèces d'homo ?*

La contestation soignante ne rencontre cependant pas comme seul obstacle ces rapports sociaux, vus ici dans leurs volets médiatiques et hiérarchiques. Il lui faut encore affronter son allié infidèle, l'appareil syndical.

---

<sup>15</sup> Ce livre est une commande éditoriale à son auteur, Hugo Huon. Des entretiens ont été réalisés par une experte désignée par la maison d'édition. Les témoignages ont été réunis à la sortie d'une AG, au cours de discussions informelles suivies de rendez-vous. L'experte a réuni des entretiens par région et l'auteur en a sélectionné des passages.

<sup>16</sup> Compte tenu de la présence très majoritaire des femmes dans le métier, il nous semble indiqué d'utiliser la forme inclusive pour les soignant-e-s.

Un entretien a été mis en ligne<sup>17</sup> sur le mouvement des urgences mené en 2019. Il a été réalisé par le sociologue Pierre-André Juven avec Hugo Huon, infirmier et président du CIU et Candice Lafarge, aide-soignante et porte-parole du CIU. Il permet de saisir sur le vif un décalage entre mouvement et syndicats, au-delà de la syndicalisation de certains membres du CIU et d'une nécessaire coopération (les syndicats déposent les préavis de grève).

Il apparaît d'abord que la majorité des syndicats entend garder le contrôle du discours sur l'hôpital, par exemple en provoquant des réunions pléthoriques avec une multitude de représentants syndicaux : « *ce qui a débouché sur des réunions à 40 personnes à l'AP-HP, qui n'ont abouti à rien* » (Huon, 2019).

Le décalage se voit dans le profil de ceux que nous nommons « militants du mouvement », catégorie indigène, utilisée notamment par les militants radicaux pour repérer justement « les nouvelles têtes » dans les mouvements. « *Des personnalités très riches, la plupart primo-militants* », de « *rare syndiqués* », résume Hugo Huon à propos du CIU. D'après un entretien plus tardif (Hugo Huon, 17-06-2021), ce dernier est sans expérience militante. Il a fait cinq ans de SAMU social, du fait d'une « orientation vulnérabilité », comme il dit. A 32 ans, il a sept ans d'ancienneté professionnelle dont six aux urgences. Avant son engagement dans le CIU, il est habitué à la lecture du *Canard Enchaîné*, mais non syndiqué. Ses premières discussions « politiques » intenses ont lieu pendant le mouvement, elles témoignent moins de ses prédispositions que de l'affrontement verbal avec des représentants d'institutions défavorables à l'initiative autogérée du CIU.

Il évoque ses proches collaborateurs primo-militants dans le CIU. Bleuen, 31 ans, cinq ans d'ancienneté, a joué un rôle moteur à Saint Antoine, victime d'une agression (par un patient) à l'origine du mouvement. Elle a été syndiquée tardivement pour se protéger, mais « sans culture militante ». Claire a 34 ans et dix ans urgences. Elle vit son premier mouvement avec le CIU, elle est non syndiquée. « L'équipe d'Annecy » était jeune et dynamique, très mobile pour monter à Paris, mais sans passé militant.

