

**Note d'information
du Centre d'études
et de recherches
sur les
qualifications**

ARCHIVES



n° 36

30 août 1976

LES EMPLOIS DE LA SANTÉ

Cette note d'information présente les résultats d'un ensemble d'études portant sur l'évolution des qualifications des emplois de la santé et leurs déterminants (1). Il faut les rattacher aux autres études sectorielles réalisées par le CERECQ (2) et à la préparation du Répertoire Français des Emplois.

Cette préparation avait pour objectif de préciser les structures essentielles du système de santé et d'analyser les principaux facteurs déterminant le volume, la répartition et le contenu des emplois, afin de conduire avec pertinence les observations dans ce secteur si complexe.

Les études dont il est rendu compte comportent par rapport aux autres études sectorielles une double spécificité (2).

1. Le CERECQ aborde, avec les métiers de la santé, l'analyse de l'emploi dans un secteur très différent tant de la production industrielle que des activités tertiaires à prédominance administrative. Ce sont en effet les problèmes de l'emploi et de l'organisation du travail dans les fonctions collectives destinées à répondre à des besoins sociaux qui se trouvent visés, et notamment par le biais de métiers dont la définition comporte une part réglementaire importante.

2. L'utilisation des sources d'informations existantes, statistiques ou bibliographiques, précédant de nombreuses enquêtes sur le terrain dans toutes les catégories possibles d'unités de soins a occupé une place centrale dans le déroulement de l'étude.

La méthode ainsi employée aussi bien que le but recherché dans ces études préliminaires ne permettent pas d'aboutir à une définition fine des emplois de la santé et notamment de leur contenu. Cet objectif est celui assigné aux enquêtes du Répertoire Français des Emplois. Mais, tout en apportant une information générale importante sur ce groupe d'emplois particulier, son apport principal demeure l'élaboration des outils méthodologiques nécessaires à l'analyse des emplois de la santé. En effet les outils utilisés pour l'analyse des emplois dans les autres secteurs (produits, établissement, etc.) ou les typologies utilisées dans le secteur de la santé à d'autres fins que l'analyse des emplois se révélaient nettement inadéquats à l'objectif poursuivi.

On distinguera donc dans cette note :

- une description générale de la répartition et du contenu des emplois de la santé aboutissant à des typologies ;
- une analyse des évolutions qui ont conduit à l'état actuel de la division du travail dans ce secteur.

(1) Ces études ont été confiées au département P.C.R. de l'Institut de Recherche Economique et de Planification (Université des Sciences Sociales de Grenoble) et poursuivies en 1973 et 1974.

J. Blanc et J. Dumoulin : « Les métiers de la santé ». Convention CERECQ n° 72-12 C.

Note n° 1 : « Typologie des agents économiques concourant à la formation santé ».

Note n° 2 : « Informations statistiques disponibles sur le personnel des services de santé ».

Note n° 3 : « Test d'analyse des données statistiques sur la région Rhône-Alpes facteurs explicatifs des structures et contenus d'emplois ».

J. Dumoulin et M. Weill : « Recherche d'une classification des unités de soins ». Convention CERECQ n° 73-09 C.

J. Dumoulin : « Les métiers de la santé. Modalités de la division du travail dans les unités de soins ». Convention CERECQ n° 74-14 C.

(2) Voir notes d'information n° 31 : « Les études sectorielles sur la chimie et la mécanique » et n° 25 : « Etude des emplois dans le tourisme ».

I. — LES EMPLOIS DE LA SANTÉ

Quels sont les emplois que l'on peut définir comme appartenant au secteur de la santé ?

On peut retenir pour cette définition plusieurs critères en fonction de l'objectif poursuivi :

- la qualification des emplois eux-mêmes : on retiendrait ainsi comme champ d'observation l'ensemble des emplois à qualification sanitaire quel que soit l'établissement ou le mode d'exercice ;
- la nature des établissements dans lesquels l'activité professionnelle est exercée : on pourrait alors retenir l'ensemble des emplois exercés dans des établissements sanitaires.

Comme pour d'autres groupes d'emplois l'une ou l'autre optique peut se concevoir. Ainsi, les emplois sans qualification sanitaire peuvent être spécifiés pour la fonction de l'établissement dans lequel on les exerce ; mais par ailleurs la plus grande partie des emplois à qualification sanitaire se trouve dans les établissements de soins.

