

Université Lumière Lyon 2  
Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163)  
Ecole doctorale EPIC  
(Sciences de l'Éducation – Information et Communication – Psychologie)

# De la souffrance au bien-être au travail : contribution à la compréhension du bien-être psychologique des soignants à l'hôpital

Le métier de soignant : un métier où se côtoient souffrance  
et bien-être psychologique



**THESE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE**

*Mention : Psychologie sociale*

**Par Anne-Marie EMERIAT**

Présentée et soutenue le 13 décembre 2012

Sous la direction d'Annik HOUEL

Jury :

Alain-Max GUENETTE

Annik HOUEL

Dominique LHUILLIER

Philippe SARNIN

Enseignant-chercheur, Haute Ecole de Gestion à  
Neuchâtel, Suisse.

Professeure émérite, Université Lumière Lyon 2

Professeure émérite, CNAM-Paris

Maître de conférences, Université Lyon 2

## **Dédicace ....**

*A mon père*

*A mes enfants Nicolas et Bertrand*

*A mon petit fils Corentin*

## Remerciements....

Il est des moments dans la vie où l'on a besoin du soutien des autres, la thèse en fait partie. Ce travail de recherche demande de la persévérance et les moments de découragements sont nombreux. Je remercie donc tous ceux qui m'ont soutenue :

Tout d'abord, je remercie particulièrement Annik Houel qui a cru en moi et m'a apporté non seulement sa compétence et ses conseils judicieux dans le suivi de cette thèse mais aussi ses encouragements dans les moments de doute, sans lesquels je n'aurais peut-être pas terminé ce travail. Je lui suis profondément reconnaissante.

Merci aussi à ceux qui de près ou de loin, m'ont accompagnée tout au long de ces années : je pense particulièrement à mes collègues et amis psychologues du travail (et de l'APIRAF) : ils se reconnaîtront si je nomme Cathy, Philippe, Sabrina, Christine, Françoise, Eugénie, Nadine, Sophie, Agathe et désolée pour ceux que j'oublie, il est difficile de mentionner tout le monde, j'espère qu'ils ne m'en voudront pas.

Merci aussi aux étudiants et aux membres du GRePS (dont Philippe Sarnin) : j'ai particulièrement apprécié leur soutien même si je n'ai pas pu suivre les réunions du laboratoire de façon assidue.

Merci aussi au soutien de Jean-Louis, Stéphanie, Françoise, Christine, à mes collègues de l'infomédiathèque de l'ESC de Saint-Etienne et à Mme Herrero qui m'a apporté sa compétence dans la mise en forme de ce travail.

Je me dois aussi de remercier les infirmières et aides-soignantes des hôpitaux de Montélimar et de Firminy qui m'ont fait confiance en me livrant leur vécu, qui m'ont consacré du temps et sans qui ce travail n'aurait pu se faire. Dans la richesse de leurs récits, j'ai pu rencontrer la manifestation de leur souffrance mais aussi ce qui permettait l'émergence du bien-être psychologique. Toute ma reconnaissance aux directions de ces hôpitaux et notamment à Mesdames Drouhin et Loiry (Directrices des soins infirmiers), à Mme le Docteur Rosati qui ont accepté qu'un travail de thèse soit effectué dans leurs établissements.

Enfin, je remercie tout particulièrement les membres de ma famille qui m'ont soutenue tout en respectant mes moments de solitude, qui ont su patienter tout au long de ces années. Je veux leur dire que je leur suis profondément reconnaissante et leur témoigner toute ma tendresse : merci à Bertrand, Nicolas, Guillemette, Tata, Nicole, Jean-Michel, Sylvie, Julien et Capucine. J'ai une pensée émue pour mon père qui aurait été tellement heureux de voir l'aboutissement de mon

travail, lui qui a dû se battre pour faire des études. Je lui dois l'envie d'apprendre et ne pas baisser les bras devant les difficultés.

Dans cet exercice de plusieurs années qu'est la thèse, nombreux sont les obstacles, les remises en cause, les questionnements. C'est une véritable rencontre avec soi-même qui ne peut se faire que dans le calme. A ce propos, je voudrais avoir une pensée pour mes deux chats qui m'ont fait apprécier le calme rassurant d'un animal. La présence d'un animal quand on est seul devant sa feuille blanche est une richesse que ceux qui l'ont vécu peuvent comprendre.

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>PREMIERE PARTIE</b> .....	<b>10</b>
<b>CADRE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>10</b>
<b>I.HISTORIQUE DE LA RECHERCHE :</b> .....	<b>11</b>
I.1. Infirmière en secteur hospitalier .....	11
I.2. Consultante dans un cabinet d'out-placement.....	17
I.3. Activité de conseil dans les organisations.....	21
I.4. Professeur et psychologue dans l'enseignement supérieur .....	25
I.5. Synthèse de nos activités professionnelles et recherche d'une problématique .....	29
<b>II.CONTEXTE ET OBJET DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>33</b>
II. 1. Contexte : .....	33
II. 2. Construction de notre objet de la recherche : .....	35
<b>III : QUESTION DE RECHERCHE, PROBLEMATIQUE ET</b> .....	<b>37</b>
III.1. Le concept de représentations sociales : .....	39
III.2. Des représentations sociales aux représentations professionnelles : .....	41
<b>IV: OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :</b> .....	<b>43</b>
<b>DEUXIEME PARTIE</b> .....	<b>44</b>
<b>FONDEMENTS THEORIQUES</b> .....	<b>44</b>
I.1. Les évolutions économiques : .....	45
I.2. Les évolutions techniques : .....	46
I.3. Les évolutions organisationnelles : .....	46
I.4. Les évolutions managériales : .....	47
I.5. Les évolutions de l'emploi : .....	48
I.6. Synthèse .....	49
II.1. Les évolutions récentes de ces dernières décennies : l'impact des réformes : .....	51
II.1.1 : Des années 70 à 90 .....	51
II.1.2. Les évolutions des années 2000 .....	55
II.1.2.1. Le Plan « hôpital 2007 » .....	55
II.1.2.2. Le plan « Hôpital 2012 ».....	57
II.4. Les facettes du métier de soignant: .....	62
II.4.1. La pénibilité physique.....	62
II.4.2. La pénibilité psychologique .....	64
II.4.3. Les contraintes organisationnelles et institutionnelles .....	66
II.4.4. Le burn-out des soignants .....	67
II.4.5. Une réponse au stress des soignants : le coping.....	69
II.4.6. Le bien-être au travail des soignants .....	72
<b>III. LES MODELES THEORIQUES DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL</b> .....	<b>75</b>
III.1. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail.....	75
III.1.1. Historique de la psychopathologie du travail .....	75
III.1.2. Les apports de la psychanalyse .....	77
III.1.3. Le travail : objet de plaisir et de souffrance .....	78
III.1.4 : Le rôle des stratégies défensives collectives .....	80
III.2. Le stress et la santé au travail .....	81
III.2.1. : De l'approche biologique à l'approche transactionnelle .....	82
III.2.2. : Psychodynamique du travail et stress.....	84
III.2.3. : Le stress organisationnel .....	85
III.3 : Les apports de la clinique de l'activité.....	86
III.3.1. :Les notions de travail réel et de réalité du travail .....	87
III.3.2. : Collectif de travail et nouvelles pratiques .....	87
III.3.3. Clinique de l'activité et transformation du dialogue autour du travail.....	88
III.4 : Synthèse des modèles théoriques de la « souffrance au travail » .....	89
IV.1 : Éléments sémantiques .....	91
IV.1.1. La qualité de vie : .....	92
IV.1.2. La satisfaction dans la vie.....	94
IV.1.3. Le bonheur.....	95

IV.1.4. La santé mentale .....	96
IV.1.5. Le Bien-être subjectif.....	97
IV.1.6. Le bien-être psychologique .....	98
IV.1.7. Synthèse.....	99
IV.2 Le bien-être psychologique et les approches « Top-down » et « Bottom-up ».....	102
IV.3 : Les apports de la psychologie positive (ou humaniste) .....	104
IV.3.1. Ses précurseurs : .....	104
IV.3.1.1. L’ancrage de la philosophie.....	104
IV.3.1.2. Le courant des relations humaines .....	105
IV.3.1.3. L’impact de l’approche phénoménologique .....	105
IV.3.1.4. L’influence des existentialistes .....	107
IV.3.2. La psychologie positive de ces deux dernières décennies :.....	107
IV.4 : L’impact de la théorie de l’auto-détermination.....	109
IV.5. L’impact du coping et de la résilience .....	113
IV.6. : Synthèse des modèles théoriques du « bien-être psychologique ».....	116
<b>TROISIEME PARTIE.....</b>	<b>118</b>
<b>CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET .....</b>	<b>118</b>
<b>METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>118</b>
I.1. La position du chercheur.....	119
I.2. Notre démarche : inductive et compréhensive .....	122
II.1. Des débuts difficiles .....	124
II.2. Les terrains d’investigation :.....	128
II.2.1. La population étudiée : .....	128
II.2.2. Les conditions d’entretien :.....	130
II.3. Les évolutions de notre objet de recherche :.....	132
II.4. Du choix de la méthode à l’utilisation d’outils .....	135
II.5. L’analyse des données : .....	138
II.5.1. L’analyse logico-sémantique : .....	140
<b>IIEXPLOITATION DES DONNEES DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>148</b>
III.1. L’hôpital de Montélimar.....	148
III.1.1. Le contexte.....	148
III.1.2. Synthèses des entretiens .....	149
III.2. L’hôpital de Firminy .....	159
III.2.1. Le contexte.....	159
III.2.2. Synthèses des entretiens .....	160
III.3. Synthèse générale des entretiens :.....	189
<b>QUATRIEME PARTIE.....</b>	<b>192</b>
<b>PRESENTATION DES RESULTATS,.....</b>	<b>192</b>
<b>ANALYSE ET DISCUSSION .....</b>	<b>192</b>
II.1. Démarche utilisée : Une démarche en trois temps : .....	196
II.1.1. Premier temps :.....	196
II.1.2. Deuxième temps :.....	196
II.1.3. Troisième temps : .....	196
II.2. Analyse des catégories.....	197
II.2.1. Première catégorie : Les évolutions hospitalières : .....	199
II.2.2. Deuxième catégorie : L’activité .....	202
II.2.3. Troisième catégorie : Les relations de travail .....	216
II.2.4. Quatrième catégorie : La souffrance au travail .....	228
II.2.5. Cinquième catégorie : Le bien-être psychologique au travail.....	238
II.2.6. Synthèse des différentes caractéristiques du bien-être psychologique au travail à partir de l’analyse des entretiens .....	247
III.1. La souffrance au travail : toujours d’actualité dans le vécu des soignants.....	251
III.1.1. Des études récentes : .....	251
III.1.2. A propos de la souffrance au travail chez les soignants :.....	251
III.1.3. Synthèse sur le métier de soignant .....	257
III.2.1. Le bien-être psychologique et les évolutions hospitalières .....	259
III.2.2. Le bien-être psychologique dans l’activité de soignant .....	261
III.2.3. Le bien-être psychologique et les relations de travail .....	264
III.2.4. Le bien-être psychologique en lien avec les ressources individuelles : .....	266
III.2.5. Motivation et bien-être psychologique :.....	273

III.2.6. Besoins fondamentaux et évolutions de l'hôpital : .....	276
III.2.6.1. Besoins fondamentaux et évolutions organisationnelles : .....	277
III.2.6.2. Besoins fondamentaux et évolutions sociales : .....	278
III.2.6.3. Besoins fondamentaux et évolutions managériales : .....	280
IV.2.1. L'organisation du travail : .....	289
IV.2.2. Les conditions de travail : .....	289
IV.2.3. Les compétences et la formation : .....	289
IV.2.4. L'autonomie : .....	290
IV.2.5. Le contrôle sur sa vie personnelle et professionnelle : .....	291
IV.2.6. Le soutien social : .....	291
IV.2.7. Les relations de travail : .....	291
IV.2.8. Le management : .....	292
IV.3. A propos des dimensions individuelles du bien-être psychologique : .....	292
IV.3.1. Le bien-être psychologique et les stratégies d'adaptation : .....	293
IV.3.2. Bien-être psychologique et résilience : .....	294
IV.3.3. Travail émotionnel et bien-être psychologique : .....	297
IV.3.4. Les solutions individuelles en faveur du bien-être psychologique : .....	300
IV.3.4.1. Les techniques corporelles : .....	300
IV.3.4.2. L'apport des compétences émotionnelles et des émotions positives : .....	301
IV.3.4.3. L'apport de la restructuration cognitive : .....	303
IV.3.4.4. Autres approches : .....	304
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>306</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>312</b>

# INTRODUCTION

En réponse aux bouleversements économiques et sociaux de ces dernières années, aux perturbations qu'ils ont apportées (compétitivité, chômage, flexibilité, restructurations..) générant toute une littérature sur le stress et la souffrance au travail, jamais on a vu, en même temps, autant d'engouement pour le développement personnel, le coaching, la connaissance de soi. Dans les entreprises, on commence à parler de la qualité de vie au travail non pas parce qu'on a pris un intérêt soudain pour le confort des salariés mais parce que la souffrance au travail a un coût (financier, organisationnel, motivationnel). L'ère est aux économies, à la rentabilité et si cela est conditionné par le bien-être des salariés, alors pourquoi pas ? Beaucoup d'ouvrages, de séminaires de toutes sortes, de médecines « douces » et de techniques thérapeutiques se sont « emparés » du bien-être (sans préciser d'ailleurs de quel type de bien-être il s'agissait) pour développer des outils et des techniques, y compris dans l'entreprise. Il s'agit pour nous, dans cette thèse, d'apporter plus de lisibilité sur le bien-être psychologique et de le repositionner sous l'angle de la santé au travail définie par l'absence de souffrance et la présence de bien-être dans le travail

Par le biais de la psychologie du travail, nous allons essayer d'appréhender le bien-être au regard de l'activité travail et seulement sous cet angle-là ; le bien-être va se trouver à la rencontre de l'individu et du concept travail, là où les deux s'enrichissent, se fécondent mutuellement. Ce paradigme interactionniste jalonnait tout notre travail de recherche : rencontre de la souffrance et du bien-être, de l'homme et de son activité, de l'organisation du travail et de l'autonomie, des émotions et des cognitions. Le lecteur trouvera en suivant notre parcours, la rencontre entre ces divers éléments et les questionnements qui en jaillissent. Mais revenons au bien-être : celui dont nous allons parler est le bien-être psychologique ; il s'agit pour nous de le définir et la tâche n'est pas simple car le concept a fait l'objet de nombreuses recherches n'ayant pu réunir les chercheurs.

Parce que la santé suppose un équilibre, nous nous proposons d'appréhender non seulement ce qui peut réduire voire supprimer la souffrance au travail mais aussi tout ce qui peut



développer le bien-être des individus dans le travail, et le secteur hospitalier n'est pas épargné dans la recherche de cet équilibre.

Dans une **première partie**, nous poserons le cadre de notre recherche. Dans un premier chapitre, nous retracerons l'historique de cette recherche : d'où sommes-nous partie ? Pourquoi nous sommes-nous intéressée à la santé au travail? Quelle place occupe la souffrance et le bien-être psychologique dans la santé au travail? D'où vient notre intérêt pour le bien-être psychologique et pour le milieu hospitalier (secteur dans lequel se fera cette recherche) ? Recherche qui concernera les soignants regroupant infirmiers (ères) et aides-soignants (tes). Dans un second chapitre, nous présenterons notre objet de recherche, et l'angle sous lequel nous allons l'aborder : nous étudierons le bien-être psychologique au travail sous l'angle des représentations qu'en ont les soignants. Nous définirons ensuite notre problématique et les hypothèses de recherche.

Dans une **deuxième partie**, nous présenterons dans un premier chapitre, le rapport entre les évolutions de l'organisation et la santé au travail puis dans un deuxième chapitre, le rapport entre les évolutions du secteur hospitalier et la santé des soignants. Dans un troisième chapitre, nous aborderons la santé au travail à partir de la souffrance au travail et ses modèles théoriques de la psychodynamique du travail, du stress et de la clinique de l'activité, puis le cadre théorique du bien-être psychologique avec les apports de la psychologie positive, de la théorie de l'auto-détermination et de la résilience.

Dans une **troisième partie**, il s'agira pour nous de présenter le cadre épistémologique et méthodologique de notre recherche. Le premier chapitre abordera notre position en tant que chercheur et l'approche retenue (une approche inductive compréhensive). Le chapitre suivant fera état de la méthode et des outils utilisés et le dernier chapitre présentera l'exploitation des données issues des entretiens.

La **quatrième** et dernière **partie** nous amènera dans un premier chapitre, à revenir sur nos hypothèses que nous pourrions alors discuter à la lumière de l'analyse des entretiens. Le chapitre suivant apportera des préconisations tant au plan institutionnel qu'individuel pour permettre le développement du bien-être psychologique au travail.

# **PREMIERE PARTIE**

## **CADRE DE LA RECHERCHE**

*Le bonheur est la seule chose qui se double si on la partage*  
**Albert Schweitzer**

## **I. HISTORIQUE DE LA RECHERCHE :**

### **Lorsque souffrance et bien-être au travail se mêlent : mise en perspective de quatre secteurs d'activité**

Les lignes qui vont suivre marquent les observations, les réflexions, le ressenti qui ont cheminé en nous pendant de nombreuses années pour nous donner notre propre compréhension du monde du travail. Nous allons aborder la souffrance et le bien-être au travail sous le prisme de quatre activités professionnelles successives : d'abord celle d'infirmière en chirurgie cardiovasculaire puis dans un cabinet d'out-placement en tant que consultante/psychologue chargée de l'accompagnement de cadres en recherche d'emploi ; ensuite dans une activité libérale de consultante confrontée à nombre de problématiques d'entreprise centrées sur des dysfonctionnements liés au management et aux conditions de travail ; enfin une fonction d'enseignante en enseignement supérieur et de psychologue chargée du développement et de l'accompagnement d'étudiants dont certains en difficulté. Nous regarderons chacune de ces activités au travers de ses dysfonctionnements, de ce qui génère de la souffrance dans le travail mais aussi dans ce qu'il y a de mobilisateur, de constructif qui peut conduire vers le bien-être au travail.

#### **I.1. Infirmière en secteur hospitalier**

Notre pratique professionnelle a débuté par une fonction d'infirmière en chirurgie cardiovasculaire dans une clinique lyonnaise, d'abord dans un travail de jour, puis dans un travail de nuit. Cette activité à temps complet s'est étalée sur plusieurs années dans un service de 58 lits (ce qu'on caractérise comme un lourd service).

Cette première activité a été l'occasion pour nous d'être confrontée pour la première fois à la souffrance dans le travail : celle des patients, de leurs familles, des soignants dans des situations difficiles et ceci, sans grille de lecture de la souffrance, sans connaissance en psychologie, sans groupe de parole sur le lieu de travail puisque dans les années 1970 rien de tout cela n'était prévu dans les études d'infirmière ni accompagnement dans les institutions. Il n'était même pas question de montrer ses états d'âme : la réponse aurait été : « Vous avez choisi ce métier d'infirmière, vous saviez bien dans quoi vous vous engagiez ! ».

Le secteur hospitalier a cela de particulier que c'est un lieu d'émotions fortes puisque le travail effectué par les soignants doit prendre en compte les dimensions physique et psychique

des patients. Tout acte effectué va avoir un impact sur la santé physique et psychique de la personne.

La souffrance fait partie du quotidien des soignants : on la voit, on l'entend on la ressent. Tout le corps est habité par la souffrance de l'autre. Il faut la prendre en compte sans la prendre à son compte, prendre du recul, car on ne peut être efficace qu'en ne se laissant pas envahir par la souffrance de l'autre. Cette « bonne distance » est très difficile à obtenir : elle fait l'objet d'un lourd apprentissage pour le soignant, apprendre à être à l'écoute de soi et de l'autre. Cet apprentissage est singulier, l'expérience des collègues n'est pas modélisable. C'est seulement quand on est arrivé à gérer ses propres sensations, ses propres sentiments qu'on peut exercer sereinement son métier de soignant au quotidien. Certaines personnes d'ailleurs n'arrivent jamais à trouver cet équilibre et ne restent généralement pas dans ce métier. En effet, celui-ci est reconnu pour sa pénibilité, notamment la pénibilité physique. Le métier d'infirmière nécessite de nombreuses manipulations de charges. Tous les mouvements que l'on effectue lors de soins mobilisent et sollicitent les articulations et de nombreuses contraintes posturales sont à l'origine des pathologies articulaires très fréquentes chez les soignants et de TMS (troubles musculo-squelettiques).

La fatigabilité due à cette pénibilité physique est d'ailleurs fortement accentuée par les rythmes de travail alternés qui laissent peu de temps de récupération à l'organisme, ce qui risque d'impacter la santé physique et psychique. La pénibilité est accrue, entre autres, par les spécificités du travail de nuit : en effet, les effectifs réduits par rapport à ceux de la journée vont générer des difficultés à se faire aider pour une manutention complexe ou à avoir l'avis de la hiérarchie lors de décision à prendre, d'où la peur de se tromper. On note également un isolement vis-à-vis du collectif de travail : les soignants de nuit sont privés des échanges avec les autres collègues (autres équipes de soins, médecins) et de leur appui.

D'autre part, il existe un manque de reconnaissance de la spécificité du travail de nuit : difficulté à faire connaître et comprendre les problèmes rencontrés car, la nuit, la représentation la plus fréquente par les équipes de jour est celle d'un travail moins dense comportant moins de soins techniques, qualifiés : un travail parfois mal connu, mal reconnu qui peut aller jusqu'au dénigrement du travail accompli.

Sur le plan psychique, la pénibilité du travail d'infirmier(ère) fait aussi partie du quotidien : la confrontation à la souffrance et à la mort d'autrui produit une souffrance qu'il n'est pas facile de partager avec les collègues. L'accumulation de perceptions visuelles, auditives ou kinesthésiques douloureuses vient heurter l'équilibre psychologique. Chacun va ainsi mettre en

place des stratégies de défense pour protéger son psychisme. Tant qu'on peut supporter les situations, les justifier, les stratégies de défense vont intervenir comme processus de régulation mais quand la situation devient intolérable il y a « rupture des défenses » et entrée dans la maladie, le « burn-out ».

Parfois, on a fait tout ce qu'il était possible de faire, et néanmoins, on est confronté à la violence du patient, à celle de sa famille ou celle des autres soignants, alors le travail effectué se vide de son sens, les valeurs fondatrices du travail sont détruites, c'est l'identité même du soignant qui est atteinte. Parfois, la non-reconnaissance, par la hiérarchie, du travail effectué vient renforcer ce sentiment de perte de sens. Cela prend effet lorsque le décalage travail prescrit/travail réel n'est pas suffisamment reconnu c'est-à-dire entre le travail planifié, celui qui est inscrit sur le cahier de relève de soins et le travail qu'on va réaliser en plus, qui n'est mentionné nulle part : nous voulons parler de tout ce qui est de l'ordre de l'imprévisibilité, de la singularité de chaque situation. C'est alors que, pour réaliser ses tâches, la subjectivité du soignant devient sa propre règle.

Ceci a fait partie de notre vécu : en effet, dans un service de chirurgie cardio-vasculaire, les patients hospitalisés le sont pour des troubles affectant le cœur et les vaisseaux donc pour des pathologies nécessitant un suivi rigoureux ; les soins prennent beaucoup de temps car le suivi de ces patients doit être méthodique. Ces patients sont souvent stressés (le stress peut être en partie à l'origine de ces pathologies ou en être une conséquence face à la gravité d'une situation par exemple). Ces personnes ont donc besoin d'être écoutées, rassurées, informées, cela fait non seulement partie du métier de soignant mais participe également à la guérison du malade. La personne informée, sécurisée développera d'autant plus rapidement son autonomie, prendra mieux en charge sa maladie et son traitement. Notre rôle prescrit était centré sur l'application de traitements médicaux, la réalisation de soins alors que le rôle propre incluait un temps nécessaire pour expliquer le traitement au patient, écouter ses craintes, ses angoisses, les rapporter à l'équipe : rôle ô combien capital, l'effet indirect du soin étant aussi important que l'effet direct. De fait, l'impossibilité pour nous d'effectuer en un temps donné les actes programmés et l'accompagnement du patient vers l'autonomie était génératrice de souffrance psychique, de questionnements sur le sens du travail effectué.

Cette souffrance était renforcée par une organisation du travail que nous allons essayer de décrire.

Comme dans tout service de soins, l'activité était planifiée sur 24 h avec des astreintes de nuit. Ces rythmes de travail sont souvent responsables de pathologies physiques et psychiques :

manque de sommeil et non prise en compte de la chronobiologie de la personne, répercussions sur la vigilance, fatigue. Il faut bien sûr rajouter à cela les dépassements d'horaires dûs au manque de personnel (problème d'ailleurs actuellement renforcé par l'obligation d'appliquer les 35h), sans compter les remplacements des collègues absents pour maladie, obligeant les autres à revenir travailler pendant leur période de repos.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Certes, les constats que nous faisons dans les années 70 perdurent. Mais d'autres éléments ont fait leur apparition : depuis une dizaine d'années, la qualité est entrée dans les critères d'évaluation de l'hôpital : l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) évalue chaque établissement de soins sur la base d'un référentiel et délivre une accréditation. Il s'agit pour chaque établissement, pour être accrédité, de prouver comment sont rationalisées les pratiques de soins mais aussi comment sont mutualisées les expériences visant à améliorer la qualité du travail, en quelque sorte, il s'agit d'arriver à un modèle d'action collective. Sous l'angle de la qualité, ce sont les pratiques individuelles et collectives qui sont observées, discutées ce qui génère des perturbations dans le climat social.

Nous allons aborder une expérience vécue il y a six ans, non comme infirmière mais en position de consultante. Nous animions des groupes de travail « inter-services » dans l'accompagnement du « Projet d'Etablissement » de l'Assistance Publique de Marseille : deux infirmières nous firent remarquer que leurs pratiques professionnelles étaient systématiquement contrôlées (par les pairs, par les médecins et par la Direction), que tous les processus de soins étaient discutés, reconfigurés et que cette reconfiguration faisait l'objet de délibération collective.

Ce que nous avons compris, c'est que les infirmières vivaient cette démarche qualité comme une ingérence des gestionnaires dans leurs pratiques de soignants et que la politique qualité, au travers de la démarche d'accréditation, n'avait pas été comprise ni intégrée. Le vocabulaire utilisé (référentiel qualité, contrôle qualité) n'avait pas de contenu et on avait laissé le soin aux cadres infirmiers de faire la traduction en actions concrètes. Ainsi se heurtaient deux cultures et les valeurs qui y sont associées : la culture du soin (avec ses valeurs humaines) et la culture de la gestion (avec ses valeurs économiques).

Passer d'un travail de soignant défini par le soin à un travail de soignant défini par les coûts : changement de paradigme ? Pas seulement : il nous semble que se situe là un problème de fond qui est toujours une des raisons fondamentales de la souffrance des soignants. La multiplication des contraintes physiques, psychiques et organisationnelles génèrent de la

souffrance de façon indéniable et pourtant, devant toutes ces contraintes, ces difficultés que nous venons d'aborder, on peut se demander ce qui justifie que des individus choisissent ces métiers du soin, les pratiquent pendant des années et trouvent en eux l'énergie pour assurer les tâches qui leur incombent. Une des raisons pour lesquelles les soignants choisissent leur métier est lié au don de soi : dans les équipes de soins, on peut parler de culture du don (il est normal pour un soignant, de donner de son temps, de son attention, de sa bienveillance, de sa patience). Cet acte gratuit qui caractérise la culture humaine se retrouve dans les tâches effectuées qui ont, certes, une portée médicale, mais aussi sociale.

Le fait de soigner présente en filigrane le désir de guérir. Quand le malade va mieux, il y a une valorisation de soi, du travail effectué, une satisfaction narcissique et toutes les difficultés qu'on a rencontrées dans son travail de soignant prennent du sens : on est utile à l'autre. Cela justifie toutes les souffrances subies et répond à l'idéalisation que l'on se fait de son métier. Et quand le malade s'aggrave, le partage de ses propres difficultés avec les autres collègues permet de retrouver de la force, de projeter son énergie dans le vécu actuel tout en sachant que nul ne peut dépasser la mort.

Cette identification aux autres dans la prise de conscience de difficultés permet de récupérer de l'énergie à leur contact, de se sentir soutenu et de recevoir des gratifications de leur part sous forme d'actes de bienveillance mais surtout par des états subjectifs comparables. Partager des sensations, des sentiments mais aussi des pensées fonde des liens solides dans le groupe: par exemple, si on se sent mal dans son travail et que ses propres sensations soient partagées par les collègues, il y a construction d'une véritable empathie, et on attribue les raisons de ce mal-être aux conditions de travail. Cela permet au soignant en difficulté de mettre de la distance entre la situation vécue et ses sensations et de maintenir ainsi un équilibre psychique, de protéger ses propres défenses.

Un autre aspect positif du métier de soignant est celui qui nécessite de s'ouvrir continuellement sur des champs de connaissance et de disciplines professionnelles : en effet, les connaissances évoluent rapidement ce qui se traduit, dans le métier d'infirmière, par l'application de nouveaux protocoles thérapeutiques, de nouvelles techniques de soins. La routine n'existe pas dans ce métier, les facultés cognitives sont stimulées en permanence. Les techniques sont révisées, dépassées : cela suppose de développer de rapides capacités d'adaptation mais aussi des qualités de communication puisqu'on travaille en « dossiers partagés ». A l'intelligence technique vient s'ajouter l'intelligence humaine qui consiste à

fluidifier les échanges entre les équipes, à inclure une dimension pédagogique dans les explications des nouveaux protocoles, des nouvelles techniques.

Cela sous-entend, bien sûr, la capacité à résoudre des problèmes en groupe. Le collectif de travail prend ici toute sa consistance : pour développer des nouvelles compétences à la fois individuelles et collectives, il est nécessaire de partager non seulement des connaissances mais aussi des sentiments, des sensations. Apprendre à écouter les autres, à accepter les singularités de chacun, les croyances et les représentations différentes, les sensibilités individuelles. Pour le collectif de travail, c'est un moment privilégié pour partager savoirs, savoir-faire mais aussi pour faire évoluer ses propres représentations mentales en bénéficiant de l'éclairage des autres. Nous avons partagé ce type d'expérience avec nos collègues dans la mise en place de nouveaux protocoles de prévention des embolies pulmonaires : le chef de service souhaitait la mise en place des nouvelles techniques de soins et nous a confié l'ingénierie de la formation des soignants et la création de groupes de retour d'expérience. Ceci a permis de fédérer le groupe autour de valeurs communes et de référentiels de compétences. D'autres innovations ont été à l'origine d'échanges et de travaux de groupe et ont participé à la satisfaction que nous avons retirée de ce métier. Ainsi, cette activité d'infirmière nous a enrichies personnellement et professionnellement de par les rencontres que nous avons effectuées, les expériences que nous avons vécues. Malgré les situations parfois dramatiques, elle nous a procuré de nombreuses satisfactions cognitives et émotionnelles : elle nous a appris à observer, à écouter y compris ce qui n'était pas dit, à analyser, à prendre des décisions ; elle nous a appris aussi la compassion et l'humilité.

Il est cependant évident que ce métier nécessite un travail sur soi pour trouver un développement singulier harmonieux. Si le soignant prend soin de lui, il pourra alors apporter les meilleurs soins à l'autre.



## **I.2. Consultante dans un cabinet d'out-placement**

Cette deuxième activité s'est déroulée sur une durée de neuf ans dans un cabinet d'out-placement réputé de Lyon. Nous avons exercé une fonction de consultante/psychologue à temps partiel et devons accompagner des cadres nouvellement licenciés vers leur repositionnement sur le marché de l'emploi. L'outplacement est une prestation cadrée dans le temps, financée par l'entreprise du collaborateur dont elle se sépare.

En tant que consultante, nous assurons des prestations de suivi de candidats et en tant que psychologue, nous intervenons à la demande de nos collègues lorsqu'ils identifiaient chez leurs candidats des troubles psychologiques pouvant compromettre la réussite de la mission de reclassement.

La mission, nous l'avons dit, est financée par l'employeur du candidat : le cabinet a donc des obligations face à son client : obligations de moyens mis à la disposition du candidat et de résultats vis-à-vis de l'entreprise qui finance. La notion de rentabilité des missions est très présente et exerce une pression sur le travail du consultant. En tant que consultante, nous avons les mêmes objectifs économiques que nos collègues (suivre en parallèle un maximum de candidats et repositionner chacun le plus rapidement possible sur le marché du travail) et en tant que psychologue, notre tâche était de permettre au candidat de reprendre confiance en lui, en respectant le rythme de son processus d'évolution, ce qui peut difficilement être planifié. Cette double contrainte traduite en objectifs antagonistes était génératrice de souffrance psychique et nous questionnait sur le sens de notre travail.

Les activités de consultant et de psychologue se contrariaient, se freinaient, la pleine réalisation des unes empêchaient la pleine réalisation des autres. Nous pouvons illustrer nos propos par de multiples situations vécues : pour que le candidat puisse s'investir dans sa recherche d'emploi, le consultant doit découvrir ce qui peut le freiner : où en est-il dans son processus de deuil de son ancien travail ? Comment vit-il la rupture ? Arrive-t-il à mettre en travail ce vécu antérieur douloureux ? Quel rôle (symbolique) le travail joue-t-il dans la vie de la personne ? Quelles failles vient-il colmater ? Comment ? Quels sont les bénéfices secondaires ? Dans cette situation de crise, quels sont les changements internes et externes qui apparaissent ?.... autant de questions qu'il est important d'aborder pour comprendre ce que vit le candidat, ses processus d'attachement au travail. Il ne s'agit pas d'un travail thérapeutique mais d'une phase obligatoire du bilan psychologique, phase de compréhension de l'autre dans toute sa singularité et dans sa complexité. L'objectif est de créer un travail psychique chez le candidat qui va l'aider

à analyser et à dépasser sa situation de crise. La confrontation de la personne à la réalité de sa situation peut créer des blocages psychologiques qui freinent le travail du consultant. Il faut donc respecter les phases du deuil par lesquelles passent les candidats. Certains sont dans le déni de la réalité, ils n'appréhendent pas bien la situation, minimisent les conséquences de leur perte d'emploi et s'efforcent de maintenir un état antérieur au traumatisme. Nous avons identifié cette étape chez des candidats qui étaient convaincus de retrouver très rapidement un travail sans avoir besoin d'élaborer un projet.

"D'autres ont analysé les conséquences de leur licenciement sur leur vie et celle de leur entourage et sont dans une phase dépressive" avec une forte morbidité dont ils n'ont pas toujours conscience. Nous l'avons identifié chez les candidats dans des comportements d'apathie : ils se « laissent aller », sont incapables de réagir, se dévalorisent. Le rôle du consultant est de servir d'étayage, de permettre à l'individu de mettre en mots ses sentiments liés à la situation de perte, de redonner des points de repères à la personne en lui fixant des RV et des tâches à réaliser entre chaque RV. Nous avons remarqué parmi le nombre de candidats que nous avons suivis que cette phase dépressive était la plus complexe du processus de deuil, donc la plus difficile à gérer. En effet, nous ressentions parfois un sentiment d'échec, de découragement, voire de l'irritation face à un candidat qui nous mettait face à notre impuissance. Dans cette situation marquée par le désinvestissement psychique, affectif du candidat, nous nous sommes fréquemment appuyée sur les résultats aux tests de personnalité (dont le 16PF : les facteurs C, L, O, Q4 mettant en évidence le niveau d'anxiété) : ainsi, les tests ont été un excellent support de discussion et nous ont permis d'aborder plus facilement « le pessimisme dépressif » de la personne. Il lui était plus facile d'accepter ce que les tests mettaient en évidence sous le critère de fiabilité du test que d'accepter la projection subjective de la part du consultant.

Il est arrivé cependant que le candidat soit vraiment en souffrance, la mission d'accompagnement a alors provisoirement cédé la place à la thérapie permettant ainsi d'identifier et de mieux clarifier les affects liés à la perte d'emploi.

Cet arrêt provisoire de la mission d'outplacement entrant en résonance avec nos convictions de psychologue nous a amenée à interroger le sens de notre travail ; en tout cas, il nous a obligée à nous poser la question de notre positionnement : consultant ou psychologue ? et de discuter de nos interrogations avec la structure qui nous employait. Là, deux logiques se heurtaient : une économique, l'autre sociale. Dans ces situations qui nous opposaient aux choix économiques de la structure, nous nous sommes parfois identifiée aux candidats : préserver notre situation d'emploi devenait une priorité mais comment accepter les conditions de travail,

assumer des contraintes qui bousculaient notre système de valeurs et préserver notre santé psychique ? Cette confrontation au réel nous a amenée à nous poser la question du réel de notre activité, de ce que nous faisons mais aussi de ce que nous ne pouvions pas faire, de ce que nous faisons de façon incomplète (Clot, 1999). Comment nous avons adapté nos pratiques en fonction de la perception que nous avons de notre rôle ?

Toutes ces questions ont débouché sur une « mise à plat » des activités de chacun lors de réunions de travail. Nous avons découvert le contenu du travail des collègues et la réalité était souvent bien loin de la représentation mentale qu'on se faisait du travail des autres. Cela a donné lieu à une réorganisation du travail, à une meilleure compréhension de l'activité de consultant et de celle du psychologue et pour ma part, à une meilleure intégration professionnelle par un véritable positionnement en tant que psychologue, en appui aux missions des consultants.

De cette expérience, nous en avons retiré plus de plaisir dans le travail. Les relations avec les supérieurs et les collègues se sont nettement améliorées : on passait de l'isolement de chacun (avec ses missions propres, ses contraintes de chiffre d'affaires à réaliser) à une véritable organisation du « collectif de travail » avec partage des pratiques et de moments de convivialité.

Nous avons gagné en bien-être et en efficacité dans notre travail. Notre fonction de psychologue, identifiée par tous, nous a permis de recentrer notre action auprès des candidats sur cette période transitoire entre perte d'emploi et retour à l'emploi. Période dans laquelle les personnes se sentent oubliées, inutiles au fonctionnement du système social et souffrent de la perte d'identité professionnelle et de leur statut social.

Etre à la fois inclus et exclu de l'emploi implique pour l'individu un remaniement des investissements sociaux, identitaires et cognitifs. La recherche d'emploi est donc un véritable processus de reconstruction et de resocialisation. : elle mobilise, développe l'autonomie. Dans cette phase, le rôle du psychologue dans sa démarche d'accompagnement est capital. En effet, les défenses psychologiques de la personne sont fragilisées et sa souffrance peut l'empêcher d'analyser son passé, de maîtriser le présent et de se projeter dans l'avenir. Le psychologue va alors remobiliser le psychisme de la personne, lui permettre de dépasser ses blocages.

Dans notre nouveau positionnement, nous pouvions développer notre pouvoir d'agir : notre travail devenait source de créativité et d'initiative. De plus, non seulement nous nous reconnaissons dans ce que nous faisons mais nos actions avaient des répercussions beaucoup plus significatives sur le collectif de travail. Nous en avons retiré une vraie satisfaction narcissique.

C'est ainsi que nous avons pu mettre en place des activités de création dans lesquelles, en développant leurs capacités d'action (sur l'environnement, sur les autres), les candidats pouvaient se remobiliser dans le développement de soi.

Nous avons créé des ateliers à thème dans lesquels, chaque semaine, un candidat présentait sur une demi-journée, un thème lié à son ancienne activité. La liste des thèmes était connue à l'avance par tous les autres mais aussi par les entreprises clientes et prospectes. Le succès de ces ateliers a redynamisé certains candidats et a eu pour incidence la réappropriation subjective de la situation de perte d'emploi et une réévaluation plus objective de la situation. Ainsi, ces personnes ont pu sortir de l'immobilisme dépressif dans lequel elles s'étaient installées. Pour d'autres, les échanges avec le groupe ont facilité le remaniement des représentations, celles que les candidats avaient d'eux-mêmes mais aussi celles qu'ils avaient de leur avenir, ce qui a stimulé la prise de risque et la projection dans des projets de vie innovants.

Nous avons aussi mis en place, à l'initiative d'un candidat, des jeux de rôle dans lesquels chaque personne illustre un trait de caractère, de personnalité. Notre rôle « contenant » a eu pour conséquence l'instauration de la confiance dans le groupe et la mise à distance de l'émotionnel et quand le groupe a adopté une attitude défensive, notre présence a permis à un nouveau discours de s'énoncer, d'où la possibilité pour les participants du groupe, de penser différemment. Nous avons pu remarquer par la suite que ces jeux de rôle avaient eu un impact sur la confiance en soi et avaient joué un rôle dans la reconstruction de l'estime de soi.

Ce que nous avons retiré de cette expérience en cabinet d'outplacement, est que rentabilité et bien-être au travail ne s'opposent pas quand on ne regarde pas les personnes comme des sujets susceptibles de limiter la performance mais plutôt comme des composantes majeures des améliorations encore possibles, c'est-à-dire comme des « créateurs de valeurs ».

### **I.3. Activité de conseil dans les organisations**

Pendant près de quinze ans, nous avons exercé en libéral une activité de conseil dans les Organisations : conseil en management, en conditions de travail. Dans les années 80, à l'époque où nous démarrions notre activité, les démarches qualité se développaient, ce qui exigeait de la part des salariés de respecter les normes qualité et de viser le zéro défaut. Les entreprises soumises à une conjoncture concurrentielle recherchaient l'excellence et avaient défini, dans leur spécificité, des comportements à adopter par les salariés pour atteindre ce niveau d'excellence. C'est ainsi, qu'en tant que consultant, on nous demandait par exemple, de mettre en place des méthodes de gestion du temps, (pour optimiser le travail), de former des cadres au management par la qualité, de mettre en place des référentiels compétence, de former les cadres à l'appréciation de leurs collaborateurs, d'organiser la polyvalence dans un service, de mettre en place un management par projet, d'institutionnaliser le management participatif... Toutes ces demandes avaient comme point commun le changement de culture, de comportements dans un seul but : rendre l'entreprise plus performante. A cette période, nous avons pris conscience, dans les séminaires pour cadre, que nous animions, que les cadres s'imposaient des challenges, s'impliquaient dans de multiples projets favorisant la reconnaissance des collègues et de leur manager, mais tout cela n'était en définitive qu'un leurre. Nous avons cherché à comprendre ce qui faisait que des cadres qui avaient une forte évolution de carrière dans leur entreprise, se trouvaient brusquement dans le « burn-out » ; ou bien que des cadres qui avaient commis des erreurs même de faible importance, se trouvaient brutalement en outplacement avec un équilibre psychique rompu. Nous avons à ce moment-là commencé à nous intéresser à la souffrance au travail, à des situations qui nous paraissaient injustes. Notre formation de psychologue a modifié notre approche de consultant et nous a amenée à observer et à écouter ce qui n'était pas montré et ce qui n'était pas dit. C'est ainsi que la souffrance au travail s'est révélée à nous, non pas dans ce qu'elle avait de visible (par ex : dans un travail posté ou avec de fortes contraintes physiques) mais dans ce qu'elle avait de plus insidieux (par ex. : le développement des performances individuelles jusqu'à l'excellence et l'épuisement comme réponse aux transformations de l'organisation). Nous avons regardé les problématiques d'organisation ou de conditions de travail à travers l'emprise qui s'exerçait sur les hommes (par ex. : un management participatif instauré pour inciter les salariés à travailler en groupe et produire ainsi une émulation qui augmentait la performance). Petit à petit, le sens de notre métier se transformait et nous passions d'une activité de consultant centrée sur des contenus (former, apporter des solutions) à une

activité centrée sur les processus (aider les acteurs à comprendre ce qu'ils vivent, faire évoluer leurs perceptions et les rendre plus autonomes).

Revenons quelques instants sur l'activité de consultant. Celle-ci va de l'analyse de la demande au pilotage de la mission en distinguant d'ailleurs deux types de missions qui vont induire des orientations différentes. Dans le premier cas, le consultant est centré sur le contenu de la mission : il apporte son expertise dans le problème posé et propose des solutions. Au début de notre activité, la majeure partie de nos missions était de ce type. Cela nécessitait, de notre part, la capacité à rassembler des connaissances théoriques, à faire des hypothèses, à proposer un cadre d'intervention, construire des méthodologies et des outils pour effectuer un diagnostic de la situation, et apporter des préconisations (qui pouvaient être des actions de développement ou de réduction de dysfonctionnements).

Dans le deuxième cas, le consultant est centré sur le processus : il n'apporte pas de solutions mais il aide les acteurs de l'entreprise à comprendre les interactions sociales relatives au problème posé. Cela nécessite, d'une part, une connaissance des processus de changement et d'autre part, des processus d'aide à la personne. La phrase de Kubr (1998, p. 60) semble très bien reformuler le rôle du consultant dans ce type de missions : « Le consultant en tant qu'agent du changement cherche à aider l'organisation à résoudre ses problèmes en la sensibilisant aux processus organisationnels et à leurs conséquences probables, ainsi qu'aux techniques d'intervention propres à stimuler le changement. Au lieu d'apporter des connaissances techniques et de suggérer des solutions, il cherche essentiellement à communiquer son approche, ses méthodes et ses valeurs de telle façon que l'organisation cliente puisse elle-même diagnostiquer et résoudre ses problèmes ».

Au fil des années, nos interventions « centrées processus » ont augmenté : en effet, nous avons été sollicitée de plus en plus pour des problématiques de conflits (entre services, à l'intérieur d'un même service, avec un manager), pour des problématiques de démotivation ou d'accidents de travail dits « de comportement ». Il faut entendre par là, des accidents qui ne sont pas liés aux risques du métier (par ex : plusieurs entorses de cheville chez des secrétaires d'un même service ou bien des chutes et autres accidents survenant brutalement dans une équipe après un changement organisationnel ou de manager). Des hypothèses empiriques étaient bien sûr formulées par les acteurs de l'entreprise mais comme ces accidents avaient une répercussion économique et sociale (sur le climat entre autres) plusieurs entreprises m'ont demandé de les aider à comprendre ce qui se passait. Nul doute qu'à ce moment-là, notre casquette de psychologue du travail a joué en notre faveur : la compréhension des comportements et des systèmes humains étant bien la spécificité d'un psychologue. Les entreprises dans les années 90

commençaient en effet à s'intéresser aux problèmes humains : les termes de violence au travail, harcèlement moral, prévention des risques psycho-sociaux ne faisaient pas encore partie du vocabulaire mais les médecins du travail et autres acteurs de la prévention étaient sollicités par des personnes en souffrance et ils ne savaient pas comment les aider.

Nous allons essayer de décrire la manière dont nous abordions la souffrance au travail dans nos interventions non pas en terme de protocoles mais plutôt au travers de nos perceptions et de nos questionnements.

Dans un premier temps, il était nécessaire de faire préciser la demande de l'entreprise : en effet, dans des problématiques centrées sur des conflits, des difficultés de management ou des accidents de travail, la demande n'est jamais singulière ; elle était de plus, rarement explicite (cachant en effet d'autres attentes liées aux intérêts non avoués des acteurs). Il était donc important de cerner au plus juste la demande, d'une part, pour se prémunir des risques d'une intervention qui allait sans doute contrarier les intérêts d'acteurs-clés dans la situation et, d'autre part, afin de fixer les règles de l'intervention dont notre libre accès au terrain et aux informations. Pour le bon déroulement de notre intervention, il nous fallait une légitimité, d'autant plus que notre démarche n'avait pas pour but de donner des conseils à suivre mais d'interroger chacun dans sa subjectivité. Nous savions que ce type d'intervention présentait des risques : celui d'être contesté si nous apportions des éléments de diagnostic de la situation qui perturbaient les acteurs et, à l'inverse, celui de tomber dans le piège de l'expert, mandaté par les acteurs pour apporter des solutions.

Dans les groupes de travail de cadres que nous animions, notre objectif était de faciliter le dialogue autour de l'analyse de la situation qui posait problème. Nous étions amenée à questionner l'identité et la logique de chaque participant. Dans le dialogue, chacun pouvait ainsi réviser sa compréhension et son interprétation des faits mais aussi prendre conscience des subjectivités de chacun au regard de son histoire et de ses intérêts. Cependant, quand les échanges se faisaient autour de problématique de conflits ou de souffrance, les émotions envahissaient, prenaient la première place et venaient souvent perturber la sphère cognitive. Notre fonction était à ce moment-là d'écouter avec toute l'empathie et la compréhension possibles sans pour cela montrer une quelconque adhésion aux propos. Position difficile à tenir car, dans cette situation instable, chacun attendait de l'intervenant qu'il réduise la dissonance cognitive et affective et qu'il se positionne en expert. Nous avons le souvenir de groupes de travail que nous avons animés et dans lesquels nous avons le sentiment de travailler « sans filet » avec la solitude du consultant dans un processus instable dans lequel il doit créer du lien,

donner du sens, conceptualiser et réguler des tensions. La tentation était grande alors, d'endosser un rôle d'expert, plus valorisé et donc plus sécure. Cependant, nous devons préserver notre indépendance. Dans ces moments-là, nous avons pris toute la dimension de la fonction de consultant en libéral et de l'isolement dans lequel elle plonge l'individu. Certaines missions nous ont d'ailleurs laissé désemparée et ont exigé de nous une longue réflexion sur le sens de notre travail.

Comme les participants de nos groupes de travail, nous étions nous aussi dans un processus d'apprentissage, de réflexion sur notre pratique, sur nos émotions, sur nos transferts. Comprendre les émotions que la situation d'intervention éveillait en nous, était indispensable pour pouvoir comprendre celles des acteurs. Cette prise de recul nous était nécessaire pour prendre conscience des fantasmes, des croyances, des réactions de nos interlocuteurs : chacun, au travers de ce qu'il projetait sur nous, nous livrait ainsi ses doutes, ses craintes mais aussi des éléments de son identité, de son positionnement dans l'entreprise. Au travers des identités de chacun, nous pouvions deviner sa vision du passé, comprendre son analyse du présent et anticiper sa perception de l'avenir. Cela nous a été très utile pour découvrir les valeurs sous-jacentes de chacun et essayer de construire une vision commune des situations (notamment dans les problématiques délicates du conflit ou de situations de souffrance). Faire prendre conscience aux acteurs qu'ils avaient des valeurs communes, faciliter le changement de vision à partir de l'évolution des représentations mentales et des émotions des participants : en quelque sorte créer les conditions du développement du bien-être : ce travail délicat nous était permis par la légitimité que nous avons acquise.

Nous avons pris l'habitude de noter après chaque intervention, ce que nous avons ressenti, compris, dans les groupes mais aussi dans la rencontre avec les acteurs de l'entreprise (dirigeant, hiérarchiques, syndicats, cadres, autres salariés...). Cette habitude a été pour nous un excellent exercice pour comprendre à quel point nos émotions, nos fantasmes, nos attitudes pouvaient influencer notre façon de réagir et d'intervenir dans les groupes. Nos doutes, nos incertitudes ont été sources de souffrance : la peur de ne pas arriver à obtenir la confiance de nos interlocuteurs, d'être rejetée par les acteurs qui se sentaient en danger, de mal interpréter ce qui se manifestait dans les interactions, tout cela a généré des questionnements mais a nourri notre maturation. C'est par l'intermédiaire de ce travail psychique que nous avons pu comprendre ce qui se jouait chez les acteurs de l'entreprise (dans les groupes que nous animions mais aussi lors de réunions informelles) : les questions que nous nous posions étaient souvent celles qu'ils se posaient et notre réflexion sur nos conceptions, sur nos attitudes les aidaient à accepter leurs



doutes et à ne plus se sentir personnellement attaqués quand la discussion les remettait en cause. Nous étions alors sur un « plan d'égalité » au niveau des émotions : les acteurs pouvaient admettre sans crainte leurs lacunes, leurs enjeux personnels dans la situation et leurs impossibilités d'agir et nous pouvions alors évoquer plus librement nos perceptions des jeux politiques. Instaurer une vraie communication entre les acteurs, sur le plan des idées, mais aussi des opinions et des sentiments, permettre à un vrai dialogue de s'initialiser, amorcer un apprentissage commun de nouveaux modes de coopération et de coordination est, à notre avis, le rôle d'un consultant. C'est ce que nous avons essayé de faire pendant toutes ces années, en tout cas, malgré les doutes, les difficultés rencontrées, nous avons toujours eu le même objectif : être en cohérence avec notre représentation du métier de consultant/psychologue : celle d'un facilitateur du développement du bien-être au travail.

#### **I.4. Professeur et psychologue dans l'enseignement supérieur**

Notre dernière activité, celle que nous avons depuis treize ans dans l'enseignement supérieur, s'est articulée autour de trois axes : un « axe enseignement » auprès d'étudiants d'université de Lyon et d'école supérieure de commerce (ESC) de la région lyonnaise, un « axe accompagnement » des étudiants dans leur recherche de stage, le suivi de leur mission de fin d'études et un « axe soutien » des étudiants en difficulté. En parallèle de cette activité éducative auprès des étudiants, pendant plusieurs années, nous avons mené nos missions de consultant. L'une enrichissait l'autre : cette double activité nous permettait de croiser nos regards sur les attentes de l'entreprise et celles des étudiants et de lier deux mondes qui semblent parfois s'ignorer : celui de l'université et celui de l'entreprise.

Cette double appartenance à ces deux environnements nous permettait d'être une interface entre l'étudiant dans sa recherche de stage et l'entreprise en quête d'un étudiant. Trois incidences en résultaient : faire connaître aux entreprises la plus-value que des étudiants en master 2 d'université ou en master 2 d'ESC pouvaient leur apporter ; aider les étudiants à répondre au cahier des charges ; les suivre pendant leur stage, les aider à répondre à la demande. Dans cette période de notre vie professionnelle, nous avons très souvent joué un rôle de médiateur entre l'étudiant et l'entreprise. Ce que nous avons évoqué précédemment dans notre activité de consultant s'appliquait ici : instaurer ou rétablir une vraie communication entre les parties. A la différence près que notre positionnement, en tant que représentante de l'institution d'enseignement supérieur, nous faisait perdre notre statut de neutralité. Nous nous sommes donc parfois trouvées piégées entre le souhait d'être la plus impartiale possible et le souhait de venir

en aide au jeune. Que faire en effet quand un étudiant avait commis une faute professionnelle, en partie dûe à l'isolement dans lequel on l'avait mis ? Que faire, également, quand un étudiant avait refusé de faire une tâche qu'il jugeait contraire à ses valeurs ? Pas question de le formater pour qu'il corresponde aux attentes de l'entreprise ! Dans ces situations, nous nous sommes souvent sentie seule : en effet, l'ESC, notre institution d'appartenance, nous « déléguait » la résolution du problème ; pire, encore, il est arrivé que l'institution, pour des raisons que nous ignorons (sans doute politiques ou économiques) prenne la défense de l'entreprise. Le sens de notre mission s'en trouvait remis en cause et quel soutien pouvions-nous alors apporter à l'étudiant en souffrance alors que nous étions nous-mêmes dans notre propre souffrance ? Pour ne pas tomber dans une attitude défensive, nous avons mis en pratique ce que les années d'activité professionnelle nous avaient appris : prendre soin de soi pour pouvoir apporter les meilleurs soins à l'autre. Nous avons ainsi utilisé les techniques de relaxation, de recentrage sur les évènements positifs, de gestion des émotions que nous avons développées dans nos stages de « gestion du stress » : sachant que, seule, la répétition de ces techniques leur conférait un caractère d'efficacité.

Nous voulons également aborder un point qui a été à la fois source de motivation pour nous et de déception dans notre activité d'accompagnement des étudiants dans leur stage : la veille autour de la recherche d'emploi/de stages fait depuis longtemps partie des missions des départements « relations entreprises » des ESC. Les entreprises sont suivies (souvent par l'intermédiaire des anciens), fidélisées par des parrainages, par des missions effectuées par des associations d'étudiants (ex. : la Junior entreprise), la prospection de nouveaux stages et leur organisation sont pilotées avec des méthodes et des outils éprouvés. A l'université, une grande partie de ce travail reste à faire. Nous avons créé avec nos collègues de l'université de Lyon, une dynamique proche de celle développée en ESC ce qui avait permis au master 2 d'être connu et reconnu par les autres universités, les étudiants français et étrangers et les entreprises de la région Rhône-Alpes. Cette construction de réseaux d'entreprises partenaires avait pris beaucoup de temps, d'énergie, d'ajustements mais le résultat était valorisant. Or, quand notre mission à l'université a pris fin, nous pensions que ce travail effectué (qui allait dans le sens du développement des universités souhaité par Mme La Ministre Valérie Pécresse) nous donnait un caractère de pionnier. Force a été de constater que la direction de l'université ne reconnaissait pas le travail effectué, ne pouvait nous fournir des grilles d'évaluation pédagogique et qu'elle ne mettait pas l'étudiant au centre du dispositif du processus de formation.

Notre deuxième mission (celle que nous avons encore à l'heure actuelle en ESC), est centrée sur l'enseignement aux étudiants des cycles de licence et de master.

Nous avons mis en place des cours collectifs et un suivi individuel des étudiants pour valoriser le « Développement Personnel » dans les programmes d'enseignement. La création de cette architecture pédagogique nous a passionnée par le caractère innovant qu'elle a représenté : permettre le développement des étudiants en respectant leur autonomie, la singularité de la personnalité de chacun, et mettre en œuvre les conditions de leur réussite. Nous avons commencé par un « bilan psychologique » pour mieux évaluer les aptitudes, mieux cerner la personnalité. Notre double positionnement de professeur et de psychologue nous permettait de faire passer des tests aux étudiants et de faire le lien entre leurs résultats et leur scolarité. Il nous a fallu cependant faire connaître le code de déontologie des psychologues indiquant que seul, le psychologue est le garant de la fiabilité de la restitution des résultats des tests et du compte-rendu du bilan. Il doit veiller à ce que celui-ci ne soit pas utilisé à des fins contraires à l'intérêt de l'étudiant ; il est le seul en mesure de juger, avec l'accord de l'étudiant, si le compte-rendu présente un caractère confidentiel ou non. Cette discipline qu'est le développement personnel a généré quelques interrogations de la part de la Direction car elle ne rentrait pas dans leurs standards : il était en effet, demandé aux professeurs d'objectiver et de standardiser leurs enseignements pour répondre à des critères d'efficience.

Comment adopter des normes, un formatage, dans une discipline centrée sur les processus de développement ? Non seulement nous apportions des connaissances aux étudiants (et c'est là que notre fonction d'enseignante prenait toute sa dimension) mais l'essentiel était de permettre le développement de la personne dans ses aspects cognitifs, affectifs et dans ses comportements.

Notre objectif était d'orienter les actions des étudiants vers des projets dans lesquels ils puissent trouver du sens à leur vie, actualiser leurs potentialités (dans des activités citoyennes, humanitaires...). Il nous semblait important qu'en cherchant à atteindre leur but, ils apprennent les processus qui leur permettraient de gérer leur propre changement. La démarche que nous avons essayé de mettre en place et qui correspond à la représentation que nous avons du développement personnel comprend des aspects d'ordre comportemental (développement de stratégies de résolution de problèmes), cognitif (avec modification des croyances limitantes) et d'ordre affectif (création de relations interpersonnelles chaleureuses, soutien moral en appui au sentiment d'efficacité personnelle) ; elle est encore actuellement en cours d'application.

Notre troisième et dernière mission (que nous occupons encore aujourd'hui) est centrée sur le soutien des étudiants dans le cas de difficultés personnelles. Être psychologue dans une ESC ne « va pas de soi ». S'il est évident qu'être un spécialiste du marketing, de la finance, voire des ressources humaines permet d'être embauché dans ce type d'école, il n'en est pas de même pour un spécialiste de la psychologie. Il nous a donc fallu, pas à pas, construire notre place, faire évoluer les représentations sur le métier de psychologue dans une ESC. Le psychologue, en effet, n'est pas un professeur ou un intervenant spécialisé en psychologie mais quelqu'un que son statut et ses compétences humaines définissent. Il s'agit de faire comprendre qu'on ne fait pas de la psychologie, on est psychologue. Il nous a fallu souvent repositionner notre rôle, préciser en quel nom et lieu nous parlions : en tant que professeur ou en tant que psychologue ? Nous nous sommes sentie parfois isolée, dans l'obligation de devoir défendre notre position sans avoir les moyens de le faire. Nous avons vécu ce type de situation lors des conseils de classe. Le jury devait statuer sur la situation d'un étudiant en termes de redoublement ou de passage en année supérieure. Nous avons dû plusieurs fois défendre des étudiants qui avaient des notes en dessous de la moyenne en précisant que le redoublement risquait d'aggraver un manque important de confiance en soi ou bien, risquait d'être vécu par le jeune comme un échec supplémentaire dans sa vie. Il était difficile de convaincre les membres du jury sur nos présomptions d'autant plus, que les difficultés personnelles que nous connaissions présentaient un caractère confidentiel. Il s'agissait d'éclairer les décisions des collègues sans dévoiler ce qui nous avait été confié. Nous avons alors ressenti cette déception de ne pas être arrivée à convaincre un auditoire alors que nous savions exactement ce qui risquait de se passer, à savoir une démotivation complète du jeune. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé dans quelques cas et nous avons eu alors un sentiment d'échec, celui de ne pas avoir su défendre l'étudiant.