Pour autant, Hugo Huon ne rejette ni ne cache « la culture militante », dont il apprécie au contraire la (rare) présence, qui l'a aidé à s'orienter dans le mouvement. Il y a un bien une interrelation entre cette culture et la spontanéité (Snow, Moss, 2014), comme on l'a vu avec des infirmiers critiques de la hiérarchie. Toute culture n'est pas pour autant mouvementiste, ni tout militantisme prédisposé à la même « carrière », même si l'épreuve de l'immobilisme donne des envies d'*exit*. Bleuenn s'est effacée, vite victime d'une dépression. Huon s'occupe aujourd'hui d'un centre de vaccination, sans grand enthousiasme ni sans avoir gravi beaucoup d'échelons. La construction méticuleuse et laborieuse du réseau des urgences grévistes en province avait reposé sur deux personnes ressources, Béatrice et Fabrice. Béatrice, 38 ans, a travaillé dix ans aux urgences, elle a un master 2, mais elle se trouve après le mouvement « en difficulté de reconversion ». Fabrice, de Nantes, « est toujours très investi », fréquente les Economistes atterrés, avec un pédigrée FO oppositionnel (lambertiste). Il travaille dans une PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) à mi-temps, « orienté vulnérabilité » lui aussi. Samira, de la CNT, jeune et racisée, et disposant aussi d'une culture militante, travaille désormais en addictologie. Charles de Nantes, aide-soignant, 55 ans, 25 ans d'ancienneté, proche de LFI, est décédé d'un cancer. Nadine de Bordeaux, 45 ans, 20 d'ancienneté à l'hôpital, a une culture politique issue de sa socialisation antérieure à la CGT, mais elle porte un regard très critique sur le syndicat. Elle a été « poussée vers la sortie » de l'hôpital et travaille désormais comme infirmière dans une prison.

Le décalage entre le CIU et le « milieu syndical », distinct de la base salariale de référence (Sainsaulieu, 2014), ne réside donc pas dans la culture politique. Si, côté mouvement, la culture militante sert à court terme une certaine diversification horizontale des activités, la

---

<sup>17</sup> Source : [https://mouvements.info/lutte\\_interurgences/](https://mouvements.info/lutte_interurgences/) Consulté le 19/10/2020.



spontanéité n'emprunte pas pour autant l'ascenseur réservé à l'appareil. « *Les gens qui montent dans le syndicat, c'est à l'ancienneté plus qu'au mérite. Avec une culture politique faible* » (Huon, 2021). C'est l'absence d'envergure de ce milieu qui l'a tenu éloigné du syndicalisme. Sud a prêté une salle « le premier mois » et Olivier Youinou, secrétaire de Sud-APHP, est un « gros pedigree militant », « *sans commune mesure avec ce qu'on rencontre dans les syndicats* » (Huon, 2021)<sup>18</sup>.

Le contraste entre *homo mobilis* et *immobilis* se constate dans la méthodologie d'action. A commencer par la manière de compter, de mener l'enquête :

« *Les gens de l'APHP évoquaient le chiffre de 700 postes manquants, à partir du référentiel de SAMU Urgences France. Or, le collectif a [été] au-delà de cette revendication à partir d'un travail quantitatif et qualitatif, en partant du terrain, un travail sur les effectifs. C'est ça qui a montré notre légitimité. On a commencé à se démarquer comme ça des syndicats* » (Huon, 2019)

Ce travail de coordination passe par la construction d'un réseau. Les syndicats n'utilisent pas le leur, préexistant, pour le mettre au service du mouvement. Au contraire, le collectif dépend de sa capacité à construire ce réseau, qu'il doit constituer pièce par pièce, via un démarchage direct des équipes soignantes. Pour Candice Lafarge, « ce sont des heures et des heures au téléphone ».

Bien que sollicités au départ par le CIU, les syndicats ont vu cet *outsider* comme un rival. Une compétition s'installe, une lutte pour la « représentativité » au sein du mouvement, entre le collectif et les syndicats. Le collectif marque des points dans l'action :

« *Il y a eu une manifestation le 6 juin, ça a été un coup important parce qu'on a fait la manifestation au nom du collectif et ça a été une réussite, on s'est démarqué des syndicats. Eux ont fait une manifestation le 11 qui n'a pas trop bien marché. Donc là on pèse* » (Huon, 2019).

Cette compétition n'est cependant pas qu'horizontale, elle oppose un groupe de jeunes à des permanents éprouvés, adossés à un appareil et à une direction :

« *Attention, avec les gens de la base, dans les syndicats, ça se passe très bien. C'est vraiment au niveau des directions qu'on trouve que ça ne va pas* » (Huon, 2019).