Pour ces raisons nous avons circonscrit le champ de l'étude par référence à la nature sanitaire de l'établissement dans lequel l'activité professionnelle est exercée.

A l'intérieur de ces établissements, l'ensemble des emplois a été observé, à l'exclusion toutefois des emplois administratifs et de gestion (non spécifiques au secteur), et des professions médicales (médecins, pharmaciens, dentistes), dont l'étude doit être reprise ultérieurement par le Centre.

Après avoir donné un bref aperçu de la structure nationale des emplois à qualification sanitaire, on distinguera pour l'analyse :

- les structures d'emploi, où les activités sont considérées comme suffisamment définies par l'intitulé des catégories ;
- les contenus d'emplois de la santé, dont l'analyse nuance considérablement le sens des résultats précédents.

I-1. — LA STRUCTURE DES EMPLOIS DE SANTÉ

Observons d'abord les proportions existant au niveau national entre les différentes catégories de personnel de santé et leur évolution, puis les variations qu'elles peuvent subir en les analysant au niveau des établissements et des unités de soins.

a) Au niveau national on observe entre 1964 et 1973 une forte augmentation du personnel non médical et para-médical des hôpitaux (1). Ainsi les effectifs de ce personnel dans l'ensemble des hôpitaux généraux publics passent de 180.000 en 1964 à 340.000 en 1973 soit une augmentation de près de 90 % en neuf ans. Tandis que peu de bouleversements sont survenus dans la structure du personnel hospitalier.

(1) Le terme de personnel médical est réservé aux médecins, pharmaciens, internes et externes, celui de para-médical aux infirmières, aides-soignantes et sages-femmes.

Tableau n° 1.

**Évolution de la structure du personnel hospitalier non médical
de 1964 à 1973.**

Catégorie du personnel	En pourcentage du personnel total	
	au 1 ^{er} décembre 1964	au 1 ^{er} décembre 1973
— Agents des services hospitaliers (A.S.H.) ..	24,6	22,7
— Infirmières	22,2	20,5
— Aides-soignantes	19,4	20,2
— Personnel des services généraux	18,3	17,8
— Personnel de direction et administratif	6,6	9,5
— Personnel des laboratoires d'électro-radio- logie et pharmacie	4,4	4,5

Sources : D'après « Santé et sécurité sociale : statistiques et commentaires » - Juillet-Août 1975, n° 4, Tome A.

• *Les mouvements les plus notables concernent : d'une part le personnel de direction et administratif dont la part relative augmente de moitié et, d'autre part, un certain tassement de la proportion des agents des services hospitaliers (agents de services) et dans une moindre mesure du personnel infirmier.*

• *Pour le personnel infirmier, dont le rôle est essentiel dans la fonction soignante, on observe deux périodes très nettes dans la progression des effectifs en activité : entre 1965 et 1971 ils croissent en moyenne de 3,5 % par an, alors que de 1971 à 1974 ce taux atteint 11 %. Il est remarquable de noter que, parallèlement, pendant la période 1965-1970, les effectifs de nouveaux diplômés ont progressé au rythme de 14,5 % l'an et que, par contre, ils ont stagné entre 1970 et 1973. Le rapprochement de ces deux évolutions laisse à penser qu'un changement est intervenu en 1970-1971 dans le comportement du personnel infirmier devant l'emploi.*

b) **Les établissements ne paraissent pas constituer, en tant que tel, un niveau d'analyse pertinent :**

- la taille, le type d'architecture et le statut juridique des établissements (publics ou privés) ne semblent pas influencer la structure des emplois ni non plus leur effectif par lit, bien qu'on observe cependant que les infirmières sont partiellement remplacées par des aides-soignantes dans les établissements de soins de base ;
- l'effectif par lit est fortement influencé par la place de l'établissement dans la hiérarchie qu'établit la carte hospitalière : ainsi l'effectif total par lit passe de 0,54 dans un hôpital ordinaire aux alentours de 1 dans les cliniques privées et le Centre Hospitalier Régional de l'échantillon et à 1,58 dans un établissement spécialisé faisant partie d'un C.H.R.