La notion d'efficacité en école de commerce oblige les enseignants à être dans une activité de production (de cours, d'articles, de publications) et laisse peu de place au collectif de travail, d'où l'isolement dans lequel chacun se situe. Il ne nous a donc pas été possible pour l'instant de repenser l'expérience de travail dont nous venons de parler, avec ce qu'elle avait eu de difficile pour nous : l'action individuelle doit à notre avis être pensée dans des formes plus collectives de la vie professionnelle. A l'heure actuelle, les fonctions de chacun dans l'institution ont été repensées récemment en termes d'organisation du travail ; il reste à envisager un travail d'organisation du collectif, un véritable débat sur les enjeux subjectifs et les attentes de chacun.

## **I.5. Synthèse de nos activités professionnelles et recherche d'une problématique**

De ces quatre activités professionnelles très différentes les unes des autres, nous allons essayer de faire une synthèse. Nous mentionnerons les questions qui ont émergé et les concepts que cela nous a permis d'explorer.

Deux thèmes apparaissent : le premier est centré sur la souffrance au travail, la nôtre et celle qu'on a observée, prise en compte. Le deuxième est celui du bien-être psychologique dans notre travail.

Si nous essayons de faire une introspection, de nous arrêter sur la souffrance que nous avons ressentie, nous pouvons la décrire de la manière suivante :

- Dans l'activité de soignant : elle se manifestait par la fatigabilité physique et psychique, par les émotions négatives difficiles à gérer et par le manque de soutien de la part de la hiérarchie et de l'institution en général.
- Dans l'activité de consultante en out-placement, la souffrance présentait deux origines, organisationnelle et intrinsèque : la première se retrouvait dans les objectifs antagonistes liés à la double activité de psychologue et de consultant que nous devions gérer et la deuxième était liée à notre impuissance face aux candidats en souffrance psychique qui désinvestissaient alors leur recherche d'emploi.
- Dans nos missions de consultante en libéral, bien qu'extérieure aux organisations donc moins sous l'emprise de contraintes de toutes sortes, la souffrance s'est manifestée dans les situations où, face à une dissonance affective et cognitive dans le groupe, nous ressentions les pressions qui s'exerçaient sur nous pour réduire ces dissonances et nous obliger à nous positionner en expert. L'isolement dans lequel nous nous trouvions, la peur d'être rejetée par les acteurs qui se sentaient alors en danger mais aussi notre peur de ne pas comprendre ce qui se jouait dans les interactions ont été sources de souffrance dans ces missions.
- Dans notre fonction de professeur et de psychologue que nous occupons encore actuellement, la souffrance s'est manifestée de deux manières : par le manque de reconnaissance du travail effectué, de la part de la hiérarchie mais aussi par la non prise en compte des obligations déontologiques liées au statut de psychologue (ce qui interpellait le sens de nos missions quand nos valeurs étaient bousculées).

Dans ces quatre activités, la souffrance ressentie était la résultante d'un vécu qui venait troubler notre jugement, nos perceptions faisant ainsi émerger des sentiments douloureux mais ce

ressenti individuel a été généré par un environnement avec son organisation, ses règles venant parfois heurter nos convictions, nos valeurs.

Le deuxième thème qui est apparu dans nos activités professionnelles est celui du bien-être psychologique au travail. Nous allons essayer de voir comment il se manifestait à travers nos quatre activités.

- Dans l'activité de soignant : le bien-être psychologique se ressentait quand les tâches effectuées donnaient du sens à notre activité de soignant, par exemple, lorsque les soins amélioraient la santé du patient. La valorisation de soi qui en découlait mais aussi les gratifications de la part du patient, de la famille, généraient des émotions positives. Cette satisfaction narcissique était parfois renforcée par l'empathie des collègues. Ce bien-être psychologique se manifestait également au travers d'un sentiment d'efficacité personnelle dans la réalisation de soins difficiles et dans le contrôle de soi dans des situations stressantes. Enfin, nous avons éprouvé ce bien-être dans des activités de cognition et de pédagogie : nous actualisons régulièrement nos connaissances, nos pratiques, d'où le sentiment de développer son potentiel et de développer celui des autres (dans l'explication de nouveaux protocoles par exemple).
- Dans l'activité de consultante en out-placement : le bien-être psychologique a trouvé sa place lorsque nos missions d'accompagnement se concrétisaient par la reconstruction et la resocialisation du candidat. Notre rôle de psychologue prenait tout son sens dans l'aide que nous pouvions apporter à la personne pour remobiliser son psychisme et retrouver une identité professionnelle. Notre repositionnement en tant que psychologue nous a apporté également du bien-être dans notre travail : il lui a donné une véritable reconnaissance de la part de nos collègues. De plus, la création d'un collectif de travail avec des relations positives, un partage des pratiques, a généré un bien-être psychologique, renforcé d'ailleurs par l'autonomie, le pouvoir d'agir que nous avons acquis et qui nous a permis de nous investir dans des actions innovantes laissant libre cours à la créativité.
- Dans nos missions de consultante en libéral : l'activité cognitive intense (dans l'analyse de la demande, la réalisation de diagnostics, l'élaboration de solutions et de processus d'intervention) ainsi que la liberté d'action personnelle ont généré beaucoup de bien-être psychologique. Les relations positives que nous avons nouées ont généré des émotions positives que nous avons pu partager, notamment dans les groupes que nous animions ; l'image que nous renvoyaient les acteurs était souvent valorisante ce qui avait pour

conséquence le développement de l'estime de soi et d'un sentiment d'efficacité. Tous ces points ont largement contribué au développement de notre bien-être psychologique.

- Dans notre fonction de professeur et de psychologue : il s'est concrétisé par les relations positives que nous avons développées aussi bien avec les étudiants qu'avec nos collègues mais aussi à travers un réseau de partenaires d'entreprises. Le bien-être psychologique s'est manifesté également dans les activités d'innovation et la liberté avec laquelle nous avons pu les mener : nous avons pu ainsi construire une architecture pédagogique autour du thème du développement personnel et généraliser ce modèle à différents programmes. Enfin, le bien-être psychologique s'est matérialisé comme résultante du sens apporté à notre travail depuis que notre fonction de psychologue aî été reconnue.

Dans ces quatre expériences professionnelles, le sens positif que nous avons attribué aux évènements qui les ont marquées et la réaction émotionnelle associée ont provoqué chez nous un sentiment de bien-être mais celui-ci n'aurait pu se manifester sans la présence de facteurs socio-économiques du contexte qui sont venus contrebalancer les éléments négatifs du travail.

En conclusion, nous pouvons faire le constat que souffrance et bien-être psychologique au travail ont jalonné notre parcours et sont venus étayer notre questionnement sur la santé au travail. Beaucoup de questions ont germé de nos réflexions. Que faire quand la souffrance envahit la sphère individuelle et collective du travail ? Comment faire prendre conscience aux Organisations de l'importance de traiter la souffrance au travail ? Nous avons un réel intérêt pour la sphère de la santé au travail mais ce sont nos récentes lectures et l'analyse de nos premiers entretiens exploratoires qui ont orienté notre questionnement non plus sous l'angle de la souffrance au travail mais sous celui de la construction du bien-être psychologique au travail. Cette notion nous a intéressée car aborder les problèmes de santé au travail sous l'angle du bien-être psychologique fait la promotion d'une dimension positive des questions de santé au travail. C'est de cette psychologie positive vue comme un instrument de changement social qu'est partie notre réflexion sur le bien-être au travail et que des questionnements nouveaux ont jailli : Comment développer le bien-être psychologique au travail ? Est-il synonyme de qualité de vie au travail, de satisfaction, de plaisir ? Le bien-être psychologique est-il lié à un type de personnalité ? Quels sont les effets positifs du travail sur la santé et le bien-être : quelles conséquences cela peut avoir sur la vie des individus ou sur la vie de l'entreprise ?

Toutes ces questions nous ont amenées à rechercher une définition du bien-être au travail, à mieux cerner cet objet et à essayer de comprendre comment il se manifestait notamment dans

le vécu des salariés, comment ils en parlaient. De toutes ces réflexions, l'une d'entre elles a émergé, constituant ainsi notre problématique de départ :

**Peut-on repérer les processus individuels et organisationnels de la construction du bien-être psychologique au travail ?**

Traiter une problématique de recherche suppose dans un premier temps de situer le cadre conceptuel, économique, politique, social de la recherche. Dans quel type d'environnement va se dérouler la recherche? Est-ce que le sujet que l'on souhaite traiter est d'actualité ? Qu'est-ce qui a déjà été réalisé sur le sujet ? Autant de questions qui jalonnent la réflexion du chercheur et l'aideront plus tard à formuler des hypothèses de recherche.



## **II. CONTEXTE ET OBJET DE LA RECHERCHE**

### **II. 1. Contexte :**

Sans entrer dans une revue de littérature mais pour mieux cerner le contexte académique sur lequel notre travail allait s'inscrire, nous avons recherché ce que les auteurs avaient écrit sur la santé au travail car parler de souffrance ou de bien-être psychologique au travail étaient bien des manifestations de la santé au travail. Notre réflexion nous a conduit vers ce qui caractérise le travail.

Le travail a cela de particulier qu'il est à la fois le lieu où l'individu se construit une identité professionnelle, un lieu de socialisation, d'expériences singulières qui nourrissent le narcissisme de la personne, un lieu où l'imaginaire moteur (Enriquez, 1992) va se révéler et laisser libre cours à la créativité, un lieu où se manifeste Eros (la pulsion de vie) ; mais le travail peut aussi être un lieu de déconstruction sociale, de souffrance psychique, un lieu où l'individu et son besoin de valorisation narcissique sont pris au piège d'un imaginaire leurrant (Enriquez, 1992), un lieu où se manifeste Thanatos (pulsion de mort). Le travail peut donc détruire la santé physique et mentale d'une personne mais l'absence de travail détruit aussi la santé (Dejours, 1980 ; Gollac et Volkoff, 2006 ; Aubert et Gaulejac, 1991). Nombre de chercheurs se sont intéressés aux pathologies du travail et ont cherché des solutions (Dejours, 1980 ; Clot, 1999 ; Clot et Litim, 2008 ; Folkman et Lazarus, 1980). Ainsi, toutes les recherches portant sur la santé au travail arrivent aux mêmes conclusions : les évolutions qu'ont connues les organisations depuis les trente dernières années ont bouleversé profondément le contenu du travail et son environnement, ont impacté le rapport de l'homme à son travail. La flexibilité organisationnelle que les entreprises ont dû adopter pour pouvoir réagir rapidement aux fluctuations du marché a nécessité une souplesse de la part des salariés : les contraintes de temps, le développement de la responsabilisation individuelle, les exigences des politiques qualité (Thébaud-Mony, 1991 ; Bressol, 2004 ; Sarnin, 2007) ont alors marqué l'organisation du travail et des impacts sur la santé physique et psychologique des salariés ont commencé à apparaître, et sont toujours d'actualité.

Même si analyser la santé au travail passe par le prisme de la souffrance au travail, ne retenir que cet aspect est réducteur. Nous l'avons dit : la dualité bien-être/souffrance au travail est permanente ; il faut donc penser la situation de travail dans une perspective plus large incluant le bien-être au travail ce qui ouvre sur d'autres problématiques de recherche. La

question de la santé psychologique au travail suppose alors de ne pas chercher uniquement à réduire les risques au travail, c'est-à-dire les aspects négatifs qui génèrent de la souffrance mais d'élargir l'approche par une dimension positive qui fait la promotion du bien-être au travail.

La notion de bien-être au travail a fait l'objet d'études, depuis une vingtaine d'années, de la part des chercheurs canadiens (Diener (1984, 1994 ; Bouffard et La Pierre, 1997 ; Diener & Larsen, 1993 ; Warr, 1992 ; Ryff & Keyes, 1995 ; Dagenais-Desmarais et Savoie, 2010). En France, les recherches sont plus récentes et la notion de bien-être au travail commence à être intégrée aux problématiques de santé au travail (Baudelot et Gollac, 2003 ; Angel et al., 2005). Depuis peu, le terme de « bien-être au travail » apparaît dans les titres des colloques et commence à intéresser les pouvoirs politiques.

La vague de suicides chez France Télécom devenue une affaire judiciaire a sensibilisé le gouvernement : le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Xavier Bertrand, a émis le souhait de développer le bien-être au travail. Une conférence a eu lieu le 08 février 2011, titrée « Bien-être et efficacité au travail », organisée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé en partenariat avec le Cercle de l'Humain et l'Expansion. Dans ce colloque, il s'agissait, d'après les éléments issus de l'Edito du congrès : ([www.travailler-mieux.gouv.fr/](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/))

*« De faire un premier bilan de l'action des pouvoirs publics et des entreprises sur la question de la prévention et de la gestion des risques psychosociaux. Dans le prolongement des actions engagées suite au rapport Nasse-Légeron remis à Xavier BERTRAND en 2008 et du plan lancé par son prédécesseur le 9 octobre 2009, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé est particulièrement attentif à la prévention des risques psychosociaux qui constituent l'un des axes majeurs du second plan de santé au travail 2010-2014.*

*La recherche de bien-être au travail, exercice de la responsabilité sociale.....pour les entreprises, ces défis sont majeurs et facteurs de performance.*

*La nécessité de développer des stratégies de prévention et de gestion des risques psychosociaux est sur l'agenda des entreprises. Après des années de déni, la prise de conscience est désormais collective. Ce tournant majeur s'est réalisé en quelque 18 mois.*

*Cette conférence qui clôt un cycle de débats organisés en 2010 est aussi l'occasion de s'interroger : dans quelle mesure la France est-elle en train de bâtir les contours d'un modèle spécifique, susceptible d'inspirer d'autres pays partenaires, engagés dans la même recherche de bien-être et d'efficacité au travail ? »*

En 2010, le bien-être au travail a fait l'objet de plusieurs enquêtes dont celle réalisée par l'IPSOS. Le groupe Bernard Julhiet (dont fait partie Capital Santé) a publié, à la fin de cette même année, les résultats du baromètre 2010 sur le bien-être au travail des salariés français,

réalisé par IPSOS. Le sondage a été réalisé du 12 au 19 octobre 2010 sur 1007 personnes représentatives de la population salariée en France. Les résultats sont de tonalité contrastée :

« *Le niveau de bien-être au travail est jugé majoritairement acceptable mais :*

*\* 45% des personnes interrogées considèrent qu'il s'est dégradé au cours des 6 derniers mois (dont 59% dans les entreprises de plus de 500 personnes).*

*\* 33% des salariés estiment que leur travail peut provoquer de graves problèmes psychologiques, et une majorité d'entre eux (54%) ne saurait pas vers qui se tourner pour avoir de l'aide.*

*\* 88% des personnes interrogées jugent le sujet du bien-être au travail important.*

*\* Bien-être au travail et productivité sont directement liés : 42% estiment que leur performance est affectée par le manque de bien-être.*

*\* La visibilité professionnelle, le temps accordé au dialogue dans l'équipe, l'écoute du management et le confort de l'environnement de travail sont les axes clés à privilégier.*

*\* Un an après le plan d'urgence sur le stress du Ministère du Travail, seules 21% des personnes interrogées ont le sentiment que leur entreprise en fait plus pour lutter contre le stress.*

*\* Mais 86% des salariés des entreprises qui ont pris des mesures sont satisfaits de leur niveau de bien-être contre 64% en moyenne. Leur niveau de stress est également sensiblement plus faible.*

*\* C'est dans le domaine de l'organisation du travail dans l'entreprise et de la reconnaissance du travail que les efforts ont été les plus perçus.*

Même s'il convient de rester prudent sur les résultats de cette enquête, il ressort toutefois que les entreprises sont sensibilisées à la notion de bien-être au travail, à l'utilité de développer le bien-être de leurs salariés mais la route est encore longue... Il est temps pour nous maintenant de définir notre objet de recherche.

## **II. 2. Construction de notre objet de la recherche :**

Les réflexions sur notre expérience professionnelle ont abordé la santé au travail à la fois sous les aspects de souffrance et de bien-être au travail. Nous avons souhaité orienter notre recherche sur le bien-être psychologique au travail comme élément révélateur d'une bonne santé au travail. En effet, promouvoir la santé au travail comprend deux types d'actions : celles cherchant à réduire voire à supprimer les risques (dont les risques psychosociaux), et celles visant à développer le bien-être physique et psychologique au travail. Beaucoup de démarches de prévention se sont intéressées à la souffrance au travail, au harcèlement moral, au stress, aux accidents de travail mais peu de démarches ont eu une approche plus globale incluant la recherche de ce qui mobilisait les acteurs, de ce qui générait des attitudes positives.

De plus, aborder les pathologies de la souffrance au travail par des mesures correctrices génère parfois des résistances voire des blocages dans l'entreprise. Mettre en place des mesures

permettant le développement du bien-être psychologique au travail ne heurte pas les sensibilités, bien au contraire : il est beaucoup plus facile d'obtenir l'adhésion des Directions, des différents niveaux hiérarchiques quand il s'agit de mettre en place des actions visant à maintenir une qualité de santé dans l'entreprise. Personne en effet ne se sent montré du doigt et chacun est plus disposé à participer. C'est ce que nous avons pu constater en tant que consultante et c'est pourquoi nous avons fait le choix du bien-être au travail comme objet de recherche.

Construire un objet de recherche demande d'en préciser les contours. Pour cela, une revue de littérature permettant de faire la distinction entre bien-être psychologique et termes voisins sera abordée dans la deuxième partie de ce document. Ainsi, nous définirons le bien-être psychologique par différenciation avec d'autres termes comme la qualité de vie, le bonheur, le bien-être subjectif, le plaisir, la satisfaction dans la vie, la santé mentale.

Les auteurs qui ont défini le concept de bien-être psychologique ont essayé d'en faire un modèle conceptuel. Or, comme le précise Veehoven (1991, p. 8) : « L'histoire des recherches sur le bien-être est l'histoire de la confusion ». Devant ce manque de cohésion sémantique entre les chercheurs et donc l'ambiguïté des définitions, nous retiendrons arbitrairement notre propre définition du bien-être psychologique au travail, comme **un état interne consécutif à la fois au jugement positif que porte la personne sur sa vie au travail et à des ressentis d'affects positifs.**

Pour M. Grawitz (2001, p. 385), « Le concept est une abstraction : il prend sa signification du contexte d'où il est tiré. Il est donc susceptible de changer de sens suivant la façon dont il est considéré, d'où la nécessité de définir le concept pour qu'il puisse jouer son rôle d'agent de communication ».

On comprend la nécessité de construire un objet de recherche qui ne soit pas flou, qui s'intègre dans un questionnement de départ, dans une problématique.

### **III : QUESTION DE RECHERCHE, PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE**

Notre problématique de départ : Peut-on repérer les processus individuels et organisationnels de la construction du bien-être psychologique au travail ? va se préciser : nous souhaitons d'une part explorer les aspects du concept (ses contours, ses caractéristiques) et d'autre part, comprendre la manière dont il se construit dans les composantes cognitives, affectives liées aux souvenirs d'expériences professionnelles vécues.

Se pose alors la question de la perspective dans laquelle nous allons étudier notre objet de recherche : c'est à travers les représentations professionnelles, en tant que systèmes d'interprétations marqués par la culture et l'histoire d'une personne, que l'on peut étudier comment s'élabore le sens au sein de l'expérience de la personne ; cette expérience étant le lieu de rencontre entre un vécu subjectif et des données de l'environnement social de l'individu. Nous étudierons donc comment la représentation du bien-être psychologique au travail est conditionnée par les dynamiques relationnelles, sociales des soignants.

Compte tenu de notre propre histoire, nous souhaitons appréhender le concept de bien-être psychologique au travail dans le secteur hospitalier. Pour cela, nous avons choisi comme terrain d'observation, une population de soignants exerçant dans deux hôpitaux.

Nous entendrons par le terme « soignant », les professionnels du soin infirmier et de nursing (infirmiers et aides-soignants) : le nursing représentant tous les soins d'hygiène de la personne, d'observation et de prévention.

Notre objet de recherche entre dans le cadre de la santé<sup>1</sup>, non pas comme le définit l'OMS mais plus exactement dans le cadre de la santé au travail en tant que construit marqué par la présence de facteurs positifs et par l'absence de facteurs négatifs (Dejours, 1995 ; Achille, 2003 ; Labelle *et al.*, 2001) avec comme conséquences, la présence de bien-être psychologique et l'absence de souffrance au travail.

Concernant notre objet d'étude, il est à préciser que peu de travaux ont été réalisés sur le bien-être psychologique au travail : à notre connaissance, une seule recherche le traite en tant que concept : celle de Véronique Dagenais-Desmarais sous la direction de A. Savoie (2010). Le concept a été testé auprès d'une population de travailleurs canadiens francophones ayant diverses

---

<sup>1</sup> *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie* » (définition de l'OMS, 1948)

caractéristiques sociodémographiques, occupant des emplois dans des secteurs d'activité différents. Il nous a semblé intéressant d'étudier ce concept en France avec une même population ayant des caractéristiques identiques, par exemple : le même secteur d'activité professionnelle (le secteur hospitalier), le même métier (soignant), la même tranche d'âge (de 40 à 50 ans) et de genre féminin. Nous n'avons cependant pas fait le choix de reprendre les travaux de Véronique Dagenais-Desmarais pour tester sa définition du concept mais plutôt de partir d'une démarche exploratoire sur un public de salariés français.

Notre recherche s'inscrit dans le champ de la psychologie du travail avec la sphère hospitalière comme terrain d'investigation.

Cerner le bien-être psychologique dans la pratique des soignants suppose de traduire leur expérience en signes analysables qui pourront nous permettre de donner du sens à leur expérience. C'est à partir des représentations des soignants, plus précisément des représentations professionnelles du bien-être psychologique au travail, que nous nous proposons d'étudier notre problématique.

Nous pouvons la formuler ainsi :

Pour cela, nous nous proposons **d'étudier la manière dont se construit le bien-être psychologique au travail au travers des expériences vécues par les soignants à l'hôpital c'est-à-dire comment il se constitue comme objet de représentations professionnelles auquel se rattachent les composantes cognitives, affectives liées aux souvenirs d'expériences vécues et symbolisées.**

Nous formulons les hypothèses suivantes :

Hypothèse descriptive :

**H1 : Le bien-être psychologique au travail se devine plus qu'il ne se montre contrairement à la souffrance.**

Hypothèse évaluative :

**H2 : Il y a une différence de représentation du bien-être psychologique au travail entre les infirmières et les aides-soignantes.**

Hypothèse prescriptive :

**H3 : Les besoins psychologiques fondamentaux doivent être pris en compte dans les évolutions organisationnelles, sociales et managériales de l'hôpital pour développer le bien-être psychologique au travail.**

### **III.1. Le concept de représentations sociales :**

C'est par l'intermédiaire des pensées c'est-à-dire des cognitions, mais aussi du ressenti, des émotions exprimés par les soignants que nous allons pouvoir appréhender notre objet de recherche. Il s'agit donc d'explorer leurs souvenirs, leur compréhension des situations, leurs opinions, leurs croyances, leurs attitudes et leurs valeurs. Le concept de représentations sociales nous semble un excellent moyen d'exploration des dimensions cognitive et affective et des dynamiques de construction de notre objet d'étude. En effet, « Une représentation est l'expression de la manière dont le monde, l'environnement, le signal est reconstruit par le système cognitif d'un individu. C'est l'expression de la réinterprétation de ce qui est perçu comme réalité extérieure ou intérieure » (Albertini, 1984, p. 310).

Depuis Serge Moscovici (1976), les représentations sociales ont fait l'objet de multiples recherches mais c'est à lui que l'on doit les fondements de leur compréhension. Les représentations sociales sont le fruit d'une interdépendance entre l'individu et la société, entre des dynamiques individuelles et collectives et débouchent sur la construction d'une pensée sociale, d'une identité sociale.

Moscovici cité par (Moliner, 2001, p. 8) décrit le concept comme une « Passerelle entre l'individu et le collectif. La représentation est alors sociale parce que son élaboration repose sur des processus d'échange et d'interaction qui aboutissent à la construction d'un savoir commun, propre à une collectivité, à un groupe social ou à une société entière. A l'instar d'une théorie scientifique, ce savoir commun peut être utilisé par chacun ». Moscovici (1976, p. 66) précise également : « Les représentations sociales sont des univers d'opinions propres à une culture, une classe sociale ou un groupe et relatifs à des objets de l'environnement social ».

Ainsi, nous allons analyser notre objet d'étude en le considérant comme l'expression de la manière dont les soignants reconstruisent sur un plan cognitif, leur univers professionnel. La représentation du « bien-être psychologique au travail » dans le groupe social des soignants peut ainsi se définir comme la résultante de l'interdépendance de représentations individuelles (le système cognitif de la personne) et de représentations de l'environnement social (celui des soignants avec leur mémoire collective, leur culture, leurs symboles). Les éléments présents dans le discours et les comportements identiques entre les individus sont autant de signes que nous essaierons de repérer révélateurs de cette représentation sociale.

### **Les notions d'ancrage et d'objectivation :**

Les représentations sociales sont dynamiques : elles se forment selon deux processus: l'objectivation et l'ancrage.

L'ancrage : est l'incorporation de nouveaux éléments de savoir dans un réseau de catégories plus familières (Doise, 1992, p. 14) : ainsi, le nouvel élément acquiert les caractéristiques de la catégorie à laquelle il est assimilé. En entrant dans la même catégorie, il perd de ce fait ses caractéristiques spécifiques et différentes qu'il avait au départ.

Les informations relatives à l'objet (par ex. : le bien-être psychologique au travail) sont interprétées à partir de connaissances préexistantes (par ex. : les soignants vont les interpréter par rapport aux éléments de leur culture) et de ce fait, rendues efficaces par leur utilisation possible : si l'on veut étudier les cognitions ou les attitudes des soignants comme des représentations sociales, il faut étudier comment elles se sont ancrées dans le champ psychosocial. Cela permettra de comprendre l'enracinement de la représentation et son objet dans un réseau de significations en regard des valeurs sociales du groupe social. On pourra ainsi voir comment les informations ont été instrumentalisées par les soignants pour leur donner du sens, ce qui peut nous donner une compréhension plus fine des aspects cognitifs et affectifs de leurs représentations et à posteriori, une meilleure compréhension de la culture de ce groupe social.

L'objectivation rend concret ce qui est abstrait : les informations, les connaissances relatives à l'objet de représentation sont rendues concrètes pour une meilleure compréhension du monde (comme objet). On peut rapprocher ce processus de celui de la symbolisation puisque le rôle d'un symbole est de donner à l'individu un moyen d'appréhender des sujets abstraits (par ex : des valeurs, des normes). On repère donc le processus d'objectivation par le fait que le savoir n'est pas distancié de l'objet de représentation mais contextualisé, prenant appui sur le vécu, l'expérience. L'objectivation incarne ainsi les processus socio-cognitifs dans la réalité, par exemple les croyances, les normes de comportement sur lesquels les soignants s'appuient pour échanger des idées, des opinions entre eux.

La représentation est une élaboration cognitive ; elle a une « texture psychologique » (Moscovici, 1976, p. 40) et est soumise aux règles qui régissent le processus cognitifs. Par ailleurs, la mise en œuvre de ces processus cognitifs est directement déterminée par les conditions sociales dans lesquelles s'élabore la représentation. Et cette dimension sociale génère des règles qui peuvent être très différentes de celles de la logique cognitive. Les représentations sociales sont ainsi soumises à une double logique : la logique cognitive et la logique sociale.



Etudier les représentations professionnelles du bien-être psychologique au travail c'est étudier à la fois ce que pensent les soignants du bien-être psychologique mais aussi la façon dont ils le pensent (quels sont les mécanismes psychologiques et sociaux qui rendent compte de cet objet) et pourquoi ils le pensent (à quoi sert le bien-être psychologique dans l'univers social et cognitif des soignants).

### **III.2. Des représentations sociales aux représentations professionnelles :**

Nous nous intéressons à la représentation sociale de notre objet de recherche comme élément de construction d'une réalité commune au groupe social des soignants. Comme le précise D. Jodelet (1989, p. 53), les représentations sociales constituent « Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique ».

D'après les propos ci-dessus, la représentation sociale du bien-être psychologique au travail repose sur des opinions propres à la culture de soignant, à leur classe sociale et ceci dans un environnement professionnel. On peut donc parler de représentations professionnelles des soignants. La perspective professionnelle a été étudiée par Bataille *et al.*, (1997) qui les définissent ainsi : « Les représentations professionnelles, toujours spécifiques à un contexte professionnel, sont des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives, évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisées en un champ structuré présentant une signification globale ».

Les représentations professionnelles portent sur un objet commun aux soignants (le bien-être psychologique au travail) : un objet partagé par les individus d'une même profession s'appuyant non pas sur des déterminismes sociaux mais sur les cognitions et les émotions relatives aux expériences vécues par cette classe professionnelle. Ces représentations professionnelles sont reliées à des expériences singulières mais elles sont aussi porteuses de réalités collectives ; ainsi, les contraintes inhérentes au métier de soignant mobilisant des ressources psychiques et cognitives, les enjeux, voire les conflits intrapsychiques, psychosociaux sont autant de manifestations de la psychodynamique du travail que les représentations professionnelles vont réguler. Par les mécanismes d'objectivation et d'ancrage cités précédemment, les représentations professionnelles vont donner du sens aux réalités du travail,

incorporer des éléments nouveaux de savoir dans des catégories plus familières aux soignants et donner un réseau de significations dans lesquelles chaque soignant se reconnaîtra.

Soulignons enfin que la représentation professionnelle doit être associée à un objet qui doit obéir à cinq critères (Moliner, 2002, pp. 30-32)

- Son statut social : ce qui le rend important pour les individus
- Les caractéristiques du groupe : les individus qui constituent le groupe social doivent communiquer (directement ou indirectement)
- Les enjeux : sont identitaires et liés à la cohésion du groupe (qui s'est constitué autour de l'objet de représentation)
- La dynamique sociale : un objet de représentation est partagé par d'autres groupes dans le cadre d'une dynamique sociale
- L'absence d'orthodoxie : les connaissances sont élaborées librement et collectivement.

En reprenant les caractéristiques de notre objet d'étude, ces cinq critères semblent être respectés. En effet, nous nous intéressons à l'univers de pensée du groupe qui a un statut social « les soignants » et qui communiquent entre eux. La notion de bien-être psychologique est considérée dans le cadre de l'activité professionnelle de soins. Les soignants ont une position commune vis-à-vis de l'objet de représentation (le bien-être psychologique au travail) et les connaissances sont élaborées dans le jeu d'interactions individuelles et collectives.

Dans la quatrième et dernière partie de notre document, nous vérifierons si les cinq critères ci-dessus sont respectés dans l'objet « bien-être psychologique au travail » ce qui irait dans le sens d'une représentation professionnelle chez les soignants. Nous allons aborder à présent les objectifs qui sous-tendent cette recherche.

#### **IV: OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :**

Dans cette thèse, nous poursuivrons un double objectif :

- 1) Un objectif de connaissance : pour alimenter la réflexion scientifique sur les caractéristiques et la construction du bien-être psychologique au travail : peu de travaux ont été effectués en France à l'heure actuelle sur ce thème ; la plupart des travaux des chercheurs portent en effet sur les problématiques de souffrance au travail, de burn-out, de violence psychologique, de harcèlement moral, de risques psycho-sociaux. Nous avons pris appui sur des travaux récents de chercheurs canadiens et souhaitons apporter notre contribution à ce nouveau courant de recherche.
  
- 2) Un objectif de développement des pratiques dans les Organisations. Dans le contexte économique et politique des années 2010, cette question de recherche répond à une véritable préoccupation. Le premier ministre François Fillon a requis un rapport <sup>2</sup> afin de proposer des mesures permettant d'améliorer les conditions de santé psychologique au travail dans les entreprises du secteur privé. Ce rapport est intitulé « Bien-être et efficacité au travail ». Il repose sur une idée fondamentale selon laquelle la valeur d'une structure réside dans celle des hommes qui la composent. Le secteur public, lui aussi, rencontre les mêmes préoccupations que le privé et nombre d'articles, d'ouvrages, de communications portent sur la souffrance des soignants et sur les mesures de prévention et/ou d'accompagnement mises en œuvre par les structures hospitalières. Or dans le secteur public, on commence également à développer une réflexion sur le bien-être psychologique des agents.

Faire la promotion du bien-être psychologique au travail passe par une réflexion sur ses déterminants mais, comme le souligne Warner (1992), elle doit porter à la fois sur les déterminants du bien-être psychologique et sur la réduction des risques potentiels (il faut entendre par là, tout ce qui peut générer de la souffrance).

Nous allons aborder, dans la deuxième partie, les rapports entre les évolutions du travail et la santé des salariés puis les champs théoriques du domaine de la santé au travail, à savoir celui de la souffrance au travail, ses modèles théoriques, ses méthodes de prévention ainsi que les modèles théoriques et les méthodes de développement du bien-être psychologique au travail.

---

<sup>2</sup> Ce rapport a été remis en février 2010

## **DEUXIEME PARTIE**

### **FONDEMENTS THEORIQUES**

**De la souffrance au travail au bien-être au travail : la santé psychologique de l'individu  
dans son rapport avec son environnement professionnel**

## **I. RAPPORT ENTRE LES EVOLUTIONS DE L'ORGANISATION ET LA SANTE AU TRAVAIL**

On ne peut pas parler de bien-être psychologique ou de souffrance au travail sans évoquer le terme de santé psychologique au travail c'est-à-dire le lien santé/Organisation. Or, ce lien a été mis à mal depuis ces trois dernières décennies. Les évolutions qu'ont subies les entreprises les ont en effet profondément marquées quel que soit le secteur d'activité.

L'Organisation étant un système (Von Bertalanffy, 2003), toute perturbation survenue dans un des éléments du système va avoir des conséquences sur les autres éléments ; ainsi, qu'il s'agisse d'évolutions dans la sphère économique, technique, organisationnelle ou managériale, les répercussions se sont fait sentir dans les autres sphères de l'Organisation.

L'Organisation est un lieu où se jouent des enjeux pour l'Homme (de réussir dans sa fonction ou d'être exclus), des quêtes identitaires (individuelles, collectives), un lieu d'investissement psychique : d'aliénation (Enriquez, 1993), d'expression de « sa pulsion d'exister » (Todorov, 1995). L'Organisation est un lieu de rapports sociaux avec tout ce que cela comporte d'affects, de désirs, de croyances, de motivation, de cognitions toujours en mouvement. C'est dans ce contexte que l'Homme va se réaliser dans son travail. Le travail va être un lieu de construction identitaire, d'épanouissement et de maintien de sa santé psychique mais il peut tout aussi bien être destructeur de la santé, source de souffrance. Force est de constater que les bouleversements qu'ont connus les entreprises ces trente dernières années ont affaibli les équilibres psychologiques reliés au travail.

### **I.1. Les évolutions économiques :**

Depuis trois décennies, les Organisations ont vécu des bouleversements économiques qu'elles n'avaient jamais connus : la mondialisation des échanges financiers a généré une perte d'autonomie financière, obligeant les entreprises à être de plus en plus compétitives : d'où des délocalisations, le développement de la sous-traitance et par répercussion le développement de la précarité des emplois. (Zarifian, 2005 ; Linhart, 2005)

Le développement du capitalisme financier a eu des effets retentissant sur l'économie des entreprises : des investisseurs ont imposé leur loi en devenant actionnaires majoritaires ; ainsi, il

ne s'agit plus pour l'entreprise de faire des bénéfices mais de répondre aux attentes financières des actionnaires. Les conséquences se sont traduites par des délocalisations, des conditions d'emploi plus précaires (travail à temps partiel, intérim, CDD) des fermetures d'entreprise bien que générant des bénéfices. La compétitivité a envahi les marchés générant une concurrence sans limite entre les organisations : « faire plus, mieux, à un moindre coût » est le message qui a été donné aux salariés dans tous les secteurs d'activité.

## **I.2. Les évolutions techniques :**

Les évolutions techniques des trente dernières années ont été marquées par le développement de l'automatisation et de l'informatique. De la micro-informatique à la création de réseaux en passant par la montée fulgurante d'internet, des intranets, la création de logiciels de données, les entreprises ont dû s'adapter très vite à ces nouvelles technologies au risque de ne pas être performantes si elles n'intégraient pas rapidement ce nouveau mode de communication. Des métiers « sensibles » sont apparus : il faut entendre des métiers en forte expansion ou en forte régression comme conséquence du développement des nouvelles technologies. C'est le cas pour les métiers de l'informatique devenant un poste clé pour l'entreprise.

A l'inverse, le développement de l'automatisation et de l'informatique a disqualifié certains emplois : la technique a remplacé l'homme dans des postes et modifié durablement l'organisation du travail et les rapports humains.

La flexibilité s'est imposée comme une loi : flexibilité de l'organisation du travail, du temps de travail, de l'outil de production et des salariés.

## **I.3. Les évolutions organisationnelles :**

La polyvalence de plus en plus développée, la recherche de l'excellence (Aubert, de Gaulejac, 1991), de la performance individuelle, ont isolé le salarié du collectif de travail, brisant ainsi les représentations collectives structurantes et rassurantes dans lesquelles les salariés pouvaient s'épanouir (Ibid.). Cette individualisation du salarié fondée sur l'autonomie et la responsabilisation s'est imposée d'autant plus facilement que le travail est devenu plus complexe (Linhart, 2005 ; Sarnin, 2007). Il s'est fortement informatisé, est devenu plus tertiaire : les salariés ont dû s'adapter rapidement à l'outil informatique sans avoir, parfois, la formation nécessaire : il s'agit d'aller vite, d'apporter le plus rapidement possible une qualité de produit ou

de service. L'individualisation du temps de travail est venue renforcer l'atomisation du collectif de travail (Linhart, 2005).

La polyvalence (dont un des buts est de briser la monotonie), poussée à l'excès, a détruit la notion de métier et l'identité professionnelle chez les salariés qualifiés (Bernier, 1990) renforçant ainsi l'isolement. Cette pratique a permis de réduire les coûts de gestion, d'instaurer de la flexibilité mais on n'a pas évalué les coûts psychologiques liés aux difficultés à construire son identité professionnelle.

Pour répondre aux besoins croissants des clients, être compétitif, on a introduit la notion de qualité de service avec la mise en place de politiques de qualité totale (certifications ISO 9000). Ceci a généré des contraintes supplémentaires pour les salariés : ainsi, il faut répondre aux exigences de la qualité et tendre vers le « zéro défaut ». Chacun doit respecter les normes indiquées en faisant preuve d'autonomie et de maîtrise de la production : il s'agit d'éliminer au maximum l'imprévisibilité humaine et de réaliser un dépassement continu de ses propres compétences. Le devoir de respecter les normes qualité et l'obligation de travailler dans l'urgence, en « flux tendu » a produit une double contrainte génératrice de perturbations psychiques, de souffrance psychologique. Ces contraintes n'ont pas été sans conséquences sur la santé et se sont traduites par des pathologies liées au stress, la santé physique et mentale des salariés étant assujettie aux fortes tensions du travail.

Les mutations des Organisations postmodernes des trois dernières décennies ont ainsi eu des répercussions sur la santé de leurs salariés mais aussi sur les rapports sociaux à l'intérieur de l'entreprise.

#### **I.4. Les évolutions managériales :**

Chez les salariés, on a vu se développer un individualisme renforcé par les nouvelles méthodes de management basées sur l'évaluation individuelle. Pas de possibilité, pour le salarié, de négocier les objectifs (souvent ambitieux) ni les moyens. Même si la hiérarchie ne contrôle pas en permanence le travail effectué, même si le management est devenu moins directif, la liberté individuelle est un leurre. Le manager contrôle les résultats sans prendre en compte les adaptations, les difficultés que le salarié a dû gérer. Seul le résultat compte ! On comprendra alors que cette pression maintenant en permanence l'implication des collaborateurs, n'est pas sans effet sur la santé psychologique. De plus, l'absence de reconnaissance du travail effectué, de jugement positif porté sur le travail réel (Dejours, 1993) est, de la part du manager, en quelque

sorte une négation de la culture métier du salarié. Les acquis théoriques ou issus de l'expérience, les règles du métier, les normes de comportement sont les fondements mêmes de la culture du métier. Ne pas reconnaître tous ces éléments porte atteinte à l'identité du salarié et à son équilibre psychologique.

### **I.5. Les évolutions de l'emploi :**

Les contraintes économiques citées ci-dessus ont fait le lit de la précarisation de l'emploi. En effet, les entreprises ont cherché, dans un environnement incertain, à réduire leurs coûts fixes.

Paugam (2000) dans son ouvrage *Le salarié dans la précarité*, pointe les conséquences de la transformation rapide des marchés financiers et des modes de production : entraînant des restructurations d'entreprises et une flexibilité de la main d'œuvre, ils ont fait « replonger » les salariés dans une précarité que l'époque des « trente glorieuses » et son plein emploi avait réussi à endiguer. Paugam étudie les nouveaux rapports de l'homme au travail et définit deux aspects de la précarité : l'insatisfaction dans le travail et l'instabilité de l'emploi. Le premier est lié aux conditions de travail, à la perte de lien social mais aussi à la perte de sens, l'impression d'inutilité dans le travail réalisé. L'idée est aussi soutenue par Durand et Weil (1989) « La perte de sens des valeurs collectivement partagées engendre cette maladie de l'infini, l'anomie qui défait les solidarités collectives et marque l'affaiblissement de la cohésion du système social ».

Le deuxième aspect de la précarité est celui de l'instabilité de l'emploi qui génère l'angoisse du lendemain et fige l'individu dans une immobilisation : pas question de faire des projets de carrière, des projets personnels quand il y a la menace latente d'un licenciement. Reberieux (1994) a montré les effets néfastes de la précarité sur la santé. Contents d'avoir un emploi, les salariés ont appris à se contenter de ce qu'on leur donne, à se taire et à s'adapter vite. Cette atteinte à la dignité rend très difficile l'intégration professionnelle, aussi, la quête d'identité ne peut se faire sans souffrance (Paugam, *ibid*), parle d'ailleurs de la souffrance au travail du salarié en situation de précarité comme résultante du sentiment d'inutilité, souffrance qui est en tous points comparable à celle des exclus de l'emploi.

Précarité et précarisation se rejoignent comme deux réalités sociales du travail dont les effets sur la santé ont été largement étudiés depuis une quinzaine d'années (Lebas & Chauvin, 1998 ; Paugam, 2000 ; Fieulaine *et al.*, 2005 et 2006). Nombre de problématiques de santé ont pour origine une situation de précarité (chômage) mais aussi une situation de précarisation sociale de certains groupes sociaux (temps partiels ; contractuels ; intérimaires). Ces ruptures de



longue durée ou provisoires, accompagnées ou pas de mesures d'insertions sociales génèrent des remaniements identitaires et sociaux douloureux qui font le lit de la pathologie. La santé est d'ailleurs un indicateur des effets de la précarisation sociale (Thébaud-Mony, Appay, 1997, Fieulaine, 2006).

Les troisièmes journées européennes de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), qui ont eu lieu le 28.09.2010 sur le thème « Santé publique, précarité et handicap » ont corroboré ces données en faisant le parallèle entre les personnes en restriction d'activités et les chances d'atteindre la retraite en bonne santé. Ainsi, il ressort de cette étude que ce sont les inactifs puis les ouvriers qui ont le moins de chance d'atteindre la retraite en bonne santé. Autre constat : le handicap et la précarité sociale ont des déterminants communs qui sont entre autres, le faible recours aux soins, des comportements à risque en lien avec les conditions de vie et des liens sociaux brisés. Gollac et Volkoff (2006) ont montré que la perception du risque est perturbée par l'instabilité de la situation professionnelle : en effet, les travailleurs en précarité d'emploi n'analysent pas le risque de la même façon que les autres professionnels n'ayant pas le temps d'apprendre les gestes, les techniques qui leur permettraient de prendre soin de leur santé.

Plusieurs rencontres avec des médecins du travail et de la Sécurité Sociale nous ont confirmé que les personnes en situation précaire (constat fait depuis la crise des années 90) ont un taux élevé de morbidité. Les soins préventifs sont pratiquement inexistantes et les soins curatifs sont souvent discontinus faute de couverture sociale pour certains ou refus de la réalité pour d'autres. Autre constat fait par ces médecins : l'état de précarité génère des peurs et des comportements peu rationnels : conduites à risque, conduites addictives (drogues, alcool). Souvent déstabilisés, fragilisés, les personnes accordent plus d'importance à leur recherche d'emploi qu'à leur santé. Il est donc important que des mesures politiques prennent en compte les besoins de ces personnes mais aussi les inégalités sociales concernant la santé et les déterminants sociaux à savoir les aspects psycho-sociaux qui jouent un rôle important.

## **I.6. Synthèse**

Les bouleversements économiques (mondialisation des marchés financiers, actionnariats, délocalisations), les évolutions techniques (automatisation, nouvelles technologies, technologies de l'information et de la communication) ont généré des profondes modifications du contexte de travail et par répercussion, de l'organisation du travail (flux tendu, contraintes de temps, polyvalence, normes qualité). Les répercussions de tous ces changements se sont traduites par

une exigence de flexibilité (de la production, du temps de travail, de l'organisation du travail) et le développement de nouvelles méthodes de management basées sur la recherche de performance individuelle (responsabilisation, individualisation du travail). Les nouvelles exigences du travail précitées accompagnées de changements dans l'emploi (sous-traitance, temps partiel, intérim) ont fragilisé le monde du travail et rendu précaire l'emploi. Conséquences de ces nouvelles contraintes sur l'environnement psycho-social du travail : l'effritement du support social, de l'entraide dans le travail, la désolidarisation du collectif auxquels on peut rajouter des inégalités sociales liées à l'âge. Tout ceci a porté atteinte à l'intégrité mentale et physique des salariés avec des manifestations sur la santé (TMS, stress, maladies) et sur le psychisme (dépression, burn-out).

Tous les bouleversements que le monde du travail a vécus depuis une trentaine d'années ont cassé les équilibres psycho-sociaux fondamentaux dans le travail et généré de la souffrance au travail. L'enquête IPSOS<sup>3</sup> réalisée du 21 janvier au 11 février 2011 auprès de 4000 personnes sur « Le bien-être et la motivation des salariés français » met en évidence cette véritable préoccupation de société.

---

<sup>3</sup> [www.ipsos.fr/.../barometre\\_ipsos\\_edenedred\\_mars\\_2011](http://www.ipsos.fr/.../barometre_ipsos_edenedred_mars_2011)

L'enquête met en évidence 3 points-clés :

- La motivation : la satisfaction et la motivation atteignent leur point le plus bas depuis 2007 ; la démotivation affecte tous les secteurs (y compris dans les entreprises publiques). Les 4 facteurs dominants de démotivation sont le manque de reconnaissance ; la rémunération ; le management et les relations sociales ; la charge de travail.
- La difficulté à se projeter : une « frilosité à bouger » dès 35 ans. Un taux de satisfaction de 44% en moyenne concernant les possibilités de formation, taux qui décroît au-delà de 35 ans de même que les perspectives d'évolution (28% pour les 35 à 39 ans)
- Un encadrement qui reste confiant dans sa situation professionnelle (sauf dans le public) bien que la démotivation gagne du terrain : un sentiment de sur-implication qui affecte avant tout les cadres supérieurs (près de 30%)
- Un bonheur au travail fragilisé : un niveau de stress de 6,6/10 (en augmentation par rapport à 2010 : 6,2) et une qualité de vie au travail légèrement en baisse depuis 2010 (6/10 en 2011 et 6,1/10 en 2010).

## **II. RAPPORT ENTRE LES EVOLUTIONS DU SECTEUR HOSPITALIER ET LA SANTE DES SOIGNANTS**

### **II.1. Les évolutions récentes de ces dernières décennies : l'impact des réformes :**

#### **II.1.1 : Des années 70 à 90**

Le secteur privé, nous l'avons vu, a subi de profondes transformations ces trois dernières décennies. Elles ont modifié l'environnement de travail, tant sur un plan économique qu'organisationnel, technique et managérial. Elles ont généré aussi de la précarité, une perte de sens dans le travail et de la souffrance. Dans le secteur public, et notamment dans le système hospitalier, ces trois dernières décennies ont également été le témoin de transformations qui ont entaché le travail dans ses aspects organisationnel et économique : ainsi, la rentabilité, la rationalisation des pratiques et le développement de la performance ont fait partie des nouveaux objectifs pour améliorer le système de santé français. Nous allons reprendre les étapes clés qui ont marqué ces trente dernières années et qui ont apporté de véritables bouleversements dans l'hôpital.

Dans les années 70, la montée du chômage entraînant une diminution du nombre de cotisants et l'augmentation des dépenses de santé due à l'allongement de la durée de la vie ont déséquilibré le financement du secteur hospitalier. Un contrôle des dépenses a été mis en place tant dans les établissements hospitaliers (budget global) que dans le régime d'assurance maladie (diversification des recettes).

- **La loi du 31 décembre 1970** a essayé de structurer le système hospitalier en instaurant la carte sanitaire qui recensait les équipements et les besoins des hôpitaux des secteurs public et privé. L'objectif était d'éviter les doublons et de maîtriser les demandes de transformation ou de création d'établissements. Elle a défini également la notion de Service Public Hospitalier (SPH) qui prône l'égalité des soins pour tous et la création des groupements et syndicats inter hospitaliers.

Les résultats de ces mesures n'ont pas apporté que des avantages : ils ont généré des inégalités dans les offres de soins et freiné le développement de ce secteur au moment même où les politiques de qualité et de sécurité impliquaient le développement de techniques de pointe.

Pour résoudre ce problème auquel venait se greffer celui de la grande disparité de types d'hôpitaux (nationaux, universitaires, généraux, locaux, militaires, mutualistes, associatifs...), le

gouvernement a décidé de renforcer la réglementation afin d'obliger les différents types d'hôpitaux à respecter les critères de qualité et de sécurité.

Ainsi, dans les années 80, on a vu une succession de lois montrant la volonté des pouvoirs publics de contrôler l'offre de soins :

- **la loi du 04 janvier 1978** instaurant le forfait soins et la création des unités de long séjour,
- **la loi du 29 décembre 1979** autorisant la suppression de lits,
- **la loi du 19 janvier 1983** avec la création du forfait journalier et l'attribution d'un taux de dépenses fixé à chaque hôpital par le gouvernement et versé par la CPAM,
- **la loi du 3 janvier 1984** dans laquelle les départements contrôlent le budget des hôpitaux avec la création du taux directeur
- **la loi du 9 janvier 1986** marquée par la création de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Ainsi, la réglementation dans les années 80 a montré le souhait du gouvernement d'encadrer les dépenses hospitalières.

Les années 90 vont être marquées par des changements concernant la planification hospitalière et par la mise en place d'instruments de pilotage pour contrôler l'extension de l'offre.

Depuis le début des années 1990, la politique de contrôle des coûts hospitaliers s'est renforcée : chaque hôpital doit faire son ratio « production globale/budget annuel » pour définir l'indice selon lequel lui sera attribuée une enveloppe budgétaire (sur le plan régional).

- **La loi du 31 juillet 1991** vise l'optimisation des fonds en mettant l'accent par exemple, sur la réduction du nombre de lits. La carte sanitaire bien que conservée, se double de la création d'un « Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ». Celui-ci, élaboré dans chaque région est construit de trois manières :
- par installation : médecine, chirurgie, obstétrique, soin de longue durée, de réadaptation ou psychiatrie,
- par activité coûteuse : urgences, réanimation, hémodialyse, néonatalogie,
- par équipement medicotechnique : IRM, scanner...

Ainsi, le SROS (modifié tous les 5 ans), par l'intermédiaire d'un représentant de l'Etat, préfet, directeur d'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation depuis leur création en 1996) a la possibilité de fermer un service d'un établissement si les objectifs fixés ne sont pas atteints.

Cette loi du 31 juillet 1991 voit le renforcement de la participation des personnels médicaux et non médicaux dans le CA. Elle crée de nouvelles instances de participation : la

commission des services de soins infirmiers chargée de représenter la profession et la création des conseils de service ou de département : ces instances ont pour but de discuter du bon fonctionnement interne.

Les activités médicales à l'intérieur d'un service prennent le nom d'unité fonctionnelle. Après la loi du 24 juillet 1997, elles seront nommées pôles d'activité.

**Le 16 juin 1995**, Alain Juppé nomme un Haut Conseil pour la réforme hospitalière qui sera chargé de proposer la réforme qui substitue au budget alloué aux hôpitaux, des contrats d'objectifs adaptés à l'activité de chaque établissement.

- **L'ordonnance du 24 avril 1996** à propos de la réforme des hôpitaux publics et privés, va mettre l'accent sur la place de la région dans le financement des structures hospitalières avec :
- la création en 1996, d'agences régionales d'hospitalisation (**ARH**) dont la double fonction est de mieux répartir les budgets entre les établissements hospitaliers ( pour réduire les disparités) et de coordonner les projets entre établissements publics. Le reproche qu'on peut faire à ces ARH est de ne pas avoir pris en compte les financements par les collectivités territoriales (De Roodenbeke, 2002). Les directeurs des ARH reprennent le pouvoir qui était attribué aux préfets de région et de départements, à savoir le contrôle des budgets et la planification des actions.
- L'ARH associe les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie (DDASS, DRASS, CPAM, CRAM, URCAM) pour assurer une unité de décision vis-à-vis des Etablissements.
- Un contrat d'objectifs est signé entre les ARH et les établissements hospitaliers pour 3 à 5 ans (avec des objectifs de qualité et de sécurité) : dans ce contrat, sont envisagés les moyens (financiers, en matériel, en nombre de lits) mis à la disposition de l'établissement. A noter, qu'une démarche de contractualisation (réglementaire) a été mise en place pour donner une cohérence dans le système hospitalier ; elle s'articule sur trois niveaux :
- une contractualisation verticale externe est signée entre l'ARH et les hôpitaux d'une région,
- une contractualisation verticale interne est signée entre les acteurs de l'hôpital,
- une contractualisation horizontale est formalisée entre les différents établissements. (Budet, 2001 ; Calmon, 2002) Cette démarche fait le jeu de négociations entre les

instances nationale et régionale et les hôpitaux et se traduit par un contrat fixant l'enveloppe budgétaire allouée à chaque établissement de soins.

Cette ordonnance va faire entrer les établissements dans tout un lot de mesures de responsabilisation, d'évaluation et de contrôle (à noter qu'aucune distinction n'est faite entre secteur public et privé et les types de missions de l'établissement).

- la création de l'**ANAES** (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) va obliger les hôpitaux à « entrer » dans une démarche d'accréditation c'est-à-dire d'évaluation des pratiques de l'activité de soins : chaque hôpital a l'obligation de mettre en place un projet d'établissement pour 5 ans ainsi qu'un projet médical et un projet de soins infirmiers permettant de préciser l'offre de soins.

Cette mesure qu'on pourrait comparer à une démarche qualité, exige la création de standards professionnels sur lesquels s'appuie un guide d'accréditation. Si des défaillances sont notées par l'organisme d'accréditation, l'hôpital dispose de deux ans pour y remédier avant de subir un nouveau contrôle. On peut reprocher à ce dispositif de se focaliser sur les procédures et pas suffisamment sur les résultats obtenus.

Cette démarche qualité s'accompagne d'un souci de sécurité : depuis l'affaire du sang contaminé, on demande aux hôpitaux d'assurer la traçabilité de tous les produits utilisés et prélevés et ceci dans un respect d'hygiène parfaite. L'effet implicite de ces mesures de sécurité est le coût financier pour l'établissement hospitalier.

- La création de groupements de coopération permet aux établissements de mutualiser leurs moyens dans un même secteur.
- Enfin, l'**ordonnance du 24 avril 1996** supprime la représentation des caisses de Sécurité Sociale dans le CA des hôpitaux publics et introduit des élus appartenant à d'autres communes que celle où est implanté l'hôpital : le maire n'est plus obligatoirement le président du CA.
- **La loi du 4 mars 2002** : traite principalement des droits des malades.

Les patients ont le droit d'accéder librement à leur dossier médical et à toute information orale ou écrite. Chaque personne doit être informée avant tout acte médical ou chirurgical et signe un document justifiant de la prise de connaissance de cette information. Dans l'idée de cette loi, on passe de la notion de malade à celle de patient c'est-à-dire d'un consommateur de soins. Cette loi prévoit aussi le dédommagement en cas de faute professionnelle avec la création d'un droit à l'indemnisation amiable : l'**ONIAM** (Office National d'Indemnisation des Accidents

Médicaux) se charge des procédures et permet au patient de ne pas attendre des années avant de recevoir son indemnisation.

## **II.1.2. Les évolutions des années 2000**

### **II.1.2.1. Le Plan « hôpital 2007 »**

Il s'agit dans ce plan de terminer les réformes envisagées dans les lois et ordonnances entre 1991 et 1996. Deux groupes de travail sont créés pour réfléchir à l'accompagnement de la réforme hospitalière et à l'offre de soins et donnent naissance à différents rapports dont ceux du :

- Professeur Marius Fieschi sur le partage des informations entre l'hôpital et le patient.
- Professeur Yvon Berland à propos du transfert des tâches et des compétences des professionnels de santé
- Professeurs Jacques Domergue et Henri Guidicelli concernant l'état de la chirurgie en France.

Les résultats de ces rapports se sont concrétisés par différentes ordonnances parues dans l'année 2003.

**Le 9 janvier 2003**, un accord est signé, assouplissant la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière avec la possibilité pour les soignants de reporter ou de se faire payer des journées de RTT. Le 10 mars 2003, des mesures concernant la périnatalité sont mises en place avec regroupements des accouchements dans des centres spécialisés.

La loi d'habilitation du **2 juillet 2003** autorise le gouvernement à prendre des mesures de réorganisation concernant le domaine sanitaire et social

**Le rapport Berland en octobre 2003**<sup>4</sup> sur l'organisation des soins et des coopérations interprofessionnelles prend appui sur les actes médicaux délégués aux professions paramédicales. Le rapport met en évidence les écarts entre la situation dans les pays anglo-saxons, en Australie, en Nouvelle Zélande et en France concernant la profession d'infirmière.

Ainsi, en Amérique du Nord et au Canada, dans les années 60, on a vu apparaître les premières infirmières praticiennes dont le rôle était d'assurer des actes jusque-là réservés aux médecins généralistes dont l'activité était saturée : ils ont délégué certains actes de dépistage de maladies, des bilans de santé, des conseils en éducation (diététique par ex.).

<sup>4</sup> <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619/0000.pdf>: Berland, Yvon (2003) Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences : rapport d'étape

Au Royaume Uni, des cabinets de soins infirmiers spécialisés dans le suivi de maladies chroniques (asthme, hypertension) se sont développés, modifiant considérablement la prise en charge de patients jusque-là suivis par des médecins. Le développement de cette pratique a fortement développé les compétences des infirmières praticiennes dans les actes de diagnostic, les activités de bilan ou la prise en charge de soins spécialisés.

Au Canada, la réglementation professionnelle a introduit en 1994 de nouvelles missions pour les infirmières, donnant lieu à une formation de praticiennes. L'Université de Montréal en 2002 a réformé la maîtrise en Sciences de l'Infirmière pour introduire une filière de « **pratiques avancées** » dans laquelle on trouve deux orientations possibles :

- infirmière clinicienne spécialiste : dont le rôle plutôt pédagogique est centré sur le conseil et l'éducation.
- infirmière praticienne : dont le rôle très opérationnel consiste à effectuer des soins spécialisés.

Au Québec, en 2003, la loi relative aux activités des infirmières a été modifiée pour intégrer les nouvelles tâches de leur activité.

En Australie, le titre d'infirmière praticienne existe depuis 1998 et en Nouvelle Zélande, depuis 2000, les infirmières praticiennes ayant suivi une formation de maîtrise (reconnue par le Nursing Council) posent des diagnostics, et prescrivent des soins mais leur formation leur permet d'exercer seulement dans l'hôpital où elles ont eu leur formation.

Ainsi, la fonction d'infirmière praticienne est une pratique éprouvée en Amérique du Nord et au Royaume Uni. Ceci a fait l'objet de modifications de loi et de la mise en place de programmes de formation adaptés de façon à développer les compétences des infirmières dans des activités de consultation et de promotion de la santé. Nous aborderons la situation française ultérieurement, dans la partie « Les évolutions du métier de soignant ». Revenons sur les lois les plus récentes qui marquent la réforme hospitalière.

**La loi du 4 septembre 2003** devant la complexité du système de santé, va tenter d'apporter une simplification tant au niveau de la réorganisation des hôpitaux que du fonctionnement : ainsi, la carte sanitaire est supprimée au profit des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) construits par les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation). Elle met l'accent sur les groupements de coopération sanitaire pour développer les partenariats entre établissements hospitaliers. Elle prévoit également une complète réorganisation des services d'urgence avec un renforcement des effectifs du SAMU et du SMUR.