Les directions syndicales évoluent dans une autre sphère : « *FO était très hostile au mouvement, la CGT a un peu évolué dans le mouvement. L'UNSA et la CFDT on ne les a pas vus. Mais ils étaient présents au Ségur...* » (Huon, 2021), contrairement au CIU, débouté de l'espace de la négociation. Le fossé entre militant-e-s du mouvement et représentants syndicaux oppose le terrain et la représentation, mais aussi un travail de mobilisation à un travail de démobilitation.

« *Personnellement je fatigue aussi. [...] Et puis ce qui me débecte le plus, c'est le côté panier de crabes notamment avec les syndicats et le gouvernement. Les « vous êtes bien gentils mais je ne peux pas », « j'ai mes enjeux individuels, et je veux être réélu l'année prochaine », gouvernement comme syndicat. Et en fait leur intérêt individuel prime sur la santé publique. Ça me dégoûte* » (Huon, 2019).

L'institutionnalisation du syndicalisme a connu des étapes historiques au sortir desquelles il apparaît comme ambivalent : d'un côté, avocat du travailleur ; de l'autre, « style de groupe » particulier (Eliasoph, Lichterman 2003), défendant ses intérêts, en partie autonomes par rapport à ceux de ses mandants (Sainsaulieu, 2017). Autrement dit, le syndicalisme n'échappe pas à la dynamique de professionnalisation qui marque le champ socio-politique, mais aussi à celle plus ancienne de la bureaucratisation, qui appauvrit ses ressources humaines.

Si le syndicalisme est bien implanté dans les services publics, les soignant-e-s sont faiblement syndiqué-e-s et militant-e-s (Kergoat, 1992 ; Sainsaulieu, 2008), ce qui n'empêche

---

<sup>18</sup> Le secrétaire de Sud AP-HP et l'actuel secrétaire de Sud Santé se sont socialisés au militantisme à Sud avec Régis Debut, ex militant de *Lutte Ouvrière*, leader syndical local aux pratiques autogestionnaires, dans l'hôpital phare des mouvements soignants (1980-2000) : le CHU Mondor, à Créteil.

pas le poids institutionnel du syndicat comme partenaire social. Dans un établissement public de taille respectable, on ne « *touche pas aux syndicats* », « *la direction ne s'en prend jamais aux personnels syndiqués* » croit savoir Claire, infirmière (in Huon, 2020, *op. cit.*, p. 226). Aux yeux des salariés en général, le syndicat reste cependant une force morale au service du collectif et un recours individuel face à la direction, en cas de problème (Sainsaulieu, 2014). Pour autant, ni son poids en interne, ni sa légitimité ne trouvent de traduction automatique dans l'action collective, aux côtés des militants issus d'un mouvement.

## Conclusion

### **Rationalité bureaucratique et dynamique sociale**

Pourquoi un double mouvement d'ampleur nationale, d'abord contestataire (aux urgences) puis consensuel (contre le covid), ne fait-il pas changer la politique du gouvernement ?

Cet article a montré comment des freins ont empêché la mobilisation de s'étendre hors des urgences, alors que c'était le souhait du CIU (entretien Huon, 2021). L'hôpital est une bureaucratie professionnelle, reposant sur la prise en considération d'une double rationalité administrative et médicale. Le concept de bureaucratie a aussi une double nature : principe d'ordonnancement rationnel et type de domination wébérienne, accru en l'occurrence par une logique de rentabilisation qui perdure. Par conséquent, la bureaucratie constitue à la fois un cadre organisé rationnel et un poids pour toute dynamique soignante.

Dans cet univers bureaucratique, l'institution syndicale ne fonctionne pas autrement, loin d'être faite pour le vol à voile dans la tempête, elle sert moins la mobilisation collective que les droits individuels. Le contraste est fort avec une mobilisation soignante multiforme, dans un continuum consensuel/contestataire, et il est renforcé par le ciblage budgétaire de la masse salariale de l'hôpital public, en lieu et place des prix de la médecine libérale et des médicaments (Bras, 2019). Il n'est donc pas question que les soignantes aient davantage de pouvoir.