Le rapprochement de ces deux observations nous montre que ce sont la nature des soins apportés et des techniques utilisées, donc le degré et la nature de la spécialisation qui sont en jeu. **Beaucoup plus que les établissements, ce sont les unités de soins qui peuvent constituer le cadre adéquat de l'étude des emplois de santé.**

c) **Les structures d'emplois varient fortement en fonction des unités de soins.**

1. *La constitution d'une typologie d'unités de soins adéquate à l'étude des emplois est un problème déterminant et délicat.* Plusieurs critères ont été retenus. Ils ont été regroupés en deux séries qui ont été croisées pour aboutir à la typologie souhaitée.

Une première série se rapporte à la discipline médicale, qui peut, elle-même, être relative à un organe (cardiologie), à un processus pathologique (cancérologie), ou encore à une catégorie de population (pédiatrie, gériatrie); une seconde série de critères est relative à la nature, à la variété et à l'intensité des soins pratiqués; on distinguera ainsi par exemple une unité médico-sociale, un service non spécialisé, un service « élément d'une chaîne de soins » (service de réanimation), un service « de pointe »...

(Cf. tableau n° 2 page suivante.)

2. *L'analyse des structures d'emploi suivant les groupes d'unités de soins donne les résultats réunis dans le tableau 3.* Pour ce faire, nous avons agrégé les unités de soins en trois catégories: les unités d'hospitalisation courante, les unités d'hospitalisation intensive (blocs chirurgicaux, soins intensifs et spécialités coûteuses), les unités de soins ambulatoires (hospitalisation à domicile et unités de consultation externe).

Tableau n° 3.

Structure des emplois suivant le type d'unité de soins.

	Hospitalisation courante	Hospitalisation intensive	Soins ambulatoires
— Surveillantes	4,9	5	4,9
— Infirmières D.E.	29	35	32
— Infirmières spécialisées et sages-femmes	2,5	8,5	0
— Aides-soignantes	26,5	23	17
— Agents des services hospitaliers, des services intérieurs	28,5	23,5	15
— Autres	8,6	5	11,1

On constate ainsi que, par rapport à la structure des emplois dans les services d'hospitalisation courante, dans les unités d'hospitalisation intensive des infirmières et infirmières spécialisées sont substituées aux aides-soignantes et surtout au personnel de service.

Cette tendance est encore plus forte dans les unités de soins ambulatoires, où on doit cependant noter qu'elle s'exerce exclusivement en faveur des infirmières non spécialisées alors que les infirmières spécialisées disparaissent complètement.

3. *La quantité de personnel par lit d'hospitalisation varie fortement dans un même établissement et pour une même spécialité en fonction de la nature et de l'intensité des soins.*

Ainsi elle peut doubler dans une unité de chirurgie d'enfants par rapport à l'unité de médecine correspondante, et même sextupler dans une unité de soins intensifs.

Tableau n° 2.

Typologie des unités de soins.

Domaines pathologiques caractéristiques	Traumatologie (accidents)	Cardiologie (cœur)	Cancérologie (cancer)	Néonatalogie (naissance)	Gériatrie (vieillesse)	Psychiatrie (folie)
I. — Unités médico-sociales.		Maison de retraite.			Foyers, maisons de retraite, aide à domicile, etc.	
II. — Dispensaires.					Centres de soins.	Dispensaires d'hygiène mentale.
III. — Hospices et chroniques.		Hospices et maisons de cure médicale.			Hospices et maisons de cure médicale.	Hospices.
IV. — Services non spécialisés (une discipline).	Chirurgie générale.	Médecine générale.	Médecine et clinique générale.		Médecine générale.	
V. — Orientation vers un problème de santé.	Traumatologie générale.	Services de cardiologie peu modernes.	Certains services de chirurgie ou de médecine.	Maternité moyenne.	Services de gériatrie.	Services de psychiatrie de toutes sortes.
VI. — Un élément dans une chaîne de soins.	SAMU (ramassage). Pavillon d'urgence (accueil, tri), réadaptation.	Réanimation, soins intensifs, exploration fonctionnelle, réadaptation.	Radiothérapie « légère ».	Prématurés maternités modernes.		
VII. — Un gros équipement.	Réanimation traumatologie orthopédie.	Chirurgie cardiaque « simple », exploration plus complexe.	Hématologie.	Réanimation néonatale.		
VIII. — Equipes nombreuses en personnel de haut niveau.	Neuro-chirurgie orthopédie infantile, grands brûlés.	Techniques de pointe rodées.	Radiothérapie « lourde ».	Rares services de néonatalogie.		
IX. — Soins de pointe avec recherche collective (grands programmes).		Unités effectuant des opérations à cœur ouvert.	Certaines unités des centres anticancéreux.			