Enfin, on retiendra dans le plan « Hôpital 2007 » l'ouverture vers la privatisation des financements des hôpitaux (par ex : par la Banque Européenne d'Investissement).

**L'ordonnance du 2 mai 2005** modernise la gestion des hôpitaux publics en instaurant un nouveau régime budgétaire, l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) : à savoir que les recettes prévalent sur les dépenses. Celles-ci ne sont plus évaluées l'année n+1, ce qui permettait aux hôpitaux d'expliquer leur dépassement de budget, de justifier leurs dépenses par leur activité. Désormais, les recettes conditionnent les dépenses, les investissements et donc l'activité de l'hôpital.

Une nouvelle tarification de l'activité (T2A) se met en place ; elle se substitue à l'allocation qui était donnée aux hôpitaux jusqu'en 2004 de façon forfaitaire par le ministère de la santé donc indépendamment de l'activité de l'hôpital. Désormais, chaque établissement public justifie de ses dépenses en attribuant un tarif spécifique à chaque acte, à chaque soin. Ainsi, le financement des hôpitaux publics va dépendre du nombre d'actes effectués dans l'année et de leur tarif. Cette nouvelle gestion a été décriée par les présidents consultatifs médicaux (CCM) des hôpitaux de l'AP de Paris, qui comparent cette pratique au secteur privé qui exploite au mieux la T2A en pratiquant des dépassements sur les honoraires médicaux.

### **II.1.2.2. Le plan « Hôpital 2012 »**

Il prend la suite du plan « Hôpital 2007 » qui a pris en compte trois priorités : la nouvelle gestion financière de l'hôpital avec la **T2A**, le nouveau mode de gouvernance des établissements et la planification régionale.

Le nouveau plan doit continuer à adapter l'offre de soins aux demandes des utilisateurs en poursuivant des objectifs d'efficacité et de modernisation technique. Ceci mobilisera dix milliards d'euros (dont 5 apportés par l'Etat). Un dossier de presse du Ministère chargé de la santé,<sup>5</sup> du 30 janvier 2009 montre que, dans la première phase, 343 projets ont été examinés, 250 ont été validés avec 93 projets immobiliers et 155 en systèmes d'information ce qui représente 17 % du budget global.

**La Loi du 21 juillet 2009 appelée HPST** (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) ou loi Bachelot a pour objectif de réformer la gouvernance des hôpitaux avec un objectif de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012. Cette loi marque la fin de la séparation hôpital

<sup>5</sup> <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueRéformesHospitalières.pdf>

public/hôpital privé. Chaque établissement peut assurer des missions de service public, ce qui facilite les coopérations hospitalières et va dans le sens souhaité par la loi, à savoir la création de communautés hospitalières de territoire (**CHT**). Les nombreuses appellations des hôpitaux (local, communal...) disparaissent : seuls subsistent les CHR et les CHU.

Création des Agences Régionales de Santé (**ARS**) mettant en œuvre la politique de santé publique au niveau des régions. Les ARS décident des missions attribuées à chaque établissement.

Les ARS tout comme les ARH, associent les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie (DDASS, DRASS, CPAM, CRAM, URCAM) et se substituent à elles pour assurer une unité de décision vis-à-vis des Etablissements. En outre, elles se substituent aussi aux missions régionales de santé (MRS) et aux gouvernements régionaux de santé publique (GRSP). Elles reprennent une partie des missions et des personnels des directions du service médical de l'assurance maladie (DSRM) et des organismes d'assurance maladie des agriculteurs et des indépendants. <sup>6</sup> La loi HPST poursuit le double mouvement de centralisation du système de soins sous l'autorité de l'état et de déconcentration de celui-ci dans les régions : les Agences Régionales de Santé (ARS) succèdent aux ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), leurs directeurs sont nommés par le Gouvernement, eux-mêmes nomment les directeurs d'hôpitaux et peuvent contractualiser avec les acteurs régionaux.

Ce qui change dans les rôles et les fonctions :

\*A propos de la gouvernance de l'hôpital, un **conseil de surveillance** va remplacer le conseil d'administration. Il décide de la stratégie de l'hôpital, exerce un contrôle sur la gestion et donne son avis sur les politiques d'amélioration des soins. Son président peut être un élu ou non ; il communique son avis au Directeur Général de l'ARS, concernant la politique et la gestion de l'établissement.

\*Le conseil exécutif est remplacé par un **directoire** dont le rôle est de conseiller le directeur de l'hôpital sur le projet médical mais aussi dans la conduite et la gestion de l'hôpital. Il est composé de membres du personnel médical principalement mais aussi du président de la CME et du président de la commission des soins infirmiers.

\*Le **directeur** voit son rôle renforcé notamment dans l'organisation interne. Il dirige la politique de l'hôpital et présente autant de pouvoir que le conseil de surveillance. Il nomme les directeurs adjoints et de soins après avis de la CNG. Il gère bien sûr le budget de l'établissement,

---

<sup>6</sup> ([www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/](http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/))

le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et décide avec le président (médecin élu) de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Le président de la CME a un pouvoir important dans les décisions prises aussi dans la politique médicale de l'hôpital : en collaboration avec lui, le directeur propose les affectations de personnel au Centre National de Gestion (CNG). A noter que les directeurs de CHU sont nommés par le Conseil des Ministres alors que les autres directeurs sont nommés, eux, par le CNG après approbation de l'ARS.

Les directeurs devront bien sûr rendre compte de leur activité de gestionnaires à ces instances avec le risque d'être retirés de leur poste si leur gestion n'est pas performante.

\*L'organisation de l'hôpital se structure en **pôles d'activité**. Dans chacun, le chef de pôle, nommé par le directeur, à partir d'une liste réalisée par le président de la CME, se voit attribuer un vrai rôle décisionnaire dans la gestion des ressources humaines : outre la gestion de son pôle, il décide des affectations, peut faire intervenir des médecins libéraux (en accord avec le directeur de l'hôpital). Un contrat définissant les objectifs et les moyens, est signé entre le directeur de l'établissement et le chef de pôle après validation par le président de la CME.

Autre changement lié à la **loi HPST** : on passe des médecins praticiens hospitaliers aux cliniciens hospitaliers qui sont recrutés après avis de l'ARS pour une durée déterminée avec l'obligation de respecter des objectifs. Comme nous le voyons, cette nouvelle gouvernance de l'hôpital apporte des changements profonds, les présidents des CME et de l'ARS étant en première ligne pour toute décision politique ; ainsi, dans les cas de restructurations hospitalières, le directeur de l'ARS peut supprimer des postes, fusionner plusieurs établissements ou imposer une communauté hospitalière de territoire (CHT) en vue d'une meilleure gestion de l'activité.

La forte réglementation de la fonction publique hospitalière, l'aspect bureaucratique des décisions explique les difficultés à faire cohabiter une contractualisation annuelle interne avec la seconde, externe, qui s'étale sur 3 à 5ans. Cette démarche de contractualisation questionne l'organisation de l'hôpital et nécessite une forte mobilisation interne. Or, force est de constater qu'il existe un décalage important entre les Directions qui souhaiteraient une implication des salariés et les agents qui n'ont ni le temps ni les moyens nécessaires pour répondre à cette demande.

Concernant la profession d'infirmière, le projet de loi HPST va apporter de profondes modifications sur les collaborations, l'évolution des compétences, l'environnement juridique de la profession et la création de nouveaux métiers. La Haute Autorité de Santé (HAS) souhaite en

effet que se développent de nouvelles formes de collaboration entre les professionnels de santé. On va vers un nouveau métier d'infirmière, peut-être vers un « label soignant », dont les contours sont encore à découvrir et qui va s'appuyer sur des logiques de missions et non sur une réglementation avec des décrets d'actes ; à partir de là, il faudra définir de nouvelles compétences puis redéfinir, peut-être jusqu'au titre d'infirmière? Il en est de même pour la profession d'aide-soignante : si le métier d'infirmier évolue, comprend de nouvelles compétences, de nouveaux actes, alors, il est évident que le métier d'aide-soignante va suivre. On va vers une évolution qui « tire tout le monde vers le haut ».

Dans la lettre de la HAS n° 26 de mars/avril 2011,<sup>7</sup> le Docteur Vincent Mounic, chef du service développement de la certification à la HAS précise que :

« La qualité de vie au travail fait désormais partie des thèmes de certification des établissements de santé.... il était essentiel de l'introduire dans le manuel V2010. C'est un thème émergent dans tous les secteurs d'activité....il existe un lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins, mais également avec la bientraitance des patients....dans une première étape, la HAS a organisé le 21 octobre dernier, un séminaire institutionnel sur ce thème sensible et complexe, auquel étaient conviés notamment des représentants des fédérations d'établissements et des ministères de la santé et du travail, ainsi que des experts ».

## **II.2. L'évolution probable du métier d'infirmière :**

Un rapport du CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) appelé IRDES depuis juin 2004 (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) effectué en février 2003 par Fabienne Midy, montre l'évolution de l'efficacité et l'efficience dans le secteur des soins primaires des pays anglo-saxons (USA, Canada, GB). L'apparition des métiers d'infirmières praticiennes et d'auxiliaires médicaux (années 60) a introduit les notions de délégation/substitution : transfert de tâches d'une catégorie de professionnels à une autre (par ex : du médecin à l'infirmière) et de diversification : extension des services offerts par le système de soins primaires. Ainsi, en Angleterre, les compétences des infirmières praticiennes se structurent autour de trois types d'activités : la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques, les consultations de première ligne. Les cabinets ont intégré des soignants spécialisés en santé mentale qui apportent un soutien

---

<sup>7</sup> La lettre d'information n° 26 de mars/avril 2011 évoque les dispositifs d'amélioration de la qualité des soins. Le Dr. V. Mounic fait le lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins.

psychologique : les conseillers. Au Canada, on parle de « pratiques avancées » des infirmières, une pratique de première ligne ou de premier recours permettant aux patients de recevoir des premiers soins et de laisser au médecin la dimension expertise.

D'après Fabienne Midy, (2003) il semble que les études anglo-saxonnes réalisées vont dans le sens de la satisfaction des patients et le constat d'une même qualité technique des soins entre l'infirmière et le médecin. Ces études dépassent cependant le cadre technique. Il faut bien sûr, prendre en compte le système de soins dans l'environnement politique et culturel du pays. Ainsi, on ne peut pas extrapoler par rapport au système hospitalier français : en effet, le transfert de compétences entre médecin et infirmier dans un système où le soin est forfaitisé comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons, ne peut pas être comparé avec une prestation réalisée dans un système où le soin est financé à l'acte (comme c'est le cas en France).

Yvon Berland (2003) pense qu'il est urgent d'envisager un transfert de compétences entre les professionnels français. En effet, les projections démographiques effectuées par la DREES pour 2020 font l'hypothèse d'une diminution du nombre de médecins dû au numérus clausus. Cette démarche permettrait d'anticiper la pénurie de médecins et donc de garder une qualité dans notre système de soins. Cela permettrait aussi de valoriser et d'apporter une réelle légitimité à des pratiques des soignants, de mieux reconnaître leur « rôle propre ». Cependant, transférer des compétences entre professionnels de santé ne peut pas se faire sans contrôle : cela supposera donc d'évaluer ces pratiques avant de les homologuer. L'évaluation ne peut passer que par la construction de nouveaux référentiels métiers. On voit donc que toute cette démarche va déboucher inévitablement sur des nouveaux métiers avec de nouvelles compétences : se pose alors le problème de la formation des soignants à ces nouveaux métiers, qu'il s'agisse du suivi de pathologies chroniques ou d'activités de promotion de la santé comme dans les pays anglo-saxons. Cette formation à ces nouveaux métiers est, elle aussi, à construire (formation initiale, continue) et on peut imaginer qu'elle s'inscrive dans le cadre du LMD. C'est donc toute une réflexion suivie d'une réorganisation des métiers du soin qui se profile à l'horizon nécessitant une coopération entre les ministères de l'Education Nationale et de la Santé.

### **II.3. Synthèse**

Que faut-il retenir de toutes ces évolutions historiques sur l'hôpital ? Elles ont un impact direct sur le fonctionnement de l'hôpital puisque ces réformes ont pour objectif de mieux rentabiliser l'offre de soins. Les contrats pluriannuels entre les ARH et les Etablissements ou bien la T2A (tarification à l'activité) montrent que toutes ces évolutions ont fait entrer les sciences de gestion dans l'hôpital. Les directions mettent donc en place de nouveaux modèles d'organisation qui s'appuient sur les démarches qualité avec la création de référentiels métier, l'obligation de résultats, la rationalisation du travail et celle des comportements (uniformisation des pratiques de soins). Le référentiel d'accréditation, en effet, définit des normes de comportements et les soignants sont entrés dans la démarche avec l'obligation de formaliser leurs pratiques et d'adopter de nouvelles règles.

Ces évolutions supposent des changements de représentations : raisonner « qualité » avec tout ce que cela comporte de mesures, de contrôles, est complètement différent de la notion de qualité des soins telle que les soignants se la représentent.

Le discours de la Direction véhicule des représentations portant sur un fonctionnement idéal de l'hôpital, les pratiques et les comportements à adopter par chacun. Cela se traduit dans les écrits et aussi dans le discours.

Cela suppose un remaniement important du métier de soignant, des normes professionnelles et des représentations dont nous reparlerons ultérieurement.

### **II.4. Les facettes du métier de soignant:**

Comme tous les concepts, le bien-être psychologique au travail est une abstraction. Il va donc prendre son sens dans le contexte dans lequel il évolue. Il nous a donc paru important d'aborder le contexte des soignants à l'hôpital pour comprendre ce que veut dire le bien-être au travail dans un environnement où les contraintes sont fortes.

#### **II.4.1. La pénibilité physique**

Le métier de soignant est source de sollicitations sur le plan physique que ce soit lors de déplacements de matériels ou de la manipulation des patients dans les opérations de nursing. De plus, l'environnement matériel dans lequel s'inscrit l'activité de soin ne permet pas toujours

d'adopter « la » bonne position (malades peu mobilisables, chambre exigüe, contrainte de temps...). Mobiliser le patient comme il le faudrait s'avère difficile ; aussi, les mouvements effectués lors de soins sollicitent fortement les articulations (Estryn-Béhar et Fouillot, 1990 ; Stössel, 2000). De nombreuses contraintes posturales sont à l'origine des pathologies articulaires chez les soignants : les TMS (troubles musculo-squelettiques) sont fréquents (Bellemare et Cloutier, 1998). Le mal de dos fait partie du métier même si les bonnes positions à adopter sont connues des professionnels.

Des études ergonomiques et des enquêtes épidémiologiques (Estryn-Béhar et Fouillot, 1990) ont mis en évidence une inadéquation entre l'environnement de travail et l'activité de soins : des horaires de travail ne respectant pas la chronobiologie des individus (Delbrouck, 2004, Buts, 2002) génèrent une accumulation de fatigue et des répercussions sur la vigilance. De nombreux changements d'activité (activités interrompues) dans une journée de travail. Gadbois *et al.*, 1992, cités par Estryn-Béhar (2000) ont relevé dans leur enquête réalisée auprès de personnel infirmiers de services de chirurgie et de médecine, 40 interruptions en moyenne, par poste dans une journée de travail ce qui suppose un effort de mémoire pour reprendre l'activité là où on l'avait laissée. Difficile dans ces conditions de répondre à une exigence de rapidité et de qualité de soins.

Le temps de travail des soignants s'articulent autour de trois axes (Grosjean et Lacoste, 1999) : les actes techniques et d'hygiène, le relationnel et le travail administratif et organisationnel : les deux derniers sont souvent sous-estimés et pas faciles à prouver : les aspects techniques sont valorisés (ils différencient le rôle de l'infirmière et celui de l'aide-soignante) alors que le côté relationnel n'est pas toujours considéré comme un réel travail (Molinier, 2003). Cela pose d'ailleurs la question de la reconnaissance du travail effectué. En général, le rapport activité-temps de travail est sous-estimé (nous l'aborderons plus loin avec les notions de travail prescrit – travail réel) : une partie de la charge physique et psychique du travail n'est pas appréhendée ce qui aggrave la pénibilité, d'où une augmentation du risque de pathologies articulaires et neurologiques (troubles de la concentration et du sommeil) (Rioufol, M.O. 1996) et du risque de burn-out (Delbrouck, 2004 ; Franceschi-Chaix, 1993 ; Maslach, 1978).

Les rythmes alternés viennent renforcer cette pénibilité et nous amène à nous arrêter sur les particularités du travail de nuit. Le Conseil Economique Social et Environnemental a réalisé un rapport en juin 2010 sur le travail de nuit. Ce rapport, effectué par la section du travail, montre que la pénibilité est insuffisamment prise en compte dans l'organisation du travail de nuit. Ce rapport mentionne, en outre, les difficultés de santé et d'organisation de la vie familiale

et le manque de vie sociale des travailleurs de nuit. Notamment, pour les personnels de santé, le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret du 11 mai 2007, fixe la période de nuit de 21 heures à 6 heures ou toute autre période de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures. Or, force est de constater que, pour des besoins de service, pour pallier au manque de personnel, ce rythme n'est pas toujours respecté ce qui n'est pas sans effets sur la santé : le travail de nuit avec la fatigue chronique qu'il génère, va accroître le risque de dépression et d'anxiété et de TMS. (Toupin, 2009).

Des enquêtes épidémiologiques ont montré l'impact négatif sur la santé : en file de tête, on trouve bien sûr, des troubles du sommeil mais également des troubles digestifs (Léger, Bayon, Metlaine, Prevot, Didier-Marsac, Choudat, 2009) ainsi que des problèmes de concentration, de l'attention, à moyen terme, car le sommeil de jour est moins réparateur : l'environnement extérieur diurne (bruit, lumière...) perturbe en effet le sommeil paradoxal.

De nombreux auteurs (Kalsbeek, 1985 et Wisner, 1990 in Estry-Behar, 1997, p. 2) font le lien entre des éléments étudiés par l'ergonomie tels que la charge physique et cognitive de travail et ses conséquences en termes de troubles psychiques. Ils montrent que des perturbations de la perception ou de la signification des informations (par une surcharge cognitive) mais également des perturbations du rythme de sommeil peuvent s'accompagner de troubles psychiques et être générateurs de dépression.

#### **II.4.2. La pénibilité psychologique**

Le métier de soignant confronte l'individu à la souffrance et à la mort d'autrui mobilisant ainsi ses dimensions physique, cognitive et affective : ces dimensions sont bien sûr singulières de même que la capacité de résilience du sujet (Cyrulnik, 1998, 1999, 2001).

« Surmonter les traumatismes » fait appel à des réactions de défense auxquelles le soignant a recours pour se protéger. Les stratégies défensives telles qu'abordées par le champ de la psychodynamique du travail (Dejours, 1988) ont pour effet de protéger le psychisme dans des situations où l'accumulation de perceptions visuelles, auditives, kinesthésiques douloureuses vient heurter l'équilibre psychique. A l'hôpital, la souffrance fait partie de la normalité. Ce qui fait plonger dans l'anormalité (ou le pathologique) c'est l'incapacité du soignant à mobiliser ses défenses pour assurer son activité professionnelle. Tant que le vécu des situations aussi difficile soit-il, est supportable pour l'individu car porteur de sens, les défenses vont jouer le rôle de processus de régulation. Quand elles sont dépassées pour de multiples raisons, le sujet entre dans



la maladie (le burn-out). La clinique du travail (Clot, 2001, 2006, 2008) permet de comprendre ce qui se joue : l'investissement psychique se nourrit d'un contre-investissement mais lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance de l'entourage, alors le travail effectué se vide de son sens, tout ce qui construit l'identité au travail du soignant (valeurs, croyances...) se trouve anéanti.

Le travail réel est très différent de celui qui est prescrit par l'organisation mise en place dans les services de soins (Dejours, 1995). En effet, les apports de la psychodynamique du travail ont, depuis les années 80, mis en évidence le décalage entre les deux : entre le travail planifié et celui qui est réalisé, qui résulte de l'imprévu et de la spécificité de chaque situation : en bousculant les tâches prévues dans le planning établi, il augmente la charge de travail. C'est cette part du travail qui fait appel à la créativité du soignant, à sa subjectivité, qui donne du sens à ce qu'il fait mais paradoxalement, c'est aussi cette même part du travail réel qui est source de non-reconnaissance voire de conflit. Ce point a été démontré par l'analyse de l'activité qui a permis de comparer travail réel/travail prescrit (Clot, 1998) : c'est le cas lorsqu'une partie du travail réel est occultée ou sous-estimée : par exemple, lorsqu'il est demandé au soignant d'effectuer des soins prescrits et programmés, ce qui nécessite un temps de préparation du soin, un temps de réalisation et un temps de transcription, et que le soignant doit aussi privilégier la relation et l'accompagnement du malade vers son autonomie. La subjectivité de l'individu devient ses propres règles qui s'imposent : celles qu'il doit suivre pour réaliser ses tâches. Or, l'augmentation de la charge de travail ne prend pas en compte cet espace que les individus investissent subjectivement (Clot, 1999) même si dès 1978, une loi (n° 78/615 du 31 mai 78) mentionne l'existence du « rôle propre » de l'infirmière. Dans ces emplois du temps qui laissent peu de souplesse mais qui sont néanmoins remplis d'interruptions de l'activité, non seulement les soignants sont parfois obligés de « bâcler » leurs tâches (en tout cas c'est comme ça qu'ils le ressentent) mais, de plus, ils doivent souvent assumer des fonctions qui ne sont pas les leurs (les glissements de fonction amènent par exemple les aides-soignantes à effectuer des tâches réservées aux infirmières).

Face à la forte charge de travail, chacun essaie de trouver une solution pour effectuer dans le temps donné les actes techniques programmés avec, en outre, une interruption fréquente des tâches (Friedmann, 1956) et ceci avec une autonomie relative (la prescription devant être respectée à la lettre). Ces situations fréquentes sont génératrices de stress dont les répercussions peuvent être individuelles (fatigue pouvant aller jusqu'au burn-out) ou collectives (individualisme, altérations des liens sociaux).

### **II.4.3. Les contraintes organisationnelles et institutionnelles**

La charge de travail et le manque récurrent d'effectifs, souvent évoqués par les soignants génèrent de la fatigue et l'absence de temps nécessaire pour maintenir des relations sociales et renforcer le collectif du travail. (Loriol, 2000 et 2003). A cela, on peut rajouter, avec la création de l'ANAES, l'entrée de la qualité dans les critères d'évaluation de l'hôpital.

Pour Setbon (2000), il s'agit d'un nouveau paradigme de l'action collective : sous l'angle de la qualité, ce sont les pratiques individuelles et collectives qui sont observées, les relations intra et interservices, les comportements : en clair, il s'agit de relever tous les dysfonctionnements qui représentent un coût financier (le coût social étant évalué lui aussi en coût financier).

Dans le projet d'Etablissement mais aussi dans le projet médical et dans le projet de soins infirmiers, doivent se retrouver les mêmes objectifs déclinés à plusieurs niveaux : arriver, en quelque sorte, à un modèle d'action collective. Or, cette démarche qui demande une exigence de coordination (entre les services) et de formalisation (des comportements) met en jeu le rapport subjectif au travail. Il s'agit d'apporter la preuve de ce que l'on fait (la traçabilité), de se rapprocher du « comportement idéal ». Cette traçabilité est vécue de la part des soignants comme une atteinte à leur intégrité professionnelle, comme une remise en cause de leur compétence.

Passer d'un travail structuré autour du soin à un travail défini par les coûts semble être une des raisons fondamentales de la souffrance des soignants. M. Delbrouck (2004) pose d'ailleurs le problème des critères de recrutement et d'évaluation des soignants : la tendance actuelle est de valoriser les critères de performance intellectuelle, technique au détriment des critères humains : « Le soignant se déshumanise en s'éloignant de sa propre humanité, dans un savoir intellectuel et une rationalité où il se perd et perd son âme ».

Nombre de questions sur le quotidien des soignants se posent en matière d'organisation du travail: en effet, formaliser les pratiques de soins en modes opératoires suppose d'avoir réfléchi auparavant aux modes d'organisation du travail. Comment prendre le temps nécessaire pour appliquer comme il se doit, les protocoles de soins quand on est en sous-effectif ? Comment se former, former les autres à de nouveaux modes opératoires quand le temps est compté ?

Pour mutualiser les expériences, coordonner des pratiques, créer des référentiels communs, créer une culture qualité en adoptant des comportements identiques, il faut décloisonner les services, trouver d'autres formes d'organisation du travail. Et lorsqu'il s'agit de restructurations, de fusions d'Etablissements nécessitant le regroupement d'équipes de soins soit

sur un même site, soit sur différents sites, les conséquences de ces changements vont bien au-delà de la réorganisation. Il est alors nécessaire de créer un nouveau collectif de travail, une nouvelle culture autour du soin, de laisser le temps à la construction de nouvelles relations sociales pour éviter tensions et violences.

#### **II.4.4. Le burn-out des soignants**

Dans les années 1980, la notion de souffrance au travail fait son apparition avec les travaux de Christophe Dejours. Pour lui, le travail permet à l'individu de se construire une identité. La souffrance apparaît quand ses efforts mais aussi ses savoirs informels ne sont pas reconnus par les acteurs de son environnement de travail, quand il n'y a pas de reconnaissance par le collectif de travail ni par la hiérarchie.

Quelques années auparavant, en 1974, Freudenberger<sup>8</sup> met en évidence le concept de burn-out ou épuisement professionnel. Il se manifeste chez les soignants qui s'investissent sans compter physiquement et psychologiquement dans leur travail, qui pratiquent leur profession avec un fort idéal. Ils finissent par s'épuiser, ne recevant pas les retours qu'ils attendaient.

Ils s'interrogent alors sur le sens de leur travail, remettent en cause leurs valeurs, c'est le début du syndrome de burn-out qui traduit une fatigue morale. La souffrance des soignants est particulière dans le sens où elle est liée à un épuisement émotionnel dans un contexte de relation d'aide. Or, si celle-ci devient impossible, alors le métier de soignant n'existe plus, le travail n'a plus de sens. Bédard et Duquette (1998) cités par Canoui (2003, p. 102) : « L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens ».

Parler du burn-out, c'est parler de l'accomplissement personnel : Maslach<sup>9</sup> fait le lien entre l'idéal professionnel et le vécu des personnes : plus l'idéal est grand, plus la désillusion risque d'être forte car la reconnaissance du travail effectué ne sera pas au niveau des attentes.

---

<sup>8</sup> En 1959, Claude Veil, psychiatre, identifie les symptômes de l'épuisement professionnel dans le milieu professionnel. Bradley en 1969, identifie le burn-out comme un stress dû au travail puis Freudenberger sera le premier à décrire le « burn-out » à travers ses manifestations physiques, émotionnelles et comportementales. La notion de burn-out est issue de l'aérospatiale à l'origine : elle exprime le moment où la fusée, après avoir brûlé tout son carburant trop rapidement, retombe au sol.

<sup>9</sup> Christina Maslach a créé un test de mesure : le Maslach Burn-Out Inventory (MBI) pour apporter une valeur scientifique au concept et lui permettre d'être reconnu par la communauté des psychologues et par les soignants. L'auteure considère que le burn-out comporte trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation et un sentiment de non-accomplissement (Loriol 2003, pp. 65-74). Le MBI a été conçu pour explorer ces trois dimensions. Il comporte 22 questions avec 6 degrés de réponses possibles.

En France, c'est à partir des années 80 qu'on a vu les premiers travaux sur le burn-out avec ceux de Noëlle Lidvan-Girault<sup>10</sup>

Le burn-out se caractérise par les étapes suivantes (Maslach et Jackson, 1982) :

- L'épuisement professionnel : il se traduit par une difficulté à maîtriser ses émotions (parfois inadaptées aux situations) et par des désordres cognitifs.
- La déshumanisation de la relation à l'autre : avec la perte d'empathie voire une sécheresse dans les relations.
- Le sentiment d'échec professionnel accompagné d'un doute sur ses propres compétences, une dévalorisation de soi.

Nous reparlerons de l'épuisement professionnel quand nous aborderons les manifestations du stress ultérieurement.

Entre les deux autres critères, c'est la déshumanisation de la relation à l'autre qui caractérise le burn-out. C'est ce qui explique qu'il ne s'agit pas d'une simple manifestation du stress et qu'il est nécessaire de le prévenir. Les conséquences du burn-out sont en effet marquées par une démotivation complète pouvant aller jusqu'à une dépression sévère.

Les travaux sur le « burn-out » des soignants (Canouï et Moranges, 2004) ; (Rasclé, Bruchon-Schweitzer et Truchot, D. 2006) ont montré que cet épuisement professionnel peut aller jusqu'au suicide.

Le Professeur Debout, en 1993, dans le rapport du Conseil Economique et Social mentionne, entre autres, que les taux de suicides varient beaucoup d'une classe sociale à l'autre et d'une catégorie professionnelle à l'autre : il précise que les cadres se suicident moins que les employés et que certaines professions sont plus marquées que d'autres : en particulier les médecins et les infirmières.

Des études réalisées par des chercheurs (Franceschi-Chaix, 1992 ; Rodary, 1994 cités par Lorient, 2003, p. 69) ont montré l'importance des relations avec le malade et la nécessité de former les soignants à la relation dans les situations difficiles comme le décès.

Les réponses apportées au burn-out se doivent d'être à la fois individuelles, collectives et organisationnelles.

Sur le plan individuel, le travail d'accompagnement des soignants permet de repérer les manifestations physiques et psychiques et de les aider à trouver les stratégies d'adaptation les

---

<sup>10</sup> Noëlle Lidvan-Girault a effectué sa thèse de doctorat en psychologie en 1989 sur l'utilisation du MBI en France sur une population de médecins et d'infirmières en service d'urgence.

plus adéquates à leur environnement professionnel mais aussi de prendre conscience de leurs limites psychologiques.

Sur le plan collectif, le burn-out questionne le groupe social, le collectif de travail et les rôles et fonctions de chacun. Derrière l'organisation du travail, se pose la question des rapports de pouvoir entre les individus mais aussi du soutien social.

Parler du burn-out, c'est aussi parler de la dimension organisationnelle dans laquelle il s'inscrit. « Il s'agit de percevoir dans quelle mesure les souffrances, les ruptures, les conflits vécus sont l'expression individualisée de contradictions sociales et de processus collectifs. » (De Gaulejac, 2004, p. 4).

Cette dimension positionne le burn-out sur un plan organisationnel global mais aussi politique, économique et éthique. La réflexion s'ancre autour de problématiques de changements organisationnels, de restructurations telles que les établissements hospitaliers les vivent avec les réformes hospitalières des dernières décennies (évoquées précédemment) : ces évolutions nécessitent une adaptation rapide des soignants sans qu'ils aient été préparés ou accompagnés face à cette demande.

Il est cependant nécessaire de garder un peu de recul dans l'explication du burn-out pour éviter certaines confusions : Canoui et Moranges in Manoukian (2009, p. 26) mettent en garde ceux qui s'intéressent au burn-out contre trois dérives épistémologiques fréquentes : la première est d'en faire un « ramassis » des dysfonctionnements des conditions de travail, la deuxième est de confondre les manifestations du burn-out avec des symptômes psychiatriques et la troisième est d'en faire une maladie professionnelle ouvrant droit exclusivement à une reconnaissance financière. Ainsi, la réflexion sur le burn-out doit s'envisager comme une action collective regroupant soignants, spécialistes de la pathologie mentale et gestionnaires autour d'une démarche systémique.

#### **II.4.5. Une réponse au stress des soignants : le coping**

Dans le phénomène de souffrance au travail, les ressources individuelles vont jouer un rôle important : ainsi, certaines situations vont être vécues de façon douloureuse par des individus et « gérables » par d'autres. Le terme de coping (faire face), décrit par Lazarus & Launier (1978) est le processus par lequel une personne régule les sources de stress pour tenter de revenir à un niveau normal de fonctionnement. Ceci peut se traduire par une correction, par l'annulation de la situation mais aussi par une modification de la manière dont la personne se

représente la situation, par exemple dans un problème relationnel entre collègues ou avec la hiérarchie, plutôt que d'abandonner la relation, le coping consiste à relativiser les attentes de l'individu sur ce que devrait être la relation professionnelle. Lazarus et Folkman (1984) ont mis en évidence le fait que l'ajustement fait par la personne suit d'abord une évaluation de la source de stress et une réévaluation de la situation à partir des ressources internes. L'ajustement va ainsi permettre la régulation de l'émotion générée par le stress. On identifie trois approches théoriques du concept :

- a) Le coping est considéré comme un mécanisme de défense du Moi (Vaillant, 1992) dont le but est de réduire l'anxiété.
- b) Le coping est perçu comme un processus permettant à l'individu d'agir (Lazarus, 1993) en situation de stress en fonction de ses ressources cognitives et émotionnelles et du contexte dans lequel elles s'appliquent.
- c) Le coping est une caractéristique de la personnalité (Wheaton, 1983).

Ces approches mettent en évidence des styles de coping multidimensionnels qui mettent en lien les événements stressants et les répercussions variées sur la santé psychique des individus.

D'autres auteurs comme Cohen et Lazarus (1979) ont défini l'ajustement comme une réponse de la personne capable de :

- Diminuer ce qui est stressant dans la situation
- Réviser les événements négatifs pour mieux les tolérer
- Conserver une image de soi positive
- Garder un équilibre émotionnel
- Maintenir une relation positive avec autrui.

Pour apporter cette réponse, la personne va devoir réaliser des modifications cognitives et comportementales lui permettant ainsi de gérer la situation génératrice de stress. Deux sortes d'ajustement sont possibles : soit se confronter au problème en agissant dessus, soit minimiser la situation stressante et l'éviter si possible. Le choix de l'une ou de l'autre forme de coping nécessite un effort de la part de l'individu. Cet effort peut porter sur une analyse différente du problème ou sur la gestion des émotions négatives : on parle de coping centré sur le problème ou de coping centré sur les émotions. Le premier va consister à réduire les exigences de la source de stress et à trouver de nouvelles ressources pour mieux la gérer (par ex. : gérer les priorités en cas de surcharge de travail, demander conseil à une personne compétente dans une situation conflictuelle). Le deuxième centré sur l'émotion va consister à réduire l'émotion négative, voire

la supprimer en utilisant des stratégies comportementales et/ou cognitives (par ex. : se distraire par des activités, penser à des évènements avec une charge émotionnelle positive).

Certaines études sur le bien-être psychologique, (Kneebone et Martins 2003), se sont intéressées aux stratégies de coping chez les soignants en charge de personnes démentes. Ainsi, ils ont montré que le coping centré sur le problème est plus efficace pour réduire le stress des soignants. D'autres études transversales et longitudinales sur des patients souffrant de différentes pathologies (Holahan et Moos, 1987) ont également montré que le coping centré sur le problème était plus efficace que le coping par évitement. Le type d'ajustement retenu par la personne a donc un impact sur le stress et modifie l'interaction stress/maladie. Ainsi, dans les stratégies utilisées par les personnes en situation stressante, certaines sont plus efficaces que d'autres et vont plus ou moins conduire à rétablir un niveau correct de fonctionnement ce qui nous oriente vers le rôle du type de personnalité.

La relation entre les traits de personnalité et les stratégies d'adaptation est évidente. Les dimensions cognitive et émotionnelle singulières vont intervenir comme autant de variables participant à l'adaptation de l'individu à la situation stressante. Le contexte professionnel avec son lot de situations stressantes va ainsi être décodé et traité d'une multitude de façons en fonction des différences individuelles : certains salariés auront une adaptation réussie à cet environnement, d'autres seront dans l'incapacité de le supporter.

Des études réalisées sur le syndrome de la fatigue chronique ont mis en évidence la relation entre les représentations de la maladie (Moss-Morris *et al.*, 1996 cité par Ogden, 2008, p. 58-59), le coping et l'ajustement psychologique chez ces patients. Il existe une interrelation entre « Les variables cognitives (la représentation de la maladie et le coping) et le niveau de fonctionnement (l'ajustement psychologique, le bien-être et le dysfonctionnement). Les représentations de la maladie sont liées au coping et au niveau de fonctionnement ».

On peut se poser la question de la nature de cette interrelation : la croyance que cette maladie est bénigne est-elle due à une représentation de la maladie par le patient ou bien à une stratégie d'ajustement à la réalité du diagnostic ? L'information provenant des expériences passées par rapport à la maladie va être déterminante dans la stratégie d'ajustement adoptée. Ainsi, la réponse apportée par le patient est le fruit de la modélisation des comportements ou des réactions émotionnelles de l'entourage (Bandura, 1977) et de ses propres dimensions cognitive et affective dans l'expérience vécue. Le patient peut rapidement voir l'efficacité de sa stratégie de coping et modifier en conséquence la représentation émotionnelle et cognitive qu'il a de sa maladie.

Il en est de même à propos des soignants à l'hôpital, confrontés à des situations difficiles.

Avant la mise en place d'un processus d'ajustement, ils procèdent à une évaluation cognitive des informations provenant de l'environnement social professionnel mais aussi des sensations somatiques ressenties face aux événements. Ils sont en même temps confrontés à l'obligation de s'adapter (au contexte hospitalier, à l'organisation et aux conditions de travail, aux relations avec les autres professionnels et avec les patients) avec le souhait de préserver leur équilibre émotionnel, une image de soi positive, leur compétence, des relations de qualité. Les soignants vont ainsi être confrontés à deux types de coping : soit, ils vont réduire les exigences du contexte et trouver de nouvelles ressources pour gérer la situation (ex. : faire des priorités), soit ils vont essayer de réduire l'émotion négative liée à cette impossibilité de gérer tous ces objectifs en même temps.

L'étude réalisée par Mariage et Schmitt-Fournier (2006) auprès de 68 soignants a mis en évidence le lien entre la personnalité et les capacités d'adaptation. Il en ressort que la plupart des soignants dépressifs ont une stratégie d'adaptation centrée sur la régulation des émotions ; ainsi cette stratégie face au stress visant essentiellement à diminuer les affects négatifs semble être inefficace. En tout cas, il paraît difficile de faire évoluer son comportement tant que les émotions ne sont pas gérées. A l'inverse, les stratégies de coping centrées sur le problème c'est-à-dire sur une instrumentalisation sont plus efficaces car elles visent un changement de la situation.

#### **II.4.6. Le bien-être au travail des soignants**

Il est beaucoup plus facile de trouver des articles, des ouvrages, des colloques, des conférences sur la souffrance au travail des soignants que sur le bien-être. Le bien-être se cache-t-il, est-il tabou ? Ce constat nous interpelle et se heurte à notre expérience d'infirmière qui nous dit qu'il y a des sources de bien-être dans le métier de soignant.

L'intérêt pour l'autre, la compréhension de sa souffrance, le bonheur de donner à l'autre sont-ils toujours présents ? Les travaux de M. Estryn-Béhar (2008) tendent à montrer que « oui ». Le sentiment d'utilité, l'aide à autrui font toujours partie des motivations profondes dans le choix du métier de soignant.

Le travail d'équipe est, de notre expérience, la deuxième source de bien-être : il permet non seulement de partager des valeurs mais aussi des pratiques, des savoir-faire, des nouveautés ; il fédère les soignants autour de représentations communes du travail bien fait, voire d'une éthique des soins. L'appartenance à un groupe permet de se sentir soutenu dans les situations



difficiles. Comme Anzieu (1984) le précise, le groupe est comme une mère toute-puissante qui guérit son enfant (le soignant) de ses blessures narcissiques et lui permet de réduire l'écart entre le Moi et l'Idéal. Ainsi le groupe apporte un soutien narcissique à l'individu, le réconfortant dans ses moments de doute, de difficultés.

Le bien-être psychologique passe par la reconnaissance de la part du groupe et par la reconnaissance de soi dans le groupe.

Le bien-être dans le métier de soignant est un sujet d'étude tout récent dans le secteur hospitalier en France : il a été abordé dans un séminaire organisé par la HAS du 21 octobre 2010 sous l'angle de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins. Il en ressort le souhait de développer en France des démarches de qualité de vie au travail. « Ces démarches s'appuient sur le fait que la santé n'est pas l'absence de maladie ; ce n'est pas un état mais une dynamique globale de construction où les enjeux sont moins cantonnés sur la prévention que sur la promotion » (p. 40). La qualité de vie au travail est examinée comme un « Laboratoire social qui chercherait à approcher les enjeux du fonctionnement des organisations contemporaines, fonctionnement qui, pour partie, a échappé à la gouvernance, aux dirigeants, au management et aux individus ». Il nous appartiendra d'essayer de donner une définition à des termes voisins comme qualité de vie au travail, bien-être psychologique et autres concepts.

## **II.5. Synthèse du métier de soignant :**

La pénibilité physique et psychologique du métier de soignant (infirmière ou aide-soignante) ne sont plus à prouver avec leur lot de TMS, de pathologies physiques et mentales. Les rythmes alternés, les activités interrompues, la charge physique de travail, la pénurie de personnel en sont responsables ainsi que la confrontation permanente à la souffrance d'autrui. La psychodynamique du travail et la clinique de l'activité ont montré le décalage entre l'activité planifiée et l'activité réelle et la sous-estimation du temps passé à la relation avec le malade alors que cette tâche apparaît prioritaire pour les soignants. La mise en place des démarches qualité en lien avec les nouvelles lois et mesures (HPST, T2A) a généré des nouvelles contraintes en introduisant une rationalisation du travail, ce qui a fait basculer l'activité de soignant d'une logique de soin à une logique économique. On comprend que ces changements dépassent bien le cadre de l'organisation du travail et se posent en termes de « sens du travail ».

De nombreux travaux ont été faits sur la souffrance et le burn-out des soignants questionnant ainsi non seulement l'activité mais aussi le groupe social, l'organisation du travail.

Face au stress des soignants, le coping apparait comme une réponse pour revenir à un niveau normal de fonctionnement : soit centré sur le problème (en cherchant de nouvelles ressources dans la situation difficile) soit centré sur les émotions (en essayant de réduire l'émotion négative par des stratégies comportementales ou cognitives) : le coping participe à l'adaptation du soignant dans des situations stressantes. Mais le métier de soignant comporte aussi des sources de bien-être que l'on retrouve avec le sentiment d'utilité, l'aide à autrui, le partage de valeurs avec l'équipe, l'appartenance au groupe, la reconnaissance de la part des autres et donc l'estime de soi.

Nous allons aborder maintenant les champs théoriques sur lesquels nous nous sommes appuyée pour réaliser cette recherche sur la santé psychologique des soignants traitant de la souffrance et du bien-être psychologique au travail.

### **III. LES MODELES THEORIQUES DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL**

Les rapports de l'Homme au travail, objet d'étude de la psychologie du travail, ont été marqués par différents modèles théoriques depuis les dernières décennies. Ces modèles ont abordé l'impact du travail sur l'Homme, à savoir comment il mobilise son intelligence et sa personnalité pour développer son inventivité, la maîtrise de son activité, ce que Gollac et Volkoff (2006) nomment un « bonheur professionnel », tout ce qui mobilise l'Homme et forge son identité au travail (Sainsaulieu, 1988). D'autres modèles ont aussi montré les manifestations de l'usure professionnelle (Aubert et Gaulejac, 2007 ; Dejours, 1980) conséquence du dépassement permanent de ses propres limites, de l'exigence d'une flexibilité toujours plus forte, de l'intensification du travail allant jusqu'à la rupture de l'équilibre psychique de la personne. C'est dans les modèles théoriques du stress, de la psychopathologie et de la psycho-dynamique du travail mais aussi dans la clinique du travail que nous allons aborder la notion de souffrance au travail.

#### **III.1. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail**

##### **III.1.1. Historique de la psychopathologie du travail**

La psychopathologie du travail est apparue dans les années 1950 : cette période post guerre est celle de la rationalisation du travail que le courant des relations humaines très développé aux USA (Mayo, Lewin, Lickert, Maslow) commence à questionner. En réaction aux excès de la rationalisation du travail, Friedmann (1956) sera à l'origine d'une sociologie du travail humaniste et prônera un travail qui n'aliène pas l'homme, qui lui permette de se développer. C'est toutefois dans le milieu de la psychiatrie avec le souhait de psychiatres (Louis le Guillant, Claude Veil et Paul Sivadon) de rendre l'hôpital plus humain, que l'on va trouver les racines de la psychopathologie du travail : ainsi, ils remettent en cause les pratiques cliniques, le côté « concentrationnaire » des asiles et vont mettre en place des activités de création qui ont du sens pour les malades mais aussi qui sont utiles à l'institution : ceci va donner naissance à l'ergothérapie. Ils développent aussi des expériences de réinsertion sociale des malades mentaux et s'interrogent sur l'action thérapeutique de l'activité chez le malade mental. Dans les expériences du travail thérapeutique, P. Sivadon remarque que se développent des capacités d'adaptation des malades « en modifiant l'objet, le sujet se modifie lui-même » (Billiard, 2002,

p.15) : même si on n'est pas dans le cadre d'un « travail réel » comme dans tout travail, l'individu va mobiliser, ou non, son inventivité, son autonomie.

Se pose cependant la question de l'épreuve du réel (Billiard, 2002, p. 12) dans d'autres environnements que celui de la psychiatrie. Louis Le Guillant en étudiant la « névrose de la gouvernante » (Molinier 2006) aboutit à l'idée que le travail peut être à l'origine de pathologies mentales.

Pour Paul Sivadon,<sup>11</sup>(Billiard, 2001) le travail n'est pas nocif en soi : il peut le devenir quand il se heurte aux limites de l'Homme, à ses impossibilités, à ses refus. Le travail a ainsi un rôle positif ou négatif dans la pathologie mentale : il permet les processus d'identité professionnelle et de structuration des rapports sociaux mais peut être aussi à l'origine d'une altération de la santé mentale.

Ces auteurs (Claude Veil, Paul Sivadon et Louis Le Guillant) vont essayer d'appliquer les résultats des expériences réalisées en psychiatrie au monde réel du travail : il s'agit de réadapter des personnes handicapées mentales au marché du travail, de les reclasser en évaluant leurs capacités d'adaptation aux nouvelles contraintes. Dans les années 70, les recherches vont s'orienter vers les pathologies mentales causées par les conditions de travail difficiles. L'étude faite par Moscovitz (1971 *in* Dejours et Abdoucheli, 1990) auprès des mécaniciens de chemin de fer va mettre en évidence que, derrière le terme « fatigue », résonnent des syndromes d'atteinte de la santé physique et psychique de l'individu.

C. Veil et P. Sivadon vont créer, en 1953, les premières consultations de psychopathologie du travail dans lesquelles sera détectée la souffrance se manifestant par des syndrômes psychopathologiques, « les névroses du travail ». C'est le premier pas vers la psychodynamique du travail, la dynamique de cette souffrance qui indique l'état de lutte de l'individu contre ce qui le pousse vers la maladie mentale.

---

<sup>11</sup> Paul Sivadon va créer, en 1947, un dispositif expérimental à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard destiné à réinsérer des malades mentaux. C'est le premier centre de réadaptation pour malades mentaux, agréé par la Sécurité Sociale. Dans ce dispositif, il s'agissait d'adapter le travail aux capacités des malades et dans un deuxième temps, d'augmenter les difficultés pour essayer de développer leurs capacités, de « restaurer de façon aussi complète que possible, la valeur sociale du malade » (Billiard, 2002, p. 15). Paul Sivadon fait le parallèle entre ce travail « adapté » et les effets de l'OST.

En 1948, Paul Sivadon crée l'Association « L'élan retrouvé », centre d'écoute, de soutien pour les anciens malades mentaux. En 1954, création de la commission relative à « l'hygiène mentale au travail » nommée ensuite « hygiène industrielle » dont C.Veil prend la direction.

### **III.1.2. Les apports de la psychanalyse**

Alors que L. Le Guillant postule pour une sociogenèse de la psychopathologie, C. Veil prône une psychogenèse et s'inspire de la psychanalyse : selon lui, le fonctionnement psychique se manifeste par des « mouvements dynamiques qui signalent les aléas du fonctionnement psychique et leurs possibles destins, tant sur le plan psychique que somatique » (Billiard, 2001, p. 183).

Ces mouvements dynamiques sont les révélateurs de l'expérience au travail, vécue par l'individu, qui peut déboucher sur une notion de plaisir quand il y a adaptation et épanouissement au travail ou de souffrance quand il y a inadéquation de la tâche à l'individu.

C. Dejours (1980) va reprendre cette idée et définir la psychopathologie du travail comme l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation à la réalité du travail (Dejours, 1980) : ainsi, la subjectivité de l'individu, dans la singularité de son histoire, va être confrontée à la réalité du travail.

La psychopathologie du travail s'adresse à un public qui n'est pas atteint de maladie mentale mais qui est confronté à une réalité du travail pouvant générer de la souffrance (Dejours et Abdoucheli, 1990, p. 8). Ce nouveau modèle théorique de la psychopathologie du travail va représenter un virage important et explique l'arrivée d'une nouvelle discipline : la psychodynamique de travail, développée par C. Dejours : elle s'intéresse aux représentations mentales des travailleurs à savoir à leur capacité de penser les contraintes de leur situation de travail. Elle met en évidence la manière singulière d'agir du travailleur, en fonction de sa subjectivité, afin de se défendre contre les effets psychologiques négatifs de la situation.

Le sujet s'investit dans son travail mais cette notion d'investissement n'est pas à comprendre seulement en termes de quantité et de qualité de travail mais également en termes d'exigence de l'économie psychique. « L'énergie investie est l'énergie pulsionnelle, la tension interne, qui exerce sa poussée continue et impose à l'appareil psychique la tâche de la transformer » (C. Dejours cité par Davezies, 1992). Il s'agit pour le sujet, d'utiliser, dans le travail, une partie de son énergie psychique qui n'a pu trouver d'issue dans la sexualité (c'est ce que Freud a appelé le processus de sublimation). Ce processus permet à l'individu de préserver son équilibre psychique et physique, donc sa santé et se manifeste quand le travail est associé au plaisir de créer. Ainsi, pour sauvegarder sa santé, l'individu recherche tout ce qui pourrait lui permettre de développer sa créativité dans le travail, de fuir la routine, tout ce qui va donner du sens à son travail.

Lorsque les contraintes du travail, l'hyperactivité et les performances exigées s'imposent à l'individu, elles entrent en conflit avec l'activité fantasmatique du sujet : le travail qui devrait

offrir une évasion psychique et donner accès à la pensée créatrice est, cette fois-ci freiné par cette activité psychique. Pour pouvoir produire le travail demandé, le salarié va s'empêcher de penser, chasser toute activité fantasmatique de son esprit. Pour ne pas tomber dans la folie, la personne va construire, de façon défensive, un état mental (Dejours, 1989) marqué par cette répression pulsionnelle. C'est le même mécanisme que dans la dépression. Cette répression pulsionnelle est coûteuse pour le psychisme de l'individu ; lorsqu'elle est atteinte, il faut la maintenir, la sauvegarder. Aussi, dans sa vie personnelle, le sujet va tout faire pour ne pas changer de fonctionnement psychique ni remettre en cause ses stratégies défensives ; il va donc éviter les situations qui stimuleraient la pensée et tout investissement intellectuel en général. A l'usure du corps va s'ajouter une sclérose intellectuelle. On comprend alors que les salariés atteints par le burn-out n'arrivent plus à « se reconstruire » même quand ils sont en arrêt de travail et développent des maladies somatiques et une impossibilité à mener une vie familiale et sociale normales.

### **III.1.3. Le travail : objet de plaisir et de souffrance**

La psychodynamique du travail étudie les processus intersubjectifs que l'Homme mobilise dans ses situations de travail. Elle analyse entre autres, la souffrance psychique résultant de la confrontation de l'individu au réel et de l'évolution de cette souffrance soit vers le plaisir au travail soit vers une véritable pathologie.

Ce courant de pensée s'appuie sur l'interprétation de la dynamique d'action qui lie l'Homme à son travail, à savoir les rapports dynamiques qui se construisent entre l'Homme, son environnement de travail et le champ social. L'équilibre entre ces trois points aboutit aux notions de plaisir ou de souffrance (Dejours, 1988) : ainsi, le travail peut être facteur de dégradation physique et psychique de l'Homme mais il peut aussi être une source d'épanouissement, de construction d'une identité sociale.

C. Dejours définit le plaisir au travail comme un état de bien-être psychique que ressent la personne quand son travail lui permet d'être reconnu, lui donne pouvoir et autonomie. L'individu, dans un contexte favorable cherche à s'accomplir, à se créer une identité professionnelle ; il développe sa créativité, apporte sa contribution, en retire une satisfaction narcissique. On entend par un contexte favorable un environnement dans lequel le sujet peut s'organiser avec une certaine liberté et dans lequel les exigences du travail s'accordent avec les besoins de la personne.

Quand le travail est pathogène, la psychodynamique du travail va s'intéresser à ce qui permet au sujet de maintenir un équilibre psychologique, c'est-à-dire aux processus psychiques mis en mouvement dans la confrontation de l'homme à la réalité (Dejours, 1995) : essayant ainsi de sauvegarder son équilibre psychique, il lutte contre les contraintes du travail pour rester dans la normalité, ce qui génère de la souffrance.

On peut différencier deux types de souffrance : la souffrance créatrice qui se manifeste lorsque l'individu arrive à transformer son travail, à le rendre plus acceptable, à résister aux contraintes, ce qui lui permet d'en retirer un plaisir et de renforcer son identité. La souffrance peut aussi être pathogène ; le sujet a épuisé toutes ses ressources défensives et ne perçoit pas d'évolution dans sa situation : devant son impuissance à agir, la souffrance pathogène augmente, mettant en péril l'équilibre psychique de la personne.

Depuis les années 80, la psychodynamique du travail s'intéresse au devenir de l'activité quand l'individu a réussi à dépasser les contraintes du travail en donnant naissance à sa créativité pour passer du travail prescrit, planifié, au travail réel. Le décalage entre les deux a été mis en évidence : or, c'est cet espace qui fait la singularité de l'expérience de travail. Ainsi, dans les services de soins, une part importante du travail des soignants n'apparaît pas dans le planning (Dejours ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Estry-Béhar, 1997).

La résistance du réel met en échec les savoir-faire habituels mais est source de créativité et mobilise la subjectivité (Vézina et Carpentier-Roy, 2000, p. 31). Pour Bensaïd et Dejours, (1995 *in* Estry-Béhar, 1997), comprendre le rapport homme/travail sous l'angle de ce qui dans les situations de travail, est dangereux pour le fonctionnement psychique revient à comprendre les mécanismes permettant au sujet de maintenir à la fois son engagement professionnel et son équilibre psychique.

### **La place du collectif de travail :**

Le travail réalisé par le sujet va être soumis à un jugement d'utilité formulé généralement par les supérieurs hiérarchiques, par les clients qui évaluent la qualité du travail. Un autre jugement (de beauté, formulé par les pairs, indique que le travail a été réalisé dans les règles de l'art : la rétribution faite à l'auteur de ce travail se fait en terme de reconnaissance donc d'identité. Le sujet est reconnu comme membre du collectif de travail. Ce jugement de beauté reconnaît dans un deuxième temps, l'originalité qui va permettre à l'individu de se singulariser

dans le collectif. Par voie de conséquence, le travail peut être la source d'une véritable construction de l'identité et compenser ainsi des failles dans la sphère privée.

L'individu éprouve alors un sentiment d'utilité, de dépassement de soi d'autant plus développé qu'il est reconnu par le collectif de travail. Celui-ci impose ses règles (du métier) auxquelles chacun se soumet comme signe d'appartenance au groupe. Des stratégies collectives de défense ont pour but de cacher l'anxiété dans les situations difficiles ; ainsi, la fatigue peut être reconnue comme le partage de conditions de travail dures. Chez les soignants, c'est le signe qu'on partage les mêmes contraintes, la même représentation du métier. La souffrance peut être transformée en plaisir, dans la quête d'un idéal : C. Dejours nomme ainsi l'énergie dépensée : la mobilisation subjective.

Carpentier Roy (1995, p. 67) dans ses recherches sur les soignants, précise que le nombre et la difficulté des actes effectués ne sont pas révélateurs de souffrance psychique : « Souffrance et plaisir sont avant tout tributaires de contenu significatif de la tâche ». Ainsi, c'est le sens donné aux actes effectués qui leur donnent de la valeur et qui procurent au soignant une satisfaction : celle d'avoir réussi à dépasser les difficultés, de se sentir valorisé par le travail réalisé, de se sentir reconnu par ses pairs. Pour D. Lhuillier (1996), le sens se construit entre les désirs inconscients du soignant et la validation sociale, donc, quand le soin investi d'une valeur positive par le soignant est reconnu par le collectif de travail. Ainsi la psychodynamique du travail transforme la souffrance en plaisir par la reconnaissance de l'entourage professionnel, par le renforcement des règles sociales de métier.

#### **III.1.4 : Le rôle des stratégies défensives collectives**

Le concept de stratégie défensive est lié à la notion de normalité et de souffrance. L'individu face à des risques pour sa santé va tout faire pour lutter contre ce qui le fait souffrir : il va utiliser ses défenses pour se maintenir dans la normalité et s'il ne peut agir sur le contexte de travail, il va minimiser la situation pénible, la rendre moins importante, contraignante : c'est une façon de dominer la souffrance.

Dejours (1995, p. 10) aborde aussi le concept de stratégies défensives collectives dans la psychopathologie du travail. Même si la souffrance tout comme le plaisir sont des ressentis individuels, les stratégies défensives permettent aux membres d'un même groupe de partager les mêmes perceptions, les mêmes croyances et de ce fait, de développer une réalité commune aux membres du groupe. L'identité professionnelle s'en trouve renforcée autour de règles communes adoptées par les membres du groupe.



Les stratégies défensives collectives cimentent le collectif de travail. Elles ont pour objectif de lutter contre la souffrance générée par l'organisation. Elles fédèrent les membres du groupe autour de pratiques communes (par ex. : la règle consistant à ne pas porter en permanence les protections de sécurité chez les ouvriers du bâtiment). On retrouve des pratiques de ce type chez les soignants qui nient le danger pour leur santé en ne portant pas les vêtements de protection contre la radioactivité dans les services de radiologie.

Les stratégies de défense collectives structurent le groupe et sont nécessaires pour lui permettre de s'adapter aux contraintes du travail mais elles freinent aussi la recherche de nouvelles stratégies. Cependant, si chaque collectif de travail construit ses propres stratégies de défense, ses programmes d'action, la communication avec les autres collectifs peut devenir difficile : C. Dejours (1995, p. 13) parle d'idéologie défensive et précise qu'elle débouche sur des conflits de pouvoir.

Il est à noter que le concept de stratégie de défense n'a été abordé qu'autour des notions de souffrance et de plaisir au travail. Il serait intéressant d'élargir ce concept autour d'autres états internes comme le bien-être psychologique. Les recherches en psychodynamique du travail pourraient poursuivre leur investigation en s'intéressant à l'expression d'autres ressentis sur des populations ciblées. Par exemple, le bien-être psychologique au travail chez les soignants est-il une façon de se protéger, de rechercher tous les moyens qui permettent de lutter contre la souffrance dans le travail ou bien s'agit-il d'une stratégie collective de défense construite pour se défendre des aléas du travail à l'hôpital ?

Dans le contexte de profonds changements que vivent les hôpitaux à l'heure actuelle, le rapport entre soignants concrétisé par des perceptions communes autour du bien-être psychologique dans le travail aurait-il une action sur la souffrance ? Si la notion de bien-être psychologique était portée par les individus collectivement, elle pourrait aboutir à une autre perception de la réalité et produire des changements dans les rapports sociaux au travail.

### **III.2. Le stress et la santé au travail**

Les effets néfastes du stress ne sont plus à démontrer ; ils ont fait l'objet de multiples études qui ont toutes mises en évidence les conséquences sur la santé. Le stress génère des perturbations physiques et provoque des maladies (fatigue, insomnies, anxiété, migraines, douleurs articulaires, manifestations ORL, hypertension, ulcères à l'estomac, hémorragies cérébrales, infarctus. Il peut être à l'origine de conduites addictives (alcool, tabac, drogues) et de

troubles du comportement (agressivité, repli sur soi, prostration..) et conduire au suicide. Ainsi, prévenir le stress et les risques psychosociaux est devenu une priorité pour l'Etat, les partenaires sociaux et les entreprises. Le rapport Nasse/Longeron remis à Xavier Bertrand en mars 2008 définit le stress comme premier risque social. Une étude de l'INRS estime que le coût du stress professionnel a représenté au minimum 2 à 3 milliards d'euros en France en 2007, (dépenses de soins, absentéisme, cessation d'activité, décès prématurés). Dans les milieux de travail, le stress est souvent constitutif des contraintes organisationnelles (conditions précaires d'emploi, environnement compétitif, individualisation des tâches, fragilisation du collectif de travail). Il est analysé en référence à différents modèles théoriques mais c'est le modèle transactionnel (Ponnelle et Lancry, 2007) qui semble le plus utilisé.