Il peut paraître étrange qu'une domination rationnelle-légale ne se soucie pas de la sanction électorale. Mais, de ce point de vue, le gouvernement n'a pas rien fait. Il a veillé à la paix sociale, en convoquant un Ségur, en concédant des primes covid puis des augmentations de salaire. Les soignants ont apprécié, la population l'a vu sortir des deux épreuves de la grève et de la pandémie. Autrement dit, maintenir la paix sociale n'oblige pas à changer de politique – alors même que la pandémie a popularisé l'endettement public à grande échelle.

Plus généralement, les mouvements les plus profonds ont rarement des lendemains qui chantent. Qu'ont vécu en effet les manifestants, les années suivant le 14 juillet 1789 ? Les grèves de juin 1936 ? Les mobilisations pour les droits civiques ? Sans parler des communards, célébrés cette année... Mais, comme dit la chanson, « la Commune n'est pas morte », l'histoire enterrant parfois plus les empereurs que les esclaves crucifiés. Le mouvement social a sa temporalité propre et ses gains ne sont pas toujours matériels : ainsi, à sa longévité est corrélée la viabilité de la démocratie (Kadivar, 2018).

## Références bibliographiques

- Bras Pierre Louis (2019), « L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », *Les Tribunes de la santé*, 1(1), 109-117.
- Castra Michel, Sainsaulieu Ivan (2020), « Intervenir sur un autre territoire professionnel. Equipes mobiles et services sédentaires à l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 38-4, p. 47-74.
- Eliasoph Nina, Lichterman Paul R. (2003), "Culture in Interaction", *American Journal of Sociology*, 108(4), 735–794.
- Gay Renaud, Steffen Monika (2020), « Une gestion étatique centralisée et désordonnée », *Chronique Internationale de l'IREES*, vol. 171, no. 3, p. 122-138.
- Huon Hugo (2020), *Urgences. Hôpital en danger*, Paris, Albin Michel.
- Gourgues Guillaume (2017), « Occuper son usine et produire : stratégie de lutte ou de survie ? La fragile politisation des occupations de l'usine Lip (1973-1977) », *Politix*, 117-1, p. 117-143.
- Kadivar Mohamad Ali (2018), "Mass Mobilization and the Durability of New Democracies", *American Sociological Review*, 83-2, p. 390-417.
- Kergoat Danièle dir. (1992), *Les infirmières et leur coordination*, Paris, Lamarre.
- Péchu Cécile (2020), « Spontanéisme », *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Fillieule O., Mathieu L., Péchu C. edit., SciencePo Les Presses, p. 517-524.
- Sainsaulieu Ivan (2003), *Le malaise des soignants. Le productivisme de soin à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales.
- (2007), *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Belin.
- (2008) "Le syndicalisme à l'hôpital. Sociologie d'une insatisfaction", Dossier Syndicalisme et santé, *Les Tribunes de la santé*, n°18, p. 83-94.
- (2014), « Retour sur la notion de 'base syndicale'. Le milieu de la CGT des banques en tensions », *L'Homme et la Société*, n°193-194, juin-décembre, p.13-41.
- (2012), « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? », *Revue française de sociologie*, 53-3, p. 461-492.
- (2017), *Conflits et résistances au travail*, SciencesPo Les Presses, coll. « Contester »
- (2020), *Petit bréviaire de la lutte spontanée*, Le Croquant, Vulaines-sur-Seine.
- Snow David A., Moss Diana (2014), « Protest on the Fly: toward a theory of Spontaneity in the Dynamics of Protest and Social Movements », *American Sociological Review*, vol 79, n° 6, p. 1122-1143.