Les variations sont par contre relativement faibles entre unités de spécialités médicales différentes, mais pratiquant des soins de même nature (médecine ou chirurgie) et de même intensité : ces variations sont en général inférieures à 50 %. Encore peut-on penser que la différence de nature de la spécialité reflète sans doute une différence dans l'intensité des soins.

On doit cependant s'interroger sur la mesure selon laquelle la structure des emplois reflète effectivement la répartition des tâches. C'est ce que l'analyse du contenu des emplois va nous permettre d'examiner.

I-2. — RÉPARTITION DES TACHES ET CATÉGORIES STATUTAIRES

Une particularité des emplois de santé est que leur contenu est réglementé pour chaque catégorie de personnel : la profession d'infirmière est définie par le fait de donner « habituellement (...) des soins prescrits ou conseillés par un médecin » (1) ; celle d'aide-soignante par le fait « qu'elles ne peuvent donner, sous le contrôle et la responsabilité des infirmières diplômées d'état ou autorisées que des soins d'hygiène générale à l'exclusion de tout soin médical » (2) ; les agents des services hospitaliers sont chargés des travaux matériels dans les services de malades et dans les services d'hospice et de maternité « et ne doivent en aucune façon participer aux soins dispensés aux malades et aux hospitalisés » (2).

Cette définition statutaire des emplois ne rend pas inutile une étude plus approfondie, car elle laisse subsister d'importantes variantes entre les situations au travail concrètement observées.

a) La définition statutaire des emplois permet plusieurs modes de répartition des tâches entre catégories.

Le degré observé de recouvrement des domaines d'intervention entre catégories dépend de plusieurs phénomènes : capacité plus ou moins grande d'organiser le travail en fonction des qualifications de chacun, plus ou moins grande pénurie de personnel, volonté ou non de laisser au personnel une marge d'initiative dans son travail, existence ou non de catégories de personnels spécialisés (intendantes, secrétaires, hôtesses, brancardiers...), du taux d'encadrement (surveillantes), capables de faire respecter la définition théorique de la répartition des tâches.

En fait, entre les deux catégories les plus nombreuses, infirmières et aides-soignantes, dont on peut observer dans le tableau 4 la répartition des tâches, la division du travail est la suivante : si on regroupe les différentes tâches en soins techniques (médicaux), soins d'entretien ayant pour but de répondre aux besoins vitaux des malades (manger, respirer, excréter...) et activités de soutien (administration, nettoyage, transports...) on s'aperçoit que les aides-soignantes participent à la réalisation de certains soins techniques, effectuent de manière prépondérante les soins d'entretien et participent aux activités de soutien.

(1) Loi du 8 avril 1948.

(2) Décret n° 70-1186 du 17 décembre 1970.

Tableau n° 4.