### **III.2.1. : De l'approche biologique à l'approche transactionnelle**

Nous avons abordé précédemment la notion de coping pour désigner les stratégies adoptées par les soignants pour s'adapter à une situation stressante et garder un équilibre émotionnel (Folkman et Lazarus, 1980). Nous avons aussi parlé du burn-out de cette population. Ces deux concepts sont étroitement dépendants de la notion de stress. De nombreuses études et recherches ont été réalisées sur le stress depuis les travaux de Hans Selye en 1930 qui a défini le syndrome général d'adaptation (SGA) comme une réaction unique et identique de l'organisme à toute agression externe ou interne.

- L'approche *physiologiste* de Selye étudie le stress sur le modèle « stimulus/réponse » c'est-à-dire sous une forme cause/conséquence sans tenir compte de la personnalité du sujet.
- L'approche *transactionnelle* de Lazarus (1966) s'appuie sur les notions de représentation, d'évaluation de la situation et de stratégie d'adaptation par l'individu ce qui sous-entend la possibilité de contrôle que le sujet peut exercer et par voie de conséquence, la possibilité pour lui de réguler les effets du stress. Ainsi, une personne va réduire, maîtriser le stress en développant un comportement qui sera la résultante de son évaluation cognitive de la situation et de la dimension émotionnelle associée, Lazarus et Folkman (1988) vont appeler « coping » la stratégie d'adaptation de la personne à la situation. L'approche transactionnelle s'appuie donc sur l'évaluation subjective de la situation par le sujet et ses capacités à construire des stratégies de coping (De Keyser et Hansey, 1996, cités par Banyasz, p. 13).

- L'approche *causaliste ou interactionniste* met en évidence le déséquilibre qui existe entre les exigences de l'environnement de travail et les caractéristiques de l'individu. Bien que cette approche tienne compte de l'interaction entre l'environnement et le sujet, elle ne s'intéresse pas à la façon de s'adapter de la personne. L'approche interactionniste est illustrée par le modèle de Karasek et Theorell (1990) centré sur la demande et le contrôle (autonomie) au travail et celui de Siegrist (1996) centré sur le déséquilibre effort/récompense. L'approche interactionniste s'appuie sur l'idée que le stress est dû à l'inadéquation entre une situation donnée et les capacités de l'individu pour y répondre (French et Harrison, 1978 cités par Banyasz, 1998, p. 13).

Les travaux de Karasek *et al.* (1981) et Karasek et Théorell (1990) ont montré les liens entre le contexte de travail et la santé du travailleur : ils ont fait la corrélation entre la charge de travail et l'autonomie décisionnelle. Ainsi, plus la charge est élevée, plus le degré d'autonomie est faible pour effectuer ses tâches (choix des modes opératoires, décisions), moins la personne pourra développer ses compétences, donc plus elle sera stressée et plus elle aura des atteintes de santé (pathologies cardiaques, souffrance psychologique, dépression). Il faut entendre par charge de travail une dimension physique ou mentale par exemple, la quantité d'activités, les horaires ou les responsabilités liées au travail.

Une troisième composante est apparue faisant évoluer le modèle : le soutien social c'est-à-dire le soutien apporté par les collègues ou par la hiérarchie. Il va atténuer les contraintes de la tâche. Son absence va augmenter le risque de souffrance psychique et de pathologies cardiaques (Davezies, 2001).

Ainsi, le modèle de Karasek et de Theorell a mis en évidence les critères responsables d'un fort niveau du stress : il a fait la corrélation entre la charge de travail, l'autonomie et le soutien social : si la charge de travail est forte, le soutien social et l'autonomie faibles, alors le niveau de stress est élevé ; par voie de conséquence, la santé du travailleur est menacée.

Le modèle de Siegrist (1996), basé sur le modèle « effort/récompense » va introduire une variable supplémentaire, la reconnaissance des efforts fournis, sous différentes formes : estime, valorisation par le statut ou rétribution. Ce modèle fait la distinction entre les efforts extrinsèques et intrinsèques à l'individu. Les efforts extrinsèques sont liées aux contraintes de l'environnement de travail (temps, charge physique, quotas de production) alors que les efforts intrinsèques sont inhérents à la personne (personnalité exigeante développant une implication excessive dans le travail). Ce modèle met en relation les efforts fournis et les récompenses

apportées par l'entreprise (salaire, évolution de carrière) et/ou par le manager et les pairs, les clients (appréciation, estime). L'absence de reconnaissance aussi bien par les pairs que par la hiérarchie (Davezies, 2001) va augmenter considérablement le risque de pathologies physiques et psychiques (syndrome cardiovasculaire, dépression).

La notion de récompense (en tant que reconnaissance du travail effectué) fait référence à un autre modèle : celui de la justice organisationnelle. Il englobe trois types de justices :

- la justice distributive (Adams, 1965).
- la justice procédurale (Thibaut et Walker, 1975).
- la justice interactionnelle (Colquitt, 2001).

### **III.2.2. : Psychodynamique du travail et stress**

Les modèles de Karasek et Theorell et de Siegrist mettent ainsi l'accent sur des variables telles que le pouvoir, l'autonomie, la reconnaissance comme éléments intervenant dans la santé mentale. On retrouve ces mêmes variables dans la psychodynamique du travail comme éléments favorisant la construction de l'identité au travail : l'environnement professionnel est interpellé pour mieux prendre en compte les désirs des travailleurs, les aider à se construire une identité sociale ; développer l'autonomie, la reconnaissance va générer des changements dans l'organisation et les relations de travail et par voie de conséquence, avoir un impact sur le stress des salariés.

La psychodynamique du travail et le stress divergent cependant sur les points suivants : l'approche du stress est plus individualiste que celle de la psychodynamique du travail : c'est davantage l'adaptation de l'individu aux contraintes du travail qui est prise en compte. Les stratégies défensives font référence au collectif de travail alors que la notion de coping est individuelle. D'autre part, les stratégies en question se situent dans le registre de la normalité : elles indiquent comment lutte la personne pour garder une santé psychique. Le stress, par contre, est décrit par les effets pathologiques qu'il produit sur la santé (par ex. : le burn-out marque l'entrée dans la maladie).

La psychodynamique du travail s'inscrit dans un paradigme compréhensif alors que l'étude du stress s'inscrit dans un paradigme positiviste. Pour le premier ce sont les significations données aux épisodes de vie qui sont importantes alors que pour le deuxième, on est dans une problématique « stimulus/réponse ».

Même s'il existe des divergences épistémologiques, les modèles sur le stress et celui de la psychodynamique du travail permettent de mieux cerner le phénomène de la souffrance au travail et de la santé mentale. Chanlat (1990) précise toutefois que le problème de stress est généralement abordé comme une problématique individuelle dans les entreprises : celle d'un individu qui n'arrive pas à s'adapter à son environnement de travail. Ce modèle sous-entend qu'il appartient à la personne de trouver ses solutions. L'institution lui apporte un soutien par l'intermédiaire de formations sur la « gestion du stress », de relaxation. Tant que le problème du stress sera appréhendé individuellement, la responsabilité collective ne sera pas mise en cause. Il y aura donc aucune obligation pour l'Organisation de reconnaître le stress comme une problématique sociale révélatrice du caractère pathogène d'une organisation du travail.

### **III.2.3. : Le stress organisationnel**

Largement étudié par Aubert et Pagès (1989) et Aubert et De Gaujelac, (1991), il trouve son origine dans des types d'organisation ou dans des modifications de l'entreprise nécessitant de la part du salarié, une adaptation rapide sans que celui-ci soit préparé ou accompagné face à cette demande. Cette approche conduit à prendre en compte les interactions entre l'individu et les situations de travail et à les repositionner dans le contexte organisationnel de l'entreprise.

Le stress au travail est dans ce cas de figure non pas l'expression d'un malaise individuel tel qu'il a été abordé par Lazarus et Folkman, mais la représentation d'un dysfonctionnement de l'entreprise (Buscatto *et al*, 2008). L'approche transactionnelle en se centrant sur l'individu et ses interactions avec le contexte professionnel occulte la place des ancrages sociaux dans l'apparition du stress. Ainsi, le salarié n'est pas seulement soumis aux exigences et aux pressions de l'entreprise, il est un acteur qui agit dans l'Organisation, qui joue un rôle et participe à la construction du climat social. La représentation qu'il se fait de telle ou telle situation, du caractère stressant ou non, de ses capacités à s'adapter, va conditionner l'attitude qu'il aura dans la situation. D'après Rouquette (1998), les attitudes qu'un sujet adopte sont soumises à des variables individuelles mais aussi à des constructions sociales, à des représentations partagées par le groupe auquel il appartient. Les représentations sociales telles qu'elles ont été abordées par Jodelet (1989) peuvent être appliquées au stress professionnel. On peut parler de représentations professionnelles du stress (Bataille *et al.*, 1997) quand le groupe social évoque le stress dans son travail par des opinions, des ressentis partagés, autant d'éléments participants à l'identité professionnelle. Ainsi l'analyse du stress passe par l'intermédiaire des représentations individuelles et collectives et les réponses apportées en termes de prévention doivent tenir

compte de ces deux types de représentations : le niveau primaire va s'intéresser aux éléments pathogènes et va rechercher la construction d'un milieu de travail capable de soutenir les individus ; d'où la création de stratégies collectives (donc de représentations collectives) ayant pour fonction de faire évoluer l'organisation du travail. La prévention secondaire, va s'intéresser à l'individu et l'aider à mieux gérer son stress en jouant sur ses perceptions et son ressenti par des techniques de relaxation par exemple, mais aussi en favorisant la construction de stratégies de coping, et la prévention tertiaire intervient sur les effets du stress sur l'individu : par des traitements, des thérapies, elle aborde les effets néfastes du stress. Il est cependant à noter que le bilan qualitatif de prévention du stress<sup>12</sup> laisse apparaître un écart important entre les engagements des entreprises et leur application sur le terrain.

### **III.3 : Les apports de la clinique de l'activité**

En exprimant un malaise général, le stress est, pour le salarié, une façon d'exprimer son désaccord, sa souffrance de façon détournée. Il manifeste ce que la parole ne peut ou n'arrive pas à dire. Les réponses qu'apportent les salariés et celles des collectifs de travail face à des situations perturbatrices de leur équilibre ont été abordées par la clinique de l'activité. Ce courant de pensée s'intéresse à la réalité du travail mais pas de la même façon que l'ergonomie. Pour elle, il s'agit d'analyser les modes opératoires des salariés et de repérer ce qui peut porter atteinte à la santé des travailleurs. Pour la clinique du travail, il s'agit de repérer comment les individus et les collectifs interagissent avec le réel. Les contraintes du travail peuvent en effet perturber le fonctionnement psychique de l'individu quand l'activité se vide de son sens et que le sujet n'est pas soutenu par le collectif. Mais la confrontation au réel peut aussi laisser libre cours à la créativité du sujet, lui permettant de créer des objets qui donnent du sens à son travail. Ceci favorise la construction de l'identité sociale du sujet : il se sent valorisé par ce qu'il a produit et reconnu dans sa fonction.

---

12 Article issu de « la semaine sociale Lamy » du 21.04.2011 : « *Le bilan qualitatif des accords de prévention du stress dans les entreprises de plus de 1000 salariés révèle un manque de précision des engagements pris par les entreprises* ». Il apparaît que si les entreprises concernées c'est-à-dire celles qui ont signé l'accord du 2 juillet 2008 sur la prévention des risques psycho-sociaux (RPS) soit 234 accords, ont encore des difficultés à respecter leurs engagements. Elles mettent surtout l'accent sur les méthodes d'évaluation quantitatives.

### **III.3.1. :Les notions de travail réel et de réalité du travail**

Nous avons abordé, avec la psychodynamique du travail, les notions de travail prescrit et de travail réel à savoir ce qui sépare la prescription, du réel et de la singularité de chaque situation. C'est cette expérience que le salarié vit au quotidien : celle d'un travail dans lequel il doit arbitrer, concilier entre les obligations et les contraintes de son travail, celle d'une activité empêchée (Clot, 1999). L'activité, pour Y. Clot, ne se borne pas à ce qui est réalisé mais « Ce qu'on cherche à faire sans succès et qui nous échappe, ce qu'on s'interdit de faire, ce qu'on fait sans vouloir le faire, ce qu'on fait pour ne faire ce qu'on nous demande de faire, autrement dit les activités suspendues, empêchées ou, au contraire, déplacées » (Clot, 1999, p. 119). Ainsi, le travail effectué n'est qu'une partie du travail réel : ce qui est réalisé ne nous montre pas ce que fait réellement l'individu quand il travaille. Dans le même esprit, Vygotski (2003) spécifie que l'homme ne donne à voir dans son métier qu'une partie de ses possibilités.

Le métier englobe beaucoup plus de choses que ce qu'une analyse du travail, même précise, peut montrer. Yves Clot parle d'ailleurs du plaisir du possible en évoquant les marges de manœuvre du réel de l'activité dans lesquelles le sujet peut investir créativité et savoir-faire. Ce pouvoir d'agir, permet à l'individu de développer ses capacités, d'avoir une influence sur le contexte professionnel et, le cas échéant, d'intervenir sur ce qui pourrait menacer sa santé.

### **III.3.2. : Collectif de travail et nouvelles pratiques**

Il s'agit de faire évoluer le pouvoir d'agir non pas par une remise en cause de la hiérarchie mais plutôt par le développement de marges de manœuvre : faire émerger des nouvelles façons de pratiquer et de penser le travail. L'élaboration de ces nouvelles pratiques nécessite « un travail d'élaboration collectif, un travail de resymbolisation de l'expérience subjective d'un milieu de travail » (Lhuillier, 2006, p. 184). Oddone (cité par Clot, 2008, p. 75) a été un des premiers à se poser la question de la fonction psychologique du collectif de travail. Ainsi l'activité individuelle est guidée par la conscience collective qui joue un rôle symbolique de contenant et définit les règles de travail (organisationnelles, relationnelles) qui vont servir de support à l'individu. Elles se substituent parfois aux règles de l'organisation, en tout cas, ce sont des ressources du collectif professionnel qui donnent de sens à l'action individuelle.

Y. Clot (1999) évoque la notion de « genres sociaux d'activités », les éléments de langage, de gestes, de pratiques qui cadrent l'activité individuelle en prônant et en interdisant

certains d'entre eux. Ces genres sociaux d'activités ont une fonction psychologique pour le travailleur : ils lui permettent d'agir en sécurité en s'appuyant sur un référentiel éprouvé et d'être soutenu par le collectif de travail. Ils sont en quelque sorte la mémoire collective et permettent à la culture professionnelle de se transmettre. Dans le secteur hospitalier, ces genres sociaux d'activités sont très présents : ce sont autant de codes sociaux qui organisent les rapports humains et définissent les « bonnes » façons de travailler. Ils ont un rôle majeur dans la cohésion d'équipe et participent ainsi à la prévention de la souffrance au travail en donnant du sens au travail réalisé. Y. Clot (2008 p. 108) précise d'ailleurs que « Le renoncement au genre, pour toutes les raisons qu'on peut imaginer, est toujours le début d'un dérèglement de l'action individuelle » : le genre professionnel permet au collectif d'agir de façon efficace et concrète au-delà du prescrit et structure ainsi les actions individuelles. Le collectif professionnel par son action de transformation de l'organisation du travail va ouvrir un champ des possibles permettant à l'individu de penser son travail et donc de développer son pouvoir d'agir.

### **III.3.3. Clinique de l'activité et transformation du dialogue autour du travail**

Comme nous venons de le dire, le collectif professionnel va faciliter la compréhension et l'acceptation du réel par le sujet. Dans l'auto confrontation croisée (méthode utilisée dans la clinique de l'activité), les pairs commentent l'activité de leur collègue. Ils introduisent dans le dialogue une analyse différente des situations de travail vécues par la personne et mettent en perspective ce qui n'a pas été réalisé avec ce qui a été réalisé facilement ou avec difficulté. Ces échanges réciproques permettent de penser différemment les situations de travail, de mettre le métier à distance. L'objet du dialogue évolue d'ailleurs au gré des échanges ; il fait reculer le non-dit, il lui donne corps. « Cette activité migratoire est de nature à repousser les limites du collectif dans et grâce à l'activité individuelle » (Clot, 2008, p. 229). Cet espace d'échanges va être le lieu de dé-construction et de re-construction de l'activité et de restauration de la fonction symbolique du collectif. Comme le précise D. Lhuilier (2002, p. 276) : « Le travail est bien la scène où se jouent simultanément et dialectiquement le rapport à soi, le rapport à autrui et le rapport au réel ».

Ce travail issu de l'auto confrontation croisée va participer à la reconnaissance de chacun par ses pairs ; le soutien social (Karasek et Theorell, 1990 ; Dejours, 1980) du collectif va intervenir comme régulateur de la souffrance vécue par les individus lors de l'évocation des situations douloureuses. Le travail effectué par le groupe met en mouvement les enjeux



psychiques du travail et les enjeux sociaux permettant ainsi d'élucider le rapport souffrance/plaisir.

Tous les modèles théoriques de la souffrance au travail, que nous avons parcourus convergent vers le fait que la souffrance est l'illustration d'une perturbation entre l'individu et l'entreprise. Elle peut prendre plusieurs formes : celle d'un conflit (Dejours, 1980 ; Clot, 2008) ; celle d'une mauvaise adéquation entre les exigences de la tâche à effectuer et les ressources du sujet (Karasek et Théorell, 1990) ; celle d'une activité « empêchée » dans laquelle le travail prescrit et réalisé n'est qu'une partie du travail réel (Clot, 1999 ; Lhuilier, 2006). Les manifestations de cette souffrance peuvent se faire sous la forme d'une démotivation, d'une fatigue pouvant aller jusqu'au burn-out (fréquent chez les soignants) et dans les cas extrêmes, la souffrance peut déboucher sur le suicide.

Nous avons vu également que le travail peut être une source d'épanouissement, de construction d'une identité sociale (Dejours, 1988) : il permet alors à l'individu d'être reconnu, d'avoir du pouvoir et de l'autonomie. La souffrance peut se transformer en capacité créatrice et déboucher sur le plaisir au travail.

Dans le même esprit, nous avons vu, également, que le sujet ne subit pas les situations sans réagir ; ainsi, il va utiliser soit des stratégies défensives collectives (Dejours, 1995) soit une attitude d'ajustement (coping) dans les situations stressantes (Lazarus & Launier, 1978). Nous nous proposons maintenant, de développer les modèles théoriques qui favorisent le développement du bien-être psychologique au travail.

#### **III.4 : Synthèse des modèles théoriques de la « souffrance au travail »**

La psychopathologie du travail centrée, dans les années cinquante, sur l'action thérapeutique de l'activité sur le malade en secteur psychiatrique, s'est orientée ensuite sur la réadaptation des personnes handicapées dans le monde professionnel réel puis sur l'analyse des « névroses du travail ». Tous ces travaux vont donner naissance à la psychodynamique du travail qui tient son nom du fait qu'elle s'intéresse à l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation à la réalité du travail. L'activité est source de plaisir ou de souffrance selon la nature des rapports dynamiques que l'individu entretient avec son travail. Dans ce courant de pensée, il est fait référence au collectif de travail qui va émettre soit un jugement d'utilité (hiérarchie) soit un jugement de beauté (les pairs) participant à la construction

de l'identité de l'individu. Le collectif va générer des stratégies défensives collectives qui vont être déployées pour lutter contre ce qui est source de souffrance dans la situation de travail.

A propos du stress au travail, les travaux des chercheurs montrent qu'il génère des perturbations physiques et psychiques débouchant sur des pathologies ; le coping étant une stratégie de réponse au stress permettant l'adaptation de l'individu à la situation stressante. Plusieurs types de coping existent : l'approche physiologiste (stimulus/réponse), transactionnelle (la réponse est liée à l'évaluation cognitive de la situation et à la dimension émotionnelle), interactionniste (interaction entre l'environnement et le sujet).

Psychodynamique du travail et stress divergent cependant sur deux points : la première est une démarche collective, la deuxième individuelle. Les stratégies défensives collectives appartiennent au premier et le coping est spécifique du second.

La clinique du travail met l'accent sur le fait que, ce qui est réalisé ne montre pas ce que fait réellement le sujet quand il travaille (activités empêchées, suspendues). Le plaisir du possible est lié au réel de l'activité dans lequel le sujet a une marge de manœuvre et peut exercer sa créativité. Ainsi, on peut faire évoluer le pouvoir d'agir d'un individu en élaborant collectivement l'activité au travail dans ce qu'elle a de plus concret mais aussi de symbolique. La clinique de l'activité permet ce travail d'analyse dans l'auto-confrontation croisée où les pairs commentent le travail de leur collègue pour déconstruire et reconstruire l'activité. Le collectif va jouer un rôle de soutien social.

## **IV. LES MODELES THEORIQUES DU BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL**

Beaucoup d'études se sont intéressées aux effets négatifs du travail sur la santé, à savoir les problèmes de stress, de souffrance au travail, de harcèlement moral, de troubles musculo-squelettiques. Par contre, peu de travaux ont été réalisés sur le bien-être au travail. Nous allons voir d'ailleurs que le terme « bien-être psychologique » fait l'objet de définitions différentes de même que les termes voisins (bonheur au travail, qualité de vie, bien-être subjectif, satisfaction au travail). Les recherches anglo-saxonnes, notamment canadiennes, qui se sont intéressées au bien-être psychologique au travail sont assez récentes et s'appuient sur le développement de ressources personnelles qui vont aider l'individu à supporter les aléas du travail. Il faut cependant noter que réduire la souffrance au travail ne suffit pas pour développer le bien-être psychologique : ce sont des démarches différentes, bien que complémentaires. Comme nous l'avons déjà précisé dans la partie : « construction de l'objet de recherche » : la santé au travail est un construit marqué par la présence de facteurs positifs et par l'absence de facteurs négatifs (Dejours, 1995 ; Achille, 2003 ; Labelle *et al.*, 2001) soit par la présence de bien-être psychologique et l'absence de souffrance au travail.

Nous nous proposons d'examiner les perspectives apportées par la littérature sur le bien-être psychologique au travail. Les modèles que nous allons parcourir sont ceux de la psychologie positive, de l'auto-détermination et de la résilience mais auparavant, nous allons essayer mieux cerner le terme de « bien-être psychologique au travail ».

### **IV.1 : Eléments sémantiques**

Il est important dans un souci de lisibilité de faire la distinction de différents termes répandus dans le champ social, dans un but opérationnel.

Eric Gosselin, (Université du Québec en Outaouais) dans l'article qu'il a écrit en 2005 dans la Revue de l'Université de Moncton, nous donne un panorama historique des concepts que nous allons aborder juste après.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> (source : <http://id.erudit.org/iderudit/014502ar>)

« Dans les années 1960, les concepts de la *satisfaction dans la vie* et du *bien-être dans la vie* apparaissent, correspondant à l'essor grandissant de l'épanouissement personnel de l'époque. Cette période est celle de la clarification des aspects conceptuels et opérationnels (outils, méthodes

### IV.1.1. La qualité de vie :

Ce concept englobe tellement de choses qu'on pourrait dire qu'il est multifactoriel : il est contingent des facteurs liés à l'environnement, aux revenus financiers, aux modes de vie et comprend tous les aspects de la vie. C'est ainsi que le concept a généré plusieurs modèles :

- Celui de Bubolz et *al.*, (1980) selon lequel la qualité de vie est liée au niveau d'utilisation des ressources de l'environnement (biologiques, physiques, économiques, sociales).
- Le modèle de Bigelow (1982) repose à la fois sur la théorie de la qualité de la vie et celle des rôles. Pour Sarbin et Allen (1986) : un bon niveau de qualité de vie est atteint quand l'individu peut à la fois satisfaire ses cinq niveaux de besoins de la pyramide de Maslow et joue ses différents rôles avec performance.
- Le modèle de Reich et Zautra (1983 et 1984) s'appuie sur l'idée que la qualité de vie dépend de l'impact cognitif et affectif des expériences vécues par la personne c'est-à-dire du ressenti et de l'évaluation que fait l'individu : la notion de liberté de choix et d'action, de contrôle des événements, de capacité à intégrer ses besoins et ses désirs interfèrent fortement sur la qualité de vie.
- Le modèle d'Abbey et Andrews (1985) met plusieurs concepts en interaction : des concepts psychosociaux (stress, contrôle de sa vie, contrôle de sa vie par les autres, support social, performance), des concepts psychologiques (dépression, anxiété) et le concept de qualité de vie. Un bon niveau de qualité de vie est fortement corrélé avec le contrôle

---

*d'investigation). Cette première période permet d'identifier des paramètres (objectifs environnementaux, socio-biographiques) et subjectifs (cognitifs, perceptuels).*

*La deuxième période correspond aux années 1970. Les auteurs concluent que les facteurs objectifs n'ont que peu d'incidence sur les études récentes ce qui les amènent à délaisser les concepts de satisfaction dans la vie et de bien-être dans la vie pour emprunter la notion plus perceptuelle de **bien-être subjectif** (subjective well-being) comme objet de recherche. Dès lors, ce sont les dimensions subjectives qui retiendront toute l'attention en remplacement des facteurs objectifs, trop stricts.*

*Les années 1980 seront marquées par un nouveau changement de vocabulaire et les intérêts se redirigeront vers le concept beaucoup plus symbolique de **bonheur** (happiness). Certains essaieront de comprendre l'origine et la nature de ce concept métaphysique.*

*Dans les années 1990, les recherches se tournent vers la **qualité de vie**. Par sa nature sociale, le concept de qualité de vie se montre multidisciplinaire, intégrant les champs des sciences sociales et des sciences médicales.*

*A l'heure actuelle, dans ces différentes recherches, aucun consensus ne prédomine. Plusieurs concepts coexistent et bien que des efforts de distinction soient faits, les termes sont souvent utilisés les uns pour les autres. »*

interne et le soutien social ; un niveau moindre est corrélé avec le stress et le contrôle exercé par les autres.

- Pour Meeberg (1993), la qualité de vie se compose de quatre attributs : le sentiment de satisfaction face à la vie en général, la capacité mentale d'évaluer sa vie comme étant satisfaisante ou pas, la capacité de posséder un état acceptable au niveau physique, mental, social et émotionnel et la possibilité d'avoir une évaluation objective sur ses conditions de vie par une autre personne.

La qualité de vie est liée à la perception qu'un individu a, de sa santé physique et psychologique, de ce qu'il vit mais aussi de ce qu'il projette sur son avenir personnel et professionnel. Cela renvoie aux besoins de la personne et introduit une notion de satisfaction subjective de Jonsen et *al.*, (1986) et Twycross (1987) : en effet, quelqu'un peut avoir la perception d'avoir une qualité de vie alors que son entourage pense le contraire. Intervient une notion de représentation mentale, celle que chacun a d'un concept (la qualité de vie) et les objets auxquels le concept se rattache. Nous retrouvons en filigrane cette notion de représentation au travers des différents concepts que nous allons aborder.

Parler de qualité de vie, c'est parler de la satisfaction d'une personne face à sa situation sur le plan social, physique. Dans le secteur hospitalier, le terme « qualité de vie » est fréquemment utilisé dans les soins palliatifs. Quand un patient est en phase terminale d'un cancer, il s'agit de définir ce que le concept « qualité de vie » signifie : s'agit-il de prolonger la vie de la personne par un traitement lourd, handicapant ou de ne pas retarder l'échéance en apportant seulement à la personne des soins de confort ? La réponse n'est pas si facile que ça à donner car chacun agit en fonction de son système de représentations, de ses perceptions, de ses valeurs, de ses croyances, chacun a sa propre définition de la « qualité de vie » qu'il imagine pour l'autre.

Dans le milieu du travail, la qualité de vie au travail est associée à des notions de conditions et d'organisation du travail. On sous-entend les rythmes de travail, les obligations, les contraintes diverses et le type de relations avec l'entourage sans oublier, bien sûr, l'environnement physique, sonore et sécuritaire. Tous ces éléments font référence aux critères retenus dans les analyses ergonomiques du travail. Albert Ripon (1983) a lui aussi fait le lien entre la qualité de vie au travail et l'amélioration des conditions de travail. Il y a donc, dans la définition de la qualité de vie au travail, une dimension technique centrée autour d'indicateurs de mesure des conditions de travail.

Bowling (1991), Tartar *et al.*, (1988), Dalkey et Rourke (1973) et Young et Longman (1983) font de la qualité de vie un concept fédérateur qui englobe les comportements des individus, leurs capacités cognitives, leur sentiment de bien-être, leurs habiletés à avoir un rôle professionnel et social. Le concept, de par sa multifactorialité, est difficile à évaluer et fait encore objet de discussion parmi les chercheurs.

A propos du concept de qualité de vie : (Lepège et Coste, 2001), on constate un flou autour de ce concept multidimensionnel qui comprend 4 dimensions :

\*Etat physique

\*Sensations somatiques

\*Emotivité, anxiété, dépression

\*Relations sociales et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel

L'OMS (1994)<sup>14</sup> définit la qualité de vie comme « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

#### **IV.1.2. La satisfaction dans la vie**

Cette notion renvoie à une notion de jugement que le sujet porte sur sa vie et sur son équilibre psychique. La personne est satisfaite de sa vie quand elle a atteint ses objectifs : cela suppose une évaluation des résultats par rapport aux attentes du départ (Andrews et Withey, 1976).

Concernant la satisfaction dans la vie, de nombreux auteurs sont d'accord pour distinguer deux types de théories (Brief, Butcher, George et Link, 1993) (Jacob, Miles et Tan *et al.*, 1995). Les théories « ascendantes » (Diener, Sandvik, 1991) (bottom-up théories), matérialistes, signifient que la satisfaction dans la vie provient de la somme des aspects positifs et négatifs que l'individu a vécus alors que les théories descendantes (Mc Crae et Costa, 1991 ; Seligman, 1998) (top-down théories), idéalistes, supposent qu'il existe des prédispositions chez l'individu qui l'amènent à ressentir un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction.

---

<sup>14</sup> [Wikipédia.org](http://Wikipédia.org)

Pour des auteurs comme Neugarten *et al.*, (1961) et Phillips (1986), la satisfaction dans la vie se définit par le courage, la vitalité, l'atteinte de ses objectifs, le concept de soi et l'humeur. Pour Stones et Kozma (1980), la satisfaction dans la vie se concrétise par l'atteinte d'une proportion importante de désirs significatifs de la vie. Cependant, dans l'échelle qu'ils ont construite (MUNSH : Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness) la distinction n'est pas très nette entre satisfaction de vie et bonheur.

La satisfaction dans la vie et le bien-être subjectif sont deux concepts étroitement liés : « Le bien-être subjectif (...) et la satisfaction de vivre sont des notions qui diffèrent l'une de l'autre à quelques nuances près, mais elles ont beaucoup de points en commun » (Myers et Diener, 1997, p. 14).

### **IV.1.3. Le bonheur**

C'est une évaluation affective et subjective globale de la qualité de vie. Il est transitoire, se mesure par le sentiment de bien-être (heureux ou malheureux) et l'humeur (triste ou joyeux) Fordyce (1988). Veenhoven (1994) fait l'hypothèse que le bonheur est soit un trait de caractère soit un état et conclura ses travaux en spécifiant que le bonheur est un état variable ; cependant, des différences individuelles existent et expliquent la plus grande partie des effets variables (Veenhoven, 1995). Pour Stones et Kozma (1980), le bonheur concerne soit un état soit une activité dans le domaine des sentiments et le concept de bonheur évalue uniquement les affects positifs (sentiments heureux, bonne humeur) d'où l'adage : le bonheur aime sourire aux gens heureux ! Pour Ryan et Deci (2001), le bonheur d'un individu est appréhendé par la recherche de son développement en cohérence avec ses propres valeurs : essayer de se dépasser, de réaliser son potentiel est le but ultime. Ils partagent une vision eudémonique du bonheur tout comme Seligman (2002) pour qui le bonheur est non seulement d'avoir une vie plaisante (au sens hédonique) mais aussi une vie « bonne » c'est-à-dire enrichissante et qui a du sens (vision eudémonique). D'après Seligman, ce sont ces trois dimensions du bonheur qui vont permettre à un être humain de vivre sa vie de façon optimale.

#### **IV.1.4. La santé mentale**

L'OMS définit la santé mentale comme « Un état de complet de bien-être physique, psychique et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ». On peut rajouter à cette définition deux autres aspects de la vie : les aspects spirituel et économique : la personne possédant une bonne santé mentale, trouve un équilibre entre tous ces aspects. Comme tout équilibre, il n'est pas acquis définitivement, il fluctue, ce qui a amené le Comité de la Santé Mentale du Québec<sup>15</sup> à la définition suivante : « La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne ».

Cette définition montre le caractère systémique de la santé mentale : en effet, elle est le fruit des interactions entre les valeurs de la personne et celles de l'environnement qui sont véhiculées au travers des décisions économiques, politiques et sociales. D'où les perturbations sur la santé mentale quand l'interaction est négative : c'est par exemple le cas dans les discriminations ou dans les situations de précarité. De nombreux chercheurs se sont intéressés à la santé mentale par le biais des problèmes ou de la souffrance psychologique : ainsi, les auteurs suivants ont travaillé sur le lien entre la religion et la santé mentale en spécifiant que des personnes fragiles mentalement ou face à des difficultés dans leur vie, se sont réfugiées dans la religion pour retrouver un apaisement (Bergin, 1983 ; Gartner *et al.*, 1991 ; Mickley *et al.*, 1995 ; Miller, 1985 ; Payne *et al.*, 1991 ; Thoits, 1983).

Selon Pugliesi (1992), on peut mesurer la santé mentale de deux façons : la première est centrée sur le bien-être et la deuxième sur la santé mentale (ou l'absence de maladie) donc sur des dimensions positives et négatives.

Les nombreuses études réalisées par les chercheurs montrent l'intérêt qu'ils ont porté à ce concept : ainsi, les analyses quantitatives effectuées ont établi des corrélations entre différents concepts et les aspects négatifs ou positifs de la santé mentale. Selon Stones et Kozma (1980), les instruments sur la satisfaction dans la vie, le bonheur et le moral sont trois indicateurs de la

---

<sup>15</sup> [www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/](http://www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/)



santé mentale. Certains auteurs ont mesuré la santé mentale par des capacités ou des habiletés intellectuelles ou sociales. Larson et Larson (1991) ont mesuré le fonctionnement psychologique pour évaluer la santé mentale. Jonhson et Spilka (1991) de même que Raleigh (1992) ont observé la capacité de « coping »<sup>16</sup> des sujets comme indicateur de la santé mentale.

#### **IV.1.5. Le Bien-être subjectif**

Pour Diener (1994, p. 108), « Le bien-être subjectif correspond à l'expérience globale de réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieur tels que la satisfaction de la vie et le niveau hédonique »<sup>17</sup>: il place donc le bien-être subjectif au-dessus de la satisfaction : cela suppose une implication totale de la personnalité avec toute la sphère cognitive et affective. Pour Diener (1984), le bien-être subjectif marque la prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs soit parce que la personne a dans sa vie, des expériences qui génèrent ce type d'émotions, soit parce qu'elle a une personnalité prédisposée à retenir surtout les affects positifs. La composante émotionnelle est donc liée au jugement : ce qui est spécifique, c'est la façon dont l'individu pose un jugement sur sa vie.

Le bien-être subjectif est corrélé à des traits de personnalité : certaines personnes évalueraient leur état de bien-être de façon positive quelles que soient les situations vécues alors que d'autres n'évalueraient jamais un haut état de bien-être même quand les évènements de la vie sont positifs.

Andrews et Withey (1976, p. 18) définissent le bien-être subjectif d'ailleurs comme « A la fois une évaluation cognitive et un quelconque degré de sentiments positifs ou négatifs, c'est-à-dire l'affect ». Le bien-être subjectif se compose donc de deux niveaux : le premier est le niveau cognitif : celui de l'évaluation ou du jugement que l'individu porte sur sa vie, sur la vie en général, il fait donc référence au cognitif ; le deuxième est le niveau hédonique : celui qui touche l'individu dans des situations particulières de sa vie et qui déclenche des affects positifs, une émotion agréable.

On peut faire un parallèle entre l'approche de Diener et celle d'Andrews et de Withey en disant, d'une part, que le bien-être subjectif est à la fois la satisfaction que l'homme a de sa vie et

<sup>16</sup> Le terme de coping, décrit par Lazarus & Launier (1978) est le processus par lequel une personne régule les sources de stress pour tenter de revenir à un niveau normal de fonctionnement

<sup>17</sup> A propos de la notion d'hédonisme, il s'agit pour l'auteur de tout ce qui est plaisant ressenti à travers les sentiments, les émotions et les humeurs. Nous reviendrons largement sur le concept de la psychologie hédoniste et celui du bien-être psychologique (qui est au cœur de la santé mentale).

l'évaluation positive qu'il en fait, et d'autre part, le plaisir qu'il ressent (les affects positifs) dans des évènements actuels.

Diener (1984) suggère d'aborder le bien-être subjectif selon trois points :

- Sa subjectivité : il fait partie de la personne, de son expérience et donc est imprégné de ses émotions, de son ressenti.
- Il suppose une évaluation positive globale de la vie de la personne. Celle-ci pose un jugement de satisfaction sur sa vie : elle évalue ses actions, les évènements de la vie, ses relations avec les autres et ressent des émotions agréables qui viennent renforcer l'idée que la vie de la personne est positive. Pour Lazarus (1991), les évaluations conduisent à des réactions émotionnelles agréables ou désagréables. Ainsi, les personnes qui présentent un bien-être subjectif seraient celles qui feraient davantage d'évaluations positives des caractéristiques de leur vie.
- L'affect positif prédomine sur l'affect négatif : soit la personne vit davantage d'expériences qui vont générer des émotions agréables, soit elle a des prédispositions pour les émotions positives quelle que soit la situation vécue (heureuse ou malheureuse) ; il y a corrélation entre les trois facteurs suivants : affectivité positive forte, affectivité négative faible et satisfaction de la vie élevée (Diener, *et al.* 1999).

Dernier point : les personnes ayant un niveau de bien-être subjectif élevé garderaient ce niveau dans le temps et donc seraient relativement « indépendantes » des évènements positifs ou négatifs de la vie.

#### **IV.1.6. Le bien-être psychologique**

Les travaux de Bradburn (1969) sont les premiers à s'être intéressés au bien-être psychologique. L'auteur l'a décrit comme un état dans lequel les affects positifs prédominent sur les affects négatifs. On retrouvera plus tard cette même définition chez Diener (1984, 1994 ; Bouffard et Lapierre, 1997) concernant le bien-être subjectif. Bradburn (1969) définit le concept à partir de sentiments éprouvés par la personne, qui sont : l'estime de soi, les relations affectives, l'optimisme, le sentiment de compétence et le bonheur. Par la suite, Andrews et Mx Kennell (1980) définissent le bien-être psychologique de la même manière qu'Andrews et Withey (1976) l'avaient fait par rapport au bien-être subjectif, à savoir que : le bien-être psychologique est constitué de la sphère cognitive et de la sphère affective. En fonction de l'évaluation que la personne fait des buts qu'elle poursuit, elle va ressentir ou non du bien-être psychologique. Pour

House et Khan (1985) le soutien social est primordial pour le bien-être psychologique ; Reich et Zautra (1981) relient contrôle sur la vie et bien-être psychologique. Diener et Larsen (1993) nomment indifféremment bien-être psychologique et bien-être émotionnel: ces auteurs ont pris en compte la composante cognitive subjective du jugement et la composante émotionnelle. Pour certains, ce sont les émotions positives ou négatives qui sont représentées (Diener & Larsen, 1993, Warr, 1992) alors que pour d'autres, ce sont les émotions positives au travers desquelles la personne se sent en cohérence avec elle-même, qui sont retenues (Ryff & Keyes, 1995) : ils définissent six dimensions pour le caractériser : l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise sur l'environnement, le but dans la vie et la croissance personnelle. Si un individu présente des réponses positives à ces six dimensions, alors il aura un niveau élevé de bien-être psychologique. A l'heure actuelle, les travaux des chercheurs orientent la définition du bien-être psychologique vers des dimensions positives, exclusivement ; ainsi, le modèle de Massé *et al.*, (1998) qui retient les critères suivants : l'estime de soi, l'engagement social, la sociabilité, l'équilibre, le contrôle de soi et le bonheur.

Notons enfin, que Keyes (1998) a développé le modèle du bien-être social. Même si parmi les composantes étudiées par l'auteur, on retrouve les relations positives avec les autres dénommées alors acceptation sociale, les autres composantes sont très différentes de celles du bien-être psychologique. Ce sont : la réalisation sociale, la cohérence sociale, la contribution sociale et l'intégration sociale.

#### **IV.1.7. Synthèse**

Nous avons voulu mettre à plat tous ces concepts pour mieux les appréhender, mais à la fin de cette revue de littérature, nous faisons le constat de la complexité à créer une classification. Cette recherche sémantique sur les termes voisins du « bien-être psychologique » a mis en évidence les difficultés d'harmonisation des approches conceptuelles. Les experts ont des référentiels sémantiques différents et les recherches réalisées principalement au Canada et dans les pays anglo-saxons, pour évaluer tel ou tel concept, montrent la complexité du phénomène : en effet, pour nombre de recherches (quantitatives principalement), s'appuyant sur une instrumentation à savoir la création d'échelles de mesure, le cadre théorique manque de lisibilité, en tout cas, c'est l'impression que nous avons eue.

Les résultats de ces recherches donnent lieu à des conceptualisations mais les concepts (construits abstraits) sont multidimensionnels. Les chercheurs ont donc tenté d'identifier les critères du concept qu'ils étudiaient mais il semble qu'il leur ait manqué une vision d'ensemble, d'où un sentiment de confusion à la lecture de leurs travaux. Nous avons essayé de faire une synthèse des caractéristiques de ces concepts :

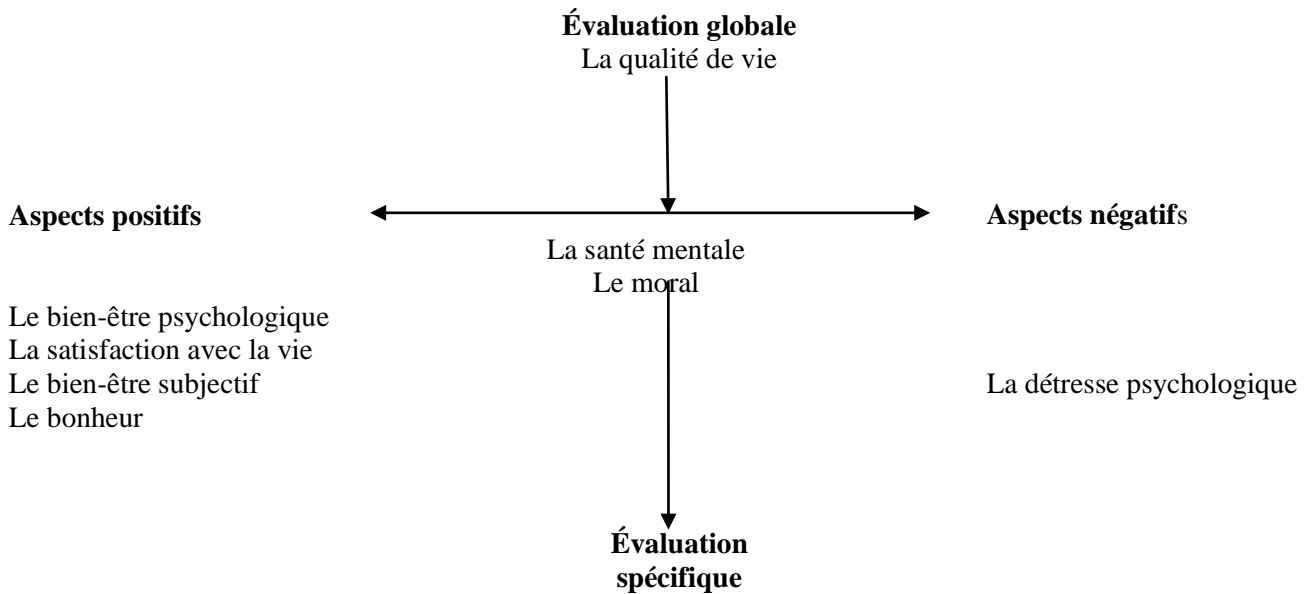
**Tableau de synthèse**

Concepts	Caractéristiques
<i>Qualité de vie</i>	Facteurs liés à l'environnement Capacité d'évaluer sa vie comme satisfaisante : liberté de choix et d'action, de contrôle des évènements, capacité à intégrer ses besoins, ses désirs, Capacité à percevoir un état acceptable au niveau physique, mental, social et émotionnel Sentiment de bien-être Support social Evaluation objective sur ses conditions de vie par une autre personne
<i>Bonheur</i>	Evaluation affective et subjective globale de la qualité Sentiment de bien-être et humeur Etat variable ou activité dans le domaine des sentiments
<i>Bien-être subjectif</i>	Prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs Satisfaction de sa vie et évaluation positive et plaisir ressenti Jugement positif global sur les évènements de sa vie
<i>Satisfaction dans la vie</i>	Jugement que porte la personne sur sa vie et sur son équilibre psychique Somme des aspects positifs et négatifs Prédispositions qui amènent l'individu à ressentir un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction Vitalité, courage
<i>Bien-être psychologique</i>	Affects positifs prédominant sur les affects négatifs (estime de soi, relations affectives, optimisme, sentiment de compétence, bonheur, contrôle sur sa vie, autonomie, but dans la vie, croissance personnelle) Evaluation positive des évènements de la vie Soutien social
<i>Santé mentale</i>	Fruit des interactions entre les valeurs de la personne et celles de l'environnement Dimension positive : satisfaction dans la vie, bonheur, moral, capacité de coping Dimension négative : dépression, anxiété, maladie

En comparaison avec la hiérarchie des différents construits sur l'état psychologique<sup>18</sup>

<sup>18</sup> <http://id.erudit.org/iderudit/014521ar>

Philippe Voyer, P. et Boyer, R (2001) « Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative » *Santé mentale au Québec*, vol.26, n° 1, p. 274-296.



#### IV.2 Le bien-être psychologique et les approches « Top-down » et « Bottom-up »

Nous allons aborder deux théories relatives au bien-être psychologique que nous avons déjà évoquées. Ces deux théories explicatives du bien-être (Veenhoven, 1991b) méritent d'être citées car elles ont servi à la construction de nombreux modèles utilisés par les chercheurs anglo-saxons (USA et Canada) et elles alimentent les polémiques toujours d'actualité entre chercheurs.

<b>TOP-DOWN</b>	<b>BOTTOM-UP</b>
Le bien-être psychologique est la cause des relations avec d'autres variables	Le bien-être psychologique est la résultante d'autres variables
<b>Trait psychologique</b>	<b>Etat psychologique</b>
Stabilité temporelle	Variabilité
Potentiel prédictif	Sensibilité aux conditions extérieures
Caractère diffus	Possibilité de le manipuler expérimentalement

Dans le modèle top-down : on considère le bien-être psychologique comme une attitude ; si une personne a une attitude positive vis-à-vis d'elle-même, elle attribue les événements positifs à des causes internes et les événements négatifs à des causes externes. Si elle a une attitude négative vis-à-vis d'elle-même, ce sera l'inverse : les événements négatifs seront attribués à des causes internes et les événements positifs à des causes externes.

Dans le modèle bottom-up : on considère le bien-être psychologique comme un effet : si une personne évalue positivement un évènement, alors elle développera un bien-être psychologique et inversement.

Nous avons cherché à connaître le cadre et le contenu des recherches canadiennes et américaines concernant le bien-être psychologique et les approches « top-down » et « bottom-up », mais l'accès à l'information s'est avéré difficile. Véronique Dagenais-Desmarais (2010) dans sa thèse fait référence à ces deux conceptions notamment pour la mesure du bien-être psychologique. Elle précise que les approches « top-down » dans lesquelles on passe du général au particulier ont été utilisées dans la construction d'instruments de mesure comme le SWLS (Satisfaction With Life Scale) établi par Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) ou bien dans la création du SPWB (Scales of Psychological Well-Being) créé par Ryff (1989) et Ryff et Keyes (1995). Ce qui nous surprend est le fait que pour utiliser une démarche déductive (du général au particulier), il est nécessaire d'avoir un cadre théorique, ce qui ne semble pas être le cas de ces chercheurs. V. Dagenais-Desmarais évoque également les démarches « bottom-up », inductives, avec, à sa connaissance, une seule étude sur la santé psychologique réalisée par Massé *et al.* (1998) à partir d'analyse sémantique d'entretiens auprès de Québécois. « Le modèle de la santé psychologique obtenu comprend un facteur de bien-être psychologique, lui-même composé de six sous-dimensions : l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et des évènements et le bonheur » (Dagenais-Desmarais, 2010, p. 32).

Dans l'état actuel des connaissances, il semble que des démarches inductives soient les plus adaptées car elles permettraient la construction de modèles à partir d'une réalité concrète alors que jusqu'à présent toutes les échelles proposées par les chercheurs sont le fruit de leur construction.

Depuis une vingtaine d'années, les auteurs de différents courants se sont intéressés au bien-être psychologique : les recherches consacrées à la psychologie de la santé au travail, celles qui traitent du développement de la **psychologie positive**, mais aussi les travaux centrés sur les **émotions** ou sur les **nouvelles formes d'auto-détermination**, tous ces travaux ont orienté les chercheurs vers la notion de bien-être psychologique.

### **IV.3 : Les apports de la psychologie positive (ou humaniste)**

#### **IV.3.1. Ses précurseurs :**

##### **IV.3.1.1. L'ancrage de la philosophie**

La psychologie du bonheur voit ses origines chez les philosophes grecs : Aristote<sup>19</sup> montre que la notion de bonheur varie fortement d'un individu à un autre et définit le bonheur comme le « souverain bien de notre activité »<sup>20</sup>. Il nomme le bonheur « eudaemonia » du grec « eu » qui signifie « bon » et de « daimon » qui désigne « le dieu, l'esprit, le démon ». Le concept d'eudémonie d'Aristote signifie le bonheur auquel l'être humain accède par la possession des plus grands biens disponibles, qu'il s'agisse de biens matériels ou spirituels, moraux. Le bonheur est le but ultime de l'homme ; il est l'objet d'une vie entière et trouve ses racines dans la culture des vertus. Aristote fait la distinction entre le bonheur des hommes, atteignable et celui des dieux qui est du registre de la contemplation. Pour Epicure et Aristippe de Cyrène, le bonheur est synonyme d'hédonisme. Il est marqué par la jouissance de l'instant présent, par tout ce qui permet la satisfaction des plaisirs immédiat.

Néanmoins, pour Epicure, une vie heureuse est celle qui procure de la joie mais on doit pouvoir l'acquérir sans se battre contre la nature. Il s'agit donc de la découvrir, de se connaître et de connaître ses propres désirs qui doivent être contrôlés<sup>21</sup>. Le bonheur, dans l'approche hédonique, est associé au plaisir et aux émotions positives.

Pour Démocrite, le bonheur et le malheur ne sont pas dus à des causes extérieures c'est-à-dire à ce que l'homme possède mais se trouvent dans l'âme de l'individu.

Ces approches philosophiques sont intéressantes car elles nous donnent deux visions du bonheur : la première, celle d'Aristote, représente le bonheur objectif qui n'est pas sans nous faire penser au bien-être objectif abordé par Diener (1984) ; la deuxième est davantage celle de Démocrite et nous renvoie à un bien-être subjectif, lié à l'appréciation de la personne : elle est la seule à pouvoir considérer ce qui est bon pour elle.

Dans la psychologie positive, les notions d'hédonisme et d'eudémonisme ont eu une forte influence. C'est depuis les années 60 que les psychologues se sont intéressés à ces visions du

<sup>19</sup> Aristote : « L'Éthique à Nicomaque » dans le livre I, intitulé « le bonheur » Chapitre 3: « ...les hommes paraissent concevoir le bien et le bonheur d'après la vie qu'ils mènent » p. 41. Pour certains, ce sera le plaisir, la jouissance, pour d'autres, la gloire, les honneurs, pour d'autres enfin, l'excellence, la connaissance ou la modération, la modestie.

<sup>20</sup> <http://www.philonet.fr/cours/agir/Bonheur.HTML>

<sup>21</sup> Gaucher, R (2010). *La psychologie positive*. P 28. L'Harmattan



bonheur. L'eudémonisme, en effet, est fondée sur une confiance en l'homme ce qui est le principe de la psychologie humaniste.

#### **IV.3.1.2. Le courant des relations humaines**

Le courant des relations humaines développé aux Etats-Unis dans les années 30 par Mayo, Lewin, Moreno, Rogers prône « l'homme psychologique », c'est-à-dire le sujet dont la motivation est centrée sur la relation à l'autre. Ce courant met en évidence la spécificité du facteur humain et le rôle de l'affectivité dans la vie de groupe. On en retrouvera les applications dans les relations de travail, dans les techniques et les méthodes de communication.

Ce courant des relations humaines des années 30 va faire le lit de la psychologie humaniste (qui va se développer dans les années 60/70) représentée par C. Rogers et A. Maslow<sup>22</sup> : il fait ressortir le besoin de développer l'image de soi et celui d'actualisation de soi quand l'être humain se fait suffisamment confiance pour évaluer ce qu'il fait et pour faire ses choix de vie.

Abraham Maslow (1943) est connu pour sa pyramide des besoins mettant en évidence le niveau de « l'actualisation de soi ». Ce cinquième niveau illustre la capacité de réalisation de soi, d'optimisation de ses capacités, un état de plénitude auquel chaque homme doit tendre. Il le développe d'ailleurs dans son ouvrage « *Devenir le meilleur de soi-même* ». Cette pyramide des besoins, est dynamique : elle permet de voir à quel niveau en est la personne et ce qu'elle veut développer. Elle met également en évidence ce qui lui permet de garder un bon état de santé psychologique.

#### **IV.3.1.3. L'impact de l'approche phénoménologique**

Husserl est considéré comme le père de la phénoménologie ; le sujet ou la subjectivité sont au cœur de cette approche dans laquelle domine le retour sur soi, sur l'expérience vécue associé au concept d'intentionnalité. Le sens du vécu est apporté par le sujet au travers de sa pensée, de ses perceptions, de son imagination, de ses impressions et de son affectivité. D'autres auteurs comme Michel Henry cité par Meyor (2005, p. 32), Amedeo Giorgi ont apporté leur contribution à ce courant. Le premier a abordé le concept de non-intentionnalité : tout ce qui est du registre de l'affectivité ne peut appartenir à l'intentionnalité (par ex. : ce qui appartient au

---

<sup>22</sup> Abraham MASLOW, dans son livre « Motivation et personnalité » 1970, a consacré un chapitre à la psychologie positive « (toward a positive psychology) ».

ressenti de souffrance ou de bien-être) et représente l'essence même de la subjectivité. Giorgi a essayé de donner un caractère scientifique à la phénoménologie. Plus tard, dans les années soixante, Carl Rogers apportera sa contribution. Cette époque marquée par la psychanalyse et la psychologie comportementale prônent un certain déterminisme dans la vie : pour la psychanalyse, l'être humain est influencé par ses pulsions, ses traits de personnalité et pour le béhaviorisme, il est conditionné par les stimuli qu'il reçoit de l'environnement.

Pour lui, l'expérience subjective vécue par l'individu est capitale : ainsi, chaque personne agit à partir de sa façon de voir et de comprendre le monde qui l'entoure, à partir de l'interprétation de son vécu. C. Rogers (2005) insiste sur l'originalité de chaque être humain et fait confiance à la nature humaine concernant ses capacités à utiliser ses ressources personnelles pour se développer positivement. Ses travaux seront d'une importance fondamentale pour le courant de la psychologie positive.

Par sa conception de la nature humaine basée sur la croyance d'un homme capable de prendre les bonnes décisions le concernant, C. Rogers<sup>23</sup> par son approche, va considérablement influencer la psychothérapie et aussi le monde hospitalier : il introduit la relation d'aide (si importante dans les soins infirmiers) et la notion d'empathie. Comprendre l'autre, poser sur lui un regard positif, permet d'établir une relation de confiance.

Pour C. Rogers, il faut agir avec honnêteté, simplicité, s'ouvrir à l'autre avec sincérité pour le comprendre ; mais l'acceptation de l'autre passe d'abord par l'acceptation de soi et de sa vie. Il écrit : « Ma propre expérience est la pierre de touche de toute validité. Aucune idée, qu'il s'agisse de celles d'un autre ou des miennes propres, n'a le même caractère d'autorité que mon expérience. C'est à elle que je dois de revenir sans cesse, pour m'approcher de plus en plus de la vérité qui se développe graduellement en moi » (1968, p. 22). Cette phrase indique l'importance, pour l'être humain, de faire confiance à ses références avant d'agir, à ce qu'on éprouve au fond de soi-même. C'est une philosophie de vie qu'il propose, avec des applications multiples, en développement personnel, en communication, en psychothérapie, en formation, dans l'éducation, dans tous les métiers de relations humaines en général.

---

<sup>23</sup> C. Rogers crée la « thérapie centrée sur la personne » ou la « non-directivité » qui a révolutionné le rapport soignant/patient ; Il s'agit, pour lui, de montrer ses émotions dans la relation à l'autre, d'être authentique. Il prône l'engagement affectif du thérapeute, l'empathie dans la relation. Pas de position dominante du thérapeute mais une relation avec une écoute réciproque : les fondements de la communication non violente.

#### **IV.3.1.4. L'influence des existentialistes**

L'influence de l'existentialisme sur la psychologie s'est traduite par le rejet d'un quelconque déterminisme. En effet, pour ce courant, l'être humain n'est pas prédéterminé pour agir de telle ou telle façon : il fait ses choix de vie selon ses valeurs, ses croyances et son existence va en dépendre. Ce sont les actes qu'il commet qui vont marquer sa vie et façonner son destin. L'homme est en permanence en évolution, responsable de ses actes, de ses décisions avec des possibilités de se réaliser, c'est ce qui intéresse la psychologie existentialiste. De nombreux philosophes (Kierkegaard, Nietzsche, Sartre, Heidegger) abordent le sens de la vie ; il s'exprime quand l'homme prend en compte ses valeurs en traitant les problèmes de sa vie. Selon Mehran (2010, p. 22), ces problèmes sont abordés dans la psychologie existentielle selon deux concepts : celui de nécessité qui fait référence à ce qui est inévitable et celui de possibilité qui illustre les choix que l'être humain peut faire dans son rapport au monde.

#### **IV.3.2. La psychologie positive de ces deux dernières décennies :**

La psychologie positive va prendre appui à la fois sur la psychologie humaniste et sur la psychopathologie. Elle recherche les potentialités du sujet pour son développement personnel mais aussi pour lui permettre d'avoir des relations plus épanouissantes avec autrui. C'est Martin Seligman <sup>24</sup> qui est le fondateur de ce mouvement.

Notons qu'avant la période de la seconde guerre mondiale, la psychologie était une branche de la philosophie : ces objectifs étaient voisins de ceux de la philosophie, à savoir rendre la vie des individus plus épanouissante, développer l'esprit mais aussi comprendre et traiter la pathologie mentale. Après la seconde guerre mondiale et les traumatismes psychologiques qui en découlent, seul le dernier objectif, devenant une priorité, s'est développé et on a vu ainsi la montée de la psychologie clinique. C'est après les années 75 que des auteurs comme Martin Seligman et Mihaly Csikszentmihalyi font le constat qu'il n'est pas suffisant de traiter les pathologies mentales, il serait judicieux d'aider les individus à développer leurs atouts.

---

<sup>24</sup> Martin Seligman est nommé à la Présidence de l'Association américaine de psychologie en 1998. Il est professeur à l'université de Pennsylvanie. Face à la psychopathologie qui traite des troubles psychiques, il apporte un complément en s'intéressant à tout ce qui permet à l'individu de s'épanouir. Là encore, comme pour les courants précédents, c'est aux USA que la littérature va nous emmener. En effet, la psychologie positive est une discipline récente en Europe même s'il existe actuellement un engouement pour le sujet. En France, peu d'ouvrages ont été écrits à l'heure actuelle. La psychologie positive a fait l'objet d'un numéro spécial sorti en janvier 2000 dans la revue *American Psychologist*.

Martin Seligman a introduit la psychologie positive à la fin des années 1990 : ce courant est issu de la psychologie cognitive mais elle s'appuie sur la psychologie humaniste. Elle s'intéresse aux expériences de vie permettant de développer le bien-être, la satisfaction dans la vie. Si on l'applique au monde professionnel, il ne s'agit pas de mettre en doute les causes de la souffrance au travail ni les solutions apportées mais plutôt de repérer tout ce qui permet individuellement et collectivement de développer le bien-être au travail et dans la vie en général.

D'après Séligman et Csikszentmihalyi (cité par Gaucher, 2010, p. 14), la psychologie humaniste considère l'homme, bon, par définition, alors que la psychologie positive, accorde la même importance aux bonnes qu'aux mauvaises choses. Elle va cependant s'intéresser aux expériences positives vécues par le sujet auxquelles se rattachent des sentiments et des émotions positives comme le bien-être, le bonheur, l'optimisme, expériences que le sujet va chercher à développer.

#### Les émotions positives :

Seligman (2002) précise l'intérêt d'étudier les émotions positives : elles ont un effet sur la souplesse cognitive : en effet, les personnes fonctionnent plus facilement par associations d'idées sous leur influence et donc sont plus créatives (Isen, 1999). De plus, ces personnes se font plus facilement des amis (Lecomte, 2009, p. 22-24) ; elles s'engagent dans de multiples activités, apportent plus facilement de l'aide aux autres (Isen, 1999) ; elles sont plus à l'aise sur un plan social et réussissent mieux leur vie personnelle et professionnelle. La répercussion des émotions positives sur le système immunitaire se traduit par une meilleure santé et une plus grande longévité (de 7 à 10 ans de plus) comme le précise la professeure Lucie Mandeville<sup>25</sup>

Seligman souligne le fait que les états internes (l'optimisme, le pessimisme) affectent notre santé. Ainsi, les études des chercheurs montrent que la solitude, le manque d'appartenance à un groupe social peuvent avoir un effet négatif sur la santé (Welin *et al.*, 1985, cités par Lecomte, 2009, p. 133) voire augmenter le taux de mortalité : la présence d'autrui, le soutien social jouent un rôle protecteur de notre santé en faisant diminuer le niveau de stress.

Mihaly Csikszentmihalyi, dans les années 70, intéressé aussi par le champ de la psychologie positive et par le concept de bonheur, a introduit le terme d'expérience optimale. Il s'agit, pour lui, de l'expérience vécue par un sujet qui a investi fortement son énergie, ses compétences, ses aspirations et sa motivation dans une tâche. Le plaisir d'effectuer cette tâche ou de l'avoir terminée provoque un plaisir intense, un sentiment de fierté. Ainsi, chacun peut

<sup>25</sup> [http://www.google.fr/search?q=psychologie positive](http://www.google.fr/search?q=psychologie+positive) Vidéos sur la psychologie positive : interview de Lucie Mandeville de l'université de Sherbrooke du 22 sept 2010.

trouver dans son environnement des tâches qui vont le motiver, et être heureux du travail accompli. C'est cette expérience optimale que Csikszentmihalyi a appelé le « flow » (1990). Elle correspond à une activité dans laquelle l'individu s'est complètement investi, un challenge qu'il peut assurer avec suffisamment de liberté d'action dont il ressort heureux et valorisé.

L'expérience optimale nécessitant une forte implication de la personne, mobilise son psychisme et ne laisse pas émerger des sentiments négatifs, dépressifs. Ainsi, l'attention du sujet et toute son énergie sont mobilisées pour laisser libre place à sa créativité. (Csikszentmihalyi, 2005). Les émotions et les pensées sont canalisées dans l'action ainsi que la motivation du sujet et se potentialisent. Il en découle une concentration et donc une efficacité de la pensée.

L'approche de l'auteur montre comment le plaisir et la pensée se complètent dans l'expérience optimale et rendent les personnes heureuses d'effectuer leur tâche. On pourrait parler de psychologie eudémoniste dans ce cas car elle décrit le fonctionnement optimal d'une personne en train de réaliser une tâche qui met en œuvre ses capacités.

#### **IV.4 : L'impact de la théorie de l'auto-détermination**

Le champ de la motivation a été largement exploité depuis quelques décennies et nombre de théories ont apporté leur vision :

- les théories psychanalytiques qui stipulaient que la motivation était sous l'influence des pulsions (Freud, 1967) ou les théories behavioristes pour lesquelles, la motivation d'un individu, était liée à un conditionnement qui l'amenait à reproduire ou non un comportement (Skinner, 1953) ;
- les théories humanistes du courant des relations humaines (Rogers, 1951 ; Maslow, 1970 ; Mac Gregor, 1960, cité par Nuttin, 1960) qui ont fait le lien avec les différents types de besoins des individus, notamment le besoin de se développer, d'optimiser son potentiel ;
- les théories cognitivistes (Vroom, 1964 et Bandura, 1986) qui ont transformé la vision behavioriste en introduisant la place du résultat escompté dans la motivation et dans la reproduction ou non du comportement concerné.

Toutes ces théories positionnent la motivation dans l'interaction entre les caractéristiques du sujet, ses désirs et son environnement (Déci et Ryan, 1985b). Des facteurs internes et d'autres externes interviennent pour influencer l'individu dans ses comportements (Deci et Ryan, 1991,

2000 ; Séligman, 1975). Pour (Bandura, 1986 et Roberts, 2001) la motivation est un processus dépendant de la façon dont l'individu évalue ses ressources dans un contexte (non pas en terme de niveau mais en tant qu'adaptée ou non au contexte).

La théorie de l'autodétermination faisant partie des théories humanistes « Adopte le concept de l'eudémonie ou de la réalisation de soi comme critère d'existence de bien-être elle soutient spécifiquement que les humains ont des besoins psychologiques fondamentaux et que leur satisfaction est essentielle à leur croissance, à leur intégrité et à leur bien-être ». (Ryan et Laguardia, 2000 p. 284).

Cette théorie (Deci et Ryan, 1985b) considère les besoins psychologiques nécessaires pour que l'homme puisse se développer, garder une intégrité et un bien-être. Chaque individu cherche à satisfaire ses besoins psychologiques et à développer son bien-être dans son environnement ; la détermination est considérée comme une capacité à rechercher l'autonomie, à décider par soi-même sans pression de la part de l'extérieur, à satisfaire trois types de besoins essentiels :

- Le besoin de compétence : il est inné, chaque être humain souhaite se développer et utiliser ses capacités en fonction du contexte et des périodes de vie (de Charms, 1968 ; Ryan et Deci, 2002).
- Le besoin d'autonomie répond au besoin d'être à l'origine de ses choix sans pression extérieure (être libre d'adopter tel ou tel comportement : Deci et Ryan, 2000).
- Le besoin d'affiliation ou d'appartenance au groupe social présuppose que tout être humain recherche des interactions positives avec les autres, éprouve le besoin de se sentir apprécié, accepté (Maslow, 1970 ; Deci et Ryan, 2000).

Pour Deci et Ryan (2000), les trois besoins essentiels mentionnés ci-dessus seraient assouvis dans l'autodétermination.

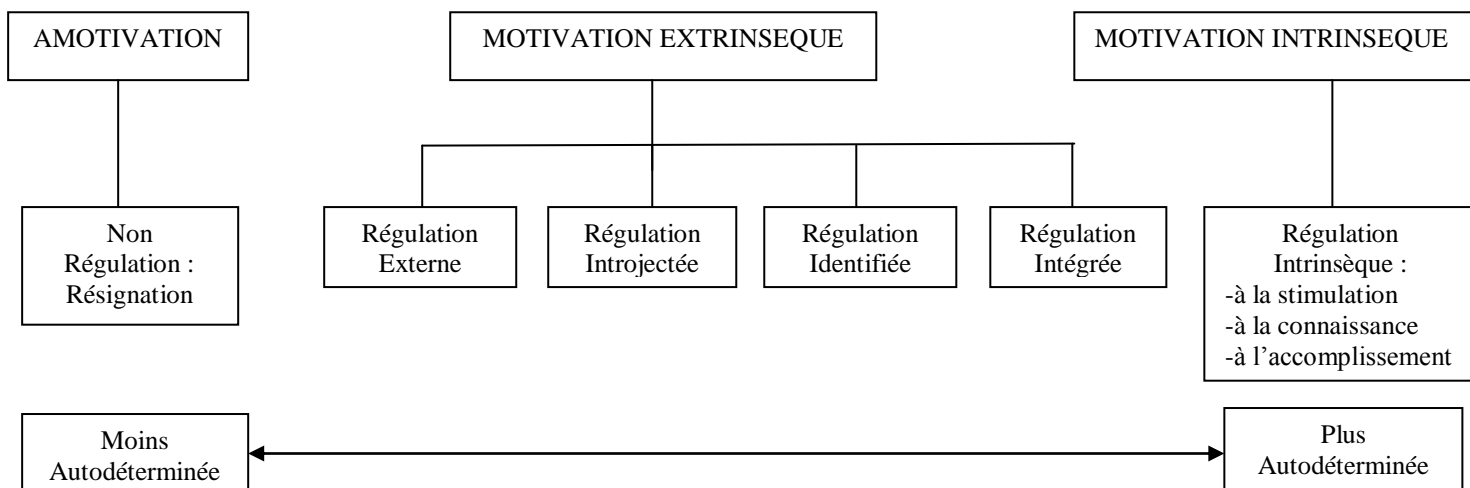
Nous allons aborder les trois modèles sur lesquels s'est construite la théorie de l'autodétermination et les huit formes de motivation qui en découlent : modèles de l'intégration organismique, de l'évaluation cognitive et de l'orientation à la causalité « Qui servent à établir les différentes hypothèses concernant la nature, les antécédents et les conséquences de la motivation » Blais, Vallerand *et al.*, (1993, p. 187).

L'intégration organismique (Ryan et Deci, 2002) fait la distinction entre la motivation extrinsèque et intrinsèque. Elle aborde le concept d'internalisation dans lequel l'individu va intégrer des éléments de motivation extrinsèque pour s'adapter aux valeurs qui lui sont imposées.

L'évaluation cognitive s'appuie sur le besoin de compétence : la motivation d'un individu se construit sur la compréhension qu'il a d'une situation mais également par le besoin de développer ses compétences ce qui lui permet de maîtriser la situation.

L'orientation à la causalité s'appuie sur le besoin d'autodétermination, c'est-à-dire sur le fait que l'individu cherche à être à l'origine de son propre comportement.

Les deux mêmes auteurs (Deci et Ryan, 1985) ont fait le lien entre les degrés d'autodétermination et les formes de motivation. Ainsi, ils proposent un schéma comprenant trois catégories de motivation sur un continuum d'autodétermination.



Théorie de l'autodétermination : les types de motivation et de régulation (d'après Deci et Ryan, 2008, p. 27)

- La motivation intrinsèque correspond au niveau le plus haut d'autodétermination. Elle se caractérise par le fait que l'individu peut être motivé par une tâche et y trouver du plaisir sans attente de récompense extérieure. (Deci et Ryan, 1985b ; Pelletier et Vallerand, 1993). Les activités concernées sont celles qui procurent à la personne de l'intérêt, une certaine curiosité, voire un challenge. Les deux auteurs (1991) ont d'ailleurs fait le parallèle avec la notion de « flow » issue des travaux de Csikszentmihalyi (1975) que nous avons vu précédemment. Le flow est le ressenti d'un individu quand il effectue une activité avec fluidité ce qui correspondrait au dernier niveau de la pyramide de Maslow (accomplissement de soi).
- La motivation extrinsèque (Deci, 1975 ; Ryan et Deci, 2000b) est celle que l'on retrouve quand l'individu cherche une récompense, une valorisation extérieure dans l'activité qu'il

effectue (ou à éviter une sanction). Ce type de motivation serait fréquent en entreprise dans la mesure où le salarié cherche à se faire accepter par sa hiérarchie, ses collègues et adopte ainsi les comportements que les autres attendent de lui.

- L'amotivation se manifeste quand un individu n'est motivé ni par des facteurs intrinsèques ni par des facteurs extrinsèques. Le comportement qu'il adopte est alors vide de sens et l'amènera à abandonner sa tâche. (Deci et Ryan, 1985a).

Ces trois catégories de motivation comportent des sous-catégories (Blais, Vallerand *et al.*, 1993, p. 188-192).

- La motivation intrinsèque peut être liée à la connaissance dans le plaisir d'apprendre, à l'accomplissement dans la création ou la réalisation d'une tâche ou liée aux stimulations (plaisir, sensation physiques, esthétiques).
- La motivation extrinsèque se manifeste par des comportements correspondant à quatre types de régulation avec un niveau croissant d'autodétermination :

La régulation externe : les raisons du comportement sont externes : l'individu obéit à des demandes externes ou à des obligations sociales.

La régulation introjectée : ici, le comportement s'explique par le désir d'atteindre ce que l'environnement attend de la personne tout en respectant les conventions sociales. C'est le critère de « désirabilité sociale » qu'on retrouve dans le test 16PF. Le sujet a intégré les obligations, attentes de l'environnement, se les est appropriées et va développer une estime de soi s'il atteint ce qu'on lui a fixé. A l'inverse, il va développer une culpabilité s'il n'a pas réussi ce qu'il était censé faire.

La régulation identifiée : le comportement adopté par le sujet montre qu'il adhère à ce qui lui est demandé, à la nécessité de le faire, il se l'est approprié.

La régulation intégrée : le sujet adhère complètement à ce qu'on lui demande comme dans la régulation identifiée ; le « plus » est le sentiment d'appartenance sociale (ou d'affiliation) qui se dégage ce qui explique que la motivation extrinsèque avec régulation intégrée est celle qui se rapproche le plus de la motivation intégrée.

- L'amotivation est associée à un comportement de résignation. Sans motivation, l'individu cessera le comportement dès qu'il en aura l'occasion.



## **IV.5. L'impact du coping et de la résilience**

### **A propos du coping :**

Nous avons abordé précédemment la notion de coping avec les travaux de Lazarus et Folkman (1988). Or, des travaux plus récents montrent qu'il n'existe pas de type de coping et que celui-ci est multifactoriel. Les nouvelles perspectives telles que les recherches de Schwarzer et Knoll (2000) le montrent, distinguent plusieurs sortes de coping :

- Le coping réactif se rencontre dans les situations de préjudice ou de perte subies dans le passé (par exemple dans le cas d'un accident) : le sujet va chercher une compensation ou un rétablissement et pour cela, il a besoin d'être résilient : il a besoin de retrouver une estime de soi, une croyance en ses capacités à surmonter les échecs. Cela va conduire la personne à trouver un sens à sa vie, réajuster ses buts dans la vie, ou reconcevoir sa façon de vivre pour en trouver des bénéfiques.
- Le coping d'anticipation concerne un danger imminent ou une perturbation auquel le sujet va être confronté (par ex : la réduction des effectifs des soignants en période de congés d'été ou une augmentation de la charge de travail). On peut le voir comme un effort que la personne va devoir faire pour se protéger contre une menace proche : elle va apprendre à manager le risque. La situation à venir pouvant provoquer des conséquences fâcheuses, le coping par anticipation va consister à les prévenir en cherchant des ressources : non pas en cherchant soi-même des solutions (qui seraient d'ailleurs plus du registre de la GRH) mais en minimisant la situation pour qu'elle devienne moins menaçante, en développant la confiance en ses capacités à gérer la situation quand elle se présentera.
- Le coping préventif concerne ce qui pourrait arriver à plus ou moins court terme : en l'anticipant, la personne rend l'évènement possible moins stressant (par ex. : anticipation des revenus à la retraite ; développement des relations avec les collègues d'un autre service avant la fusion).
- Le coping proactif se manifeste quand la personne cherche à s'améliorer et à construire des ressources qui lui permettent de progresser, de se développer, de se fixer des challenges, d'envisager des promotions. C'est le type même du coping positif car il n'est associé à aucun évènement traumatique : il est centré sur l'action et sur la création d'opportunités qui participent au développement personnel. Le coping proactif permet à l'individu de bien voir les risques et les opportunités à venir (par ex. : une aide-soignante qui projette de passer le concours d'infirmière).

La distinction entre ces quatre perspectives est intéressante car elle n'apporte pas des réponses par rapport aux événements négatifs de la vie d'un individu mais elle introduit la création d'opportunités et l'expérience positive du stress. Les copings préventif et proactif sont ceux qui vont dans le sens d'une vision positive de la vie, d'une motivation autodéterminée. L'individu va anticiper, prévoir les épreuves de la vie en développant ses compétences, en s'appuyant sur tout type de ressources, en se fixant un but qui donne du sens à sa vie. On constate ainsi que la notion de coping a beaucoup évolué depuis les travaux de Lazarus et l'associer uniquement à un stress négatif serait réducteur.

### **A propos de la résilience :**

La résilience est un terme emprunté à la physique : elle signifie la capacité d'un matériau à résister<sup>26</sup> et à reprendre son état initial après un choc. En psychologie, le concept a été médiatisé par B. Cyrulnick comme la capacité d'une personne à se ressaisir et à se développer malgré des traumatismes qui auraient pu être destructeurs. Il ne faut pas confondre coping et résilience. M. Anaut (2003, p. 66) précise que « Les stratégies de coping participent au phénomène de résilience considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping » et elle ajoute : « La résilience suppose deux mouvements : le premier consiste dans les modalités de résistance au stress ou au traumatisme et donc la capacité à faire face (coping) alors que le deuxième mouvement concerne davantage la capacité à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ». Nous avons là ce qui fait la différence entre les deux concepts (tous deux contextualisés). La résilience suppose une adversité (De Tychey, 2001), ce qui traduit la dangerosité d'une situation (tension extrême, permanence) menaçant l'intégrité physique et psychique d'un individu. La personne résiliente va utiliser ses ressources (psychiques, cognitives, ou sociales) et continuer à se développer malgré le traumatisme, une sorte de croissance post-traumatique.

Il faut toutefois souligner que la résilience fait l'objet de définitions différentes, signes de la confusion entre les chercheurs (Kaplan, 1999). Comme le soulignent M. Anaut (2003, p. 98) et Manciaux (2001), il n'existe pas de résilience globale mais des domaines différents, non pas une résilience mais des résiliences et non seulement, il existe des domaines de résilience spécifiques à l'individu mais de plus, le processus n'est pas généralisable (Anaut, 2003, Tisseron, 2008) : un individu peut se montrer résilient dans une situation donnée et pas dans une autre. Ainsi, une

---

<sup>26</sup> Le concept voit son origine dans la métallurgie : on parle ainsi de la résistance d'un métal.

personne peut faire preuve de résilience sociale en utilisant les compétences sociales adéquates à la situation ou bien montrer une résilience émotionnelle qui va se traduire par un bien-être psychologique sans qu'on puisse le généraliser à d'autres situations. Pour de nombreux auteurs (Brunet, Savoie et Boudrias, 2009 ; Cyrulnik, 2001) le concept n'indique pas un état mais un processus d'adaptation positive dans un contexte « toxique » ; processus permettant à l'individu de continuer son développement et l'atteinte de ses buts après un traumatisme, voire de développer une moindre vulnérabilité dans des situations analogues.

Comme on peut le voir, le concept de résilience n'est pas facile à cerner : il présente des variations d'ordre qualitatif, mais, en outre, il est question de variations quantitatives (qui restent toutefois difficiles à appréhender). De Tychey (2001) parle d'un seuil de résilience au-delà duquel les mécanismes de défense d'une personne seraient débordés. Freud abordait la notion de mécanismes de défense comme une instance psychique inconsciente qui protège le Moi des pulsions refoulées et de l'angoisse qui est associée. On peut parler de traumatisme à partir du moment où les défenses ne sont pas suffisantes ou inefficaces en ayant cependant à l'esprit qu'elles fluctuent et, de fait, aucun individu n'est à l'abri d'une défaillance de ses défenses, ce qui renforce d'autant le caractère aléatoire de la résilience.

Certains auteurs parlent de traits de personnalité qui favoriseraient la résilience : ainsi, d'après Gilligan, (cité par Anaut, 2003, p. 72), trois critères rentrent en ligne de compte :

- Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne,
- L'estime de soi,
- Le sentiment de sa propre efficacité.

Vanistendael et Lecomte (2000) parlent également de l'estime de soi et de la confiance en soi comme traits de personnalité présents chez les personnes résilientes.

La personne résiliente aurait une capacité à réguler les affects négatifs que déclenche une situation. Tugade et Fredrickson (2004) dans leurs travaux ont montré que les personnes résilientes dans des situations stressantes équivalentes, avaient plus d'émotions positives que les autres. D'autre part, elles se remettaient plus vite du stress ou d'échecs que les moins résilientes et arriveraient plus facilement dans un état de bien-être. Peut-on cependant en déduire que les personnes résilientes éprouvent du bien-être ? La réponse n'est pas si simple : en effet, il est difficile de dire si la reconstruction psychique de l'individu après son traumatisme est suffisamment performante.

D'autres questions nous animent : ainsi, le lien entre résilience et santé, comme le souligne M Van Hooland, (2011, p. 12) semble évident : « Est résilient celui qui, malgré les

adversités, atteint un état de santé défini par l’OMS, comme un état de bien-être physique, psychologique et social ». Cependant, Tisseron, (2007, p. 104) attire notre attention sur le risque de basculer de la santé de l’individu à celle de la société ce qui supposerait de rechercher tout ce qui pourrait développer la résilience chez le sujet pour arriver à une société idéale (avec les abus qu’on peut pressentir !). Une société dans laquelle on essaierait de dépister les troubles psychiques pour construire des protocoles de prévention : il précise : « La résilience est une explication non pas une prédiction », (p. 121).

Les travaux récents sur la résilience vont dans le sens d’un modèle intégratif de la santé : ainsi le modèle transactionnel de Bruchon-Schweitzer (cité par Van Hooland, 2011, p. 12) : « L’abord de la résilience en tant que processus dynamique se réfère le plus souvent à une approche liée aux paradigmes de la psychologie développementale et en liaison avec les domaines de la psychologie de la santé, c’est-à-dire aux courants de la psychologie qui permettent de saisir l’importance de l’inscription des événements vécus par le sujet dans sa construction comprenant les dimensions d’ordre physique, affectif, cognitif et social ».

Cette approche conçoit la résilience comme un processus à la frontière de plusieurs dimensions affective, physique, cognitive et sociale. Cette perspective suffisamment large intègre le concept dans de multiples pistes de réflexion. Nous en retiendrons une « la dimension sociale » et nous intéresserons dans la partie 4 de notre recherche, aux caractéristiques de l’environnement de travail qui peuvent favoriser le processus de résilience chez les soignants.

#### **IV.6. : Synthèse des modèles théoriques du « bien-être psychologique »**

La recherche sémantique sur les termes voisins du « bien-être psychologique » a mis en évidence les difficultés d’harmonisation des approches conceptuelles et la complexité à créer une classification. Les experts ont des référentiels sémantiques différents et les recherches réalisées principalement au Canada, et dans les pays anglo-saxons, pour évaluer tel ou tel concept, montrent la complexité du phénomène : en effet, pour nombre de recherches (quantitatives principalement), s’appuyant sur une instrumentation à savoir la création d’échelles de mesure, à notre sens, le cadre théorique manque de lisibilité.

Les résultats de ces recherches donnent lieu à des conceptualisations mais les concepts (construits abstraits) sont multidimensionnels. Les chercheurs ont donc tenté d’identifier les critères du concept qu’ils étudiaient mais il semble qu’il leur ait manqué une vision d’ensemble, d’où un sentiment de confusion à la lecture de leurs travaux sur les concepts suivants : la qualité

de vie, la satisfaction dans la vie, le bonheur, la santé mentale, le bien-être subjectif, le bien-être psychologique.

Concernant le bien-être psychologique, il faut retenir deux approches qui s'opposent encore à l'heure actuelle : l'approche « top-down » spécifiant que le bien-être est un trait psychologique et la cause des relations avec d'autres variables et l'approche « bottom-up » dans laquelle le bien-être est un état psychologique et la résultante d'autres variables. La démarche « bottom-up » inductive permet la construction de modèles à partir d'une réalité ce qui nous paraît le plus adapté dans le contexte en manque de fondements théoriques.

La psychologie positive prend appui à la fois sur les philosophes grecs (dont Aristote d'où elle retire les notions d'hédonisme et d'eudémonisme) et les philosophes existentialistes qui prônent le rejet de tout déterminisme sur la vie de l'être humain. Elle va également s'appuyer sur le courant des relations humaines développé aux Etats-Unis et sur la psychologie humaniste. Tout ce mouvement est centré sur l'épanouissement de l'individu, son développement personnel. Aussi la psychologie positive qui voit le jour vers les années 1990 va s'intéresser aux expériences de vie générant du bien-être, aux émotions positives et développe le concept de « flow » correspondant à l'expérience optimale dans laquelle l'individu mobilise toute son énergie et sa créativité pour en retirer satisfaction et bien-être.

La théorie de l'auto-détermination va construire un continuum de motivation dont la motivation autodéterminée qui représente le plus haut niveau et correspond au concept de « flow ». Dans la motivation autodéterminée, l'individu ressent du bien-être psychologique et satisfait les trois besoins fondamentaux de compétence, d'autonomie et d'affiliation.

Il existe plusieurs types de coping dont le coping proactif qui se manifeste quand le sujet cherche des ressources pour progresser, se développer, anticiper les difficultés. Ce coping (appelé aussi positif) n'est pas associé à une situation difficile mais au bien-être psychologique puisque l'individu centré sur la recherche d'opportunités vit un stress positif.

A propos du concept de résilience, les approches récentes vont dans le sens d'un modèle intégratif de la santé dans lequel le bien-être psychologique trouve sa place.

Nous achevons ici cette partie centrée sur les fondements théoriques de la souffrance et du bien-être psychologique au travail pour aborder la troisième partie qui traitera du cadre épistémologique et méthodologique qui sous-tend notre recherche.

## **TROISIEME PARTIE**

### **CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

*« (...) parler à quelqu'un est un  
moyen très puissant de penser ; de  
penser l'expérience vécue  
subjectivement ».*

**(Dejours, 1993, p. 235).**

## **I. CADRE EPISTEMOLOGIQUE**

Nous aborderons, dans cette troisième partie, un premier chapitre précisant le cadre épistémologique dans lequel s'inscrit notre démarche de recherche, la réflexion qui sous-tend notre position de chercheur et les hypothèses que nous avons formulées de manière empirique. Un deuxième chapitre sera consacré au cadre de la recherche et à la méthodologie de recueil des données utilisée. Le troisième chapitre sera consacré à l'exploitation des données issues de l'analyse des entretiens.

### **I.1. La position du chercheur**

Une des premières questions que se pose en effet le chercheur est son positionnement : de lui découle tous les fondements de sa recherche. Quel statut a-t-il ? En quel lieu et en quelle place se situe-t-il ? Quels effets cela produit sur l'objet d'étude ? Au nom de qui parle-t-il, observe-t-il ? C'est de notre réflexion sur notre position de chercheur, de toutes nos interrogations concernant l'objet de recherche, de distanciation par rapport à nos certitudes, nos croyances, de ces allers et retours réflexifs dont nous allons discuter maintenant. Nos premières réflexions nous ont conduites vers ce qu'était une démarche scientifique. Pour qu'elle puisse prétendre avoir un caractère scientifique, elle doit respecter des points-clés à savoir une définition de l'objet étudié, la constitution d'une problématique à traiter et le choix d'un cadre conceptuel dans lequel la recherche s'effectuera.

Adopter une démarche scientifique suppose de respecter trois étapes que sont la rupture, la construction et la vérification. La rupture « objectivante » la fameuse rupture épistémologique réclamée par G. Bachelard dans les sciences de la nature, se montre difficile dans les sciences sociales : être dans une démarche scientifique consiste, pour le chercheur, à réfléchir au processus d'objectivation qui sous-tend sa réflexion, à savoir comment il passe de l'objet réel à l'objet construit ; cela suppose d'interroger ses choix théoriques mais aussi sa capacité de penser. La subjectivité avec laquelle il analyse les faits sociaux, la signification qu'il leur attribue, tout ce qui compose la connaissance spontanée va subir une rupture épistémologique par les méthodes et les outils adoptés par le chercheur. Il va introduire une « rupture objectivante » en se questionnant sur sa distance par rapport au sujet d'étude.

La relation au sujet de recherche étant caractérisée par l'ethnocentrisme, la réflexion du chercheur va rencontrer un obstacle épistémologique, celui pour le chercheur, de ne pouvoir se défaire de son propre cadre de référence : il est imprégné de tout ce qui fait la culture (les valeurs, les normes, les règles...) des groupes sociaux auxquels il appartient. Sans réflexion de sa part (sans distanciation), le chercheur risque de se laisser porter par des à priori, des préjugés, et faire des choix arbitraires. Cependant la dimension subjective voire intersubjective entre le sujet observé et le chercheur, non seulement reste présente mais constitue une ressource, comme le précise G. Devereux (1980). Ainsi pour l'auteur, ce qui est intéressant n'est pas de chercher à objectiver ce qu'on observe mais plutôt d'avoir à l'esprit que, ce qui est donné à voir, est le fruit de l'interaction entre le chercheur et son objet. Pour Devereux, il en est de même dans toute enquête portant sur l'humain que dans une psychanalyse : ce qui est mis en travail est le transfert et le contre-transfert entre le psychanalyste et le patient et c'est ça le plus important.

La deuxième étape d'une démarche scientifique est la construction de l'objet mais aussi du modèle d'analyse des données. Construire un objet n'est pas chose aisée : nous avons été confrontées à cette difficulté : celle de construire un objet pertinent pour notre thème de recherche. Construire un objet, c'est découvrir derrière sa réalité sociale, derrière ce qui peut paraître prêt à être analysé, une réalité qu'on va questionner, ce que P. Bourdieu appelle la réalité sociologique. Elle est composée de faits sociaux liés par un système de relations spécifique au secteur qu'on étudie. Cette réalité sociologique sera questionnée par la formulation de la problématique de recherche. L'autre construction que nous avons dû réaliser est celle du cadre opérationnel de l'observation de l'objet c'est-à-dire les conditions d'observation de notre objet d'étude et l'organisation des données.

La dernière étape d'une démarche scientifique est la vérification : elle s'exercera sur les faits que nous avons mis à l'épreuve par le biais de notre analyse (sur la base du contenu des entretiens) ; le résultat sera ensuite évalué par la communauté scientifique.

Rappelons qu'en sciences sociales, l'objet d'analyse est le fait social ; il a dû se construire comme un objet d'étude scientifique ayant comme spécificité la connaissance des faits humains : aussi, comme pour tout objet d'étude, s'est posée la question des théories permettant de l'expliquer, des méthodes permettant de l'analyser et des lois qui pourraient en découler. La particularité des sciences humaines est liée au fait que le chercheur fait en permanence le lien entre sa réflexion scientifique et sa perception de la réalité, le lien entre un savoir scientifique et la réalité sociale : se pose la question du positionnement de l'un par rapport à l'autre et donc de la posture du chercheur.



Notre approche est à la fois interprétativiste (par la compréhension de la réalité) et constructiviste (par la construction de la réalité). On peut même parler de constructivisme social, selon Berger et Luckmann au sens où les soignants que nous rencontrons dans les entretiens construisent une signification de leur situation de travail dans l'interaction avec d'autres acteurs. Cette construction de sens évolue, se modifie au fil des événements marquants de la vie professionnelle. A partir des interactions avec les autres personnes, les significations, les catégorisations se construisent à travers tout un travail d'interprétation de la part de l'individu.

Notre approche est qualitative : elle s'appuie sur la perception et l'interprétation, sur une construction sociale de la réalité. Nous allons ainsi croiser les perceptions, les constructions sociales des personnes interviewées pour construire une réalité.

Dans la posture constructiviste que nous adoptons, comme le souligne Le Moigne (1995), la construction de la connaissance se fait à partir d'une hypothèse de faisabilité cognitive (Piaget, 1967) c'est-à-dire par l'explication de phénomènes : on parle d'hypothèse phénoménologique. Dans la recherche constructiviste, ce sont les représentations de la réalité que le sujet construit, qui sont prises en compte. Pour comprendre cette réalité, on cherche à expliquer les phénomènes, à les interpréter. Il n'existe d'ailleurs pas une réalité mais des réalités qui sont le fruit de constructions mentales (représentations) individuelles ou collectives et qui sont, de fait, susceptibles de changer au profit d'une autre construction. En parlant de la recherche constructiviste, Le Moigne (1990) énumère les principes de ce type de recherche : principes de représentabilité du monde, de représentativité ou de construction du réel, de l'interaction sujet-objet, de l'action intelligente.

La démarche de la connaissance constructiviste s'appuie donc sur deux principes méthodologiques : celui de la modélisation systémique telle qu'abordée par Piaget par laquelle le chercheur va se poser la question de ce que produit son interaction avec l'objet qu'il a construit, ce que produit la connaissance de son objet. Le deuxième principe est celui de l'action intelligente : il s'agit pour le chercheur d'une activité cognitive qui consiste à construire des connaissances qui seront reproductibles ; ceci permettra à d'autres chercheurs, le cas échéant, de construire d'autres représentations symboliques de ces connaissances ou de les destiner à d'autres fins, permettant ainsi la construction de nouvelles connaissances.

La préoccupation épistémologique, nous l'avons dit, amène dans toute recherche à se poser la question des choix effectués : tout d'abord, le positionnement du chercheur, puis la construction de son objet d'étude, ses modèles théoriques qui vont l'orienter vers telle ou telle

méthode d'investigation, le mode de traitement des données et l'interprétation des résultats. Tous ces choix qui jalonnent son travail doivent être discutés par le chercheur en sciences sociales en ayant à l'esprit que la connaissance produite doit revêtir un caractère scientifique. Ainsi, la question de notre subjectivité et de notre distanciation s'est posée dès le début de notre recherche : évoquer la souffrance ou le bien-être psychologique au travail provoque l'émergence de sentiments, d'opinions, de représentations qui ont pris appui sur notre propre cadre de référence. Sans chercher à être objective (ce qui ne peut se faire), nous avons réfléchi aux valeurs sous-jacentes qui influençaient nos jugements, aux croyances qui en découlaient, aux effets que cela pouvait induire dans notre recherche. Poser ces questions nous a permis ainsi de mettre en travail notre subjectivité et la distance avec l'objet d'étude. Nos réflexions, nos impressions, nos sentiments étaient en relation avec notre statut (de chercheur) accepté et reconnu en tant que tel par le cadre dans lequel nous avons effectué notre recherche ; mais lors des entretiens, était-ce au chercheur, au psychologue, à l'ancienne infirmière ou à la femme que nos interlocutrices s'adressaient? Et nous, au nom de qui observions-nous et parlions-nous ? De même, au nom de qui notre interlocutrice parlait-elle ? en tant que soignante, femme, salariée de l'institution... ? Ces questions seront reprises et analysées au travers du rapport singulier qui existe entre le chercheur et son objet d'étude.

## **I.2. Notre démarche : inductive et compréhensive**

Le choix de la méthode est une opération difficile : sa construction fait partie de la démarche scientifique adoptée par le chercheur. Bourdieu affirme ainsi en parlant des méthodes : « C'est se demander ce qu'elles font aux objets et les objets qu'elles font » (Bourdieu *et al.*, 1968, p. 56 cités par Grawitz, 2001, p. 490), ce qui signifie que la méthode choisie va avoir un impact sur la connaissance produite : par la rigueur de son raisonnement et la précision de ses observations, elle peut enrichir cette connaissance et l'élever au rang de connaissance scientifique ; mais elle peut également, par son incomplétude ou son manque de rigueur, produire des conclusions erronées.

Durkheim préconise de « traiter les faits sociaux comme des choses ». Le chercheur en psychologie sociale se doit d'avoir à l'esprit que « Les techniques de psychologie sociale recueillent surtout les représentations des individus, ce qu'ils croient ou veulent faire croire plus que les facteurs objectifs qui les conditionnent » (Grawitz, 2001, p. 490). Il est donc important de réfléchir au choix d'une méthode qui pourra le mieux rendre compte des faits sociaux comme on le ferait pour de simples choses.

Pour traiter de notre sujet d'étude, notre recherche va suivre un paradigme compréhensif-humaniste tel qu'appréhendé par W. Dilthey, c'est-à-dire évoluant dans la tradition de la cogitation empathique ou de la résonance intersubjective (Huberman et Miles, 1991). Pour le chercheur qui adopte le paradigme compréhensif, la vie n'est pas un problème à résoudre mais une énigme à déchiffrer. Cette approche permet d'appréhender la complexité et la diversité humaine dans son contexte spécifique. Chez les êtres humains, on ne perçoit pas des récurrences car le processus de vie est non répétitif, mais des similitudes (Rogers, 1970, 1990). L'approche compréhensive ne vise ni la reproductibilité ni la généralisation ; les résultats sont plutôt abordés sous l'angle de la transférabilité d'un contexte à l'autre (Deslauriers, 1991). Le fait de comprendre l'expérience subjective particulière d'un être humain peut aider à comparer et traduire (Lecompte et Goetz, 1982) ce que d'autres personnes peuvent vivre dans des situations similaires.

L'approche compréhensive est inductive. L'induction est un mouvement itératif entre le corpus des données recueillies et les catégories émergentes. Ce mouvement se répète jusqu'à la saturation et l'interprétation des catégories. La saturation de l'information marque à la fois la validité et la fiabilité des résultats.

L'objet de notre étude, le bien-être psychologique au travail est à construire : en effet, nous avons vu précédemment que le concept fait encore l'objet d'une certaine confusion entre les chercheurs. Notre objectif est donc de mieux définir les contours et les caractéristiques de cet objet. Nous souhaitons passer d'une représentation spontanée concernant notre objet de recherche, à l'élaboration de représentations plus complexes issues du travail d'analyse du discours des soignants. A partir d'une question de recherche, notre objet va se construire progressivement, en même temps que s'enrichissent nos questionnements et le recueil de données.

Cependant, une démarche inductive avec des allers et retours entre la réflexion et les entretiens sur le terrain, n'exclut pas une rigueur scientifique : celle-ci va accompagner le choix de la méthodologie de recherche. Les premiers entretiens nous ont permis dans un premier temps de « tester » la complexité de l'objet d'étude puis, ensuite, de faire le choix de la méthode la plus pertinente. Ainsi, pour appréhender l'expérience subjective des soignants, nous avons fait le choix d'analyser leurs représentations professionnelles. Cette grille de lecture nous intéresse car par le biais des éléments du discours et des manifestations affectives (sentiments, émotions, comportements), elle articule les dimensions individuelles et collectives et nous permet ainsi de

donner du sens au vécu des soignants et de comprendre les processus qui relient les évènements et les influences du contexte.

Dans ce type de démarche, le chercheur fait de l'investigation donc l'entretien semi-directif voire non-directif est le plus adapté car il laisse une marge d'autonomie au sujet interviewé. A l'inverse, un entretien dans lequel la grille aurait été construite suivant des questions précises et une logique appartenant au chercheur lui-même aurait pris le risque d'orienter les réponses de l'interviewé et n'aurait pas permis l'accès à ses représentations. Nous allons revenir sur le choix de la méthode mise en place pour traiter notre problématique.

## **II. CADRE METHODOLOGIQUE**

### **II.1. Des débuts difficiles**

Un travail de recherche se concrétise tout d'abord par une idée, des questionnements concernant un objet. Cet objet est cerné, contextualisé et une question centrale parmi toutes est isolée pour devenir la problématique qui va sous tendre la recherche. Cette problématique va aboutir à la formulation d'hypothèses de recherche, soit des hypothèses inductives provenant de l'intuition du chercheur, soit des hypothèses s'appuyant sur des modèles théoriques. Les premières vont s'affiner, voire donner naissance à d'autres hypothèses issues de l'expérimentation et permettre la construction de nouveaux concepts, de nouveaux modèles. Quant aux autres, elles vont venir, soit valider les modèles théoriques pré-existants, soit les faire évoluer.

Le terrain d'investigation de la recherche va être le lieu de remise en cause de la problématique de départ et des hypothèses formulées. Ainsi, une recherche est une mise en mouvement d'idées, de sentiments, de connaissances, d'opinions, de faits collectés par le chercheur avec une méthode permettant de décrypter toutes ces interactions. Il est donc capital de bien choisir la méthode d'exploitation des données qui permettra la confrontation des hypothèses de recherche à la réalité du terrain.

Nous avons débuté ce travail de recherche il y a quelques années avec l'idée de comprendre ce qui faisait que certaines personnes surmontaient bien leurs difficultés alors que, dans les mêmes situations, d'autres allaient s'effondrer. Notre questionnement, dans un premier temps, était davantage tourné vers ce qui pouvait réduire voire supprimer la souffrance que vers ce qui pouvait développer le bien-être. Pour cela, il nous fallait rencontrer des personnes ayant

vécu des situations difficiles dans leur travail. Le contexte dans lequel pouvait s'effectuer cette recherche n'était pas encore défini. Pour nous aider dans le choix d'un terrain, nous avons présenté notre démarche et donc, contacté des directeurs et des responsables ressources humaines de grosses entreprises (publiques et privées) de la région Rhône-Alpes, des médecins du travail (entre autre à l'AGEMETRA), des responsables de service, voire des consultants étant intervenus dans ces entreprises (ANACT, ALGOE, VTE). Ce travail de recherche d'un terrain s'est étalé sur plus d'un an et demi, se sanctionnant chaque fois par des refus. Ces refus n'étaient pas toujours argumentés mais nous ont interpellé. Qu'est ce qui les provoquait ? Pourquoi était-il si difficile de trouver un terrain de recherche dans la cadre d'une thèse alors qu'il nous avait été relativement facile de signer des contrats de mission dans notre activité de consultante ? Etait-ce le thème de la souffrance au travail qui posait problème ?.... mais alors, comment expliquer un tel engouement des entreprises pour les risques psycho-sociaux, les TMS, la santé et la sécurité au travail ? Etait-ce la présentation de notre projet qui manquait de clarté ? Notre travail de chercheur démarrait là où nous ne l'attendions pas c'est-à-dire au niveau du bien-fondé de notre recherche. C'était donc la première interrogation que nous nous devions de résoudre. Nous avons donc commencé par une phase exploratoire sans objectif de trouver un terrain ; le seul objectif que nous poursuivions était de comprendre le sens de ces refus.

Comme les collègues/consultants intervenant sur ces sujets auprès d'entreprises, ne pouvaient répondre à nos questions, nous avons décidé de rencontrer à nouveau ou de rappeler, les personnes qui avaient formulé un refus et celles qui pourraient nous apporter plus de renseignements, et nous avons auparavant identifié les causes possibles qui nous serviraient de trame à notre grille d'entretiens. Nous avons ainsi identifié sept raisons avancées de refus :

- **C1** : Le contexte ne se prête pas à la venue d'un chercheur : contexte difficile sur le plan social, politique...
- **C2** : Le référent sur le terrain ne souhaite pas la venue d'un chercheur : il est actuellement dans une situation délicate, il n'a pas le temps d'accompagner, il est en train de réaliser une recherche analogue.
- **C3** : La souffrance au travail est un sujet tabou.
- **C4** : Un thème voisin (risques psycho-sociaux par ex) fait ou a déjà fait l'objet d'une démarche récente et des actions sont en cours de réalisation.
- **C5** : La méthode utilisée peut poser problème : entretiens individuels avec différentes catégories socio-professionnelles (crainte des réactions des salariés).

- **C6** : La Direction craint la diffusion des résultats auprès des acteurs de l'entreprise.
- **C7** : La difficulté de mettre en œuvre des actions à l'issue de la recherche.

Ces entretiens se sont déroulés soit en face à face, soit par téléphone quand la rencontre s'avérait difficile. Cela été également aussi l'occasion de rencontrer d'autres personnes dans les entreprises. Nous n'avons pas enregistré ces entretiens pour ne pas mettre mal à l'aise les personnes qui nous avaient déjà formulé un refus. Nous avons simplement expliqué qu'il ne s'agissait pas de faire du forcing mais d'analyser les raisons. A notre grande surprise, nos interlocuteurs n'ont pas été surpris de notre démarche et ont répondu volontiers à nos questions (sauf dans un cas où la personne était en difficulté par rapport à son poste).

Nous avons ainsi réalisé 11 entretiens semi-directifs en suivant les thèmes de notre grille d'entretiens.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Causes	Mme A	Mr B	Mr C	Mme D	Mme E	Mme F	Mr G	Mme H	Mr I	Mr J	Mr K
C 1	x	x			x		x		x		
C 2			x	x	x			x		x	
C 3						x			x		
C 4		x	x	x			x	x			x
C 5					x	x			x		
C 6	x				x				x		
C 7						x					
C 8											

Mme A : responsable ressources humaines en collectivité territoriale

Mr B : DRH du Centre Hospitalier Universitaire « Hôpital Nord » de Saint-Etienne

Mr C : consultant à VTE (Violence, Travail, Environnement)

Mme D : consultante à l'ANACT

Mme E : médecin du travail chez Sanofi Pasteur, à Lyon

Mme F : médecin du travail à la Clinique de la Sauvegarde à Lyon

Mr G : médecin du travail à EDF Lyon

Mme H : psychologue du travail à l'AGEMETRA

Mr I : Directeur du CHPL (Centre Hospitalier privé de la Loire)

Mr J : consultant à ALGOE

Mr K : médecin du travail, enseignant chercheur (laboratoire U.C.B. Lyon)

Les résultats des onze entretiens ont mis en évidence trois causes principales de refus :

C1, C2 et C4 (5 refus pour chacune et 6 pour C4). Dans les raisons invoquées, le contexte politique, social incertain est une des causes du refus de la venue d'un chercheur. En effet, dans des contextes difficiles, la venue d'un chercheur travaillant sur le thème de la souffrance au travail peut inquiéter, le climat étant soupçonneux.

Deuxième cause : le référent du chercheur sur le terrain n'a pas de temps à lui consacrer et ne peut pas cadrer la recherche. Contrairement à un audit où le temps et le mode d'intervention sont définis dans le cahier des charges, dans une recherche universitaire, la démarche bien que définie, reste moins cadrée, le temps de présence est plus long et les méthodes utilisées par le chercheur sont moins faciles à appréhender. Il faut donc que l'entreprise et que le référent acceptent la part importante d'incertitude liée à une démarche de recherche (contrairement à la démarche de consulting), ce qui peut sembler risqué dans un contexte délicat, sensible (mauvais climat social, difficultés économiques, climat politique incertain...).

Enfin, la troisième cause est liée à la crainte de voir interférer une nouvelle démarche avec les résultats et la mise en pratique de solutions d'une autre étude. De plus, la sollicitation répétée des salariés pour des questionnaires ou des entretiens peut discréditer les démarches sauf (à notre avis), si les différentes démarches (plus complémentaires que compétitives) sont expliquées par la Direction.

Il est intéressant de constater que le thème « souffrance au travail » en tant que sujet tabou n'est apparu que deux fois alors que dans les entreprises interrogées, nous avons ressenti une crainte par rapport au thème de recherche : peur de la remise en cause du management, peur de faire émerger un ensemble de revendications, peur de devoir mettre à jour certaines pratiques.

Deux autres causes ne faisant pas partie de notre grille d'entretien, sont apparues : dans certains établissements, nous avons eu l'occasion d'intervenir en tant que consultante, quelques années auparavant et le fait de « changer de casquette » perturbait les directions qui craignaient d'être obligées d'expliquer pourquoi la même personne revenait quelques années après, avec une autre « casquette ». Il était difficile pour ces Directions, de justifier de l'intervention d'un chercheur dans des domaines où la même personne avait déjà réalisé un diagnostic et des préconisations. Une autre cause de refus, que nous n'avions pas imaginée, a été le fait de laisser intervenir un chercheur sénior seul, sans lien étroit avec une équipe de recherche (bien que nous ayons précisé notre appartenance au laboratoire GRePS de l'Université Lyon 2) : faut-il comprendre que l'entreprise pense avoir plus d'ascendant sur un étudiant junior que sur un sénior ?

## **II.2. Les terrains d'investigation :**

### **II.2.1. La population étudiée :**

Nous avons débuté ce travail de recherche, nous l'avons dit, avec l'idée d'explorer et de comprendre ce qui fait que, dans les mêmes situations, certaines personnes vont s'écrouler alors que d'autres arrivent bien à surmonter les difficultés. Pour limiter le nombre de variables et ayant à l'esprit que le propre de toute recherche est de comparer des choses comparables, nous souhaitions réaliser notre étude sur des populations ayant des points communs. Nous ne souhaitions pas rencontrer des personnes en difficulté comme c'est le cas dans les consultations de « souffrance au travail » mais des salariés nous parlant de leur vécu, de leur métier (sans consigne particulière).

Les difficultés à trouver un ou plusieurs terrains d'investigation pénalisa notre recherche de plus d'une année. Cette période a néanmoins été l'occasion pour nous de réaliser des entretiens exploratoires avec quelques personnes victimes de souffrance au travail : nous reviendrons plus tard sur ces entretiens.

La question du choix de l'univers social est, bien sûr, le fruit d'une construction, arbitraire, issue d'un choix subjectif, intuitif du chercheur mais l'impact de ce choix sur la recherche est fondamental. C'est en 2009 qu'une orientation cependant, sembla se dessiner : celle du secteur hospitalier. Le premier terrain fut représenté par l'Hôpital Général de Montélimar. Nous avons eu l'occasion d'intervenir en tant que formatrice auprès d'agents de l'hôpital quelques années auparavant. Le changement de statut (de formatrice à chercheuse) ne posa pas de problème. De plus, le fait de ne pas être de la région a certainement joué en notre faveur notamment pour la confidentialité des propos recueillis. La Directrice des Soins Infirmiers et la Directrice des Ressources humaines acceptèrent notre démarche de recherche et il fut convenu que les personnes intéressées par notre étude pourraient nous rencontrer librement sur le site de l'hôpital, dans le local du médecin du travail (aucun autre bureau n'était en effet disponible, l'hôpital s'étant engagé dans de gros travaux de réfection et d'agrandissement des locaux).

Nous avons fait le choix de nous intéresser aux personnes qui pratiquaient des soins aux malades, qui avaient une pratique quotidienne, une proximité avec le malade : cette catégorie professionnelle communément appelée « les soignants » recouvrent les professions d'infirmier



(ère) et d'aide-soignant (e). Nous avons conscience que le découpage arbitraire des catégories qui allaient faire l'objet de l'étude risquait bien sûr de limiter notre réflexion et d'avoir un impact sur les conclusions que nous allions retirer de notre recherche par rapport à la réalité. Ce qui a motivé notre choix est que la catégorie professionnelle des soignants est la plus nombreuse parmi toutes les personnes qui prodiguent des soins aux malades dans le secteur hospitalier, elle reflète le mieux la réalité des soins à l'hôpital.

Nous avons souhaité rencontrer uniquement des femmes puisque, contrairement à d'autres professions telles que le transport ou le bâtiment où la population masculine est dominante, le genre féminin est fortement représenté dans la population d'infirmier ou d'aide-soignant, comme le montre l'étude de la DREES ci-dessous.

#### Etude de la DREES réalisée en janvier 2009 <sup>27</sup>

Infirmiers	Libéral	Salarié	Total
	73 510	422 324	495 834

Infirmiers	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Total en chiffres	11 763	61 747	50 398	371 926	62 161	433 673
Total en %	16%	84%	11,94	88,06%	12,54	87,46%

D. Kergoat et *al.*, (1993, p. 171-175) précisait que la profession est féminisée à 85 %.

Les premières personnes volontaires pour participer à notre recherche furent des femmes, infirmières ou aides-soignantes qui avaient une ancienneté dans l'hôpital de plus de 10 ans et une ancienneté dans leur fonction puisqu'âgées de 45 à 55 ans. Ces critères ont déterminé les contours de la population étudiée et lorsqu'en 2011, l'Hôpital Général de Firminy (même taille que celui de Montélimar) a accepté d'être notre deuxième terrain d'investigation, nous avons contacté la Directrice de Soins Infirmiers en précisant que notre étude porterait sur une population de femmes, infirmières ou aides-soignantes, de 10 ans au moins d'ancienneté et âgées de 45 à 55 ans. Dans les deux hôpitaux, l'information écrite concernant notre étude fut donnée par l'intermédiaire du Service des Ressources Humaines : une recherche portant sur le métier de soignant. Ainsi, les personnes souhaitant nous rencontrer pouvaient se manifester auprès du Service R.H.

<sup>27</sup> Etude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Document de travail, série statistiques. « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009 ». Daniel Sicard, n° 131, avril 2009. Une mise à jour effectuée le 23.05.2011, porte le nombre d'infirmiers à environ 480000 dont 87 % de femmes et 73 % exerçant en tant que salariées d'un établissement privé ou publique.

### **II.2.2. Les conditions d'entretien :**

Les entretiens se sont déroulées dans les locaux de la Médecine du Travail, pour Montélimar : ce local, séparé des services de soins et des bâtiments administratifs était suffisamment excentré pour permettre la confidentialité ; les personnes que nous avons rencontrées sont venues en dehors de leur temps de travail, ce qui représentait un caractère de discrétion.

En ce qui concerne l'hôpital de Firminy, nous avons effectué les entretiens dans les services où les agents travaillaient. En effet, dans le service ressources humaines, aucun bureau n'était disponible. Le fait de rencontrer les agents sur leur lieu de travail présente l'avantage de voir où se déroule leur activité, de se faire une représentation de l'environnement de travail. Par contre, les entretiens se sont déroulés là où il y avait de la place, à savoir dans le bureau d'un médecin absent ce jour-là ou dans une chambre disponible ou bien encore dans un local de rangement de matériel chirurgical. Dans plusieurs entretiens, il y a eu des interruptions dues à l'activité du service : par exemple, on a dû interrompre un entretien pour changer de lieu, on a également été interrompues par une personne ayant besoin de la pièce dans un délai court ou bien par quelqu'un qui venait chercher du matériel chirurgical. Difficile bien sûr de reprendre l'entrevue sans la crainte d'être à nouveau dérangé, de reprendre le discours là où on l'avait laissé. Ces interruptions coupaient la dynamique créée et le climat d'empathie qui s'était instauré ; de même ceci ne favorisait pas la confidentialité. L'entretien ne reprenait pas toujours dans la continuité de ce qui avait été dit. Parfois d'ailleurs, l'entretien s'est arrêté à l'occasion de cette coupure.

Nous avons rencontré certains agents pendant leurs heures de travail alors que d'autres sont venus en dehors du temps de travail. Cela n'a eu aucun effet sur la durée de l'entrevue, nous avons chaque fois laissé libre la personne de nous fixer un rendez-vous à un autre moment si cela ne lui convenait pas. Les entretiens dans les deux sites ont eu une durée moyenne de une heure trente, ce qui représente un gros volume de retranscription pour chaque entretien. C'est ainsi que nous pu interroger :

### A. Montélimar :

4 infirmières (IDE) et un cadre infirmier, 2 aides-soignantes (AS)<sup>28</sup>

A noter cependant que, pour deux de ces entretiens, l'enregistrement n'a pas été possible : pour l'un d'entre eux, un problème technique en est la cause et pour l'autre, la personne n'a pas souhaité que la conversation soit enregistrée. Ces entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes la plus complète possible (la connaissance de la sténographie nous a fortement aidée dans cet exercice) ; ils représentent plus de 15 pages manuscrites chacun.

Nous devons préciser aussi que le contenu d'un entretien supplémentaire avec un cadre infirmier n'a pas été intégré dans les résultats globaux des entretiens : en effet, cette personne avait une fonction qui l'éloignait trop de la profession de soignante. Néanmoins, sa perception du contexte hospitalier et de la profession actuelle d'infirmière a été enrichissante pour notre réflexion.

### A. Firminy :

6 infirmières et 6 aides-soignantes.

(tous les entretiens ont pu être enregistrés).

C'est donc un total de 18 soignantes qui ont été interrogées. Nous aurions souhaité qu'elles soient plus nombreuses mais rappelons que seules les personnes volontaires, intéressées par notre étude ont fait l'objet d'une rencontre (d'autres se sont manifestées quelques mois après notre intervention à l'hôpital de Firminy mais nous avons commencé l'exploitation du contenu de nos entretiens, nous avons donc décidé de ne pas rencontrer ces nouvelles personnes).

Il nous a paru aussi intéressant d'interroger dans les deux Etablissements, des membres de la Direction : Directrice de Soins Infirmiers (DSI) et DRH ainsi que les médecins du travail (6 entretiens au total) pour avoir un autre regard sur le travail des soignants et sur les évolutions de l'hôpital.

A propos de la représentativité de l'échantillon, s'il est un point important de l'enquête par sondage, dans une démarche telle que la nôtre, il n'est pas nécessaire d'avoir une parfaite reproduction de la population mère. En fait, dans une démarche qualitative, c'est l'individu qui est représentatif des groupes sociaux auxquels il appartient et de la culture dans laquelle il baigne. On ne cherche pas à faire des corrélations statistiques comme dans une recherche

---

<sup>28</sup> Pour faciliter la lecture, nous nommerons les aides-soignantes « AS » et les infirmières diplômées d'état « IDE ».

quantitative mais à exploiter les informations qualitatives recueillies, les rapports de cause à effet.

### **II.3. Les évolutions de notre objet de recherche :**

Notre objet de recherche a subi des transformations au fur et à mesure que nous avançons dans notre recherche.

#### **a) Depuis les entretiens exploratoires.....**

Au début de notre travail de thèse, comme nous l'avons dit, nous avons réalisé des entretiens auprès de personnes manifestant de la souffrance dans leur travail. Elles nous avaient été indiquées par des médecins du travail dans le cadre de notre recherche de terrains d'investigation. Nous avons donc rencontré ces personnes soit sur leur lieu de travail, soit dans le cabinet du médecin. Elles avaient des âges différents, hommes ou femmes, de diverses professions et exerçant leur activité dans des secteurs d'activités variés (enseignement supérieur, CCI, aéroport, maisons de retraite). Cette population très hétérogène étant dans des contextes différents rendait difficile la comparaison des données issues de nos entretiens. C'est la raison pour laquelle nous ne les présenterons pas ici. Cependant, au nombre de cinq, ces entretiens enregistrés ou non, ont été très utiles dans l'évolution de notre objet de recherche. En effet, en dépouillant ces entretiens, nous nous sommes aperçues que derrière les propos manifestant de la souffrance dans leur travail, il y avait des phrases, des expressions du visage, des sentiments exprimés qui n'appartenaient pas au registre de la souffrance mais plutôt à celui de l'espoir, du bien-être possible. Ainsi, deux phrases relevées dans deux de ces entretiens :

Celle d'une femme, assistante + hôtesse d'accueil dans un aéroport, parlant de sa situation professionnelle et des humiliations qu'elle subissait de la part de son hiérarchique :

*« Finalement, je me rends compte que je m'en suis sortie plus forte, que j'ai appris à savoir comment je pouvais réagir et je crois que maintenant, si j'étais dans la même situation, je saurais faire... je peux même rencontrer mon ex-patron sans crainte ».*

Ou bien, celle de cette femme, employée de restauration dans une maison de retraite et qui évoque ses relations avec le chef de cuisine :

*« Un jour il me dit : « Tu me redonnes un coup sur cette table ; il s'est mis en colère ; il m'a dit : j'ai pas demandé à ton père, ni à ta mère ! ». Il voulait me rabaisser. Une autre fois, il critique ma façon de m'habiller : « si tu as pas ton uniforme, je te dénonce à la Direction..... Et pourtant, je ne veux pas partir, je l'aime mon travail : j'y suis bien ; je me défonce pour les résidents. Lui, (le chef de cuisine), il reste en cuisine, il sait pas se faire accepter par les résidents, moi si ! ».*

Dans cet entretien, le contenu manifeste exprime la souffrance de cette femme devant le rabaissement et l'humiliation de son hiérarchique. On pourrait penser qu'elle a peur de la menace exercée sur elle et qu'elle souhaite partir pour ne plus vivre cela. Le contenu latent montre au contraire son souhait de lutter, de montrer qu'elle est capable de lui tenir tête. On ressent une force en elle et même un renversement de la situation où elle ne se positionne plus en victime quand elle dit : « Il ne sait pas se faire accepter par les résidents, moi, si ». En portant un jugement sur son chef qui est incapable de se faire apprécier par les résidents, elle justifie non seulement que la critique n'était pas fondée mais casse aussi la représentation qu'il s'est fait d'elle.

Cet extrait d'entretien comme le précédent montre que les deux personnes ont trouvé des solutions pour supporter leur situation. Elles ont mis l'accent sur ce qui pouvait être positif. B. Cyrulnik parlerait de résilience comme la capacité d'une personne à rebondir après un traumatisme. Nous avons pensé, d'ailleurs, orienter notre problématique sur la résilience des personnes victimes de violence dans leur travail mais cela aurait supposé de faire une étude longitudinale, ce qui n'était pas possible : la résilience ne peut pas s'appréhender sur un seul et unique entretien ! En effet, en abordant la résilience dans la deuxième partie de notre thèse, nous avons précisé que le concept ne peut s'appréhender que dans des études longitudinales avec identification de facteurs qui favorisent l'apparition de la résilience (trait de personnalité, caractère) ou de processus (quand on la considère comme un modèle transactionnel).

#### **b) ...jusqu'aux entretiens avec les soignants**

C'est en analysant les premiers entretiens effectués avec les soignants de l'hôpital de Montélimar que nous nous sommes aperçue que certaines personnes évoquaient leur souffrance en étant capables de prendre du recul par rapport à leurs émotions, en analysant leur situation de travail pour trouver du sens à leurs expériences. Cette activité cognitive concernant l'analyse de la situation, la recherche de significations avait pour fonction de rendre intelligible la situation à la fois pour le narrateur et pour le chercheur. La construction de significations par la personne elle-même était riche d'enseignement : elle permettait pour le sujet, de mettre à distance les affects douloureux mais aussi nous donnait accès à ses référents (ses valeurs), à la dimension symbolique et donc à ses représentations.