**Répartition réelle des tâches dans les unités de soins
entre infirmières et aides-soignantes.**

1° groupe de tâches : infirmières seules.	
— Contrôle des soins.	— Agraphes, fils.
— Fiches d'examens.	— Tubages, ponctions.
— Transmission des résultats d'examen.	— Sondages, perfusions.
— Demande d'ambulance.	— Transfusions.
— Commande et réception des médicaments et pansements.	— Prémédications.
— Planning des prescriptions médicales.	— Bilans.
— Enseignement.	— T.S. T.C.
	— Préparation du matériel pour le médecin.
2° groupe de tâches : en principe infirmières seules, souvent aidées par aides-soignantes.	
— Cahier du jour.	— Surveillance de grands malades.
— Cahier de nuit.	— Préparation et distribution de médicaments et injection.
— Rapport de nuit.	— Analyses d'urines.
— Oxygène.	— T.A., pouls, respiration.
— Aspirations.	— Champ opératoire.
— Pansements.	
— Premier levé.	
3° groupe de tâches : en principe aides-soignantes seules, souvent aidées par les infirmières.	
— Installation des malades.	— Thermomètre.
— Feuilles de température.	— Urines, selles.
— Notation des températures.	— Chariot de soins.
— Toilette grands malades.	— Rangement salles de soins.
— Prévention et soins escarres.	— Stérilisation.
— Injections vaginales.	— Lever les malades.
— Distribution des repas.	— Lits.
— Faire manger les malades.	— Lits souillés.
— Préparer des aliments.	— Change des malades.
4° groupe de tâches : aides-soignantes seules.	
— Cahiers de linge.	— Bain, bain de lit.
— Chariot de linge.	— Peser les malades.
— Réception des aliments.	— Accompagner les malades.
— Toilettes.	— Cuvettes, bassins.
— Soins de bouche.	— Lavements.

A un niveau plus agrégé le tableau 5 nous permet d'analyser le degré de correspondance entre les emplois et les domaines d'intervention.

Tableau n° 5.

Catégories statutaires et domaines d'intervention (1).

Tâche \ Catégorie	Médecin	Surveil-	Infirmière	Aide-	A.S.H.	Autres
	(2)	lante		soignante	(3)	
Administration	x	xxxx	xx			....
Organisation des soins	x	xxxx	xxx	....	
Soins de base .....		....	xx	x	....
Soins techniques	x	x	xxxx	x	....
Restauration .....		....	x	xxx	xxxx	
Nettoyage				xx	xxxx	x
Déplacements .....		....	....	xx	xxxx	

(1) Le nombre de croix indique l'intensité de la concordance entre type de tâches et catégorie professionnelle.

(2) Précisons que, bien que les médecins y figurent, le tableau n'a été conçu qu'en fonction des tâches du personnel médical, conformément à la délimitation du champ que nous avons donné au départ, leur présence a été jugée utile dans la mesure où ils participent à l'accomplissement des tâches para-médicales.

(3) Agent des services hospitaliers.

On peut ainsi constater qu'à chaque catégorie de personnel correspondent des domaines principaux d'activité et des domaines annexes dont l'importance est loin d'être négligeable.

b) Pour une même répartition des tâches entre catégories, l'organisation du travail dans le temps peut varier profondément.

Deux systèmes d'exécution des tâches cohabitent : un premier mode de regroupement des tâches (sérialisation) consiste à effectuer à la suite des tâches semblables, quel que soit le malade auquel elles se rapportent ; un autre mode consiste à regrouper au même moment un ensemble de tâches interdépendantes se rapportant à un même malade.

La sérialisation dans la mesure où elle permet un gain de temps est surtout pratiquée en cas de faible densité du personnel par malade ou d'actes identiques à répéter (réanimations). Dans les autres cas, le regroupement dans le temps des tâches afférentes à un malade est préféré car il permet de satisfaire beaucoup mieux les exigences de relations interpersonnelles dans la prestation des soins.

c) Relier la répartition des tâches entre catégories à l'organisation du travail dans le temps est particulièrement complexe.

Pour ce dernier problème, l'existence ou l'absence de spécialisation doit être rapprochée d'une part de l'intensité de la pénurie de personnel existant dans les différents types d'unité et d'autre part de l'importance des relations interpersonnelles dans les processus de soins qui y sont prodigués. Or on sait que ce sont les hôpitaux ruraux et les Centres Hospitaliers Régionaux (notamment parisiens), donc dans les unités situées dans les établissements aux deux bouts de la chaîne de technicité, qui subissent le plus les effets de la pénurie.

Cependant dans ce deuxième cas le facteur « relations interpersonnelles » joue en sens inverse, puisque c'est pour les malades gravement atteints, les enfants et les personnes âgées, ainsi que dans certaines spécialités (psychiatrie, oncologie...), qu'il revêt le plus d'importance.

Si la répartition des tâches doit être reliée au degré de spécialisation des unités, ce terme recouvre au moins deux réalités :

- *le niveau de technicité* : plus il augmente, plus le rôle soignant et hiérarchique des infirmières augmente par rapport à celui des aides-soignantes, alors que celui des surveillantes diminue, relayées par l'intervention directe des médecins ;
- *le malade hospitalisé* : plus les malades sont dépendants, plus ils exigent de temps passé en soins directs et plus ils entraînent une confusion des tâches en raison de la nécessaire intervention simultanée de nombreuses personnes, notamment pour les soins d'entretien.