Nous pouvons l'illustrer par cette phrase issue d'un entretien avec une infirmière :

*« Le soin n'a pas sa place, et c'est ça qui nous mine tous...Nous, on est des soignants. Et donc quelque part, on nous annule...mais bon, je pense que c'est pas là...ce serait pas le bon moment pour*

*quitter...je serais pas satisfaite parce que j'aurais l'impression de lâcher, de quitter le bateau, voilà. »*  
(Mme J.)

Mme J. fait bien la différence entre son métier d'infirmière (qu'elle ne remet pas en cause) et les conditions d'exercice qui ne lui conviennent pas. « Le bateau » symbolise le groupe de personnes qui sont embarquées sur le bateau donc solidaires quelles que soient les intempéries. Elle nous donne accès à sa représentation du métier de soignant, (celui qui attribue la première place aux soins) et à ses valeurs (son obligation de soins vis-à-vis des malades) qui justifient qu'elle ne veut pas quitter son travail malgré les contraintes difficiles.

Ou bien cette phrase issue d'un entretien avec une aide-soignante :

*« J'ai beaucoup de mal avec les patients, enfin, c'est pas les patients eux-mêmes, c'est les mentalités qui changent...et...l'argent, enfin il y a une histoire d'argent de partout, et eux, ils estiment qu'ils paient tant par jour, et en retour, voilà, comme si on était à l'hôtel et...et du coup, on n'est plus des aides-soignantes, on devient des boniches et j'ai du mal ça. »* (Mme M.)

Là aussi, ce sont les valeurs qui transparaissent et qui sont bafouées : la non reconnaissance de l'aide-soignante dans sa pratique mais aussi dans son identité. Il est intéressant de voir la dissociation qui est faite entre l'individu et ses attributs : ainsi, ce n'est pas le patient en tant qu'individu qui est critiqué ou critiquable mais les mentalités, c'est-à-dire quelque chose de généralisable aux humains, à la société.

Dans un troisième extrait d'entretien (avec une autre AS), cette même valeur du service à la personne apparaît également: Mme B. exprime clairement qu'elle voudrait que les jeunes partagent la même conception du travail de soignant.

*« Les jeunes, elles fonctionnent pas comme ça. Elles font leurs heures, c'est tout. Alors quand on leur demande quelque chose de plus, elles disent qu'elles n'ont pas le temps. Moi je sais pas travailler comme ça. A mon époque, on ne comptait pas son temps. Quand il fallait faire un soin pour le malade, on le faisait. On doit leur apprendre comme ça à l'école. »* (Mme B.)

Ces phrases nous montrent comment les personnes ont analysé leur situation et fait la distinction entre leur métier qu'elles veulent effectuer avec un certain idéal et la réalité qui pose problème. Elles laissent entendre ce qu'il faudrait faire pour que ça fonctionne mieux. Elles nous donnent à voir ce qui provoque de la souffrance dans leur travail mais aussi les valeurs sous-jacentes qui fondent leur motivation et leur représentation d'éléments constitutifs du bien-être au travail.

Derrière le thème de la souffrance au travail qui émerge de ces extraits d'entretiens, un autre thème apparaît : celui du bien-être dans le travail qui représenterait dans les cas présents, un idéal de vie au travail en conformité avec les valeurs des soignantes.

Le constat de cette dualité souffrance/bien-être au travail présente dans les premiers entretiens nous a fortement intéressées : qu'est-ce qui pourrait faire basculer une personne de la souffrance au travail au bien-être psychologique au travail ? De ces réflexions, alimentées par la lecture des travaux d'auteurs que nous avons présentés dans la première partie de notre document, s'est construit notre objet de recherche (le bien-être psychologique au travail). Avec quelle méthode allions-nous traiter notre objet d'étude ? C'est ce que nous allons aborder maintenant.

#### **II.4. Du choix de la méthode à l'utilisation d'outils**

Dans toute recherche, la question de la méthode à utiliser se pose rapidement au chercheur. Un travail d'investigation peut en effet se faire avec différentes méthodes telles que les enquêtes, les entretiens, des études de cas ou bien encore l'analyse de documents archivés. En psychologie sociale, ce sont l'enquête et l'entretien qui sont les plus utilisés. Concernant la première, elle s'appuie sur la technique du questionnaire, l'enquête de terrain ou la recherche-action. Le questionnaire peut se faire de manière écrite ou orale. Lorsque les recherches impliquent les opinions ou les attitudes des sujets, le questionnaire oral est plus adapté, les questions ouvertes permettant de recueillir davantage d'informations.

Concernant notre recherche, nous n'avons cependant pas fait le choix du questionnaire qui aurait permis de tester une échelle de mesure. En effet, devant le nombre considérable d'items identifiés par d'autres chercheurs anglo-saxons concernant le concept de bien-être psychologique et la difficulté d'homogénéisation illustrée par un nombre conséquent d'échelles de mesure (nous en avons répertorié quarante !), confirmer ou infirmer un des modèles utilisé par d'autres chercheurs s'avérait difficile. Il aurait fallu connaître au préalable les choix théoriques, les hypothèses formulées par les auteurs et le mode d'analyse des données. Notre objectif n'était pas de créer un nouveau modèle qu'on chercherait à valider par une nouvelle échelle de mesure mais plutôt de cerner notre objet d'étude à partir des propos recueillis dans nos entretiens, soit à partir de l'expérience subjective des soignants.

Pour l'appréhender, nous avons fait le choix de nous centrer sur les représentations professionnelles des soignants. Cette grille de lecture nous intéresse car elle articule les

dimensions individuelles et collectives et nous permet ainsi de donner du sens au vécu des soignants et de comprendre les processus qui relient les événements et les influences du contexte. Nous avons donc procédé par entretiens individuels non-directifs : L'objectif était d'obtenir un maximum de liberté d'expression (de propos, de sentiments, d'émotions). La souplesse et la faible directivité du cadre facilitent l'expression et permettent d'accéder plus facilement au sens que les interviewés veulent donner à leurs propos. L'accès direct à la pensée de l'interlocuteur, à son mode de raisonnement, à sa logique de construction mais aussi à l'intensité et à la fréquence des propos est un excellent moyen d'avoir accès à ses représentations. Les faibles interventions du chercheur, son attitude de non-directivité, en respectant le cadre de référence de l'interviewé, vont limiter le risque d'interprétations et permettre l'accès aux significations du sujet.

L'entretien non-directif permet ainsi de « Rendre compte des systèmes de valeurs, de normes, des représentations, de symboles propres à une culture ou une sous-culture », (Michelat, 1975, p. 230). Il donne accès aux opinions de la personne mais aussi à ses représentations, aux éléments du contexte social qui éclairent les opinions et significations en lien avec les modèles culturels des groupes sociaux auxquels appartient la personne. Il met en évidence aussi les contradictions et les ambivalences de la personne.

Pour servir de trame au recueil de nos données, nous avons opté pour l'entretien non directif avec une orientation « récit de vie ». Il ne faut pas confondre l'histoire vécue par une personne (son histoire de vie) qui a un côté autobiographique et le récit qu'elle peut en faire à la demande d'un chercheur à tel moment de son histoire. La première tend vers l'objectivité en se rapprochant le plus près de la réalité et fait souvent l'objet d'entretiens successifs alors que la seconde est une narration parfois lors d'un entretien unique dans laquelle se mêlent indifféremment subjectivité et objectivité de la personne.

« En sciences sociales, le récit de vie résulte d'une forme particulière, l'entretien narratif, au cours duquel un chercheur demande à une personne, dénommée sujet, de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue », (Bertaux, 1997, p. 6). Partir du récit du sujet c'est être attentif à la construction des significations de l'expérience individuelle : Bertaux précise : « Il y a du récit de vie dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue » (p. 14). Ce qui signifie que « La production discursive du sujet a pris la forme narrative, sans exclure toutefois d'autres formes de discours (descriptions, explications, évaluations, jugement) qui contribuent à construire les significations » (p. 37).

L'analyse des entretiens type « récits de vie » se caractérise par une orientation phénoménologique et une démarche constructiviste. Dans le récit de vie, comprendre, pour le



chercheur, ne consiste pas à « pénétrer la personnalité du narrateur », la compréhension n'est pas une connaissance psychologique ; elle ne consiste pas à faire revivre le narrateur, mais à reconstruire la logique interne de son récit, à remonter à ce qui en fait le sens. Cette construction ne se fait pas en recourant à des principes ou à des causes externes du récit. « La démarche de compréhension s'appelle herméneutique » expliquent Le Bouëdec *et al.*, (2004, p. 149-150) : dans le paradigme compréhensif, ce qui au centre est la signification. L'auteur ajoute : « Le savoir produit par le récit de vie repose sur une épistémologie de l'invention, de la production (c'est pourquoi on parle de constructivisme) : il s'agit de créer du sens, de l'intelligible, du savoir projectif, c'est-à-dire en référence à un projet. En effet, avec l'hypothèse phénoménologisante, l'existence est un monde de possibles, de projets, un monde finalisé » Le Bouëdec *et al.*, (p. 151-152). Ainsi, le récit de vie devrait nous permettre de découvrir l'univers social et professionnel des soignants que nous interrogeons, nous donner accès à la connaissance de l'environnement personnel et professionnel des personnes interviewées. A partir des expériences relatées, nous pourrions avoir accès aux phénomènes sociaux sous-jacents et découvrir les logiques du monde des aides-soignantes et de celui des infirmières : un monde social (des soignants) se construisant autour d'un type d'activité spécifique avec des contraintes et des logiques d'action qui peuvent présenter bien des points communs.

Le fait de comprendre l'expérience subjective particulière d'une personne peut aider le chercheur à comparer et à traduire (Lecomte et Goetz, 1982) ce que d'autres individus peuvent vivre dans des situations similaires, de traiter un cas à la lumière d'un autre cas, c'est-à-dire de comparer entre elles les expériences vécues par chaque soignant. En procédant ainsi, nous pourrions constater si nous arrivons à une saturation de l'information dans l'analyse de nos entretiens ce qui augurerait de la fiabilité de nos résultats.

Comme nous cherchons à comprendre le processus de construction des représentations professionnelles des soignants, nous avons fait le choix d'observer des populations identiques dans les deux terrains, l'objectif étant de construire une théorisation ancrée (Poupart *et al.*, 1997, pp. 134-152). L'objet qu'on va construire progressivement devra prendre appui sur une réalité significative, c'est-à-dire représentative de la réalité (Laplantine, 2001).

Les entretiens ayant été enregistrés intégralement, d'une part, ils permettent au chercheur d'être à l'écoute et réceptif et, d'autre part, ils mettent en évidence la structuration de la pensée de l'interviewé avec tout ce qui caractérise le co-verbal (intonations, débit verbal, pauses, silences, rires, soupirs). Les instruments de recueil de l'information tels qu'un magnétophone

vont bien sûr restituer l'information avec le moins de filtres possibles mais c'est au chercheur que revient l'interprétation des données.

Tout essai de théorisation, de reconstruction de la réalité est empreint de la subjectivité du chercheur. Un entretien est toujours le fruit d'une interaction entre deux individus qui ont des rôles différents, entre deux personnalités différentes, deux inconscients ; de ce fait, on ne peut pas parler de neutralité du chercheur ne serait-ce que dans l'interprétation qu'il fait des émotions de l'autre, de ses silences, de ses gênes. Ainsi, l'analyse des entretiens doit prendre en compte les effets de cette interaction (Quivy et Campenhoudt, 1995). Si l'interaction se fait dans un climat de bienveillance, de confiance, l'influence du cadre sur les réponses de l'interviewé, va s'amenuiser et les propos du sujet vont s'affranchir du cadre. On voit alors apparaître plus de spontanéité dans le discours avec des hésitations, des retours en arrière, des redondances, des ambivalences, des manifestations évidentes de la dimension affective qui viennent parfois entraver la sphère cognitive. Ce sont des informations précieuses dans l'étude des représentations puisqu'elles sont l'illustration des logiques de la personnalité de l'autre.

## **II.5. L'analyse des données :**

Dans la démarche inductive, le chercheur est comme un ethnologue qui va à la découverte d'objets dont il ignore tout. L'expérience, l'imagination et l'intuition du chercheur vont donc jouer un rôle primordial. Elles vont mettre en évidence des rapports de cause à effet qui lui permettront alors de faire des hypothèses, d'interpréter les résultats, de rechercher des significations. Lazarsfeld (1961) parle de « l'observation surprenante », c'est-à-dire ce que l'analyse des données qualitatives va faire émerger, par exemple des faits révélateurs de phénomènes intéressants ou des nouveaux problèmes.

La reconstruction de la logique d'un discours est un travail auquel le chercheur doit se livrer très tôt. Elle va contribuer à la recherche des causes des phénomènes observés, des enchaînements d'évènements et facilitera le travail de chercheur pour retrouver des éléments analogues dans d'autres entretiens. Le chercheur ne peut cependant se défaire de tout ce qui caractérise l'humain, c'est-à-dire sa subjectivité et c'est bien là la critique qui est faite aux sciences sociales. Pour répondre à la nécessité de rigueur scientifique, le chercheur va utiliser plusieurs méthodes éprouvées d'analyse de la production langagière et les croiser pour réduire les biais dus à chacune.

Nous avons ainsi procédé à l'analyse rigoureuse du corpus issu de nos entretiens par deux types d'approche d'analyse de contenu complémentaires de façon à interroger les données différemment : ces méthodes sont utilisées dans l'analyse du contenu d'une représentation sociale. Précisons d'après Négura<sup>29</sup> que « L'analyse du contenu se réfère à la représentation sociale, l'analyse de contenu se réfère au discours. Dans l'étude d'une représentation sociale par la méthode des entretiens, l'analyse de contenu des entretiens peut nous aider à faire l'analyse du contenu de la représentation sociale ».

Selon Mucchielli cité par Blanchet (1991), il existe plusieurs méthodes d'analyse de contenu :

La première dite « logico-sémantique » est centrée sur le contenu manifeste du discours. Elle comprend trois étapes :

- L'analyse thématique : dont l'objectif est de repérer les thèmes présents dans le discours. On va repérer les unités sémantiques, définir leur signification et les classer par catégorie.
- L'analyse du positionnement : il s'agit de repérer les jugements que porte le narrateur, de calculer leur fréquence et définir leur orientation (jugement positif, négatif ou neutre) et leur intensité.
- L'analyse de la fréquence des thèmes : on quantifie l'apparition des thèmes (plus un thème est apparent, plus il apparaîtra dans le discours).

La deuxième est une analyse « sémantique structurale » : elle a pour objectif de repérer l'organisation du discours, sa structure à savoir les systèmes de relation qui existent entre les éléments du discours.

Ces deux types d'analyses sont, bien sûr, à rapprocher des conditions de production du discours (contexte de production, personne interrogée). Selon Négura (2006), « Qu'il s'agisse de valeurs profondes ou de représentations préexistantes, de caractéristiques ou d'appartenances à des groupes sociaux, ou encore de rapports à la société ou à d'autres personnes, les représentations sociales apparaissent et agissent sur une base symbolique déjà en place ». Ainsi, on peut faire l'hypothèse que les caractéristiques sociologiques des soignants impliquent des expériences de vie particulières et des rapports sociaux et symboliques qui vont avoir un effet sur la façon dont la représentation sociale organise le discours. Pour reprendre l'idée de Négura (2006), l'analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale ne peut pas suffire pour déchiffrer tous les facteurs impliqués dans la genèse représentationnelle : il est nécessaire de compléter l'étude des

---

<sup>29</sup> Lilian Négura : « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », SociologieS (en ligne), Théories et recherches, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 19 janvier 2012. URL : <http://sociologies.org/993>

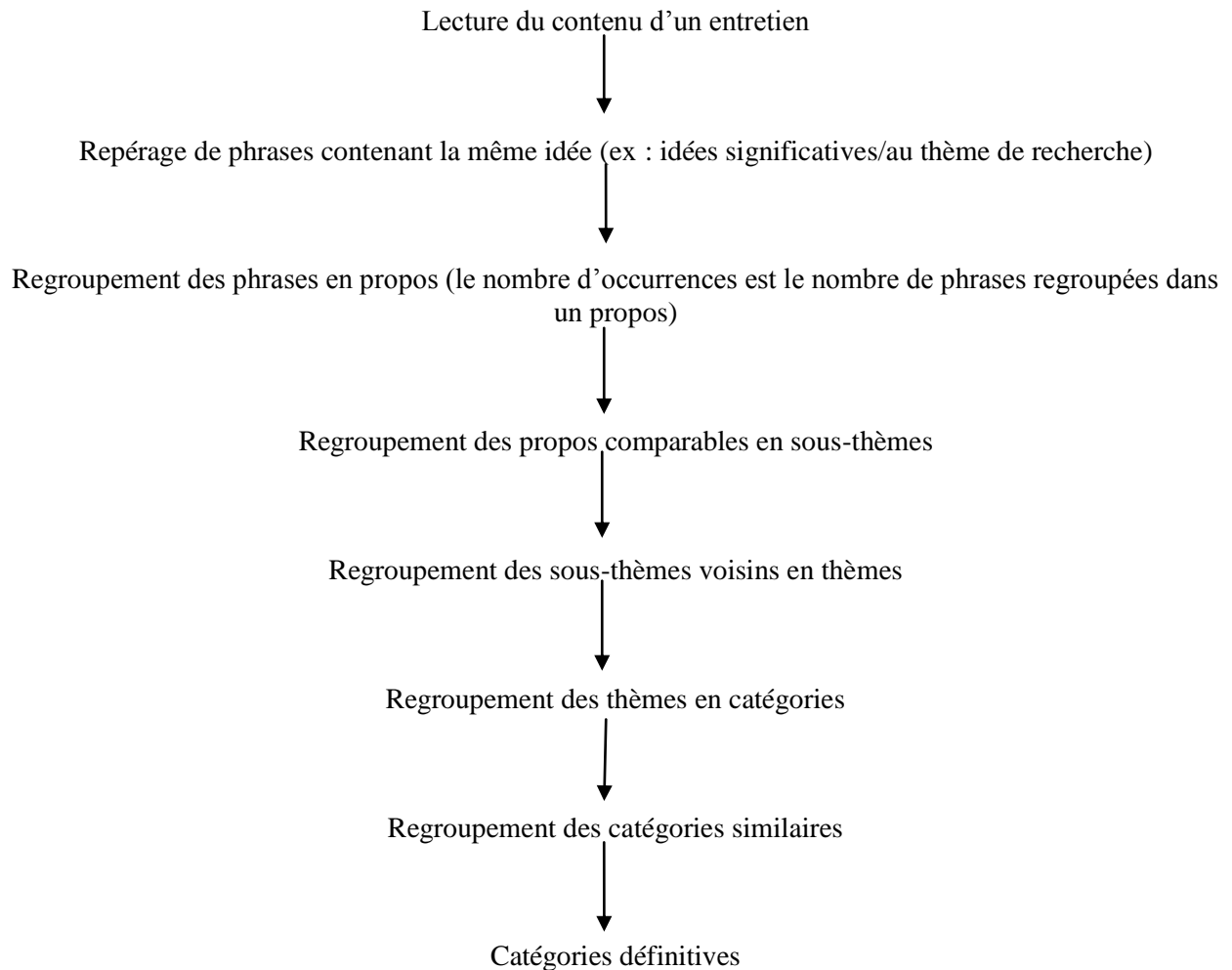
représentations sociales en intégrant dans l'analyse la place du contexte de production d'un discours.

Nous étudierons donc comment la représentation du bien-être psychologique au travail est conditionnée par les dynamiques relationnelles, sociales des soignants. Le travail d'analyse, avec la prise de recul qu'il exige de la part du chercheur, de décentration par rapport à la situation d'entretien, est un bon moyen pour reconstruire la globalité de la situation. Déconstruire le discours pour le reconstruire dans l'interprétation suppose de le comprendre dans une approche contextuelle. Plus ce travail d'analyse s'élabore, plus le chercheur se laisse guider par la pensée de l'autre pour reprendre ensuite de la distance permettant l'interprétation. Dans cette quête de sens du discours de l'autre, la méthode d'analyse va permettre d'organiser le sens.

### **II.5.1. L'analyse logico-sémantique :**

L'analyse logico-sémantique est une analyse thématique qui, selon Négura, « peut être considérée comme un outil d'analyse des unités de base qui ensuite pourraient être classées en opinions, attitudes et stéréotypes ».

Pour traiter les données présentes dans le corpus, nous allons le diviser et classer les unités sémantiques dans le discours de la façon suivante : nous repérons d'abord les phrases qui contiennent la même idée, le même sentiment ou la même opinion. Nous regroupons ces phrases en propos, puis les propos en sous-thèmes, les sous-thèmes en thèmes et les thèmes en catégories. Nous regroupons ainsi les éléments du corpus du plus large au plus restrictif et du plus concret au plus abstrait. Le schéma suivant illustre cette analyse thématique :



La première étape de l'analyse logico-sémantique doit déboucher sur le choix des catégories qui vont naître du corpus. Il s'agit dans un premier temps de classer les données du corpus (phrases, morceaux de phrases) qui présentent la même idée. Ce premier travail est délicat car les phrases ne se laissent pas classer facilement.

Certaines mêmes sont tellement difficiles à classer qu'elles sont mises à part et seront regroupées dans une catégorie « autre ». Si ces phrases sont atypiques par rapport aux autres, elles n'en restent pas moins intéressantes car elles peuvent apporter un éclairage supplémentaire au corpus.

Les phrases similaires seront regroupées sous le terme « propos ». Le propos reformule l'idée de la phrase et la synthétise en quelques mots (ex. : « la certification, c'est vrai que ça nous a permis de faire évoluer certaines choses... »).

Les propos vont ensuite être regroupés dans un sous-thème qui va illustrer ce qu'ils ont de commun (ex. : propos : « gestion des absences » et « compétences des remplaçantes » regroupés en sous-thème : « remplacement des absents »).

Les sous-thèmes seront ensuite regroupés dans des thèmes (ex. : « remplacement des absents », « roulements », « congés » regroupés sous le thème « organisation du travail »).

Enfin, le niveau d'abstraction le plus élevé est la catégorie qui regroupe les différents thèmes (ex : « nouveaux services », « organisation par pôles », « plan cancer 2009/2013 » regroupés dans la catégorie « évolutions hospitalières »).

Ainsi, l'ensemble du contenu du discours est classé sachant que chaque élément ne peut appartenir qu'à une seule catégorie. Ce travail est délicat car les catégories doivent être pertinentes c'est-à-dire être à la fois en rapport avec l'objectif poursuivi et le contenu que l'on traite. Dans une autre recherche sur un thème différent, le contenu du discours resterait identique mais ce sont les propos et surtout les niveaux supérieurs d'abstraction (sous-thèmes, thèmes et catégories) qui diffèreraient.

L'analyse logico-sémantique doit nous permettre d'apporter une explication du corpus, de révéler le contenu latent et de découvrir les éléments constitutifs des représentations sociales des soignants concernant le bien-être psychologique au travail. La grille ci-dessous illustre l'analyse que nous avons effectuée :

Grille d'analyse logico-sémantique

Catégorie	Activité							
Thème	Evolutions du travail				Organisation du travail			
Sous-Thème	Quantité d'examens		Evolutions des soins		Remplacements		Roulements	
Propos	Augmentation des dépistages	Augmentation des examens non justifiés	Evolution du matériel	Développement de la traçabilité	Gestion des absences	Compétences des remplaçantes	Auto-gestion	Changements de planning
Phrases	«on dit que le cancer du colon a un caractère héréditaire, donc on a vu notre activité aussi je dirais elle a pas doublé mais disons qu'il y a une progression en permanence»	« ...et puis, on prend des garanties par rapport à ...par ce que maintenant, bon, on a un petit peu cette... la mentalité de...faire des examens pour se couvrir absolument »	« c'est au niveau du matériel, ça c'est indéniable, enfin je veux dire il y a un confort... »	«ce qui a beaucoup évolué aussi c'est toute la traçabilité, tous les protocoles de décontamination, de désinfection, c'est quand même très, strict...»	« au niveau, par exemple, des remplacements, des choses comme ça, c'est toujours à flux, à flux tendu ... »	« on tourne avec des filles qui connaissent pas, des remplaçantes, jamais la même »	« celles qui sont en trop, elles tournent, elles vont ailleurs, sur un autre service...et ça aussi c'est pesant parce qu'on sait pas trop où on va se retrouver»	« les plannings sont souvent révisés...il faut revenir sur son temps de repos »

La deuxième étape est la quantification du contenu :

Cette étape consiste à quantifier les réponses des personnes interrogées en prenant la phrase comme unité d'enregistrement. « Il s'agit non plus de la signification de ce que l'on veut compter, mais de la façon dont on va compter. Autrement dit, alors que l'unité d'enregistrement représente, comme son nom l'indique, le découpage de l'élément significatif, l'unité de numération, elle, concerne la façon de mesurer ces divers morceaux » (Grawitz, 2001, p. 626). Nous allons ainsi comptabiliser le nombre de phrases contenues dans chaque propos (nombre d'occurrences), puis, de même pour le nombre de propos contenus dans chaque sous-thème jusqu'aux catégories. Nous avons d'autre part, comptabilisé les occurrences par rapport à l'effectif total des soignantes interrogées et les occurrences spécifiques aux réponses apportées par les aides-soignantes (AS) d'une part et par les infirmières (IDE) d'autre part pour mettre en évidence les éventuelles différences entre ces deux populations. Il est en effet intéressant de repérer, par l'intermédiaire des occurrences, si un thème, un sous-thème, un propos est fortement représenté dans le discours d'une personne ou s'il fait l'objet de représentations communes chez les (AS), les (IDE) ou l'ensemble des deux populations.

Nous précisons que dans une même phrase, plusieurs idées peuvent être exprimées (ex. : « Alors, ils nous mettent soit des gens qui connaissent pas le service, donc qu'il faut former, donc, ça

*aussi, c'est une charge en plus... » (Mme Mo.). Dans cette phrase, deux idées (ou occurrences) sont exprimées : la compétence des remplaçantes et la charge de travail supplémentaire qui seront placées dans des sous-thèmes différents : le remplacement des absentes pour la première et la charge de travail pour la deuxième).*

Grille de comptabilisation des occurrences

Hôpital de Firminy	Nombre d'occurrence par personne interviewée				Nombre d'occurrences total		Effectif	
	Mme (A.S.)	Mme (A.S.)	Mme (I.D.E)		A.S	I.D.E	AS	IDE
	44	38	90		363	443	8	10
Catégorie : Activité	44	38	90		363	443	7	8
Thème : organisation du travail	18	20	19		90	110	6	7
Sous-Thème : remplacements	7	6	12		22	20	4	6
Propos : gestion des absences	5	4	6		16	15	3	3
Propos : compétences des remplaçantes	2	2	6		6	8	3	2

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
AS : Aide-Soignante

### **II.5.2. L'analyse sémantique-structurale :**

Si l'analyse logico-sémantique repère les unités sémantiques présentes dans le discours (opinions, attitudes ou stéréotypes), l'analyse sémantique-structurale, elle, cherche à repérer la logique d'un discours, ce qui le structure. L'organisation du discours est marquée par une dynamique affective et cognitive qu'on va repérer dans le contenu latent, dans les rapports entre les éléments du discours (oppositions, associations entre des propos, entre des thèmes...) mais aussi dans l'utilisation de métaphores, les silences, les hésitations, les interruptions... tout ce qui structure le discours. L'étude de cette dynamique affective et cognitive au travers de tous ces éléments qui « marquent » le langage va nous servir de matériau pour comprendre les fonctions et les ancrages des représentations des soignants.

Négura (2006) précise qu'il s'agit « D'établir les éléments qui génèrent des significations partagées et organisent la représentation ; pour cela, il faut prendre en considération au moins deux critères dans l'analyse des éléments des représentations : la fréquence de l'élément et le pouvoir qu'il a d'organiser la signification de la représentation. La fréquence est l'indice de popularité de l'élément,



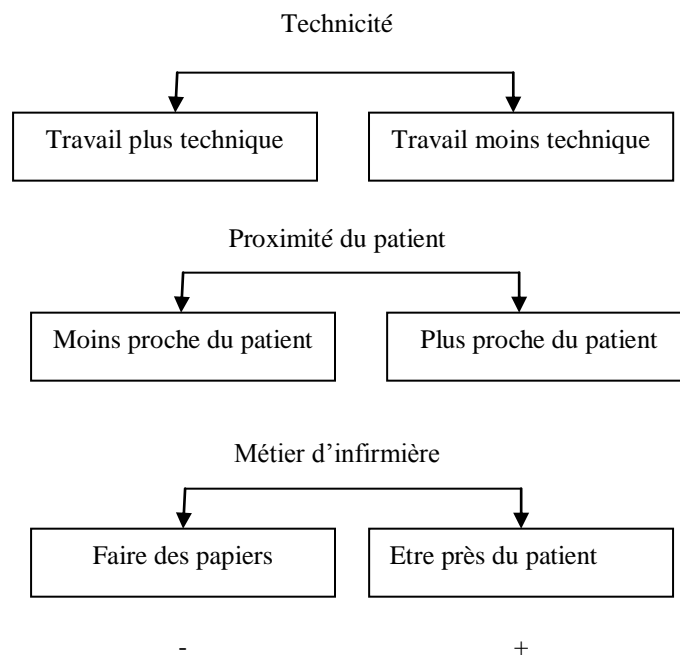
quant à la cooccurrence, elle fait référence au nombre de relations de l'élément avec d'autres éléments et peut aider à comprendre le force de l'élément dans la représentation ».

Ainsi, l'analyse des cooccurrences va permettre de montrer comment les éléments établissent des relations avec d'autres éléments. Piret, Nizet et Bourgeois (1996, p. 146) précisent que l'analyse structurale va permettre l'étude de ces relations en prenant en considération trois éléments :

- La structure sémantique qui prend en compte les disjonctions et la manière dont elles s'articulent entre elles (hiérarchiques, parallèles, croisées) c'est-à-dire la manière dont les mots, les concepts, s'articulent et quelles relations ils ont entre eux.
- Le contenu de l'information présente dans les différences disjonctions c'est-à-dire le choix des mots utilisés (de la même famille, mots inverses...).
- Les valorisations qui indiquent l'aspect normatif donné par le décodeur (ex. : valorisation positive, négative, neutre).

Nous allons illustrer nos propos en prenant un exemple issu de notre corpus.

*« ... Le travail est devenu plus technique : on est moins proche des patients. Quand on choisit un métier comme le nôtre, c'est pour être près du patient, pas pour passer du temps à faire des papiers. Il y a de plus en plus de paperasseries, de données informatiques. Ça prend un temps fou et on n'est pas faites pour ça. ... » Mme P. (infirmière)*



- On a 3 structures parallèles :
- En opposition : plus technique/moins technique et plus proche/moins proche et faire des papiers/être près du patient
- Valorisation positive de « travail moins technique ».

Pour nous aider dans l'analyse sémantique et structurale de notre corpus à savoir dans l'analyse de l'articulation des éléments du discours des soignantes, nous cherchons à identifier les liens logiques tels que montrés dans l'exemple précédent et pour cela, les connecteurs logiques vont nous aider dans cette tâche. Ils mettent en évidence le type de relations existant entre les mots, les concepts, les idées (nous en dressons la liste ci-après).

### Les connecteurs logiques<sup>30</sup>

**ADDITION** : Et / De plus / Puis / En outre / Non seulement...mais encore.

**ALTERNATIVE** : Ou / Soit...soit / Soit...ou / Tantôt...tantôt / Ou...ou / Ou bien / Seulement...mais encore / L'un ...l'autre / D'un côté ...de l'autre.

**BUT** : Afin que / Pour que / De peur que / En vue de / De façon à ce que.

**CAUSE** : Car / En effet / Effectivement / Comme / Par / Parce que / Puisque / Attendu que / Vu que / Etant donné que / Grâce à / Par suite de / Eu égard à / En raison de / Du fait que / Dans la mesure où / Sous prétexte que.

**COMPARAISON** : Comme / De même que / Ainsi que / Autant que / Aussi...que / Si...que / De la même façon que / Semblablement / Pareillement / Plus que / Moins que / Non moins que / Selon que / Suivant que / Comme si.

**CONCESSION** : Malgré / En dépit de / Quoique / Bien que / Alors que / Quelque soit / Même si / Ce n'est pas que / Certes / Bien sûr / Evidemment / Il est vrai que / Toutefois.

**CONCLUSION** : En conclusion / Pour conclure / En guise de conclusion / En somme / Bref / Ainsi / Donc / En résumé / En un mot / Par conséquent / Finalement / Enfin / En définitive.

**CONDITION, SUPPOSITION** : Si / Au cas où / A condition que / Pourvu que / A moins que / En admettant que / Pour peu que / A supposer que / En supposant que / Dans l'hypothèse où / Dans le cas où / Probablement / Sans doute / Apparemment.

**CONSEQUENCE** : Donc / Aussi / Partant / Alors / Ainsi / Par conséquent / Si bien que / D'où / En conséquence / Conséquemment / Par suite / C'est pourquoi / De sorte que / En sorte que / De façon que / De manière que / Si bien que / Tant et.

**CLASSIFICATION, ENUMERATION** : D'abord / Tout d'abord / En premier lieu / Premièrement / En deuxième lieu / Deuxièmement / Après / Ensuite / De plus / Quant à / En troisième lieu / Puis / En dernier lieu / Pour conclure / Enfin.

**EXPLICATION** : Savoir / A savoir / C'est-à-dire / Soit.

**ILLUSTRATION** : Par exemple / Comme / Ainsi / C'est ainsi que / C'est le cas de / Notamment / Entre autre / En particulier.

**JUSTIFICATION** : Car / C'est-à-dire / En effet / Parce que / Puisque / En sorte que / Ainsi / C'est ainsi que / Non seulement...mais encore / Du fait de.

**LIAISON** : Alors / Ainsi / Aussi / D'ailleurs / En fait / En effet / De surcroît / De même / Egalement / Puis / Ensuite.

**OPPOSITION** : Mais / Cependant / Or / En revanche / Alors que / Pourtant / Par contre / Tandis que / Néanmoins / Au contraire / Pour sa part / D'un autre côté / En dépit de / Malgré / Au lieu de.

**RESTRICTION** : Cependant / Toutefois / Néanmoins / Pourtant / Mis à part / Ne...que / En dehors de / Hormis / A défaut de / Excepté / Sauf / Uniquement / Simplement.

**TEMPS** : Quand / Lorsque / Comme / Avant que / Après que / Alors que / Dès lors que / Tandis que / Depuis que / En même temps que / Pendant que / Au moment où

Nous allons à présent aborder la partie centrale de notre thèse dans laquelle nous ferons l'exploitation des données de notre recherche et nous pourrons alors en déduire les principaux résultats de cette recherche que nous rapprocherons pour confrontation à notre questionnement de départ.

---

<sup>30</sup> [Eduscol.education.fr/lettres/im.../outil-connecteurs-logiques.pdf](http://Eduscol.education.fr/lettres/im.../outil-connecteurs-logiques.pdf)

### **III. EXPLOITATION DES DONNEES DE LA RECHERCHE**

Cette analyse du matériau recueilli dans les deux établissements hospitaliers est bien sûr à replacer dans leurs contextes respectifs. Rappelons que nous avons choisi ces deux Etablissements pour la proximité de leur contexte (même taille, même nombre de lits, même projet). En effet, l'étude d'une représentation sociale dans sa structure et son contenu ne peut se faire sans l'ancrage des discours dans un contexte. Nous allons donc brièvement présenter les deux contextes à l'époque où les entretiens ont été réalisés : celui de Montélimar et celui de Firminy.

#### **III.1. L'hôpital de Montélimar**

##### **III.1.1. Le contexte**

L'hôpital de Montélimar comprend 534 lits pour un effectif de 776 soignants (ASH, AS, IDE, personnel éducatif, cadres infirmiers). Comme tous les hôpitaux, il est confronté aux récentes évolutions, par exemple la mise en application des préconisations apportées par le rapport Berland. Ainsi, en 2010, l'hôpital a élaboré un protocole sur le thème du transfert des compétences médecin/infirmière dans le suivi des patients atteints d'hépatite C. Deux autres dossiers sont en cours (ils concernent la cardiologie et la diabétologie). L'ARS contrôle les modèles effectués par chaque hôpital, qui font l'objet d'un protocole national, s'ils sont validés. Il s'agit, bien sûr de travaux centrés sur une logique de soins par le transfert de compétences du médecin vers l'infirmière et non de prévention. Ainsi, chaque hôpital peut être pilote de projets de développement sur un plan national.

Concernant la loi HPST, la Directrice des ressources Humaines nous précise qu'il est difficile d'en mesurer l'impact, des fusions d'Etablissements devant être effectués dans les années à venir.

Comme dans tous les hôpitaux, la création de pôles a restructuré le travail des équipes de l'hôpital. Ainsi, sept pôles ont été créés ainsi que des conseils de pôles: médecine ; mère-enfant ; chirurgie : viscérale/oncologie/gastrologie ; urgence, réanimation ; plateau technique : pharmacie, bloc, consultation ; pôle transversal HAD, équipe mobile.

La restructuration d'unités de soins autour de spécificités comme l'urologie, l'ORL, la chirurgie ambulatoire ou l'hôpital de jour en médecine/oncologie, a nécessité l'uniformisation de

procédures ce qui a rapproché le chef de pôle et le cadre de santé, permettant ainsi de développer des compétences supplémentaires.

A noter également, d'après les propos de la Directrice de Soins infirmiers, que suite à un constat de nombreux TMS par le médecin du travail, l'hôpital de Montélimar a mis en place une commission de gestion de cette problématique. D'où, la création d'un GEST (Groupe d'Etudes en Situation de Travail) avec trois axes prioritaires : ergonomique, gestes et postures et TMS. D'autre part, l'Etat allouant un budget à tout Etablissement hospitalier présentant un projet centré sur les RPS, en 2008, la Direction de l'hôpital a mis en place un CLACT (Contrat de Lutte et d'Aide aux Conditions de Travail) avec comme priorité le problème des TMS.

### **III.1.2. Synthèses des entretiens**

#### **Synthèse de l'entretien avec Mme R.**

Infirmière clinicienne depuis 2004, 50 ans, mariée, un fils de 18 ans, une fille de 24 ans.

Fait des consultations infirmière (à la suite de l'expérimentation terminée en 2006, avec un patient ayant une hépatite C). Poste qui entre dans le cadre du dispositif Berland.

A l'hôpital de Montélimar depuis 1980 : a fait différents services : cardio, bloc, réa, oncologie.

Ce qui caractérise cet entretien est le sentiment d'isolement que ressent Mme R. dans son nouveau poste d'infirmière clinicienne.

Mme R. occupe un nouveau métier depuis 2004, nouveau pour elle mais aussi pour l'hôpital puisqu'il s'agit d'une création de poste. L'objectif de ce poste (comme c'est précisé dans la loi Berland), c'est de suppléer au manque de médecins en permettant à des infirmières de faire certains diagnostics et un suivi de patients atteints de maladies telles que le diabète ou l'hépatite C. Pour Mme R., il s'agissait d'une évolution de carrière tout en restant dans le domaine du soin (elle ne voulait pas devenir cadre de santé). Bien que la fonction d'infirmière clinicienne lui permette de participer à des formations, des congrès (ce qu'elle apprécie beaucoup), ce nouveau métier l'isole de ses collègues : *« Je suis quand même détachée d'une équipe....ce qui me manque un peu c'est d'être avec quelqu'un pour le travail »*.... *« Je suis quand même en difficulté, par rapport à être sur un poste...par rapport à être isolée, quoi »*.

Elle est plus en contact avec les médecins *« C'est pas tellement facile, on n'a pas les mêmes regards par rapport aux patients. »*. Elle travaille avec des médecins qui sont souvent peu

disponibles et donc qui ne sont pas véritablement des soutiens : « *Pendant ma formation de clinicienne, ce que j'ai apprécié, c'est qu'on avait quand même beaucoup de supervisions par rapport aux pratiques...et tout ça, moi, je ne l'ai pas.* ». Ses propos montrent non seulement son impression d'isolement mais aussi ses divergences de points de vue avec le médecin du service, concernant notamment le contenu de sa fonction : « *C'est pas ton travail, tu t'élargis trop tu vas pas t'occuper de ça, c'est pas ton boulot.* ». Les contours de la fonction d'infirmière clinicienne ne sont pas clairs : face à cela, Mme R. a tendance, par conscience professionnelle, à prendre en charge les patients y compris dans la sphère privée : « *Il faut savoir jusqu'où, on va dire, mon accompagnement...j'aurais peut-être pas dû aller jusqu'à...parce que le médecin n'allait pas le faire.* ». Son éthique la pousse à prendre en charge globalement les personnes : « *Quand on met quelqu'un en traitement on ne va pas voir que le côté de la maladie, on va voir et bien justement, toutes les répercussions du traitement en effets secondaires* »... « *Le laboratoire était en rupture de stock, et les gens n'avaient plus de traitement. Et pareil, moi, je me suis retrouvée à appeler les pharmacies, les différentes personnes pour qu'ils puissent se dépanner entre eux au niveau des médicaments...j'y étais encore à sept heures du soir.* ». Sur ce plan de la prise en charge des patients, elle semble en désaccord avec le médecin du service et le vit mal : « *S'il me jette ça, c'est comment, comment dire, il y a sûrement une arrière-pensée derrière tout ça quoi...* ».

Mme R. exprime le manque de dialogue avec le médecin mais aussi avec la psychologue du service : « *Je travaille aussi avec une psychologue qui vient pour les patients, donc on se voit pas trop, enfin on se voit plus par rapport aux patients.* », en clair, elle exprime le désir d'être aidée, écoutée.

La souffrance qu'elle ressent se manifeste dans ses propos quand elle parle de ses rapports avec les patients qui apportent leurs lots de souffrance : « *Il y a des fois des choses qui sont un peu dures à absorber.* » et quand elle évoque sa situation familiale : « *Il faut affronter d'autres soucis, on va dire, qui sont pas faciles non plus... j'étais plus que limite, fatiguée, épuisée un peu tout quoi, et puis c'est vrai que quand on a annoncé le diagnostic à mon mari, je me suis sentie complètement...enfin un gros poids qui me tombait...et je me suis dit « Mais tu vas pas t'en sortir quoi », je me suis vraiment sentie très mal.* ».

Mme R. fait preuve d'écoute, d'empathie, elle répond toujours présent dans les difficultés des autres même si son entourage n'exige pas autant d'elle, elle dit d'ailleurs qu'on la surnomme « *Mère Térésa* ». Les sollicitations multiples la fatiguent mais la valorisent aussi : « *C'est vrai qu'il y a un bon retour, on sait que ça se passe bien, les médecins me disent toujours, enfin il y a toujours un bon retour.* » et les autres s'inquiètent pour elle. Elle dit qu'elle a des problèmes de sommeil et des angoisses, a repris un suivi chez un psychologue, non pas pour prendre soin d'elle mais pour

assurer ce qu'elle considère son devoir : « *J'arrivais plus...à être aidante, écoutante, enfin non je ne pouvais plus quoi.....je crois que je peux plus porter.* ». Son engagement l'oblige à aller de l'avant au risque de ressentir une grande culpabilité. Elle a besoin de se sentir utile, efficace et ne se sent exister que dans l'action. C'est un mécanisme de fuite : l'action est à la fois ce qui l'épuise et ce qui lui permet de fuir ses problèmes : « *Je sais que j'ai ça et ça à faire et donc, c'est un peu, c'est l'activité que je dois faire qui me tient à cœur.... J'aurais dû, j'aurais dû poser des congés....parce que je ne sentais pas de, bon, j'allais être en congés seule et je ne me sentais pas...de me reposer, on va dire alors que je sais que j'en ai besoin physiquement.* ». Si elle est malade, elle repart dès que ça va mieux : « *Il faut que ça reparte sur autre chose* ».

Son entourage l'interpelle (ses enfants, ses collègues, ses amies) : « *C'est quand que tu te poses?...t'es épuisée...mais maman, tu vas pas pouvoir encore tout porter, il faut que tu te fasses aider* » mais les conseils des autres n'ont pas beaucoup d'impact sur elle. Pour se détendre, elle fait de la gymnastique, de la course à pied : « *Courir, franchement, ça me vide la tête, ça m'aide bien....de la gym en salle deux fois par semaine* ».

Dans ce qu'elle exprime, on note une bonne capacité de rebondissement : « *Je passe très vite d'un cap à l'autre, quoi* ». Toutes les activités qu'elle fait, même si cela l'épuise, semblent être moins perturbatrices que le repos : « *Comment on peut quand il y a du vide, comment on peut accepter....ben ces temps de pause, ces temps de vide, comment je peux les accepter?...ils représentent un mal-être, du mal être* » ; « *Il faudrait bien à un moment ou à un autre que je me pose un peu mais j'appréhende tellement ces moments enfin ces moments d'isolement, je ne sais pas ou alors avoir un but, de partir à un endroit...* ». Même si la charge physique et mentale est lourde, elle ne cherche pas à changer la situation.

Sans parler de « bien-être psychologique », elle dit ce qui la motive, donne du sens à son travail : se sentir utile, efficace mais aussi participer, dans le cadre de son activité, a des congrès, des groupes de travail : « *On m'a proposé des choses, de travailler au niveau des maladies chroniques au ministère de la santé.....de participer à des congrès...je vais pas dire « non » parce que bon je me dis c'est important et puis ça me plait* ».... « *J'aime bien être pas au cœur de tout mais j'aime bien, ça m'apporte quand même.* ». Être reconnue, appréciée par les autres est très important pour elle : derrière les activités multiples qu'elle fait, on sent un besoin de reconnaissance affective : « *A un moment ou à un autre, si on veut s'attirer l'autre c'est que dans le même temps, on doit peut-être lui apporter quelque chose.* ». Elle apprécie d'avoir une liberté d'action : « *J'ai pas besoin d'avoir quelqu'un effectivement qui supervise, enfin qu'on me dise ce que je dois faire quoi.....j'ai eu des fois un peu des...un peu des conflits par rapport à ça...maintenant c'est passé* ».

### Synthèse de l'entretien avec Mme S.

Infirmière en oncologie – gastrologie, 50 ans, mariée.

Ce qui caractérise le mieux Mme S. est son incapacité à dire « non » aux multiples sollicitudes liées à sa fonction d'infirmière en oncologie.

Mme S. fait preuve de conscience professionnelle : « *La personne, on la prend dans sa globalité* » et ceci l'amène à réagir par rapport au comportement d'autres collègues : « *Il y en a qui font juste ce qu'ils ont à faire.* ». Cela donne du sens à son travail mais c'est aussi un travers dans lequel elle tombe : elle a des difficultés à dire « non », à faire preuve d'assertivité : « *Le nombre de fois où quand on me voit passer, on va me demander des renseignements alors que des fois, il y a d'autres personnes autour à qui ils pourraient demander* » « *Je les conseille, je leur dis parlez-en au médecin et c'est moi qui fait la démarche par rapport au médecin* »... « *Et comment il faut que je fasse ?...* ». Sa conception du travail est celle de l'aide qu'elle peut apporter aux autres ; elle se donne entièrement dans son travail et ne prend pas soin de sa santé. Cette souffrance, le corps la manifeste par des TMS : « *J'ai été bloquée du dos, ça fait que j'ai eu une semaine un peu dure* ».

Elle évoque également des problèmes familiaux : « *Je sais que j'ai une belle-mère hyper envahissante, par rapport à plein de choses* » « *C'est pas que je l'évite, mais...* » ; elle voudrait que son mari gère sa relation avec sa mère, qu'il ne laisse pas à sa femme le soin de le faire : « *Quand je l'ai au téléphone, avec mon mari, ça va très bien, et avec moi, elle pleure au téléphone* ».

Elle manifeste surtout des signes de souffrance dus à la charge de travail : « *Il y a plein de choses, c'est plus difficile quoi* ». Même le suivi psychologique introduit des perturbations : « *Poser certaines choses, ....ça bouge aussi beaucoup de choses...et des fois, j'en ressors c'est dur* ».

Peu de signes de bien-être psychologique au travail apparaissent hormis le fruit des échanges avec les patients : « *C'est pas que dans un sens, c'est pas seulement ce que je leur apporte, c'est aussi ce qu'ils m'apportent eux* ».

Quant aux activités physiques, Mme S. précise qu'elles ont un effet sur le corps mais pas sur le mental : « *La course à pied, c'est un peu mon échappatoire...c'est ça le problème au niveau du temps, j'ai pas d'échappatoire de remplacement* » « *J'ai pas vraiment de repos parce que je pars en séjour de thalassothérapie de deux ou trois jours et je pars avec mes collègues enfin c'est pas l'idéal parce que pour le corps c'est bien mais pas pour la tête, quoi* ».



### Synthèse de l'entretien avec Mme Mi.

Aide-soignante à la stérilisation, 49 ans, mariée, 2 filles (20 et 23 ans).

Est restée 14 ans en cardiologie puis a pris un poste à la stérilisation à 80% depuis quelques mois. Est actuellement en arrêt maladie.

Cet entretien se démarque par le poids de l'histoire personnelle qui interfère sans cesse sur les réflexions de Mme Mi. : enfant de la D.D.A.S.S., qui n'a pas été aimée dans sa famille d'accueil, sa vie familiale et sa vie professionnelle sont en permanence enchevêtrées dans l'entretien.

Mme Mi. parle de ses difficultés qui sont multiples :

#### Difficultés relationnelles :

Avec les patients, en cardiologie, elle déplore un changement de mentalités chez les patients : *« C'est les mentalités qui changent, ils estiment qu'ils paient tant par jour et en retour on devient des boniches »*.

Avec les collègues de la stérilisation, elle se sent marginalisée, dénigrée, dévalorisée et donc non intégrée par le groupe : *« Il faut être logique ; c'est pas compliqué de faire ça ! » « Elles mangent ensemble au restaurant » « C'est toujours le même groupe qui se retrouve. »*. Elle ne veut pas d'hypocrisie : *« Si ça passe pas maintenant, ça passera jamais »*.

Avec la hiérarchie : (manque de confiance). La cadre lui fixe un ultimatum : *« Une semaine d'essai, ou tu restes, ou tu restes pas »*.

#### Difficultés techniques : (peur de faire des erreurs) :

Exécution des tâches informatiques : *« Il faut tout rentrer ce qu'on fait et si on se trompe, il faut appeler quelqu'un et ça fait perdre ¾ h à la personne » « on m'a fait sentir que j'étais lente »*.

Lavages des instruments à la machine : *« Certains passent à la machine à laver, d'autres faut les laver à la main »... « J'avais peur de faire des bêtises parce que les choses...ça vaut des fortunes. »*

#### Vie personnelle : difficultés avec une de ses filles :

Sentiment d'injustice, d'ingratitude : *« Ma fille ainée me dit « Tu n'as pas le droit de t'arrêter ...ça me blesse au plus profond de moi »*.

Mme Mi. parle de sa souffrance à travers une image de soi très dévalorisée : *« Je me sentais tellement dévalorisée que je ne me sentais pas de reprendre dans un service comme ça le lendemain » « J'avais jamais pleuré au travail et là, tous les jours » « J'ai pas le courage de continuer. »*. On sent une fragilité dans sa personnalité, due au contexte : *« J'avais pas le courage d'assumer ces humiliations »* mais aussi en lien avec une enfance difficile (enfant de la D.D.A.S.S.) : elle a été rejetée par sa mère biologique et par sa mère adoptive : *« Elle a dit qu'elle ne voulait jamais*

*entendre parler de moi »... « Elle a toujours fait des différences avec ses enfants, surtout la dernière »... « Pourquoi on m'aime pas quoi ? Qu'est-ce que j'ai fait, pourquoi ? ». Elle développe un comportement de méfiance vis-à-vis des autres même envers ceux qui lui font des compliments, recherche des personnes authentiques : parlant des patients, elle dit : « Les gens qui sont prêts de la mort, ils sont humbles et humains »...« Le relationnel passera mieux ».*

Mme Mi. a le respect des autres, de la famille : elle ne dénigre pas ses parents adoptifs et a le souci de protéger ses filles contre les aléas du monde extérieur : *« Qu'on puisse penser que moi, je puisse aller dénoncer quelqu'un, ça m'a bouleversée ».*

Au sujet de ses filles, elle dit : *« J'arrive pas à trouver la force de les lâcher, la société est tellement pourrie...les jeunes sont prêts à tout et j'ai peur de ça ».*

Il y a beaucoup de redondances dans le discours concernant le manque de reconnaissance, le dénigrement, le rejet des autres : dans les propos, la souffrance est sans arrêt présente. Les seuls éléments de bien-être psychologique au travail que l'on trouve sont centrés sur des motivations hédoniques (profiter de la vie, de ce qu'elle apporte) : *« Je me dis que la vie est courte, je n'ai pas le temps de me faire « flic » encore » ; « Je voudrais arrêter et penser un peu à moi, rester à la maison »... « J'ai plus envie de m'occuper des autres, je suis bien chez moi, je suis dans mon cocon. » « Moi j'adorerais ça, faire des activités manuelles avec les gens »* et pourtant, elle exprime aussi du plaisir à faire le métier d'aide-soignante : *« C'est un métier qui me plaisait et je l'ai toujours fait avec honnêteté et plaisir ».*

### **Synthèse de l'entretien avec Mme J.**

Infirmière au service 6 de psychiatrie depuis 1979 et faisant fonction de cadre depuis 2000, 53 ans Mariée, un fils de 30 ans.

Ce qui ressort de cet entretien est à la fois l'illustration de violence morale exercée sur Mme J. par sa hiérarchie (à V.) et les difficultés d'organisation liées aux décisions politiques entre les Etablissements de Montélimar et du V.

Mme J. évoque la pression qu'elle a subie de la part de la direction pour faire l'école des cadres : *« Faut faire l'école des cadres alors que c'était pas du tout mon projet.....pour rendre service...je voulais pas décevoir l'administration qui m'avait payé la prépa, donc, je suis allée présenter deux concours ...j'ai fait la prépa mais j'ai tout fait pour ne pas réussir le concours, je n'avais pas envie ».*

A l'école des cadres, dit-elle, on allait lui demander de laisser de côté ce qui fondait la culture de soignant pour adopter la culture de cadre : *« J'ai été bloquée, oui j'ai été particulièrement contrariée par le fait que...ben, il est clair que, quand on est cadre, on doit choisir son camp et pas se*

*tromper et que surtout, et donc pour ne pas se tromper, on doit faire le deuil de sa fonction d'infirmière....et ça, je ne pouvais pas l'entendre »... « On doit entrer dans un moule avec un langage commun, avec des écritures communes...je ne sais pas le faire, je ne peux pas, ça m'horripile ! »*

Mme J. n'avait pas envie de rentrer dans ce « moule » ; si elle a accepté le poste de cadre dans son service, c'est parce que celui-ci était vacant et personne ne voulait de ce poste : *« Personne n'a postulé, la DSI m'a sollicitée ».*

Elle évoque l'environnement politique qui a entouré sa prise de fonction : le rapport Macé indiquant que l'hospitalisation devait avoir lieu au plus près du domicile du patient a amené le rapprochement des hôpitaux de Montélimar et du V. Les salariés qui ne voulaient pas être mutés pouvaient choisir leur lieu d'exercice. Mme J. en a fait partie ; elle a demandé à être mise à disposition de l'hôpital de Montélimar pour le centre hospitalier de... sa carrière étant gérée administrativement par Montélimar : *« Je ne suis pas favorable pour demander ma mutation à..., je n'ai pas confiance... il manque de considération pour son personnel » « Ma carrière dépend de Montélimar mais mon travail dépend du ... ».*

Elle rencontre des difficultés relationnelles avec le directeur du centre de V. et avec sa façon de manager. Elle évoque de multiples fois une organisation pathologique : tâches imposées, charge de travail lourde, non-respect de l'individu, dispersion géographique, autonomie limitée, valeurs sociales remises en cause. Nous l'illustrons par quelques phrases : *« L'équipe apprend par le médecin chef que je suis sur la sellette...je rentre et je trouve une équipe...je sentais bien qu'il y avait quelque chose »... « Je me sens complètement décousue, je ne peux plus m'investir, suivre mon travail...je suis sans arrêt en train de me déplacer » ... « C'est ma façon à moi de lutter contre l'absurde...il y a sans arrêt cette pression, ce couperet » ... « Le soin c'est quelque chose qu'il met complètement de côté » ... « La manière dont ça a été remis en question, j'ai pas supporté ; tout l'Etablissement était au courant et moi ça me tombe dessus...cette façon de fragiliser même les cadres ». La souffrance dans son travail est exprimée largement : « C'est moi qui suit en train de lâcher » « Je peux plus, je suis trop dispersée ».*

Elle évoque son sentiment d'impuissance à soutenir son équipe, ses collègues : *« J'avais pas à être là pour cette rencontre où il allait annoncer à mon collègue que...je me suis trouvée impuissante, je ne pouvais pas le soutenir »...« La DRH est en arrêt maladie pour des raisons professionnelles, il l'a menée à bout » « J'aurais l'impression de lâcher, de quitter le bateau...je serais pas bien si je devais partir maintenant. ». Ce qui compte pour elle, c'est de prendre soin de son équipe, elle manifeste de la bienveillance pour les autres : « Il faut que j'arrive à me détacher des responsabilités de l'équipe, ça me soulagerait »... « Que je sois un peu moins mère poule »... « On m'a*

dit : « tu sais ce que tu as à faire ? »... « Moi, ça me plaisait donc, du coup, je l'ai mis en place pour les autres » « En aucun cas les équipes ne doivent faire les frais de ce que j'ai à gérer moi-même ».

Elle fait bien la distinction entre son métier et ses conditions d'exercice : « J'aime mon travail, j'aime ce que je fais, c'est les conditions que je n'aime pas. ». Elle affiche clairement son souhait de reprendre son métier d'infirmière, plus en accord avec ses valeurs ; c'est dans cette fonction qu'elle aborde le plaisir au travail : « Si on me met sur un poste d'infirmière, je serai absolument pas gênée »... « Je suis à l'affût d'un poste qui pourrait me soulager, un poste d'infirmière... quand j'ai l'occasion d'être en contact avec des patients, c'est là où je prends beaucoup de plaisir » ... « Je suis centrée sur les patients et puis aussi sur les soignants. ». Même les contraintes du métier de soignant sont gommées, elle ne retient que le côté positif de la fonction, le contact avec les patients c'est-à-dire ce qui fonde sa culture de soignant.

### **Synthèse de l'entretien avec Mme A.**

Infirmière en pneumologie depuis 1982, 53 ans, mariée, deux grands enfants.

Ce qui ressort de cet entretien est le manque de confiance en soi prégnant de Mme A. et ses difficultés à gérer les patients atteints d'addictologie. Mme A. aborde la dégradation de ses conditions de travail, notamment une augmentation de la charge de travail : « Dans le service, on a récupéré la diabéto, l'addicto, et la néphro, ça fait beaucoup et on n'est pas plus nombreuses...ce sont des malades qui demandent beaucoup de suivi et qui sont en général très stressés ».

Elle pointe du doigt son manque de connaissances en psychologie pour pouvoir vraiment aider ces malades : « Et puis, on n'est pas formés pour faire de la psycho et ces personnes ont vraiment besoin d'être aidées sur le plan psychologique. ». Elle rajoute son manque de formation pour accompagner des patients en phase de crise : « Ils arrivent aux urgences, ils nous les envoient. Ils sont souvent en crise, enfin, en phase aigüe. C'est stressant ».

Elle fait le lien entre cette charge supplémentaire de travail physique et mentale et son état interne : « Avant qu'on ait récupéré la diabéto, l'addicto, j'étais pas stressée, je venais travailler avec plaisir...je suis même stressée dans la vie maintenant ... suis fatiguée, j'ai moins envie de sortir. Mes enfants me le disent aussi. ». Elle rajoute les relations avec les malades qui sont difficiles : « Les gens sont de plus en plus exigeants, on est parfois leur boy.....dans les problèmes d'addictologie, ils sont pas toujours prêts à vous entendre ». Elle pense que le fait d'être une femme est un handicap : « On a beau dire, ils craignent plus un homme ! il s'impose plus qu'une femme ».

Elle évoque également d'autres causes à son stress : l'arrivée de l'informatique : « On a récupéré d'autres malades et en plus, il a fallu que je travaille avec un ordinateur. Je passe bientôt plus de temps à écrire qu'à soigner...si on se trompe, c'est une catastrophe et puis ça plante, un ordinateur. »

Mme A. a peur d'être mal jugée par sa cadre : « *Elle pense que je me crée des problèmes, on vous juge vite dans le travail* »... « *Il y a mille façons de faire comprendre à quelqu'un qu'il est dépassé.* » Elle pointe du doigt le problème de la gestion des âges : « *Elle exige de moi que je sois aussi performante que mes collègues plus jeunes.* ». Ce qui la blesse, c'est le manque de reconnaissance des autres : « *Quand on voit dans le regard des autres : « Elle a encore rien compris », ça blesse et du coup on fait d'énormes efforts...mais à la longue c'est épuisant.* » : sa conscience professionnelle et son amour-propre sont ses moteurs mais ils semblent insuffisants pour assurer la charge de travail.

Elle n'exprime pas de bien-être mais précise juste la qualité des rapports qu'elle a avec la cadre du service et ses collègues : « *J'ai pas à me plaindre de ma surveillante, elle écoute, heureusement* »... « *Elle fait ce qu'elle peut, nous soutient* »... « *J'aime bien mes collègues ici, ça m'ennuierait de les quitter.* ». Elle évoque des moyens pour réduire son stress (outre les médicaments pour dormir qu'elle prend régulièrement) : « *Je cours, ça me détend et puis je fais un peu de peinture de temps en temps.* » et d'autres moyens à mettre en œuvre : « *une équipe qui gère les personnes en état de crise.* » ; la connaissance des personnels des autres services : « *Il n'y a que dans les formations qu'on se rencontre ...on peut passer plus de vingt ans sans connaître les autres.* » et le souhait de rencontrer un psychologue sur l'hôpital : « *Il n'y a pas de psychologue qui peut aider à prendre du recul* ».

Notons donc aussi qu'elle positive le rapport avec ses collègues et est en recherche de bien-être avec eux.

### **Synthèse de l'entretien avec Mme B.**

Aide-soignante en oncologie/gastrologie (12 ans de pneumologie et 18 ans dans ce service de gastrologie), 53 ans, Divorcée, vit seule, a une fille et deux petites filles.

Dans cet entretien, ressortent les difficultés qu'évoque Mme B. dans la fusion entre les deux services de gastrologie et d'oncologie : fusion de deux services, de deux cultures, de pratiques différentes qui n'ont pas fait l'objet d'un accompagnement.

Mme B. déclare : « *On voit les changements quand ils arrivent* »... « *L'onco a débarqué chez nous, on ne nous l'avait même pas dit.* » : problème de communication et d'accompagnement de cette fusion. Elle vit les personnes de l'autre service comme des intrus : « *Les gens d'onco ont pris notre place. On leur a fait de la place et du coup, on est passé au second plan* ».

Elle évoque également des difficultés de compréhension entre les générations, entre autres avec la cadre du service : « *Elle s'occupe plus des gens d'onco que de nous...elle est jeune, elle veut faire avancer les choses alors ce que disent les vieux.* ». Elle compare l'activité des deux

populations et a le sentiment que le personnel le plus ancien est plus dévoué, plus disponible : « *Les jeunes, elles fonctionnent pas comme ça, quand on leur demande quelque chose, elles disent qu'elles ont pas le temps.... Elles font leurs heures, c'est tout* »... « *A mon époque, on ne comptait pas son temps.* ». Elle a l'impression que ses efforts, son implication ne sont pas reconnus, voire qu'on profite de sa bonne volonté : « *C'est pas parce que je fais des choses qu'on me respecte plus* » ... « *Elle m'a fait tout un discours, que je pourrai récupérer quand je veux : je sais très bien que c'est pas vrai* ».

Elle évoque à la fois le problème de la gestion des absences mais manifeste surtout la déception que sa cadre ne reconnaisse pas sa conscience professionnelle : « *Elle savait qu'on peut compter sur moi, que j'ai de la conscience professionnelle* »... « *Je ne sais pas refuser...et puis, je le fais pour les malades.* ». Elle exprime sa solitude face à ses collègues et à une hiérarchie qui ne partagent pas les mêmes valeurs qu'elle : « *C'est pas la première fois que je me laisse avoir, je sais très bien qu'il n'y aura rien derrière mais j'y suis quand même allée* »... « *Tant que le travail est fait et que le service tourne* ».

Cette conscience professionnelle, l'amour de son travail, c'est ce qui lui procure du plaisir : « *C'est vrai que j'aime aller dans le service, j'aime bien mes malades...et leurs familles. Ils sont dans des situations tellement difficiles, ils ont vraiment besoin qu'on les aide* » « *J'ai autant d'attention pour les malades que pour ma famille* ».

Elle exprime très bien ce qui la stresse, ce n'est ni la charge de travail ni les conditions de travail mais le manque de reconnaissance qu'elle ressent : « *C'est vrai que je suis stressée et que j'aurais besoin de me détendre... ce qui me stresse le plus, c'est le manque de reconnaissance de ce que je fais par ma cadre, par les collègues* ».....ce sentiment est renforcé par une confiance en soi fragile : « *Je crois que je manque de confiance en moi* ».. « *la peur de me tromper dans les soins que je fais* » « *J'ai gardé un fond de timidité.* ». Elle fait le parallèle entre sa sœur aînée qui la dominait quand elles étaient enfants et la cadre du service et explique son comportement ainsi : « *Je crois que j'aime pas déplaire aux autres* ».

Pour rendre les relations de travail plus agréables, elle émet l'idée de créer des moments de convivialité : « *Faire des gâteaux de temps en temps* »... « *J'avais fait des gâteaux à une époque et personne ne voulait croire que c'était moi qui les avais fait* »... « *Ca avait mis une bonne ambiance.* » et de développer les relations avec les collègues venant d'oncologie. Elle revient à plusieurs reprises sur la différence de générations et dit que les jeunes ont raison de ne pas en faire plus. C'est de sa faute à elle si elle se fait avoir : elle intériorise comme madame Jardin.

## **III.2. L'hôpital de Firminy**

### **III.2.1. Le contexte**

L'hôpital de Firminy est bien implanté dans la région de la vallée de l'Ondaine, aux portes de Saint-Etienne : il dispose de 292 lits et de 150 pour les séjours de longue durée, soit 442 lits au total. Le personnel soignant comprend 432 personnes (temps complet, partiels et remplaçants) répartis en 283 infirmières et 149 aides-soignantes. Le nombre plus élevé d'infirmières est une décision de la Direction pour enrayer les glissements de fonction : ainsi, les aides-soignantes ne réalisent pas des tâches d'infirmières que celles-ci leur confieraient faute de temps.

Comme tous les hôpitaux, l'hôpital est entré dans des mesures exigées par les nouvelles lois hospitalières avec la création de postes de spécialisation pour les infirmières : IDE d'annonce, IDE stomathérapeute, IDE en addictologie et IDE en soins palliatifs. Six pôles ont été créés : médecine, gériatrie, chirurgie/bloc/surveillance continue, mère/enfant, médico technique et administratif regroupant ainsi les compétences.

Au niveau des projets prioritaires suivis par l'Etablissement, outre les thématiques imposées par l'ARS (douleur, consentement éclairé, tenue du dossier du patient, dépistage de la dénutrition, problèmes infectieux et hémovigilance), il y a eu création d'un CLACT en janvier 2012. Ceci a donné lieu à l'embauche d'une psychologue du travail à temps partiel (sur les Etablissements de Montbrison, Pays du Gier et Firminy) et d'une assistante sociale. Parmi le plan d'action 2011/2013 du CLACT, on note deux types d'actions :

- Entièrement mutualisées entre les hôpitaux précités, des actions centrées sur la mise en place de dispositifs de prévention de la souffrance au travail (dans lesquels les TMS arrivent en première place) et un accompagnement individuel par un psychologue du travail.
- Partiellement mutualisées : le Centre Hospitalier du Pays du Giers et celui de Firminy ont décidé de mettre en œuvre une démarche relative à la diminution des contraintes psycho-organisationnelles. Elle permettra des échanges inter-établissements, de professionnels exerçant des professions similaires.

Un suivi de ces actions sera effectué entre établissements par des rencontres bi-annuelles entre Directions, médecins du travail, représentants de chaque CHSCT et par un représentant de chaque représentation syndicale.

### III.2.2. Synthèses des entretiens

#### Synthèse de l'entretien avec Mme H.R.

Aide-soignante aux urgences depuis 6 ans, 51 ans, célibataire.

(Avant : service gastro-alcoologie : 5 ans ; long séjour : 4 ans ; géro-psycho-geriatrie : 1 an ; gériatrie : 4 ans et avant encore : aide-manipulatrice radio ; ASH « volante » ; lingerie ; entretien) auxiliaire puéricultrice à Alger (1 an).

Ce qui caractérise Mme H.R. est son désir d'apprendre, de se lancer sur de nouveaux projets sans pour cela qu'il y ait de véritable projet professionnel. Un autre point marquant dans l'entretien est le constat récurrent qu'elle fait d'un manque de respect dans les relations hiérarchiques et dans les relations jeunes/anciennes actuelles. Trois mots clés reviennent dans son discours : évoluer, donner aux autres et l'humanité.

Mme H.R. a découvert beaucoup de pathologies et des évolutions techniques dans ce poste mais elle exprime le désir de changer : « *Les urgences je commence à en avoir marre !* » « *C'est vrai que c'est une équipe de jeunes...physiquement, on est plus fatiguées...on est beaucoup plus âgées, elles ne se rendent pas compte qu'on pourrait être leur mère...elles vous en demanderaient beaucoup.* ». Ce qu'elle exprime, c'est non seulement un problème de rythmes de travail mais aussi de relations de travail avec des collègues beaucoup plus jeunes : « *Il y a moins de respect maintenant de la personne beaucoup plus âgée* »... « *Quand j'ai commencé, il y avait des soignants de mon âge...on les protégeait mais maintenant moins.* ». Elle parle non seulement des conflits liés aux problèmes de générations mais aussi liés aux catégories socio-professionnelles : « *Les infirmiers, c'est l'équipe de jeunes, c'est que des jeunes* » « *Des fois, il y a des conflits parce qu'aux urgences, on travaille en binôme...il y a des infirmières, il faut tout leur faire, vous êtes un peu leur bobonne.* ». Elle n'apprécie pas l'ambiance dans le service : « *Au niveau de l'ambiance, j'aimerais bien changer d'équipe* »... « *Maintenant, je trouve qu'il manque quelque chose oui...on n'est pas sincère...mais bon, moi, je viendrais travailler pour...c'est pas pour l'équipe que je viens, bon c'est pour les patients* ».

Elle aborde également les rapports avec les médecins, indique une forme de discrimination dont ils bénéficient : « *Ils sont pas très tolérants par rapport à certains de l'équipe...et puis ils ont droit à l'erreur...ils sont protégés.* ». Elle fait en outre, la distinction entre les jeunes médecins et les plus anciens, reconnaissant des compétences cliniques à ces derniers : « *Maintenant, il touche plus, il regarde au niveau diagnostic, il a du mal à voir les choses quand même...il y a quelques années, les médecins arrivaient plus à faire un diagnostic* ».



Elle fait le constat des évolutions dans les soins et dans la formation des aides-soignantes, évolutions qui vont dans le sens des démarches qualité : *« Au niveau des soins, je trouve que ça a beaucoup évolué au niveau qualité »*... *« La formation d'aide-soignante, il y a une évolution je trouve...oui, au niveau théorique, au niveau observation, théorique, il manquait quelque chose...je trouve que c'est plus de qualité...au niveau de la formation d'aide-soignante, c'est, c'est autre chose. »*

Les patients d'ailleurs attendent aussi la qualité dans leur prise en charge : *« Il y a beaucoup plus de travail parce que bon... la population a vieilli »* *« Ils veulent la qualité oui, c'est pour ça qu'ils sont beaucoup plus exigeants »*.

Dans son discours revient fréquemment ce qui la motive dans son métier : *« J'ai toujours voulu faire ça...j'ai toujours voulu m'occuper des autres »*...*« Donner à l'autre, quand je donne pas assez, je culpabilise »* *« Par rapport aux patients, on est tellement débordé de boulot qu'on fait pas attention à l'autre »* *« On peut passer à côté des choses qu'on voit pas »* *« J'aurais jamais pu faire infirmière, c'est trop dans la technicité...nous, on est en relation directe avec la personne. On voit beaucoup plus de choses que le médecin...l'aide-soignante, elle est plus sur l'observation »* *« Le travail d'aide-soignante, je trouve que c'est un beau métier »* *« On donne beaucoup, des fois, je suis fatiguée de donner, c'est la profession où on donne le plus »*.

Elle évoque aussi sa déception quand la Direction de l'hôpital n'a pas accepté de la suivre, il y a une quinzaine d'années, dans un projet de soins esthétiques pour les personnes âgées. Cette blessure d'amour-propre a laissé des traces : *« Il y a des années, j'avais monté un projet de soins esthétiques en gériatrie, je m'étais beaucoup investie ...ça n'a rien donné, c'est pour ça que je fais mon boulot d'aide-soignante mais j'ai plus envie de faire de projet au niveau de l'hôpital »* *« J'ai envie de faire quelque chose pour moi maintenant parce qu'en tant qu'aide-soignante, c'est difficile de monter un projet au sein de l'hôpital ...quand ça vient d'une aide-soignante, c'est pas très bien »* *« J'ai un projet de massage mais je le fais à l'extérieur de l'hôpital »*.

Mme H.R. a des difficultés à décrire ce qui pourrait provoquer du bien-être psychologique au travail : *« Aux urgences, dit-elle, ça me paraît difficile »*... *« Parce que la personne arrive, elle est pas bien, elle sait pas ce qu'elle est... »*.

Quand on lui demande en quoi consiste le bien-être psychologique chez les soignants aux urgences, elle répond : *« C'est comme on est et puis c'est tout...c'est savoir-être...soit on sait donner, soit on sait pas donner. Voilà, ça dépend des personnes, il y en a qui arriveront à donner et puis il y en a d'autres qui n'arriveront pas »*.

Elle répond en « tout ou rien ». *« Il faut être souriant, être à l'écoute, disponible calme, pas stresser...savoir donner la confiance aussi »* : elle nous décrit le soignant idéal pour elle.

Nous reformulons notre question ; « Qu'est-ce qui fait que vous avez envie de venir ici ? Elle a du mal à nous répondre : « *Accueillir des gens, savoir pourquoi ils sont là, connaître leur histoire...donner à l'autre, pas culpabiliser.* » puis la conversation repart sur ce qui ne va pas dans le service : « *Les médecins pas tolérants par rapport à certaines personnes de l'équipe...ce sont un peu les rois* » « *Il y en a certaines de l'équipe qui...il n'y en a pas beaucoup qui se remettent en question* »... « *Il faut savoir se poser les bonnes questions* » ... « *Il y a un manque d'humanité par rapport aux patients...on est tellement débordé dans le boulot qu'on fait pas attention à l'autre, rien qu'un petit geste...on est trop dans le matériel ; je trouve aussi qu'il n'y a pas trop d'humilité* ».

A la fin de l'entretien, Mme H.R. aborde ce qui l'intéresse dans sa profession et ses projets d'évolution : « *C'est un beau métier aide-soignante* »... « *J'ai encore beaucoup à apprendre, je me sens pas en fin de carrière* »...*j'aimerais bien former, être formatrice* »... « *J'ai envie de changer...j'aimerais bien faire des massages après avoir fait aide-soignante.* ». Elle conclut par ce qui lui paraît important dans son métier, un métier qui lui paraît mal cerné par les autres professionnels : « *Des fois c'est très épuisant de donner, c'est la profession où on donne le plus...les médecins sont là pour écouter mais l'aide-soignante, elle donne énormément...je trouve qu'on devrait plus la valoriser* »... « *Je pense qu'ils ne savent pas ce que c'est que le travail d'aide-soignante, le médecin sait pas ce que c'est, l'infirmière sait pas ce que c'est, voilà, ils connaissent pas ce qu'on fait* ».

### **Synthèse de l'entretien avec Mme V.**

Aide-soignante aux urgences depuis 8 ans, 52 ans, mariée.

(« Roulante » pendant 2 ans, puis en gériatrie, puis 15 ans en cardiologie, 5 ans en soins palliatifs et 8 ans aux urgences).

Ce qui la caractérise est sa capacité à prendre du recul sur sa carrière, ses réflexions pertinentes sur le sens du métier d'aide-soignante. Et comme Mme H.R., elle valorise son statut.

Mme V. parle de l'amour pour son métier : « *Le métier d'aide-soignante c'est un métier que moi je, ... je viens pas à reculons comme on dit, je suis toujours contente de venir auprès des patients même si c'est lourd* »... « *C'est un métier très très enrichissant, je ne regrette pas d'avoir fait aide-soignante et je ne regrette pas non plus de ne pas avoir franchi le pas d'infirmière ...parce que c'est pas du tout le même travail...il y a de plus en plus de technique dans le métier d'infirmière, nous on a beaucoup plus de relationnel* ».

Elle fait longuement le parallèle entre les anciennes et les jeunes aides-soignantes : « *Les jeunes, elles disent vite je vais faire l'école d'infirmière : elles sont aides-soignantes mais ça leur plaît pas. Je trouve que c'est dommage* » « *Je pense qu'on n'en retrouvera jamais des trente-trois ans d'aide-soignante* »... « *Elles se projettent toutes en infirmière* »... « *Les aides-soignantes, il y en a plus beaucoup* » : pour elle, la formation d'aide-soignante ne peut pas bien se faire aux urgences mais en

gériatrie : « *Le b-a-ba d'aide-soignante c'est la gériatrie, si on passe pas par la gériatrie, on n'a rien vu* ». En parlant des jeunes aides-soignantes qui ne se mélangent pas aux anciennes, elle prononce une phrase sur laquelle nous reviendrons dans l'exploitation de nos entretiens :

*«Alors, si elles rentrent dans notre... je dirais pas dans notre moule, mais si elles rentrent avec nous, elles prennent le risque de se rendre compte ben que leur métier les passionne et qu'elles sont faites pour ça ».*

Mme V. explique comment elle fait pour supporter ce qui est difficile dans son métier : « *J'ai un caractère assez souple ; je ne suis pas quelqu'un d'angoissé, je me dis que tout ce que j'ai fait c'est à quelque part certainement programmé et que ma vie est comme ça et que c'est bien et que j'en suis très heureuse, quoi* »... « *J'ai pas de point négatif ni dans ma vie privée, ni dans ma vie professionnelle...je vais toujours de l'avant* »... « *J'étais bien dans ma fonction et je me suis épanouie.* »

A l'évocation du bien-être psychologique au travail, Mme V. répond : « *On est contente de venir travailler, on sait qu'on va s'occuper des gens et que ça va être important pour eux et...pour nous parce que de toute façon, ça nous reprojette toujours dans quelque chose* »... « *Je pense que j'apporte beaucoup aux personnes, je suis calme, je suis patiente, j'ai toujours le sourire* ». Il faut aussi « *une bonne équipe et une bonne entente, un bon cadre, un équilibre* »... « *Penser que ce qu'on fait est important pour les malades, ça aide à tenir le coup quand il y a trop de travail* ».

Mme V. évoque ensuite le turn-over important chez les jeunes infirmières : « *Les urgences, arrivé à un moment, c'est épuisant, ce sont surtout des infirmières qui partent, des jeunes...sur d'autres secteurs* »... « *Les aides-soignantes, on est à peu près la même équipe à part les deux qui sont parties à l'école d'infirmières* »... « *Au niveau aide-soignante, je trouve qu'on a une meilleure équipe qu'au niveau infirmier parce qu'on travaille toutes dans le même sens* ». Elle mentionne les conflits intergénérationnels et interprofessionnels entre aides-soignantes et jeunes infirmières: « *Les infirmières sont très individualistes dans leur travail, c'est la nouvelle génération.... et la nouvelle génération d'aides-soignantes, c'est pareil* ».

Mme V. nous parle également des relations avec le cadre du service ; elle critique son style de management : son manque d'écoute, sa difficulté à décider et l'absence de réunions : « *On n'a pas toujours les bonnes informations par rapport à la D.R.H.* »... « *Avant, on faisait des réunions une fois par mois mais là...ça s'est englué* »... « *Des fois quand on pose trop de questions, ça dérange* »... « *On dit y a ça qui va pas et puis après, quand il voit que ça s'est passé....pourquoi vous me l'avez pas dit* »... « *Les gens qui ont envie d'avancer et qui sont compétents s'épuisent, du coup les autres sont pas fatigués* »... « *Il faudrait qu'il se positionne en disant « non, c'est bon maintenant, stop, je veux ça* ».

Mais elle a cependant conscience que son rôle est difficile : *« Au niveau médical, il a beaucoup de pression parce qu'il y a beaucoup de médecins »*... *« Entre le personnel infirmier, aide-soignant, ASH et les médecins et la direction derrière.....c'est pas une position facile »*.

Elle conclut en disant qu' *« aux urgences, il faut être mature, il faut pas avoir besoin d'être rassurée, il faut avoir confiance en soi, on prend des initiatives, c'est pas l'idéal pour les jeunes qui viennent d'avoir leur diplôme »*.

### **Synthèse de l'entretien avec Mme P.**

Infirmière au SSR (Soins de Suite et Réadaptation) depuis 2 ans, 47 ans, mariée, 1 fille. (En pneumologie, néphrologie et médecine interne, 8 ans ; aux urgences, 6 ans ; en cardiologie intensive, 5 ans ; postes variés, 2 ans). A fait fonction de cadre pendant un an.

Ce qui la caractérise est son indépendance d'esprit, son refus d'appliquer des ordres qu'elle ne comprend pas et son attrait pour toutes les évolutions techniques dont elle bénéficie au SSR (ancien service de réanimation).

Elle aborde en premier sa vision des évolutions dans son métier et dans la médecine en général : *« Pas tant que ça en termes techniques si ce n'est qu'il y a peut-être plus de rigueur, plus de traçage...mais surtout au niveau évolution, ça a été au niveau rythme de travail : avant, quand j'étais à cardio au début, on gardait les infarctus trois semaines, maintenant, on les garde quatre jours, ça fait beaucoup de turn-over »*... *« il suffisait qu'ils aient un problème social...on les gardait deux trois jours de plus...c'était pas un souci »*. Elle attribue les raisons de ces changements à la forte augmentation de flux des patients dans l'hôpital : *« Quand j'ai commencé aux urgences en 1995, certains dimanches, on n'avait pas une hospitalisation »* ... *« en 2001, il n'y avait pas un week-end où il n'y avait pas des brancards dans les couloirs... comme aujourd'hui quoi...les gens viennent de plus en plus aux urgences »*.... *« Il y avait 20% d'urgences vraies...les médecins de ville, ils prennent pas de risque, ils les envoient aux urgences...plus aucun médecin ne fait une suture pratiquement »*.

Elle parle des évolutions du métier de soignant : *« On n'a plus le même travail, c'est pas pareil, on arrive moins à se poser pour prendre du recul, pour discuter de certaines situations...il y a tellement de mouvement. »*. Elle note une différence de pratiques entre les jeunes médecins et les plus anciens : *« J'ai connu les anciens patrons qui soignaient certains malades en les regardant, qui faisaient de la vraie clinique....si on n'a pas la capacité de demander à l'interne d'aller voir le malade...les jeunes infirmières se font avoir et du coup, ça donne plus de travail. »*. Elle revendique son autonomie par rapport au médecin, son positionnement en tant que professionnelle face à un autre collègue : *« Moi, si on m'argumente pas pourquoi il faut que je fasse une « gazo », je la fais pas...et puis, ça ne me posera pas de problème. »*. Elle évoque la confiance en soi, en ses

compétences que tout soignant et tout médecin doit acquérir pour ne pas faire des examens inutiles : *« Je pense que les médecins, ils ont tellement peur d'avoir des problèmes pour certaines choses et les jeunes médecins aussi, ils ont peur de...c'est facile de dire : « J'ai fait les examens, j'ai rien pu faire d'autre ....mais ça, ça vient avec l'âge ».*

Mme P. fait une comparaison entre les jeunes infirmières et les plus anciennes : *« On avait des références sur lesquelles s'appuyer, c'étaient des aides-soignantes pas que des infirmières qui nous disaient « on fait comme ça » et on savait que quand on arrivait quelque part, on y restait...Il y a ce stress de la précarité, les jeunes infirmières qui arrivent sont pas forcément titulaires tout de suite, elles ont, elles savent pas si elles vont l'être ou pas et du coup, elles ont pas beaucoup de références sur qui s'appuyer. »* Conséquence : les jeunes infirmières s'appuient sur leur technicité, n'appartenant pas à une équipe, elles n'ont plus les enseignements des plus anciennes : *« On leur dit vous allez passer deux ans puis après, vous allez aller dans un autre...on leur téléphone et on leur dit « il y a une infirmière qui est en arrêt, est-ce que tu peux venir remplacer et faire un dimanche de soir de plus ? .... elles peuvent pas dire « non ». « Elles sont dans une situation incertaine en sachant que si elles tracent pas les choses, que si elles n'ont pas d'argument, elles peuvent être, comment dire, montrées du doigt....elles ont plus de difficultés à argumenter ». De même, quand de jeunes infirmières commencent leur carrière aux urgences, c'est valorisant mais forcément adapté à un début de carrière : « Elles trouvent normal de demander de travailler aux urgences en sortant de l'école, ce qui, à mon goût, n'est pas forcément le service le plus adapté pour des jeunes...parce que les urgences, c'est fatigant ...et puis, c'est lourd parce qu'on a affaire à plein de médecins...chacun fait un petit peu sa sauce et les médecins, ils aiment bien faire face aux jeunes plutôt qu'aux vieilles...ils prescrivent, elles appliquent ».*

La situation des jeunes infirmières est précaire (6 ans pour être titulaire) et leur carrière est faite de changements : *«Il y a beaucoup de nomadisme...parce qu'on leur propose un poste plus intéressant niveau financier dans le privé..... elles étudient pas tout les tenants et les aboutissants ».*

Mme P. évoque les projets mis en place dans son service, projets qui fédèrent les agents autour de valeurs et de principes communs : *« On a un projet commun dans le service, je suis référente pour le projet douleur »...et puis « La certification nous a permis de faire évoluer certaines choses...par exemple d'être vigilant pour fermer les portes et les placards à pharmacie, de faire certains contrôles qu'on faisait pas forcément en systématique...réfléchir aux notions sur les contentions ...de bienveillance et de maltraitance ».* Certains projets ont été arrêtés en cours de route d'où du temps perdu et une démobilité du personnel : *« En 2007, il y a quelque chose qui a été commencé en informatique et maintenant, c'est tout à recommencer...c'est un peu dommage ».*

Mme P. parle aussi des habitudes de travail difficiles à faire évoluer et des critères d'efficacité qui varient d'un soignant à un autre et qu'il serait nécessaire d'harmoniser : *« Il y a pas une organisation qui fait qu'on arriverait à faire certaines choses, à différer des heures , par exemple*

*une toilette à faire plutôt une après-midi que le matin » ... « Il y a certaines contraintes, on a l'impression qu'on peut pas les bousculer...je suis capable de dire à ma collègue, j'ai pas fait ce soin aujourd'hui, est-ce que je peux le faire demain ou soit dans l'après-midi ? » Elle met l'accent sur la priorité des soins techniques chez beaucoup de soignants : « On fait pas du relationnel parce qu'on n'a pas le temps... mais on dit pas, on fait pas de soins techniques parce qu'on n'a pas le temps »... « Ca veut dire que les priorités c'est le technique...utiliser ses mains ».... « Peut-être que c'est le discours qui est compris mais je pense pas que ce soit le discours de l'hôpital ».*

L'entretien se poursuit avec des suggestions pour faire évoluer le service : « De temps en temps, qu'on fasse le point sur un malade, qu'on s'arrête un petit peu de...que les relèves ce soit pas tout le temps....Mr Y., il n'y a rien de particulier parce que des fois il y a des malades qui nous posent souci »... « reprendre des situations et essayer de les amener par soi-même plutôt que d'attendre la réponse des spécialistes ».

Concernant le bien-être psychologique au travail, Mme P. dit avoir une certaine idée de ce qu'on peut apporter : être centrée sur les autres, savoir pourquoi on travaille : « Donner du sens à ce qu'on fait et puis en même temps, accepter le fait que, quand il y a des problèmes, ne pas vouloir absolument avoir le dernier mot...quand on est en équipe, il faut établir un projet commun ».

Sur le plan professionnel, elle assimile son bien-être personnel à un comportement assertif : « Je suis en capacité de dire ce que je pense, ce que j'ai à dire, je le dis, après ce qu'on me répond et ben je l'entends et puis j'arrive à ... soit à faire avec, soit on avance, soit on reste sur place »... « Je dis ce que je pense avec tout le monde, c'est pas un souci ça. ».

### **Synthèse de l'entretien avec Mme Vi.**

Infirmière en addictologie depuis 8 ans, 54 ans, mariée.

(A travaillé dans les services de réanimation, d'urgences, des endoscopies, d'endocrinologie, de gastrologie puis d'alcoologie)

Ce qui la caractérise est sa fonction « à part » dans le centre d'addictologie : elle a à la fois un rôle d'infirmière, d'assistante médicale et de conseil auprès des patients et des familles, elle est donc très autonome dans sa fonction.

Mme Vi. a créé le poste il y a dix ans : elle fait l'accueil des patients et les premiers rendez-vous, participe donc aux consultations médicales, fait les suivis de soins (les injections prescrites), les sorties de cure, organise les groupes de parole mixtes ou pas, les groupes « entourage » qui deviennent de plus en plus nombreux et un groupe d'informations aux obligations de soins. Elle assure aussi les tâches de secrétariat. « Le centre dépend de l'hôpital de Firminy et du service d'addictologie, d'alcoologie et on est financé par l'ARS et la sécurité sociale ».

Le travail d'infirmière est spécifique ; il consiste en un accompagnement pour aider les patients à arrêter l'alcool : *« On est tenu de recevoir toute personne adulte en difficulté avec produit ou sans produit et on les oriente vers les structures adaptées. »*. Le centre est ouvert à tous et même à l'entourage des patients. Les personnes sont reçues sur rendez-vous principalement : 80 % d'hommes dont 20% sont adressés par des médecins et 40% sont adressés par la justice (pour des obligations de soins)... *« Ce sont plutôt des gens qui travaillent, qui ont un logement, pas des SDF. La démarche de se faire aider est difficile à faire : « Il y a des fois, ils sont venus dans la cour et puis ils ont fait demi-tour »... « Là où on était avant, l'immeuble était beaucoup plus joli mais on a des patients qui aiment bien venir ici, c'est beaucoup plus discret, on sait pas où on va »*.

La spécificité « alcoologie » a été créée en 2000, l'équipe a été rattachée au service gastrologie : *« On nous a demandé les infirmières de tourner chacune à notre tour sur l'alcoologie ...ça a été mal vécu...si on voulait pas faire d'alcoologie, il fallait changer de service »* ; *« A l'époque, on s'appelait CHA (Centre d'Hygiène Alimentaire) »*.

Comment Mme Vi. vit-elle la spécificité de son métier d'infirmière en alcoologie ? La liberté d'action et la sous-charge de travail du début ont été difficiles à gérer : *« Au début, ça a été très dur pour moi, enfin très dur, ça a été difficile parce que dans les services, voilà, c'est prescrit »...* *« Quand je reçois des patients, il y a pas forcément de médecin...il faut évaluer un peu l'urgence...en étant seule »*.

La création de son poste a été à la fois une difficulté et un plaisir : *« Je me suis sentie ...un peu en difficulté et puis tout à créer en étant la seule à temps plein, il y avait les groupes de parole à créer, tout à organiser...j'ai pu faire ça facilement et du coup...j'ai pris un peu le poste de secrétariat : prise de rendez-vous ; demande de rendez-vous, surtout l'accueil téléphonique...là, ça vraiment c'est un rôle important...j'apprécie ce rôle maintenant. »*. Mme Vi. compare son poste à ceux qu'elle a eus précédemment : *« Je me dis même des fois maintenant, il faudrait retourner dans les services, ça me serait dur parce que du coup, on a quand même le temps de les recevoir, de les écouter...quand on les écoute, on n'a pas la tête au sang qui est en train de passer... il y avait toujours le souci de ce qui pouvait se passer dans le service »*.

Elle oriente les patients vers les bons interlocuteurs : *« Je fais pas forcément le diagnostic mais en tout cas, l'orientation, oui, vers les médecins, le psychologue, l'assistante sociale, soit éventuellement la psychiatre...je peux organiser les sevrages, je vois un patient qui est très mal...je l'inscris à l'hôpital...alors si les délais sont un peu longs, je fais confirmer par un médecin »* ; *« Au début, ça m'était dur parce que nous, on n'a pas l'habitude d'organiser les hospitalisations....alors je me disais toujours : est-ce que tu as bien fait, est ce qu'il nécessitait vraiment une hospitalisation ? »*. La confiance des médecins est un appui précieux : *« Je connais le médecin, comme je travaille....si*

*jamais j'ai fait une mauvaise orientation, ils me le disent et puis en général on voit bien les choses quoi, je me trompe pas bien....avec les médecins d'ici, il n'y a pas de problème ».*

Une grande diversité des tâches caractérise son poste : certaines, comme les tâches administratives, prennent beaucoup de temps : *« Je m'occupe un petit peu du fonctionnement....tout ce qui est commandes, tout ce qui est informatique, parce que l'informatique, les rendez-vous, les entrées des patients, tout ce qui est demandé par la D.D.A.S.S. en terme de statistiques, c'est énorme »...« Et on est relié à Firminy par réseau, donc tout ça...puis il y a toute la partie secrétariat...beaucoup de coups de téléphone des patients qui vont pas bien et donc ça, c'est un gros travail ».*

Les autres tâches : *« Je reçois l'entourage aussi ; si c'est des personnes qui viennent juste pour discuter, qui souhaitent un suivi, je les vois après, régulièrement, je les accompagne plutôt...sinon, il y a toute la partie gestion, un petit peu organiser, les plannings, dès qu'il y a une panne, le lien avec Firminy, le lien aussi avec toutes les structures, les associations pour organiser un peu des rencontres avec les centres post-cure, le service pénitentiaire, l'alcoologie de liaison de Firminy, l'alcoologie de liaison de Bellevue, les associations d'anciens buveurs, voilà, j'essaie d'organiser des rencontres régulièrement ».*

Mme Vi. ressent de la satisfaction dans son travail : *«Ça me plaît bien, ça me plaît bien oui. Mais bon, j'ai beaucoup d'accompagnements de patients, il y en a plein qui veulent me voir ou qui m'appellent voilà, j'ai ce côté-là qui est vraiment...me plaît bien aussi. ».* Elle trouve d'autres sources de satisfaction dans le relationnel avec ses collègues : *« Alors il y a l'avantage que, des fois dans l'équipe on peut bien parler entre nous. Que, quand on est ensemble qu'on mange, parce qu'on mange ici, on parle d'autre chose, voilà on sait quand même bien se... évacuer un petit peu tout ça mais c'est quand même un poste difficile hein ».*

Elle a trouvé des solutions pour gérer son stress : *« Je sais bien faire la part du travail, après on arrive quelquefois à se laisser déborder par les émotions, par les choses qu'on ressent, par certains patients, mais là du coup, enfin moi j'en parle à la psychologue là, qui est plus ancienne, aux médecins.. on peut bien en parler facilement, et on est bien compris dans l'équipe, voilà... parce qu'il y a des périodes où ça va, on est moins disponibles, alors c'est aussi l'avantage de m'occuper de la gestion et de m'occuper d'autre chose c'est que du coup moi je peux mettre une demi-journée sans voir de patient. »*

*« Voilà, je peux m'organiser autrement, ça en plus le médecin responsable comprend bien tout ça, on peut bien échanger, bien en parler. Voilà, après c'est vraiment, c'est vrai qu'il y a des périodes un peu plus difficiles, mais il y a la médecine du travail qui est aussi là pour nous écouter....et puis, j'ai l'impression qu'on peut compter sur l'établissement » ... « Mais par contre j'aimerais bien qu'on ait quand même, qu'on puisse parler à une psychologue, pour des fois parler de choses un peu plus difficiles sur le travail et qu'on peut pas forcément parler aux collègues...mais sinon, je ne me sens pas débordée.*



Quels sont les critères qui font que le métier de Mme Vi. lui plaît ? Qu'est ce qui fait que ça lui apporte du bien-être psychologique ?

La gestion de son temps : « *Moi déjà ce qui me plaît dans ce poste c'est le relationnel avec le patient et d'avoir le temps : si ça déborde un peu avec l'entretien d'un patient je me dis que le patient d'après il attend, il est dans la salle d'attente, il n'y a pas urgence et j'ai le temps de prendre ce temps, c'est la première chose que j'ai appréciée en arrivant ici* ».

Les échanges avec le patient : « *Avec le patient là... ils viennent pas pour des soins donc...on peut pas se cacher derrière une piqure... et ça aussi d'ailleurs au début ça a été dur parce que je me disais « mais ils attendent quelque chose de toi et toi tu peux rien leur... Là aussi hein j'ai appris à prendre du recul, à voir que leur parler des fois ça leur suffisait et puis voilà* ».

Les relations d'équipe : « *Après ce qui m'a quand même manqué c'est l'équipe, j'aimais bien travailler en équipe, travailler avec les aides-soignants, ça j'aimais bien. Ce côté relève, ce côté. ...alors ici l'équipe, on s'entend plutôt bien, on peut discuter ensemble, mais c'est ponctuel* ».

L'évolution de la motivation : « *Mais de toujours courir, toujours être dans le stress je le supporterais plus ça maintenant* »... « *C'est sûr ouais... donc du coup le, dans un service là, j'imagine que d'être bien c'est déjà bien s'entendre avec l'équipe* ».

Les relations avec la hiérarchie : « *Une écoute, une reconnaissance quand même du travail qu'on fait, déjà ça aide.... Parce qu'ici moi je vois quand je suis en difficulté ou autre j'en parle aux unes aux autres, bon c'est vrai que moi ici j'ai pas de... si il y a le médecin qui est responsable mais on est... elle est à notre écoute quoi, enfin nos difficultés elle les entend* ».

L'attrait pour la nouveauté : « *Je serais pas si près de ma retraite maintenant je me dirais j'aurais pas à faire autre chose. C'est tellement varié ici, il n'y a pas... il y a plein de choses à faire, il y a encore plein de choses à créer, finalement on s'en lasse pas on n'a pas l'impression de faire la même chose non* ». Mme Vi montre ainsi beaucoup de satisfaction et de bien-être dans son travail.

### **Synthèse de l'entretien avec Mme C.**

Aide-soignante (entrée comme ASH à l'hôpital), 52 ans ½, Célibataire.

Service SSR (Soins de Suite et Réadaptation) depuis 7 ans.

(Services de long séjour, de géro-psycho-geriatrie, chirurgie viscérale, pneumologie, médecine interne).

Mme C. exprime sa souffrance, elle est tout le temps dans la plainte, et se dit « finie » : elle évoque différentes causes qui reviennent constamment dans son discours :

- Le manque de personnel ASH (obligeant les AS à faire la vaisselle des malades).

- La surcharge de travail due à une population plus âgée demandant plus de soins (ex. : plus de toilettes à faire).
- Les changements dans les plannings cassant les anciens binômes donc les habitudes de travail.
- Le retour sur les temps de repos (plus fréquent aujourd'hui).
- L'obligation de noter le travail réalisé sur un ordinateur (traçabilité) augmentant la charge de travail (manque d'aisance avec l'outil informatique).
- Le turn-over des jeunes infirmières rendant difficile la création d'une équipe de travail.
- Les lits supplémentaires dans le service (conséquence d'une surcharge aux urgences).
- Les congés imposés à certaines dates.
- L'absence de réponse de la direction face à ces problèmes.

Les conséquences qu'elle constate se traduisent par des TMS (troubles musculo-squelettiques), une démotivation, une lassitude exprimant un état dépressif, une fatigue physique (qu'elle exprime en permanence).

Elle exprime la crainte d'une remontée nominative d'informations à l'issue de notre entretien : « *Vous voyez, dans notre service, si je dis ça, on va savoir dans quel service c'est...Oui ça pourra pas être entendu ?* »

Nous illustrons les différents points abordés par Mme C. :

#### Les TMS :

« *Bon, ben maintenant c'est fini. Donc... et je me demande moi, mon principal souci c'est comment je vais tenir le coup avec les douleurs que j'ai...des douleurs au dos, aux épaules... enfin... voilà... et je sais pas comment je vais tenir le coup, et plus je me dis ça, plus j'avance dans le temps, plus je stresse, c'est affreux comme je stresse !* »

#### Amour de son métier, dévouement aux malades, conscience professionnelle :

« *Avant j'aimais mon travail... Je....Je... C'est....parce que quand je suis énervée je le dis.* »

« *C'est pas pour mon plaisir personnel que je me prends la tête quand je suis au boulot hein, ça c'est pour le bien des patients.* »

« *Parce que je suis pas satisfaite de mon travail, de ma façon de travailler, de ce qu'on m'oblige à faire, de ce qu'on a fait de moi.* »

« *Oui mais ça m'épuise. Alors on me dit faut que tu lâches un peu, faut que tu lâches un peu, mais si je lâche complètement je vais être quoi, faut devenir égoïste alors ? ... si je lâche, moi je sais pas faire un juste milieu alors si, le jour où je vais lâcher c'est que je ferai plus mon boulot, je m'en foutrai quoi...* ».

### La souffrance et la fatigue :

« Depuis que la retraite s'éloigne, s'est éloignée, ça je le vis très mal » « Plus je vieillis, plus je stresse parce que j'arrive pas à aller plus vite comme avant, je crois que je vais vite, je m'épuise, je m'épuise, j'avance pas plus vite et je suis...je suis à plat. »

« C'est arrivé tout doucement parce que je... comment dire... avec les moyens qu'on nous donne il faut faire, il faut faire plus, et moi je ne peux plus, je ne peux plus faire plus, je peux plus, je peux plus donner, je peux plus donner... »

« Quand je suis fatiguée comme ça je suis énervée... après j'arrive chez moi et ben je pleure, je pleure parce que je suis pas contente de ce que j'ai dit, de ce que j'ai fait... voilà ! »

### Problème des congés et des roulements :

« Ah ben le roulement là cette année non, on avait un roulement de base, ...et ben cette année on nous a tout déglingué...et ben non, non, de toute façon après l'été, on en a discuté entre nous on veut qu'elle nous remette notre roulement de base comme il était en 2010. »

« On vous dit de prendre vingt congés jusqu'à septembre comme ça à la fin on va tirer la langue parce qu'on n'aura plus rien, parce qu'ils trouvent personne, voilà quoi. »

« Et ben moi comme j'ai dit à Lucette je lui ai dit mais qu'est-ce qui se passe c'est plus du tout le roulement de base, ça correspond plus avec ce que j'ai fait moi, alors elle m'a expliqué ça alors je lui ai dit et ben voilà, encore un autre, un truc anxieux à digérer ».

### Le manque d'ASH :

« Il y a deux soirs par semaine où on n'a pas d'A.S.H le soir donc on fait la vaisselle, moi c'est un sacrifice que je fais à condition que le matin on soit trois. Moi quand je sais qu'on est trois, ben ça me soulage, vous pouvez pas savoir. »

« Si on nous donnait plus les moyens... mais ça serait tellement mieux, mais tellement mieux... ben déjà du personnel, déjà ! Et quand le service est lourd et que le soir on n'a pas d'A.S.H. qu'on est obligée de faire la vaisselle, une fait la vaisselle, l'autre fait le change, donc c'est pas un change comme on devrait faire à deux hein, ça n'a rien à voir hein donc c'est toujours les patients qui trinquent aussi hein ».

### L'arrivée de l'informatique :

« Il faut faire des écritures alors faudrait savoir hein, s'il faut écrire ou s'il faut s'occuper des patients. »

« Et ben maintenant il faut qu'on mette par écrit, les A.S.H. le ménage qu'elles ont fait, nous les départs. Moi j'avoue c'est tout nouveau mais j'y pense pas. »

« Les infirmières faut voir le temps qu'elles passent à faire des écritures hein ».

### Le problème des lits supplémentaires :

« Oui, oui, oui parce que les urgences avant c'était rare quand on les mettait (les 2 lits supplémentaires), c'était vraiment quand ça débordait aux urgences, maintenant ils ont six patients et hop ils nous font mettre le lit supplémentaire, donc en médecine on en a deux dans chaque service ...donc quand les malades, les patients, les familles râlent c'est sur nous... que ça râle ! ».

### La surcharge de travail :

« Mais nous aussi on trinque hein, enfin moi je trinque. Donc voilà.... Voilà, parce qu'on demande toujours plus, hein, avec ce qu'on a, alors... faudrait donner du temps, du temps, du temps... et ben moi j'ai plus envie de donner mon temps, moi je veux partir à l'heure, je veux rentrer chez moi »

« C'était moins lourd en toilettes avant, la population s'est alourdie, ça a vieilli et c'est beaucoup plus de personnes âgées ».

### Les retours sur les temps de repos :

« Oui et en plus, ah ben oui en plus, la vieille qui est à temps complet c'est elle qu'on appelle, qu'on fait venir sur son repos, au lieu d'appeler les un peu plus jeunes qui sont à temps partiel.... Et on casse les trois jours et voilà ! Ça aussi ça fait plaisir ! Et ben moi tout ça je suis désolée mais, non, il n'y a rien qui me motive, il y a rien, ils font tout pour me démotiver, tout... comme j'étais avant nom d'un chien, je me reconnais plus.... Mais je suis pas tout à fait finie quand même ! ».

### Problème de turn-over chez les jeunes diplômés:

« Oui parce qu'il y a beaucoup de, on a des nouvelles arrivées là, des aides-soignantes qui sont à temps partiel et qui vont pas rester dans le service parce que ça aussi, quand on a de bons éléments, faut surtout pas nous les laisser hein, Mme... son optique c'est, on les met d'abord en médecine, en chirurgie puis après si vous voulez être titularisées faut aller en long séjour, bon elles veulent pas, alors elles s'en vont. »

« Que ce soit infirmière ou voilà, donc c'est dommage parce qu'il y a beaucoup, beaucoup de bons éléments qui sont partis comme ça ».

### Ce qui est satisfaisant : la seule note positive concerne l'équipe, le cadre et le matériel :

« Heureusement, on est une équipe où on est pas trop mal » ; « Nathalie (la cadre), elle est sympa, elle arrive à nous avoir une ASH le soir » ; « ...parce que le matériel on l'a, on l'a le matériel... il y a des gros efforts quand même on a un lève malade pour les deux services, un pèse personne pour les deux services... ».

### Synthèse de l'entretien avec Mme G.

Infirmière, 55 ans, mariée, 2 enfants, à l'hôpital depuis début 1980.

(Endocrinologie ; traumatologie ; libéral ; urgences ; endoscopies).

Ce qui caractérise Mme G. est sa motivation pour toutes les évolutions techniques (entre autres dans l'endoscopie) et son sentiment d'avoir une qualité de soins à l'hôpital de Firminy. Elle manifeste un grand enthousiasme dans ce qu'elle fait et un émerveillement face à toutes les innovations technologiques, comme les jeunes infirmières.

Mme G. aborde les spécificités de l'endoscopie et les progrès techniques réalisés : *« Le nombre d'examen était beaucoup plus limité, on en avait beaucoup moins... le matériel était pas du tout, maintenant on a du matériel vidéo et là, dans le mois qui vient on va avoir du matériel haute définition. »*. Elle constate les progrès énormes faits en prophylaxie : *« Ce qui a beaucoup évolué aussi c'est toute la traçabilité, tous les protocoles de décontamination, de désinfection c'est quand même très, c'est très strict et c'est important »*... *« On s'est intéressés à toutes les protections pour travailler donc... puis après ça a été les masques, ça a été les gants, puis les grandes manchettes, voilà c'est lunettes de protection... »*. *« Moi je me dis que toute la traçabilité c'est super important, que les gens au moins ont confiance dans l'endroit où ils viennent passer les examens »*.

Elle a un regard positif sur les soins effectués à l'hôpital de Firminy et reconnaît tous les progrès effectués : *« Mais je vois à l'hôpital de Firminy on est beaucoup, je trouve qu'on est vraiment bien placé pour tout ça. L'infirmière hygiéniste d'emblée avait demandé qu'on en fasse un petit peu et maintenant tous les appareils sont prélevés pour voir ce qui est, si c'est bon quoi, s'ils ne sont pas contaminés, voilà... »*...*« Je trouve qu'infirmière on est très bien placées pour, on a beaucoup de matériel »*.....*« Et les personnes âgées moi je trouve qu'elles sont bien prises en charge en médecine, enfin, nous on a beaucoup de matériel, au bloc opératoire ils ont beaucoup de matériel, ils sont bien par rapport même à certains C.H.U. hein franchement, on fait peut-être pas tout mais je trouve que ce que l'on fait, on le fait bien.....on est très bien placés pour plein de choses »*.

Parmi les évolutions, elle est une des rares personnes interrogées qui juge positivement les apports de l'informatique : *« Avant les programmations au bloc on téléphonait, on faisait des listes, on faisait des choses, maintenant tout se fait par informatique : quel acte le médecin va faire, quel jour . C'est consulté au niveau de l'anesthésiste qui reçoit les patients pour leur consultation d'anesthésie, donc ça l'informatique c'est aussi une chose... »*...*« C'est quand même tellement mieux et tellement plus rapide et tellement plus précis...avant faire des listes, des bouts de papier, des fiches...de même que tout ce qui est aussi l'informatique pour les commandes, c'est super parce que ça fait évoluer »*.

Concernant les dysfonctionnements et les difficultés qu'elle constate, elle mentionne : le problème des remplacements, d'organisation du travail au bloc, l'augmentation du nombre de patients âgés, le gaspillage de matériel et l'excès d'examen effectués :

*« Moi je pense que déjà il y a une pénurie du personnel : elle s'est quand même ressentie, même ici on a eu souvent des problèmes, on est quand même une activité très spécifique donc à la limite dans un service vous avez quelques volants de sécurité qui peuvent venir. »*

*« Beaucoup de personnes âgées, qu'au niveau des services c'est très lourd hein, même nous on le ressent beaucoup quand même parce que c'est beaucoup de manutention. »*

*« Oui, on consomme pas mal de gants, de choses comme ça mais bon ça fait partie de ce qu'il faut utiliser, on gaspille sûrement, par exemple ici on gaspille énormément d'eau alors que même ici, alors que nous on se sert de l'eau toute la journée quand même donc l'eau coule en permanence et ben malgré tout, il y a quand même des programmations. »*

*« Je discutais avec un médecin qui est plus âgé aussi et qui disait que maintenant on ne sait plus examiner les patients, on fait plus d'examen clinique comme il faut ; c'est, discuter avec un patient, l'examiner, le, palper son ventre, palper »...« Je me demande si... faire des tonnes d'examen aux gens, quelquefois si c'est pas trop. »*

*« Le bloc opératoire actuellement à Firminy on n'est pas très bien organisé dans le sens que nous n'avons pas de salles d'endoscopie qui sont à l'extérieur du bloc opératoire comme beaucoup de services... qu'on est obligé de faire nos endoscopies quand une salle se libère...les patients sont obligés de suivre le même circuit qu'un patient opéré »...« Donc actuellement on n'est pas toujours maître de notre organisation...c'est une perte de temps et on se dit que peut-être le soir il va manquer du temps donc il faudra rester un petit peu plus ».*

Pour Mme G., le bien-être psychologique au travail passe par de bonnes relations avec les collègues et le cadre du service, avoir un matériel de qualité et pouvoir concilier vie personnelle et vie professionnelle par un travail à temps partiel par exemple. Quelques phrases pour illustrer ses propos :

*« D'abord travailler en temps partiel, premièrement, et puis d'autre part avoir des horaires... »*

*« Donc plutôt une situation qui va bien. Enfin je veux dire une situation, on a le matériel qui va bien, on a un métier pointu, les relations sont tout à fait correctes avec les collègues. »*

*« Et puis on a une surveillante au bloc opératoire qui, Mme \*\*\*, qui est absolument extraordinaire, c'est quelqu'un qui fait beaucoup, le bloc a beaucoup évolué dans ce sens... »*

*« Alors il faut d'abord avoir, moi je dis, une bonne équipe, privilégier l'équipe... c'est vrai qu'on s'entend bien avec l'équipe, toutes les équipes, les secrétaires, les choses comme ça, donc ça c'est important moi je trouve ».*

### Synthèse de l'entretien avec Mme Mo.

Infirmière, 49 ans, (« volante » pendant 3 ans ; réanimation ; surveillance continue).

Il n'y a pas véritablement de thème dominant dans l'entretien mais le ton est toutefois négatif avec une certaine nostalgie du passé où régnait plus de convivialité. Mme Mo. constate de nombreux changements dans les conditions et les relations de travail : certains vont dans le sens d'une amélioration (ex : matériel plus performant) mais la plupart vont dans le sens d'une dégradation. Elle aborde aussi les spécificités de son service de « surveillance continue » qui était auparavant le service réanimation avec la présence de personnes qui ont des spécialisations : l'infirmière (poste intermédiaire), les référents hygiène, les référents douleur...

Nous avons relevé les phrases qui illustrent ces propos :

*« Depuis trois ans on est passé en surveillance continue, on n'a plus le label réanimation parce qu'il fallait une double garde au niveau des médecins anesthésistes et voilà. »*

*« L'infirmière qu'on appelle poste intermédiaire elle est là... Elle est un peu, elle est détachée, comme je dirais qu'elle prend pas de malades, de patients en charge, elle est un peu détachée, je dirais qu'elle fait un peu tout, c'est vrai » ...« Et puis dans l'équipe on a des personnes qui sont référents hygiène donc qui vont aux réunions et qui ramènent un peu les, les choses qu'il y a à dire quoi, voilà, comme pour la douleur, il y a aussi des référents douleur dans les services ».*

Elle note des changements dans les rapports entre collègues : aujourd'hui, elle constate moins d'esprit d'équipe, de solidarité :

*«Maintenant chacun est bien dans sa fonction, on est devenu plus individualistes. Ce que je reproche un peu c'est qu'il n'y a pas cette cohésion qu'il y avait auparavant. On s'entend bien dans l'équipe, je dis pas mais... »... «Alors est-ce que c'est parce qu'aussi, il y a eu pas mal de turn-over au niveau du personnel, ça a tourné et il faut un certain temps pour créer, recréer des liens ?, oui ça aussi ça doit peut-être jouer».*

Elle aborde longuement le problème des plannings avec les 35 heures, des remplacements et des congés et les tâches administratives du cadre :

*« Alors je pense qu'il y a peut-être aussi une pression qui est mise au niveau des cadres ...au niveau des remplacements... c'est toujours à flux tendu ; qu'on vous demande beaucoup, bon revenir sur des repos...pour des arrêts maladies je dirais un peu plus prolongés, alors ils nous mettent soit des gens qui connaissent pas le service, donc qu'il faut former, donc ça aussi c'est une charge en plus... Voilà, et quand vous avez quelqu'un on vous l'enlève, pour vous mettre quelqu'un d'autre » « Quelquefois ça arrive, même c'est pas rare, qu'on se retrouve à être trois, voire quatre du matin sur le planning. Donc les deux qui sont en trop, elles tournent, elles vont ailleurs sur un autre service ».*

A propos du cadre infirmier, elle regrette que les tâches administratives envahissent son activité : *« Il y a quinze ans de ça en arrière, où ça leur faisait pas peur de faire une relève où des choses comme ça...où vraiment elles faisaient partie de l'équipe infirmières encore. Maintenant elles sont plus cantonnées dans leurs roulements, elles ont des réunions, je vais pas dire à n'en plus finir ».*

Mme Mo. évoque aussi les contraintes dues aux exigences des démarches qualité :

*« Quand il y a un problème avec le matériel il faut marquer par rapport à l'incident Qu'est-ce qui a été changé ?.... Par rapport au dossier médical, faire attention que ça traîne pas dans les chambres par rapport à la confidentialité. »*

*« Parce qu'elles ont peut-être plus de charge...cocher les médicaments, la traçabilité, les choses comme ça quand vous avez trente patients, que vous passez chacun pour donner les médicaments, c'est difficile de cocher, vous perdez un temps fou !! Je sais qu'elles le font, en fin de poste quoi ».*

*« Maintenant il y a beaucoup de papiers par rapport à toutes les procédures qualité par exemple où on a trois classeurs ».*

Elle déplore le fait que certains examens soient prescrits à tort par les médecins :

*« Quelquefois le patient est soumis quand même à pas mal d'examens... qu'il n'y aurait pas forcément lieu d'être je dirais excessif c'est là où on voit ... enfin les anciens médecins et les jeunes... qui feront plein d'examens...plein d'investigations...ils font peut-être plus d'examens pour se couvrir... là aussi on a vu un changement...les gens portaient plainte plus facilement...on a vu les patients maintenant être plus demandeurs, ils se méfient ».*

Quand elle parle de la souffrance au travail, elle mentionne les médecins, les cadres qui « mettent la pression » et aussi les situations de surcharge de travail avec un effectif constant, les contraintes des congés d'été et surtout le fait de ne pas pouvoir travailler dans le service qu'on a choisi :

*« Finalement, le week-end, c'est....de travailler mais on est tranquille parce qu'on a qu'un médecin, il n'y a pas de cadre...enfin il n'y a personne voilà, je dirais pas des parasites mais bon, du coup le travail se fait bien dans une ambiance moins tendue. »*

*« Donc... quand on n'a plus envie de travailler dans un service...qu'on puisse le quitter facilement. En principe les personnes qui viennent, on leur impose, on leur a pas demandé... »*

*« On fonctionne en pôles, on parle en pôles, pôle médecine, pôle chirurgie...alors maintenant on est titulaire d'un poste... mais pas spécifiquement par exemple des soins continus Mais si vous savez que vous allez aller...en chirurgie de temps en temps, l'investissement ne sera pas pareil. »*

*« D'avoir un cadre, quand il y a des difficultés, au lieu... de tout envoyer promener et ben de se poser et qu'on en discute... voilà , souvent c'est ça maintenant ils imposent... et puis bon, au niveau médical qu'on puisse aussi arriver à leur parler, à leur dire les choses sans que ça parte dans tous les sens... en fait le problème je pense que maintenant c'est ça les gens sont tellement à cran où sur la*



*défensive que quand on leur dit quelque chose ils prennent tout mal ou pour eux, je dirais. C'est, je trouve ce qui manque c'est...une confiance, ou pouvoir parler sans pouvoir ».*

Ce qui lui procure du bien-être psychologique au travail, c'est d'avoir le sentiment de faire un travail de qualité dans une cohérence d'équipe avec un matériel de qualité : nous l'illustrons par quelques phrases :

*« Qu'on est quand même un service où on peut faire du travail de qualité et prendre le patient globalement de A à Z et s'en occuper correctement. C'est pour ça aussi que je suis restée, que j'ai pas voulu changer de service parce que j'ai vu un peu comment ça se passait ailleurs et que voilà, j'avais pas envie de partir les soirs en étant pas satisfaite du travail que j'ai fait. »*

*« Il faut reconnaître qu'on fait du bon boulot, enfin moi je suis contente du travail que je fais, j'aime ce que je fais, ça c'est indéniable... le travail en lui-même... toutes mes collègues elles aiment leur travail, ce qu'elles font. »*

*« C'est clair qu'il faut qu'on marche tous dans la même direction je dirais, tous collègues confondus, infirmières, aides-soignantes, qu'on soit toutes bien au clair dans notre travail ».*

### **Synthèse de l'entretien avec Mme Ro.**

Aide-soignante, 53 ans, mariée.

(Service de gériatrie-psychiatrie 5 ans ; service de médecine 1 an ½ ; réanimation, 11 ans ; rééducation fonctionnelle ; médecine, endocrinologie depuis 11 ans).

Mme Ro. évoque de façon imagée les problèmes qu'elle rencontre. C'est quelqu'un qui a son « franc parler », qui revendique. Elle a de l'assurance et ne se laisse pas impressionner et n'hésite pas à faire remonter à la Direction ce qui lui déplaît. Dans ses propos, les termes : bataille, bagarre reviennent souvent. Elle évoque comme beaucoup d'autres soignants le problème des remplacements et des congés, les rapports avec les médecins (parfois les rapports de force), le turn-over des jeunes infirmières.