Mais entre ces deux réalités, s'il existe bien une relation, hormis le cas de la réanimation où elle est évidente, ailleurs on la distingue mal.

Nous pouvons donc conclure que l'analyse du contenu des emplois nous permet de nuancer substantiellement et de compléter utilement le résultat des études de structures d'emploi fondées sur les catégories statutaires.

Le degré de recouvrement des contenus est important et il varie suivant les unités de soins, leur spécialisation modifie le volume relatif des différentes catégories de tâches à accomplir, les exigences de leur exécution, ou encore leur capacité à retenir un personnel quantitativement et qualitativement satisfaisant.

II. — LES FACTEURS DÉTERMINANT L'ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE ET DU CONTENU DES EMPLOIS DE SANTÉ

Ces facteurs se rattachent soit à une logique technique, soit à une logique de répartition du pouvoir.

II-1. — LES FACTEURS TENANT A LA RÉPARTITION DU POUVOIR DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

a) **Coexistence des pouvoirs médical et administratif.**

L'existence dans le secteur hospitalier, et notamment le secteur public, de deux hiérarchies de pouvoirs, médicale d'une part et administrative de l'autre, ayant chacune ses compétences, est un facteur explicatif déterminant de la séparation des activités de soins et des activités de gestion. Aucune des deux hiérarchies n'est susceptible d'empiéter sur le domaine de compétence de l'autre.

On retrouve donc très peu dans le secteur sanitaire la présence simultanée de tâches d'administration-gestion et de tâches « productives » dans le même emploi.

b) **Structuration dans le secteur public du système de soins autour des carrières médicales.**

Depuis la mise en place de la réforme de 1958, la carrière des médecins travaillant à l'hôpital est d'une part exclusivement liée à leur activité hospitalière et d'autre part rattachée nécessairement à une activité universitaire. Il en résulte l'approfondissement de la spécialisation des unités de soins. En effet la possibilité de carrière de « médecin » est liée à son activité de recherche, elle-même dépendant de sa capacité à définir un domaine propre de spécialisation. **A l'intérieur des unités se produit donc un regroupement des pathologies qui tend à provoquer une spécialisation de fait du personnel para-médical qui y travaille.**

Cette spécialisation nécessite une sélection des malades à l'entrée des unités pour ne conserver que les cas dignes d'intérêt scientifique ; d'où la nécessité de créer des unités de transit, où se retrouvent tous les malades mal identifiés, et dont l'image de marque et surtout les conditions de travail, et souvent de soins, sont particulièrement mauvaises. L'activité du personnel comprend une grande part de soins d'entretien.

c) **Conjointement à la double hiérarchie médicale et administrative vient se superposer une hiérarchie des diplômes entraînant une mobilité encore moins grande qu'ailleurs au cours de la vie professionnelle, notamment une étanchéité absolue entre les carrières médicales et para-médicales, et relativement forte entre infirmières et aides-soignantes.**

II-2. — LA LOGIQUE TECHNIQUE RÉGIT L'ÉVOLUTION DU CADRE ARCHITECTURAL, DE L'APPAREILLAGE MÉDICAL, ET DU PROCESSUS DE SOINS

Le passage de l'hôpital « pavillonnaire » à l'hôpital « bloc » ou hôpital « en hauteur » a permis une spécialisation et une centralisation beaucoup plus poussée avec l'apparition de pools de personnels (personnels de nettoyage, de brancardage, d'accueil...); d'une nouvelle ambiance de travail plus anonyme, plus formalisée (règlement intérieur, règles vestimentaires), d'une plus grande complexité de relations.

L'effet de la logique technique sur les processus de soins, et donc sur les emplois, doit être analysé à différentes phases :

a) La phase de diagnostic est à cet égard typique.

Elle se traduit par une automatisation des examens radiologiques et surtout biologiques à partir d'un certain volume d'actes entraînant pour le personnel para-médical un travail de plus en plus routinier et déqualifié.

Cette rationalisation provoque également l'apparition de nouvelles qualifications liées au fonctionnement des machines (ingénieurs et techniciens bio-médicaux).

De nouveaux types d'examens recourant à une technologie coûteuse, entraînent la création de micro-unités hyperspécialisées et une hyperspécialisation du personnel alors que le travail demeure routinier, le personnel para-médical ne participant que peu ou pas du tout à l'innovation.

b) Les conséquences de l'évolution des traitements médicaux et chirurgicaux sont surtout sensibles pour le corps médical.

Leur multiplication et l'augmentation de leur niveau technique se traduit pour le personnel para-médical par une multiplication des tâches matérielles (assistance) et administratives (coordination).

Cependant le développement des unités de réanimation et des services d'urgence introduit un nouveau mode de travail en équipe comportant une imbrication plus profonde des tâches médicales et para-médicales.

c) Le fait que les soins d'entretien résultent des besoins des patients (manger, éliminer, respirer, se déplacer...) et l'interdépendance entre les différents besoins entraînent une difficulté sinon une impossibilité de les organiser sur un mode de spécialisation et d'y introduire des objets et une logique technique.

d) Les activités de soutien (déplacements des malades, nettoyage, stérilisation, administration, fourniture de produits) n'étant pas toutes liées directement aux malades, ont tendance à être organisées sur un mode industriel, à des niveaux multiples de plus en plus éloignés du lieu où sont dispensés les soins.

e) Si on peut s'apercevoir que l'ensemble des facteurs que nous venons d'étudier ont comme conséquence un approfondissement de la parcellisation du travail, il faut néanmoins signaler que certains facteurs conduisent à une évolution inverse, bien que de portée très limitée. Ainsi dans le domaine psychiatrique la sectorisation a pour objectif de regrouper dans la même structure des actions de soins et de prévention. De même le développement des consultations externes et de l'hospitalisation à domicile, même si on peut le considérer comme un moyen pour le système hospitalier d'étendre son champ d'action, conduit à une certaine déspecialisation.

III. — CONCLUSION : PORTÉE DE L'ÉTUDE, PRÉPARATION DU RÉPERTOIRE FRANÇAIS DES EMPLOIS

Conformément à la double perspective, étude des emplois dans un secteur et préparation des enquêtes du Répertoire français des emplois, cette étude a permis :

- de préciser les objectifs d'une étude plus détaillée des emplois, et notamment d'en confirmer l'intérêt, d'examiner le contenu réel des emplois au-delà des définitions statutaires ;

- de mettre à jour les principaux modes de différenciation des contenus d'emplois et leurs facteurs d'évolution ;
- de mettre au point les éléments typologiques concernant les processus et les unités nécessaires à la réalisation du Répertoire français des emplois pour ce groupe d'emplois. Cependant, le champ retenu pour ce dernier a été nettement élargi au domaine non hospitalier.

D'une manière plus générale ces études ont permis d'avancer la réflexion sur les concepts de qualification, de spécialisation et d'organisation du travail pour des emplois comportant à la fois une activité hautement technique et une activité de relation utilisant des compétences d'un tout autre ordre. La réflexion sur ce point est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit là d'une caractéristique commune à des degrés divers à l'analyse du travail dans tous les domaines appartenant aux fonctions collectives.

VIENT DE PARAITRE :

< Dossier > du CEREQ n° 11.

< LA FORMATION ET L'EMPLOI DES DOCTEURS ÈS SCIENCES >

La collection des « Dossiers » met à la disposition du public le compte rendu des études et recherches réalisées par le Centre. L'étude présentée ici (qui a fait l'objet de la note d'information n° 30) a été réalisée par enquête auprès des docteurs d'Etat ayant soutenu leur thèse au cours des années 1969, 1970, 1971. Cette investigation s'inscrit dans un ensemble de travaux centrés sur l'accès à l'emploi des diplômés des enseignements supérieurs.

Les « Dossiers » du CEREQ sont en vente à la Documentation française :

*29-31, quai Voltaire,
75340 PARIS CEDEX 07*

Dossier n° 11, 35 F (plus frais d'envoi).

■
Librairies-Imprimeries Réunies
7, rue Saint-Benoît, 75006 PARIS
260-24-75 - 260-72-03
■