Elle aborde le problème des remplacements et des congés en faisant référence à un passé où ça paraissait plus facile : *« On avait un jour pour le lendemain, on ne posait pas les questions qu'on se pose maintenant »...« Avant on posait nos congés, je sais pas comment ils faisaient »...« Et ben par exemple, avant, on avait le droit à deux dimanches par an posés en congés. Après ça a été deux, mais qu'en été. Maintenant c'est plus qu'un. On fait quand même un dimanche sur deux plus les jours de fête quoi. »*

*« L'été c'est lourd hein ! Parce que comme les services ferment, on angoisse déjà d'avance parce que comme les services ferment... Tous les gros malades viennent plus ou moins dans le même service. Bon, on tourne avec des filles qui connaissent pas, des remplaçantes, jamais la même ».*

Elle constate un turn-over chez les jeunes infirmières qu'elle attribue à leurs conditions de travail :

*« Hier y a une petite, elle vient d'être embauchée, elle a fait quinze jours en haut, là on l'a mis hier, parachutée là, dans un service qu'elle connaît pas. On te change les roulements, y a pas de remplaçante donc les infirmières elles s'autogèrent beaucoup, y a un arrêt, c'est tu viens... Elles ont pas des postes fixes, mais faut voir elles font deux jours là, trois jours là... On les embauche puis on les prend sur des contrats je ne sais quoi et puis voilà. Donc pas de roulements, pas de trucs au bout d'un moment ça devient... »*

Elle mentionne les conditions de travail qui ne lui conviennent pas mais reconnaît les progrès effectués notamment sur le matériel :

*« Les conditions de travail entre le matériel et tout, ça... ça s'est amélioré ... heureusement, entre les lits électriques, les lève-malades, les couches... Donc ça c'est sûr que c'est du 100% positif. Mais bon ça a joué sur la diminution du personnel. »*

*« On est un des rares hôpitaux à pas être en déficit mais dans quelles conditions quoi. Ça devient dur quoi. Alors l'été ils ferment des services ».*

Mme Ro. place les rapports humains avant tout (dans le service, entre les services) et ne fait pas de différence dans les niveaux hiérarchiques et n'hésite pas à dénoncer ce qu'elle juge intolérable :

*« Que les médecins ils soient un petit peu plus humains, là-bas, aux urgences s'ils ont décidé de nous mettre une femme en troisième lit alors qu'ils ont des hommes ... »*

*« Surtout moi, je vais, je leur fonce dedans mais c'est vrai que des fois je leur dis mais venez quoi, déplacez-vous parce que souvent eux y font le tour, les malades sont assis dans leur chaise, donc tout va bien. »*

*« Je trouve que maintenant, ce qui est lourd c'est se bouffer l'énergie pour des choses des fois qui n'avancent pas et c'est ça qui est dur pour moi...c'est des coups de fils à la cuisine, des gens qui ne comprennent rien, qui nous comprennent pas. »*

*« J'embête un peu les plus gros (la direction) donc ça bouge mieux j'ai remarqué. Mais faut oser. »*

*« Donc il allait sortir du lit .... j'ai fait tout hôpital, pas de ceinture sauf aux urgences mais ils voulaient pas me les prêter. Donc moi j'en ai eu ras-le-bol quoi, j'ai appelé l'administrateur de garde. J'lui dis, on peut pas nous laisser dans une galère comme ça. Ben oui, mais il y en a en commande. Et puis voilà, le lendemain, il y en a une dans le linge. »....« Si on veut vraiment s'investir, c'est de la bagarre. C'est du bouffe temps et du bouffe énergie. »*

*« Il y a l'accréditation cette semaine donc on a pas eu de chambres à trois lits... l'an dernier ils les avaient même planqués. Ils étaient pas dans le couloir. Cette année, ils les ont laissés mais bon ça je trouve que c'est inadmissible. Ça aussi c'est remonté à la direction mais bon... ».*

Ce qu'elle apprécie c'est la bonne entente dans son service : elle dit d'ailleurs : *« On a une équipe soudée »* et elle apprécie particulièrement la cadre du service :

*« Je vais vous dire, franchement moi dans le service je suis bien parce qu'on est une très bonne équipe. Et je trouve que c'est hyper important....parce qu'on a une cadre qui, pour moi, est quelqu'un de bien qui ou... Bon moi je pense que ça vient déjà des personnes mais je pense aussi que ça vient de la cadre.... Nous on a une chef qui est géniale, que je ne changerais pour rien au monde . Et elle est à l'écoute de tout le monde, que ce soit tous nos soucis perso, de boulot. Elle gère beaucoup de choses et elle fait ce qu'elle peut parce que bon, elle a pas toujours non plus... Non, on a une super chef ».*

Pour elle, le bien-être psychologique au travail consiste en priorité à aimer son travail : *« Si on aime son boulot on vient déjà, on a envie de faire. Moi j'aime mon boulot, j'aime les gens donc voilà. ...moi c'est la relation moi, je suis très relationnelle, j'aime bien, j'aime bien discuter.... j'ai toujours aimé mon boulot mais je n'aime plus les conditions ».*

### **Synthèse de l'entretien avec Mme Ma.**

Aide-soignante, 52 ans, mariée.

(d'abord ASH puis AS à l'hôpital de L., un an au bloc accouchement, 2 ans en gériatrie, service de médecine depuis dix-huit ans).

Elle apprécie toutes les évolutions de son métier, est globalement satisfaite de son métier et, même si elle ne sait pas répondre à ce qui peut développer le bien-être au travail, au cours de l'entretien, elle donne beaucoup d'exemples de bien-être dont l'importance de la bonne ambiance dans l'équipe.

Ce qui ressort de l'entretien est le goût prononcé de Mme Ma. pour la formation continue : elle est formatrice en manutention ; cette habilitation se renouvelle tous les cinq ans. Entre temps, en binôme avec un cadre, elle forme trois fois par an les soignants de l'hôpital. Elle aime apprendre, former les autres, a beaucoup apprécié les formations sur l'hygiène, le lavage des mains ou les droits juridiques de l'infirmière et de l'aide-soignante.

Elle constate comme beaucoup d'autres, les évolutions techniques :

*« Les années 85 ou 90, c'est le matériel qui nous a beaucoup arrangé. Les lits qui se lèvent tous seuls, les tablettes qui se mobilisent toutes seules... très intéressant, c'est l'usage unique, l'échange, les carrés... Alors ça pour nous le matériel ça a été le top du top... moi ce que j'ai connu aussi, très*

*intéressant, c'est l'usage unique, l'échange, les carrés.... »...« Il y a eu énormément de choses de faites sur l'hygiène. »*

*« Il y a eu tout le bâtiment pour les poubelles...donc ça, par contre, ça a été une nouveauté aussi... la gestion du linge et des poubelles...donc là pour nous ça a été un grand changement, il y a eu l'accréditation donc là maintenant. »*

*« Moi j'ai connu les locaux restructurés et tout, où on a eu travaillé... en 93 ça a été tout repeint ici....moi j'trouve que les lieux sont corrects. »*

*« Je vais pas me vanter mais dans le service je trouve qu'on est pas mal ».*

Hormis les thèmes sur le turn-over des jeunes infirmières, déjà évoqué par d'autres, les patients et les familles de plus en plus exigeants qui la stressent, elle aborde le problème des activités « hachées » qui augmentent encore plus la charge de travail.

Mme Ma. évoque ensuite longuement les évolutions de la réglementation sur l'activité de l'aide-soignante avec ses répercussions positives et négatives ; nous reprenons quelques phrases pour l'illustrer :

*« Dans les années 85 on nous a fait chronométrer le temps qu'on passait pour faire une toilette... c'était pour connaître la charge de l'aide-soignante. Mais aujourd'hui, je dis avec le lavage des mains, prendre des gants, laver le dentier, laver les pieds, les doucher, couper les ongles...ça, ça avait pas été compté, c'était pas dans le temps. »*

*« Normalement les lavements en tant qu'aide-soignante on n'a pas à les faire. Mais il y a eu des moments où on avait le droit de les faire avec notre formation, après on a plus eu le droit de les faire....normalement tout doit être prescrit ».*

*« Prendre la tension...Bon si elles nous disent d'aller prendre la tension de quelqu'un on va le faire mais normalement, on n'a pas le droit. »*

*« Et on avait eu la liste de ce que l'aide-soignante doit faire et...ce qui a changé c'est les ceintures de contention... et maintenant on sait qu'il faut que ce soit prescrit, et on en parle avec l'infirmière voilà... .si le médecin n'est pas sur place, elles appellent l'interne... »*

*« Aujourd'hui le lavage des mains on vous dit : y faut trois minutes... Si vous mettez du manuel, vous pouvez pas glisser vos mains, même si c'est trente secondes de séchage, c'est encore trente secondes pour passer les gants et tout. »*

*« Si on veut bien faire son travail aujourd'hui, si on veut suivre les protocoles, entre le début et la fin, j pense il y a des minutes qui peuvent être rajoutées ».*

Outre les améliorations techniques, le matériel plus performant, Mme Ma. met en priorité les relations de travail dans le bien-être psychologique : les relations entre collègues et avec la hiérarchie :

*« Dans le service on s'entend bien pour changer d'horaires, pour les postes et tout ça, là il y a pas de soucis à ce niveau-là... il y a une très bonne collaboration d'aides-soignantes, ah oui. Et j pense que c'est important et c'est pas le cas dans tous les services. »*

*« On essaie de faire des choses ensemble, enfin tout en... moi j'aime bien ça»....« Je trouve que oui, pour être une bonne équipe, ben je trouve que c'est important de... ben de faire des choses avec sa collègue infirmière » et puis ....« avoir une personne qui nous encadre plus quand y a des difficultés, un patient qui va pas bien quoi ».*

### **Synthèse de l'entretien avec Mme Pz.**

Infirmière, 53 ans, mariée.

(10 ans de réanimation, 5 ans en unité de consultation et de soins ambulatoires dans le milieu carcéral. Il y a 9 ans : ouverture du service tabacologie ; depuis un an, ouverture du service « annonce oncologie »).

Ce qui ressort dans l'entretien est le poste un peu atypique de Mme Pz. : à mi-temps en tabacologie et à mi-temps en oncologie. Elle dit que, dans sa carrière, elle a souvent créé des postes, se sent une âme de pionnière. Elle déclare : *« Les remises en question sont bouleversantes mais c'est bien, y a pas de routine »*. Elle reconnaît que son expérience en unité de consultation et de soins ambulatoires en milieu carcéral lui a appris à écouter et à bien communiquer : *« Ce qui m'a aidée, c'est d'être passée de la réa au milieu pénitencier, ça forme surtout en communication, j'ai appris, et même dans les conflits, j'ai appris à m'en sortir »*.

Elle a un rôle de conseil, d'aide à la personne face à l'annonce de sa maladie : cela suppose des qualités d'écoute, de l'empathie qu'elle formule ainsi :

*« Si on anticipe trop, si on donne trop d'infos en même temps, si on leur dit trop de choses qui les perturbent, ils n'entendent plus »....« Je les laisse me poser des questions » « il y a des infos qui les perturbent. »*

*« Je vais dans tous les services voir les patients hospitalisés ; c'est 90% de mon travail. Ici, je vois les patients externes qui viennent ».*

Dans sa nouvelle fonction, elle a souhaité se faire connaître, faire connaître son approche :

*« J'ai voulu au début que dans tous les services, on ait le même regard par rapport à l'annonce »... « Je suis passée dans tous les services pour expliquer ce que je faisais, et je suis repassée pour réexpliquer »... « Je ne me marginalise pas ».... « J'ai d'ailleurs des retours positifs de la part de l'ICL pour les patients que j'ai eus en dépistage. Ça montre bien qu'on travaille ensemble, que ce qu'on fait pour le malade, ça aide le travail des psychologues et réciproquement ».*

Face à ce nouveau métier, il est intéressant de voir les réactions des autres soignants (infirmiers, médecins...) :

*« On m'a beaucoup observée, un peu comme une bête curieuse, je pense que certains attendaient de voir » « Je suis en relation constante avec les autres équipes : ça demande de la confiance dans les autres. J'essaie de comprendre mes collègues. Ils voient pas le patient comme moi ».*

Elle fait référence aux nouvelles missions des infirmières concernant les diagnostics de soins : *« On l'a revendiquée cette technique. Au départ, c'est enfin, le diagnostic infirmier est apparu sur les textes : on fait des diagnostics de soins ».*

Les réactions des médecins ne sont pas toujours accueillantes face à ce nouveau métier de l'infirmière : *« Ils veulent pas qu'une infirmière prenne du pouvoir, enfin, certains médecins pas tous » « Il y en a encore qui aiment bien qu'on soit les bonnes » « Certains médecins ont peur qu'on fasse des erreurs et qu'on le leur reproche après ».*

La spécificité du métier de Mme Pz. est l'autonomie dont elle dispose, ce qui est atypique pour une infirmière :

*« Une infirmière en service de soins prouve ce qu'elle fait, c'est clair, cadré, on sait ce qu'il faut faire »...« Moi, ce que je fais, c'est plus du moyen terme. »*

*« Quand je prescris des substituts nicotiques, la posologie est comprise dans la prescription, je mets ma signature EDET, donc je m'engage. »*

*« L'éducation thérapeutique, c'est vraiment intéressant. On fait des diagnostics infirmiers pour pouvoir analyser les besoins de la personne, pour qu'elle puisse gérer sa maladie, par exemple : un diabétique... devient plus autonome, c'est ce qu'on veut, c'est bien pour lui ».*

Son métier l'a amenée à prendre du recul sur sa vie professionnelle et c'est avec ce regard que Mme Pz. donne son opinion sur les conditions et l'organisation du travail dans les services. Ce qui nous semble intéressant dans cet entretien est qu'elle est la seule des personnes interrogées à connaître tous les services et à avoir pu échanger avec les soignants sur leur vécu.

Elle évoque les conditions de travail dans les services : le travail en flux tendu, le turnover dans les services, les délais longs de titularisation des jeunes infirmières mais aussi les relations de travail. Elle dit que les infirmières parlent moins de leur travail que de l'organisation : *« On nous dit qu'on est agent de l'hôpital et non d'un service ».* Tous ces propos sont illustrés par les phrases ci-dessous que nous avons regroupées par thèmes :

### Les conditions de travail :

« On a moins de personnel qu'il y a 20 ans » « Les personnes sont plus isolées, cloisonnées, c'est ce que je ressens. »

« Beaucoup de temps pour être titularisées : au début, elles acceptent n'importe quel poste, puis elles partent, elles en ont marre. »

« Du turn-over chez les jeunes, beaucoup de turn-over, c'est très déstabilisant. Il faut former les nouvelles, on perd du temps. »

« Il faut courir tout le temps »...« De plus en plus de paperasseries, de données informatiques, ça prend un temps fou et on n'est pas formées pour ça » « On passe de plus en plus de temps à justifier. »

« Les anciennes disent : « J'en ai plus pour longtemps ». « A un certain âge, il y a des adaptations, des souplesses qu'on ne peut plus avoir. »...« On met les anciennes au même rythme que les jeunes, elles peuvent plus suivre, c'est normal. »

« Les plannings sont souvent révisés, c'est à flux tendu, donc s'il y a une maladie, ça perturbe tout ; il faut revenir sur son temps de repos, ça perturbe la vie de famille. »

« Les RTT n'ont rien allégé car on n'a pas embauché »...« Les infirmières des consultations et des services de soins, je ne crois pas qu'elles aient vu un mieux avec les RTT. »

« Dans les services, la souffrance au travail est justifiée : elles sont à flux tendu tout le temps. Elles connaissent leur roulement sur un mois maximum. Pas facile pour organiser sa vie de famille ».

### La souffrance des soignants :

« Aujourd'hui, il y a plus d'écho par rapport à la souffrance : les gens en parlent et on l'entend mieux qu'avant : l'équipe, les chefs, un peu tout le monde. Ça s'est médiatisé. »

« Avant, on n'en parlait pas, personne était là pour vous écouter, on vous aurait rigolé au nez. On aurait passé pour des chochottes. »

« Grosse fatigue, enthousiasme érodé ou excessif et parfois, une alcoolisation »... « Je trouve les filles vraiment fatiguées dans les services »... « Les plannings empiètent sur la vie personnelle : ça peut expliquer cette fatigue ».

### Les relations de travail :

« La notion d'équipe est moins soutenue. »

« Le travail est devenu plus technique ; on est moins proche des patients. »

« Quand on choisit un métier comme le nôtre, c'est pour être près du patient, pas pour passer du temps à faire des papiers. »

« Une infirmière qui se sent bien dans son service, c'est bien qu'elle y reste » « Il faut pas que ce soit imposé ...ça va déstabiliser si on impose de changer » « Y a pas forcément d'usure, ça dépend des gens ...et des services. »

« On a des pressions pour changer de service tous les 5 ans »... « C'est peut-être pour éviter le burn-out. Il y aura peut-être une usure si on reste dans le même service »... « En gériatrie ou aux urgences, on s'épuise, alors là, d'accord, changer, c'est bien ».

Enfin, Mme Pz. décrit son bien-être psychologique au travail de la façon suivante :

« J'ai un énorme confort : être dans une petite unité, prendre des décisions à 5 et non pas à 20, ça fait partie du bien-être. »

« Avoir une liberté d'action, c'est très important : agir tout en ayant des références »...« Je prends des initiatives, c'est un luxe. »

« Mon travail me permet de progresser, me donne envie d'apprendre. J'adore apprendre, ça fait partie du bien-être psychologique. »

« J'ai la chance de pouvoir me former : je suis un peu à part par rapport au métier d'infirmière »...« La formation, c'est très important : ça permet de se poser des questions, de savoir à qui on va les poser ».

### **Synthèse de l'entretien avec Mme Ga.**

Infirmière, 53 ans, mariée, 3 enfants.

(10 ans en gériatrie long séjour, puis moyen séjour ; actuellement long séjour depuis 20 ans + équipe mobile de gériatrie depuis 2 ans).

L'équipe mobile est créée depuis deux ans. Pendant les deux premières années elle n'a fonctionné qu'à deux, ce qui fait que Mme Ga. passait la moitié de son temps en équipe mobile et l'autre moitié dans les services. Depuis la fin d'année 2011, elle a un tiers de temps en équipe mobile et le reste du temps en service.

Elle s'occupe principalement de patients âgés, qui ont plusieurs pathologies : « On intervient tous les jours au niveau du service des urgences. Voilà, où les médecins urgentistes nous signalent les patients âgés pour éventuellement évaluer si on peut, soit permettre un retour à domicile directement, soit s'il vaut mieux une hospitalisation, soit des conseils en soins simplement quoi ... Et on intervient également dans les services de médecine chirurgie, toujours pareil en fonction de ce que nous appellent les médecins des services, savoir un petit peu au niveau de l'orientation, c'est essentiellement ça hein et aussi des conseils en soins et même des évaluations de mémoire, des choses comme ça, puisque le médecin gériatre avec qui je travaille fait aussi un début d'évaluation de mémoire ». Elle donne une image valorisante de son activité en gériatrie mais reste très descriptive, ne livre pas ce qu'elle ressent.



Elle aborde les thèmes suivants :

L'organisation de l'activité :

« Là, dans le service de court séjour, on accueille les patients qui arrivent qui sont pas encore équilibrés sur le plan médical donc c'est beaucoup plus les soins je dirais que c'est plus un service de médecine gériatrie ; c'est une, voire deux entrées par jour minimum ....on a vingt-huit patients en tout dont dix en court séjour, donc c'est un peu fonction des entrées parce que chaque fois qu'on en a dix et ben le plus ancien passe en moyen séjour. »

« Alors que vu qu'au niveau des urgences parfois ça bouscule un peu, on nous a mis une infirmière supplémentaire sur le week-end pour pouvoir accueillir les entrées même le dimanche ».

« Au niveau de l'ambiance de travail le dimanche c'est pas pareil quoi c'est.... Il y a beaucoup moins de pression, il n'y a pas d'examen ».

Un travail d'équipe :

Elle décrit le travail effectué dans ce service comme un vrai travail d'équipe mais ne parle pas de l'ambiance dans l'équipe ; elle évoque l'organisation des réunions compte tenu des trente-cinq heures : « On a une fois par semaine une réunion... pour déterminer un petit peu l'avenir de nos patients où on réunit assistante sociale, kiné, diététicienne, médecin, infirmière, aide-soignante, donc vraiment une partie de chaque membre de chaque équipe et on essaye justement de parler un petit peu de l'avenir de nos patients un par un ». « Alors que là depuis les trente-cinq heures....notre relève étant séparée en deux, les médecins peuvent pas se mettre partout et donc du coup nos relèves sont plus brèves. »

« Il y a le travail d'équipe qui me plaît bien. Là quand les gens sont en fin de vie et que ça pose problème, un problème de conscience dans l'équipe on le sent, les gens sont pas forcément d'accord, tout le monde n'est pas forcément d'accord sur la façon de prendre en charge... voilà, quand ça pose soucis, le médecin fait appel souvent à l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital qui intervient donc de l'extérieur et chez qui il y a une psychologue. »

« L'avantage d'être dans un service où on fait pas que du palliatif c'est qu'il y en a qui arrivent à repartir à la maison ».

Elle évoque une hiérarchie (médecin chef de service et cadre infirmier) très présente :

« Et puis on a un médecin qui est très proche psychologiquement et des patients et de l'équipe »...« Si on se sent pas apte un jour à s'occuper d'un patient parce que... parce qu'on sent qu'aujourd'hui ça ira pas... on passe la barre à d'autres... »

« Les choses sont dites. Je crois que c'est pour ça aussi que moi je me suis toujours sentie bien dans l'équipe alors du coup... bon je m'y suis sentie bien, j'allais dire je crois que c'est aussi dû au fait que j'ai fait pas mal d'années de mi-temps ».

Mme Ga. parle des difficultés d'organisation des congés, des remplacements et fait un lapsus ("couteaux tirés" au lieu de flux tendu) : ceci indiquerait une tension dans l'équipe, qu'elle ne soulève à aucun moment :

*« Je pense qu'on arrivait plus à s'auto suffire dans les services, là c'est ce qu'on nous demande aussi ; le problème, j'allais dire, c'est qu'on est presque à couteaux tirés, c'est-à-dire que dès qu'il manque une personne, ça manque, c'est difficile ».*

Quand nous évoquons le thème de la souffrance au travail, elle entend celle des patients et non la sienne : elle est dans la dénégation permanente.

Comment Mme Ga. décrit-elle le bien-être psychologique au travail ? Elle nous donne des grands principes : « il faut... » montrant une attitude défensive :

*« Moi je crois déjà qu'il faut bien s'entendre avec ses collègues. »*

*« Savoir évoluer dans son travail. »*

*« Il faut faire un travail qui plaît, qui motive quelque part. »*

*« Je sais pas, effectivement l'évolution des soins, de toute façon... Mais il y a aussi de nouvelles choses qui apparaissent de plus en plus, de nouvelles approches puisqu'on parlait psychologie, de nouvelles approches psychologiques importantes. »*

*« Faut pas trop rester dans son petit cocon... Même si on n'apprend pas forcément à chaque fois des choses nouvelles mais de savoir un petit peu comment fonctionnent les autres et l'auto satisfaction des fois ça fait du bien. »*

*« Alors évoluer, l'équipe mobile pour moi était une manière d'évoluer hein c'était une nouvelle approche des patients ».*

Les conditions de travail : Mme Ga. évoque non les conditions actuelles mais celles qu'elle vivait il y a quelques années (là aussi, elle est dans la dénégation). Nous n'avons pas recadré car il nous a semblé intéressant de voir ainsi les changements qu'elle a constatés.

*« On arrivait quand même sur les temps à avoir trois semaines de congés l'été par exemple. »*

*« Mais je trouve qu'on avait quand même plus facilement du personnel, il me semble hein avoir moins vécu de difficultés de ce côté-là. »*

*« Il y a des services qui ferment l'été aussi pour pouvoir faire fonctionner justement le personnel de remplacement hein donc ça fonctionne comme ça mais c'est vrai que je trouve qu'il y a plus de tensions à ce niveau-là quoi. »*

*« Moi je trouve toujours mon métier intéressant ça c'est sur et voilà, j'arrêtera pas, j'ai pas envie d'arrêter, je suis pas saturée. »*

*« Je crois que ce contact d'équipe, ce contact me manquerait... Je trouve que c'est toujours motivant le métier d'infirmière. »*

*«Qu'on voit que ce qu'on fait finalement c'est bien, qu'on n'est pas un grand hôpital ici à Firminy donc voilà de voir que finalement que ce qu'on fait, on le fait bien ».*

### **Synthèse de l'entretien avec Mme Ra.**

Aide-soignante, 46 ans, mariée, 3 enfants.

(Service gériatrie depuis 7 ans, avant « volante », auparavant ASH).

Ce qui ressort de l'entretien est l'exigence que Mme Ra. a pour elle et pour ses collègues : exigence par rapport à la qualité des soins dans un contexte où la charge de travail, dit-elle, a fortement évolué ces dernières années. Elle aborde longuement l'importance de la formation des stagiaires et de sa propre formation : c'est une culture dans le service. Etre une référente est sa priorité. Pour elle, le bien-être psychologique au travail se traduit comme suit :

*« Bon c'est le plaisir de faire son métier, il faut vraiment aimer ce qu'on fait pour être bien ».*

Elle aime son métier d'aide-soignante en gériatrie : s'occuper des personnes âgées mais aussi la variété des tâches liée à la découverte de nouvelles pathologies : *« C'est toujours la personne qui est notre point d'intérêt... donc la personne âgée, notamment dans ce service-là, donc c'est ben je dirais de services à la personne, les besoins de la personne, c'est elle le centre de... des soins. »*

*« Voilà. Ici ce qui est bien, moi j'aime ce service parce que justement il y a du changement, c'était le point positif, j'avoue que je ne voulais pas aller dans un service où c'est toujours les mêmes personnes, que ce soit du long séjour, alors que là court et moyen séjours, ça permet justement de changer régulièrement de personnes donc d'être au plus près justement de la personne et vraiment de s'en occuper le plus possible, je trouve qu'on est plus attentif à des personnes qu'on connaît pas justement que d'être dans la routine, voilà ».*

Elle mentionne l'augmentation d'activité du service des urgences qui se répercute sur celle du service gériatrie associée à des pathologies de plus en plus lourdes : *« J'ai trouvé qu'il y avait cinq ans qu'on avait un rythme à peu près correct et là ça fait deux ans où on est à un rythme beaucoup plus fort, beaucoup plus accéléré... Enfin ça doit être dû à ça parce que nous ces entrées aux urgences c'est le point qu'on a en plus par rapport aux autres services .»*

...et la difficulté de suivre des pathologies lourdes : *« Mais quand on a sur les trente patients, vingt-deux, vingt-trois patients qu'il faut vraiment s'en occuper c'est-à-dire que ce soit les grabataires soit justement c'est de la psychologie donc il faut, de la psychiatrie, c'est plus difficile aussi à rentrer en contact donc on prend plus de temps »... « Depuis quelques temps, bon là on a des fins de vie aussi quand même chez nous donc ça, ça prend du temps ».*

Mme Ra. aborde le problème du temps passé à mobiliser des personnes peu mobiles :

« Des fois les médecins ne voient pas que de lever une heure, on vous demande de lever une heure oui mais justement c'est ce lever d'une heure qui nous coûte plus de manipulations, plus de temps, que quelqu'un qu'on va lever à midi et qu'on va recoucher le soir.... les médecins je trouve ne voient pas le temps qu'on y passe... il faut quand même lever tout le monde, il faut quand même coucher tout le monde... c'est une exigence, c'est une exigence de service ».

Elle parle de son exigence de qualité qui est difficile à satisfaire compte tenu des contraintes de temps : « On est quand même soignant, on a des patients donc oui on a cette conscience professionnelle, enfin je parle pour moi, ...il faut toujours qu'on court... donc on n'est pas satisfaite de ce qu'on fait voilà je suis un peu exigeante, enfin un peu, beaucoup exigeante ».

C'est une des rares personnes qui a abordé le thème de l'encadrement des stagiaires. Dans les autres entretiens, sauf un, les étudiants n'ont pas été cités dans l'équipe de travail. Mme Ra. précise : « Je suis référente aussi quand il y a des élèves, on me le dit, je suis quelqu'un, oui, ben oui d'exigent, de pénible, je dis oui je suis pénible, je le sais mais je veux que ce soit comme ça bien les intégrer (les nouveaux) pour ce qu'on veut....c'est vrai qu'on est exigeant....Parce qu'on a des médecins exigeants, une cadre exigeante donc, moi je suis exigeante (rires), ça fait beaucoup d'exigeants. »

« Comme on dit aux élèves, je vous apprend, je t'apprends, je te donne tout ce que je peux te donner, ce que je sais, après tu en fais ce que tu veux, voilà ».

Former les autres est important pour elle mais se former est aussi indispensable pour elle :

« Dans les règles de l'hygiène, dans les soins que moi oui j'ai augmenté dans ce sens-là puisque du coup je suis référente alors qu'avant je l'étais pas »... « Alors ce qui est bien, c'est au niveau des formations, c'est vrai que lorsqu'on a besoin »... « Toutes les formations ça oui, ça c'est sûr que c'est un plus, même si comme toutes les formations on ne peut pas appliquer complètement ce qu'on apprend mais ça nous donne des pistes, ça nous donne des ouvertures... et puis bon les collègues, ce qui est bien, c'est que du fait que les collègues y vont aussi des fois,... donc ça c'est bien aussi le renouveau du fait que tout le monde y aille ça nous remet dans le bain ».

Comme dans les autres entretiens, les contraintes du travail (le problème du remplacement des absentes qui s'oriente depuis un an, vers l'autogestion ; le temps passé à tracer les actes effectués et les contraintes liées à la démarche d'accréditation), le turn-over des infirmières...ont eu des effets déstabilisateurs dont elle parle : « Oui moi ça m'a portée, ça a été lourd passé un temps, les patients qui étaient plus lourds, la surcharge de travail, le changement de collègues ».

Le bien-être psychologique au travail, pour Mme Ra., passe d'abord par les relations dans l'équipe : « C'est vrai qu'ici on a une bonne équipe... d'ailleurs tout ce qui est, enfin les remplaçantes

*qui viennent et tout, apparemment c'est ce qu'il se dit »... « Ça fait plaisir, mais là l'équipe change donc c'est pour ça qu'on veut amener les nouvelles à essayer de garder cette bonne entente qu'on a. »*

*« On a un cadre ça, au niveau relationnel, qui est super quoi Je veux dire qui que ce soit, si on a envie d'aller la voir on peut y aller, on est écouté, s'il y a des choses à transmettre normalement c'est fait ».*

Avec le médecin, exigeante avec l'équipe, les relations se sont améliorées : *« Elle le sait qu'on fait le maximum mais nous on le voit pas, elle nous le reconnaît pas donc pour nous on a l'impression qu'elle nous en demande toujours plus ».... « C'est ce petit truc qu'on attend nous de la part du médecin, cette reconnaissante un peu plus ».*

Mme Ra. sait que cette exigence a du sens et elle l'accepte : *« Mais bon c'est comme ça, après bon, on sait qu'on a un service bien ».* Elle apprécie la franchise qui existe dans l'équipe et comme toutes les personnes interrogées, elle précise que bien-être psychologique passe par l'amour de son métier : *« Voilà, il n'y a rien de caché, il n'y a rien, j'arriverai à rester là parce que les choses sont dites »... « Je me sens bien encore dans cette équipe, je me sens bien encore dans ce service, là pour l'instant...mais bon c'est le plaisir de faire son métier, il faut vraiment aimer ce qu'on fait pour être bien ».*

### **III.3. Synthèse générale des entretiens :**

Des entretiens avec les soignantes, nous avons extrait des grandes tendances concernant les causes de la souffrance au travail et ses manifestations, d'une part, et les causes et caractéristiques du bien-être au travail, d'autre part.

Ainsi, par exemple, pour certaines soignantes, la souffrance se manifeste par un sentiment d'isolement ressenti dans leur nouvelle fonction (d'infirmière clinicienne) ou bien dans l'incapacité à dire « non » aux multiples sollicitudes dans la nouvelle fonction (d'infirmière en oncologie). On voit que ces nouveaux postes sont insuffisamment cadrés, laissant ainsi les soignantes qui les occupent, dans un désarroi. Face aux difficultés qu'elles vivent, certaines soignantes mettent en place des mécanismes de défense pour se protéger de la souffrance : ainsi, Mme. J. qui vit une violence morale exercée par sa hiérarchie et par des difficultés organisationnelles liées à des décisions politiques ; elle intériorise le système en disant : *« Je vais me mettre au placard ».* De même ; Mme B. qui intériorise son contexte de travail en disant que c'est de sa faute si elle se fait avoir. Cette intériorisation masochiste est une défense contre un contexte de travail perturbateur. Mme Ga. utilise la dénégation permanente pour supporter le contexte actuel : dénégation nécessaire pour survivre. Ainsi, elle parle de la souffrance des

patients et non de la sienne ou bien elle nie les conditions de travail en n'évoquant pas les conditions actuelles difficiles mais celles qu'elle vivait il y a quelques années. Elle fait un lapsus en disant « couteaux tirés » pour « flux tendu » qui révélerait une tension dans l'ambiance de travail, qu'elle dit « bonne » en utilisant une tonalité froide ( la dénégation est mise en évidence par la non congruence entre le verbal et le co-verbal). L'émotionnel est refoulé, elle dit pour le bien-être : « Il faut bien s'entendre, il faut faire un travail qui plait ».

Pour d'autres soignantes, la souffrance ressentie ne s'origine pas dans l'activité du travail mais dans l'histoire de la personne, générant ainsi des difficultés à gérer les frustrations : ainsi, Mme Mi. dont la vie familiale et l'histoire personnelle sont en permanence enchevêtrées dans l'entretien et interfère sans cesse sur ses réflexions ou bien Mme C. qui se dit « finie ». Et pourtant toutes les deux précisent qu'elles aiment leur métier d'aide-soignante et qu'elles ont du plaisir à l'effectuer. Plusieurs d'entre elles font la distinction entre ce métier qu'elles aiment auquel elles associent des valeurs humaines de dévouement, et les conditions de travail qui se sont dégradées générant des TMS, de la fatigue. Le problème des congés, des roulements, du manque d'ASH, la charge de travail supplémentaire liée à l'arrivée de l'informatique, la surcharge de travail dûe au flux de patients sont largement évoqués. Beaucoup de soignantes (surtout des AS) déplorent le manque de respect dans les relations hiérarchiques et dans les relations jeunes-anciennes actuelles : elles évoquent la nostalgie d'une solidarité passée. Néanmoins, les soignantes reconnaissant la situation délicate de précarité des jeunes diplômées : il faut huit ans aux nouvelles infirmières pour être titulaire, ce que n'ont pas connu les anciennes.

Nous avons également repéré les caractéristiques du bien-être psychologique dans les propos des soignantes. Ainsi, plusieurs d'entre elles (des aides-soignantes principalement) valorisent leur métier en montrant tout ce qu'il leur apporte (l'apprentissage de nouveautés, des fonctions annexes comme le fait d'être référente). Ce sont des compensations par rapport aux difficultés du métier. Mme HR., par exemple, valorise le fait de pouvoir donner aux autres mais aussi celui d'apprendre continuellement. Le bien-être psychologique est abordé au travers des thématiques suivantes :

- la possibilité d'apprendre, de se développer (l'attrait pour les évolutions techniques),
- la valorisation de son statut professionnel,
- l'autonomie,
- l'indépendance d'esprit (le refus d'adopter des décisions qu'on ne comprend pas),
- la gestion de son temps,

- les échanges avec les patients,
- les rapports avec ses collègues (la bonne ambiance dans l'équipe).
- la qualité des relations dans l'équipe.

Les soignantes qui se disent heureuses au travail comme Mme V. ou Mme G., positivent leurs rapports avec leurs collègues (hiérarchie comprise), sont en recherche de bien-être psychologique avec eux. Elles ont un attrait pour la nouveauté, un regard positif sur les soins, se sentent compétentes soit parce qu'elles ont suivi des formations, soit parce qu'elles ont pris une fonction de référente. Au niveau de leur personnalité, ce sont des femmes enthousiastes qui s'émerveillent et apprécie la compagnie des plus jeunes avec qui elles s'investissent dans des projets. Elles prennent des initiatives; ont une liberté d'action tout en ayant des références. Elles aiment leur métier, aiment les gens : comme le dit Mme Ra. : « *Le bien-être psychologique, c'est le plaisir de faire son métier, il faut vraiment aimer ce qu'on fait pour être bien* ».

## QUATRIEME PARTIE

### PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

*« Ce n'est plus d'être heureux que je  
souhaite maintenant, mais seulement être  
conscient ».*

Albert CAMUS  
*Le mythe de Sisiphe.*



Nous allons reprendre les données issues des entretiens pour en analyser le contenu. Nous abordons globalement les résultats issus des entretiens effectués dans les deux hôpitaux (Montélimar et Firminy) avec un regard sur les spécificités des A.S. et des IDE séparément. Notre objectif est d'une part, de donner une vision globale des résultats et d'autre part, de cerner les spécificités liées à chaque catégorie professionnelle.

## **I. RAPPEL DE NOTRE PROBLEMATIQUE ET DES HYPOTHESES DE RECHERCHE**

Il convient dans un premier temps de rappeler notre problématique et les hypothèses de recherche que nous avons formulées précédemment : Peut-on repérer les processus individuels et organisationnels de la construction du bien-être psychologique au travail chez les soignants ?

Nous souhaitons étudier la manière dont se dessine le bien-être psychologique au travail au travers des expériences vécues par les soignants à l'hôpital, c'est-à-dire comment il se constitue comme objet de représentations professionnelles auquel se rattachent les composantes cognitives, affectives liées aux souvenirs d'expériences vécues et symbolisées.

Recenser toutes les échelles mesurant le bien-être psychologique<sup>31</sup> est complexe ; en effet, la littérature recense un nombre considérables d'échelles différentes (nous en avons dénombré 40 et nous n'avons pas la prétention de dire que cette liste est exhaustive (cf annexe n° 3 p. 326). De plus il faudrait tester la validité de chacune : ses qualités psychométriques et ce qu'elle mesure. On retrouve par exemple des items identiques dans des échelles qui mesurent des termes voisins ; bonheur, bien-être subjectif ; bien-être psychologique ; qualité de la vie, ce qui prouve le désaccord des chercheurs sur les caractéristiques du bien-être psychologique. Comment sont définis les concepts voisins, comment sont choisis les items qui les caractérisent ? Il persiste un flou autour de ces questions ; nous avons vu que l'analyse sémantique du concept « bien-être psychologique » pose problème, bien que les travaux empiriques aient montré le souhait pour les chercheurs de trouver un modèle.

### **A la recherche des représentations du bien-être psychologique**

Face à la difficulté de faire une synthèse des travaux concernant les recherches sur l'évaluation du bien-être psychologique, nous souhaitons approcher le concept par un autre biais,

---

<sup>31</sup> Le bien-être psychologique est aussi appelé bien-être subjectif par Diener (1984) car il fait référence à la perception de la personne, à son appréciation par opposition au bien-être objectif qui fait référence aux conditions optimales de vie, extérieures à la personne).

celui des représentations. Nous pensons qu'une approche qualitative peut venir enrichir les études quantitatives par une approche plus approfondie, plus fine du concept. En tout cas, il sera appréhendé différemment ; en effet, dans les études empiriques utilisant des questionnaires destinés à mesurer le concept, on l'aborde sous un angle descriptif, on cherche à en donner une définition alors que dans une approche phénoménologique, on l'aborde davantage sous un aspect explicatif.

Nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse descriptive :

H1 : Le bien-être psychologique au travail se devine plus qu'il ne se montre contrairement à la souffrance.

La thématique de la souffrance des soignants (physique ou psychologique) a fait l'objet de nombreux ouvrages, d'études, de recherches. Le stress des soignants<sup>32</sup> est toujours d'actualité comme le montrent nombre d'enquêtes récentes. Le bien-être, la qualité de vie au travail font également l'objet de réflexions, de discussions comme le précise le Dr Vincent Mounic<sup>33</sup> chef du service développement de la certification à la H.A.S. Dans l'hypothèse H1 que nous formulons, nous voulons pouvoir discerner les composantes du bien-être psychologique permettant la construction d'une représentation professionnelle.

---

<sup>32</sup> L'étude de Franceschi-Chaix sur 95 infirmières du service de santé d'Esquirol montre un taux d'épuisement de près de 20%. L'étude réalisée par Chantal Rodary sur 520 infirmières de l'Institut Gustave Roussy (spécialisé dans les maladies cancéreuses) et de l'hôpital Bicêtre a mis en évidence que :

25% des infirmières présentent un burn out élevé

25% perçoivent leur accomplissement personnel comme insuffisant.

Le retrait de l'investissement est significativement plus élevé à Bicêtre (16%) qu'à IGR (7%). Ces résultats sont plus marqués dans les services où le temps d'échange avec le malade est court et les soins techniques nombreux (soins intensifs par exemple).

Une enquête réalisée en août et septembre 2011 (<http://www.coordination-nationale-infirmiere.org>). La coordination nationale infirmière (CNI) a mené une enquête « stress et conditions de travail » auprès d'infirmières. (1884 questionnaires ont été exploités). Il leur a été proposé d'évaluer leur niveau de stress (différents critères ont été pris en compte : l'âge, la catégorie (A ou B), le milieu d'exercice...).

*Geneviève Coulombier, Médecin du travail au Service de Santé au travail (CHU Poitiers), interviewée au salon infirmier 2011, a souligné que l'évaluation du stress global (5,5/10) est moyen. On voit qu'il reflète l'association stress au travail (6,56/10) et stress personnel (4,1/10). Les différences de niveau entre les trois types de stress sont significatives et le stress au travail est le plus élevé. De plus, pour toutes les classes d'âges, le niveau de stress au travail est très supérieur au niveau de stress personnel. » Chez les plus jeunes (20-25 ans), ce sont les étudiants en IFSI qui sont le plus stressés au travail, viennent en suite les 26-30 ans (le début de carrière). Autre donnée significative rajoute Geneviève Coulombier : « les personnels du secteur privé sont plus stressés que ceux du secteur public. De même, le stress au travail varie selon la fonction : les IBODES, les cadres supérieurs et les étudiants en Ifsi sont un niveau de stress plus élevé ».*

<sup>33</sup> Dans la lettre de la HAS n° 26 de mars/avril 2011, le Docteur Vincent Mounic : « la qualité de vie au travail fait désormais partie des thèmes de certification des établissements de santé.... il était essentiel de l'introduire dans le manuel V2010 »

### Hypothèse évaluative :

H2 : Il y a une différence de représentations du bien-être psychologique au travail entre les infirmières et les aides-soignantes.

Bien que le terme « soignant » englobe les métiers d'infirmière et d'aide-soignante, les contenus des activités diffèrent, les rôles diffèrent également. Nous émettons l'hypothèse que les représentations du bien-être psychologique ne sont donc pas identiques chez les deux populations. Si c'est le cas, cela permettrait aux Directions des Etablissements Hospitaliers, d'adapter de façon singulière, des mesures de développement du bien-être.

### Hypothèse prescriptive :

H3 : Les besoins psychologiques fondamentaux doivent être pris en compte dans les évolutions organisationnelles, sociales et managériales de l'hôpital pour développer le bien-être psychologique au travail.

Dans cette hypothèse, nous stipulons que les besoins psychologiques fondamentaux, tels qu'ils ont été identifiés dans la théorie de l'autodétermination, sont défaillants (besoins de compétence, d'autonomie et d'appartenance au groupe social). Pour permettre aux soignants de se développer et de ressentir du bien-être dans leur environnement professionnel, il est important que l'hôpital leur permette de développer leur motivation intrinsèque par l'intermédiaire de mesures à la fois organisationnelles, sociales et managériales (on peut en effet penser qu'il y a du bien-être psychologique au travail à partir du moment où il y a consensus sur les valeurs et sur les modèles d'organisation).

## **II. LES CATEGORIES DOMINANTES ISSUES DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS**

### **II.1. Démarche utilisée : Une démarche en trois temps :**

#### **II.1.1. Premier temps :**

Nous avons commencé par effectuer une analyse logico-sémantique des entretiens définissant ainsi les catégories, les thèmes, sous-thèmes et les phrases-témoins pour chaque hôpital. Nous avons ainsi pu repérer les catégories identiques dans les deux hôpitaux. Un deuxième découpage nous a amenée à réduire le nombre de dix catégories à cinq : les évolutions hospitalières ; l'activité ; les relations de travail ; la souffrance au travail et le bien-être psychologique au travail. Très vite, une difficulté s'est imposée : certains propos pouvaient appartenir à deux catégories : par exemple : les contraintes de plannings liées au remplacement des absents pouvaient appartenir à « l'activité » ou à « la souffrance au travail » ; de même, le manque de reconnaissance des aides-soignantes par les médecins pouvait entrer dans deux catégories : « les relations de travail » et « la souffrance au travail ». Si nous optons pour deux catégories finales « la souffrance au travail » et « le bien-être psychologique », nous y perdions en finesse d'analyse (un regroupement étant réducteur) et en lisibilité des résultats. Nous avons donc fait le choix de garder les cinq catégories mais de repérer dans « les évolutions hospitalières », « les relations de travail » et « l'activité », ce qui était du registre de la souffrance ou du bien-être au travail (que nous réintégrerons lors de l'analyse).

#### **II.1.2. Deuxième temps :**

Dans chaque catégorie, nous avons ensuite comptabilisé les occurrences pour chaque thème, sous-thème et propos (hôpital/hôpital et personne/personne) : (annexe n° 2 p. 283).

#### **II.1.3. Troisième temps :**

Nous avons enfin regroupé les résultats chiffrés des deux hôpitaux en gardant la distinction AS et IDE et abouti aux tableaux qui vont être repris comme base de notre discussion.

## **II.2. Analyse des catégories**

De l'analyse logico-sémantique, cinq catégories ont émergé : toutes les personnes interrogées dans les deux hôpitaux ont abordé, de façon induite ou non, les thèmes de la « souffrance au travail » et du « bien-être psychologique au travail ».

Deux autres catégories ont été évoquées par plus de 80 % des soignantes : il s'agit de celles sur « l'activité » et sur les « relations de travail » qui arrivent respectivement avec un total de 838 et de 772 occurrences.

Quant à la dernière catégorie sur « les évolutions hospitalières », elle regroupe les propos de 72 % en moyenne des personnes interrogées mais ne représente que 121 occurrences : nous aurions ainsi pu classer ces morceaux du corpus dans une catégorie « autre » mais nous avons remarqué que ce qui les fédérait étaient des éléments sur le contexte politique du secteur hospitalier et les répercussions sur les Etablissements. Nous avons donc fait le choix d'en faire une catégorie sur « les évolutions hospitalières » pour comprendre le contexte professionnel dans lequel les soignantes se trouvaient.

Nous allons à présent reprendre chacune de ces catégories et analyser leur contenu. L'analyse est globale pour les deux hôpitaux. Nous avons conscience que, parmi les réseaux de signification des propos des personnes interrogées, celles que nous avons retenues sont empreintes de notre subjectivité. Nous avons cependant croisé nos regards avec ceux d'autres chercheurs concernant les catégories que nous avons créées et nous avons trouvé un espace d'intelligibilité commun nous permettant ainsi d'apporter une certaine validité à notre analyse.

### Répartition du discours des soignants dans les catégories

Catégories et Thèmes présents dans les catégories	Effectif A.S. N = 8	Nbre d'occ	Effectif I.D.E. N = 10	Nbre d'occ	Nombre total d'occ	% Par rapport à la catégorie
<b>Les évolutions hospitalières</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>99</b>	<b>121</b>	100%
Informations sur les changements	2	10	3	17	27	22,31%
Les nouveaux services			2	47	47	38,84%
Fermetures de services	3	12	2	10	22	18,18%
Organisation par pôles			1	6	6	4,96%
Plan cancer 2009/2013			3	9	9	7,44%
Les nouvelles lois hospitalières			1	10	10	8,26%
<b>L'activité</b>	<b>7</b>	<b>395</b>	<b>8</b>	<b>443</b>	<b>838</b>	100%
Les évolutions du travail	7	123	7	174	297	35,44%
L'organisation du travail	6	90	7	100	190	22,67%
Les conditions de travail	6	182	6	169	351	41,88%
<b>Les relations de travail</b>	<b>8</b>	<b>375</b>	<b>10</b>	<b>397</b>	<b>772</b>	100%
Relations avec l'ancienne Direction	1	6			6	0,78%
Relations avec la Direction	3	17	2	10	27	3,50%
Relations avec l'équipe	8	108	7	127	235	30,44%
Relations jeunes/anciennes	4	24	3	10	34	4,40%
Relations avec les médecins	5	62	5	86	148	19,17%
Relations avec le cadre infirmier	7	84	5	63	147	19,04%
Relations avec les patients et leur famille	7	38	6	42	80	10,36%
Relations avec les autres services	1	26	3	26	52	6,73%
Relations avec l'extérieur			1	9	9	1,16%
Le rôle du psychologue	1	10	3	24	34	4,40%
<b>La souffrance au travail</b>	<b>8</b>	<b>845</b>	<b>10</b>	<b>704</b>	<b>1 549</b>	100%
Manifestations	6	105	8	61	166	10,71%
Effets	5	46	3	20	66	4,26%
Causes apparentes de démotivation des IDE		2	2	28	30	1,94%
Carrière des jeunes A.S.		14			14	0,90%
Rôle de l'A.S.	5	31			31	2%
Rémunération			1	2	2	0,13%
Valeurs	5	41	7	40	81	5,23%
Composantes individuelles	3	25	1	22	47	3,03%
Contexte personnel	1	28	1	21	49	3,16%
Communication sur la souffrance au travail	1	4	2	7	11	0,71%
Souffrance au travail (dans les évolutions hospitalières)		21		24	45	2,90%
Souffrance au travail (dans l'activité)		255		237	492	31,76%
Souffrance au travail (dans les relations de travail)		273		242	515	33,24%
<b>Le bien-être psychologique au travail</b>	<b>8</b>	<b>373</b>	<b>10</b>	<b>565</b>	<b>938</b>	100%
Motivation pour le métier d'A.S.	8	138			138	14,71%
Motivation pour le métier d'IDE			7	172	172	18,33%
Composantes individuelles	5	42	8	69	111	11,83%
Equilibre vie familiale/vie professionnelle	1	12	5	21	33	3,51%
Reconnaissance des services difficiles		2	1	11	13	1,38%
Solutions aidantes			2	12	12	1,28%
Bien-être au travail (dans l'activité)		87		157	244	26,01%
Bien-être au travail (dans les relations de travail)		92		123	215	22,92%

### II.2.1. Première catégorie : Les évolutions hospitalières :

La catégorie « évolutions hospitalières » a le chiffre le plus faible (121 occurrences) : elle est cependant importante car c'est la seule qui nous donne des indications sur la que les soignantes ont de l'environnement politique et économique du travail. Il s'agit de tous les changements, souvent en lien avec les nouvelles règles d'organisation hospitalière, qui ont et vont avoir une répercussion sur le cadre de travail des soignants.

Notons que dans l'analyse de cette catégorie, comme dans toutes les autres d'ailleurs, la singularité des aides-soignantes et celle des infirmières est conservée de manière à mettre en évidence les éventuelles différences.

#### Les évolutions hospitalières dans les deux Etablissements

<b>Catégorie : Evolutions hospitalières</b>	<b>Effectif A.S. N = 8</b>	<b>Nbre d'occ</b>	<b>Effectif I.D.E. N = 10</b>	<b>Nbre d'occ</b>	<b>Nbre d'occ total</b>	Sous-thèmes et propos en lien avec : • la souffrance au travail (S) • le bien-être psychologique (BE)
<b>Les changements dans l'hôpital</b>	2		3		27	
Absence d'information	2	9	2	4	13	S
Politique de recrutement			1	13	13	S
Regroupements d'activités dans le service			1	1	1	S
<b>Nouveaux services</b>			2		47	
Création du service SSR			1	12	12	
Création du service alccologie/addictologie			1	35	35	
<b>Fermetures de services</b>	3				12	
Rentabilité	3	12			12	S
<b>Suppression de l'activité réanimation</b>			2		10	
Création du label SSR			2	10	10	
<b>Organisation par pôles</b>			1		6	
Pas de spécificité des IDE			1	6	6	S
<b>Plan cancer 2009/2013</b>			3		9	
Création du poste d'infirmière d'annonce			3	9	9	
<b>Les nouvelles lois hospitalières</b>			1		10	
Rapport Massé			1	10	10	
Total d'occurrences		<b>21</b>		<b>100</b>	<b>121</b>	

Dans les deux établissements de Firminy et de Montélimar, nous remarquons que le nombre d'occurrences est cinq fois plus élevé chez les infirmières que chez les aides-soignantes : or, ce chiffre est illustré par des personnes travaillant dans des services en création ou en réorganisation. En effet, à l'hôpital de Firminy, les propos recueillis ont concerné d'une part la création de services SSR (Soins de Suite et Réadaptation) et la suppression de l'activité réanimation, d'autre part la création du service d'alcoologie/addictologie ; des changements importants auxquels on peut rajouter l'organisation par pôles et le « plan cancer 2009/2013 » avec la création du poste « infirmière d'annonce ». Pour l'hôpital de Montélimar, les propos recueillis concernent la création du poste d'infirmière d'annonce (infirmière clinicienne) suite à la loi Berland<sup>34</sup> et également les applications du rapport Massé<sup>35</sup>.

Que disent les infirmières de ces services qui ont traversé ces évolutions hospitalières ? Avec des regroupements de services, la création de nouvelles activités, de nouveaux métiers, pour les infirmières interrogées, il s'agissait au départ de découverte et donc, de source de satisfaction comme l'illustrent les phrases suivantes :

*« Enfin Berland au départ quand il a créé ces expérimentations c'était dans le but aussi de faire... un niveau master on va dire, où ... on ait cette possibilité de rester dans le soin, pas passer cadre de santé... Enfin j'avais choisi donc le suivi des maladies chroniques mais ça peut être aussi une équipe d'infirmières qui soient détachées et qui fassent des consultations. » (Mme R.)*

*« Et au niveau de l'hôpital... c'était l'envie de créer un nouveau métier d'infirmière » (Mme R.)*

*« Ce qu'il y a c'est qu'il n'y a rien d'existant, tout est à créer .....donc, je vais devoir dissenter là-dessus pour que ça puisse se mettre en place et ça me plaît. » (Mme R.)*

Sauf que, d'après les personnes interrogées, ces changements n'ont pas été accompagnés et ont généré des perturbations : les extraits de phrases ci-dessous le montrent bien :

*« Des anciens sont partis, ils ne reconnaissent plus le service. » (Mme B.)*

*« Dans le service, on a récupéré la diabète, l'addicto et la néphro ça fait beaucoup et on n'est pas plus nombreuses. Ce sont des malades qui demandent beaucoup de suivi et qui sont en général très stressés... et puis on n'est pas formés pour faire de la psycho et ces personnes ont vraiment besoin d'être aidées sur le plan psychologique. » (Mme A.)*

<sup>34</sup> Voir dans la deuxième partie de ce document : plan hôpital 2007, le rapport Berland (octobre 2003)

<sup>35</sup> Le rapport Massé en 1992, procède à une étude sur la diversification des prises en charge en psychiatrie sur le territoire français. Ce rapport insiste sur la disparité énorme existant entre les moyens en psychiatrie dans les différents départements. Il souligne l'essoufflement du dispositif de secteur ainsi que le manque de dynamisme de certaines structures hospitalières psychiatriques classiques. Il préconise donc de recentrer la psychiatrie sur l'hôpital général, lui redonnant sa dimension médicale qu'elle avait perdue depuis les années d'après-guerre, emportée par l'élan du secteur. La circulaire du 30 juillet 1992 organise le soutien psychiatrique au sein des services d'urgence des hôpitaux généraux. [www.ch-charcot56.fr/index.php/les-dernieres-tendances-avec-le-3eme-millenaire.html](http://www.ch-charcot56.fr/index.php/les-dernieres-tendances-avec-le-3eme-millenaire.html)



«Alors, au début, ça a été très dur pour moi...En premier, j'ai pas de médecin qui me dit ce patient, il va pas bien, est-ce que tu peux voir, donc, du coup, il faut évaluer la demande du patient en étant seule. » (Mme V.)

« Enfin, moi, je me suis sentie au départ...un peu en difficultés et puis tout à créer quoi, en étant la seule à temps plein... » ( Mme V.)

« Disons qu'on avait le personnel, le matériel, on avait tout pour rester réanimation sauf qu'on n'avait pas au niveau des médecins anesthésistes les, les weekends et puis les soirs je veux dire, double garde.... pourtant les médecins réanimateurs tout ça avait fait, on avait quand même recruté des médecins en essayant de prendre des médecins d'autres services, d'autres hôpitaux, qui venaient faire des gardes chez nous, enfin voilà, on pouvait s'arranger mais je pense c'était... » (Mme Mo.)

« Vous savez, je suis novice dans ce métier, j'ai beaucoup à apprendre, je veux pas faire de bêtises. En tabaco, j'ai plus de ficelles. Je fais une à deux formations par an. Je fais partie de l'association des infirmières tabacologues au niveau national. En oncologie, je suis moins bien formée, il y a une association. Je vais m'y inscrire ; c'est bien de rencontrer les autres qui font la même chose, on peut échanger. Vous savez, on est toutes débutantes dans ce métier. » (Mme P.)

Ce qui est évoqué dans ces propos mais aussi dans le tableau ci-dessus, c'est le manque d'information et d'accompagnement au changement de la part des Directions. En effet, toute transformation organisationnelle, selon Fabi, Martin et Valois (1999) qu'elle soit imposée ou volontaire, d'origine sociale, politique, organisationnelle ou technologique, doit être accompagnée par un process qui comprend des étapes d'explication, de soutien du projet, de « monitoring » ou d'accompagnement du projet et de pérennisation de la démarche. Qu'il s'agisse d'un changement prescrit ou construit, toute démarche de transformation se doit d'être accompagnée pour éviter les conséquences négatives liées à l'absence d'une démarche planifiée de changement.

Pour Ouimet et Dufour (1997), les conséquences négatives peuvent être regroupées en trois cas : dans le cas d'absence d'information, les individus vont réagir par un sentiment d'insécurité, un stress qui va générer une résistance au changement et la mise en œuvre du changement risque d'être déficiente de la part de ces acteurs. Si on constate une absence d'assistance dans la mise en œuvre, les individus vont ressentir une frustration, une démotivation qui va être suivie d'une démobilisation ; le résultat qui s'ensuit sera une chute de la performance des acteurs. Dans le cas d'une absence de reconnaissance des efforts effectués et des progrès réalisés, les individus vont manifester du découragement qui, dans la durée, peut occasionner des problèmes de santé psychique ou physique. L'approche de Ouimet et Dufour met ainsi en évidence l'intérêt d'accompagner les acteurs dans une démarche de changement.

Concernant la thématique des évolutions hospitalières, on retrouve ces trois niveaux dans les propos des personnes, à savoir :

- L'absence d'information : « *J'ai ouvert les deux services en même temps : le service tabaco a ouvert il y a 9 ans. et... J'ai été embauchée pour ça. Et j'ai ouvert il y a un an le service « annonce oncologie... c'est vraiment tout récent, je me sens une pionnière.... les équipes me connaissent pas bien, enfin pas toutes, faut du temps... Dans l'esprit des médecins, c'est difficile ; ils ne pensent pas à moi, il leur faut du temps. » (Mme Pz.)*
- L'absence d'assistance : « *Dans le service, on a récupéré la diabéto, l'addicto et la néphro ça fait beaucoup et on n'est pas plus nombreuses. Ce sont des malades qui demandent beaucoup de suivi et qui sont en général très stressés... et puis on n'est pas formés pour faire de la psycho et ces personnes ont vraiment besoin d'être aidées sur le plan psychologique. » (Mme A.). « Enfin, moi, je me suis sentie au départ...un peu en difficultés et puis tout à créer quoi, en étant la seule à temps plein... » (Mme V.)*
- L'absence de reconnaissance : « *On avait tout pour rester réanimation... on avait quand même recruté des médecins en essayant de prendre des médecins qui venaient faire des gardes chez nous, enfin voilà, on pouvait s'arranger mais je pense ... » (Mme Mo.)*

Cette première catégorie sur les évolutions hospitalières montre l'intérêt de prendre en compte le contexte dans lequel évoluent les soignants, c'est-à-dire d'avoir une vision systémique des situations de travail : l'impact des évolutions hospitalières sur les soignantes met en évidence des difficultés qu'elles doivent gérer et qui peuvent être sous estimées par les Directions. Nombre de ces évolutions, en effet, vont avoir des retombées sur l'organisation et les conditions de travail, c'est-à-dire sur l'activité (que nous allons aborder ci-après) ; aussi la dimension « politique hospitalière » doit être prise en compte par les Directions dans toutes les actions collectives institutionnelles quelles qu'elles soient car elles donnent du sens à ces actions et favorisent le dialogue social.

### **II.2.2. Deuxième catégorie : L'activité**

Elle comprend à la fois les évolutions du travail mais aussi l'organisation et les conditions de travail.

Avec 838 occurrences réparties en 392 pour les AS et 446 pour les IDE, cette deuxième catégorie se ventile de la façon suivante : le thème des conditions de travail représente 41,88 % du total de la catégorie, celui des « évolutions de travail » : 35,44 % et celui de « l'organisation

du travail », 22,67 %. Nous allons reprendre chacun des thèmes et nous arrêter sur les pourcentages des sous-thèmes les plus significatifs.

### L'activité de soignant pour les deux hôpitaux

Catégorie : Activité	Effectif A.S. N = 8	Nbre d'occ	Effectif I.D.E. N = 10	Nbre d'occ	Nbre d'occ. total	Sous-thèmes et propos en lien avec : • la souffrance au travail (S) • le bien-être psychologique (BE)
<b>Evolutions du travail</b>	<b>7</b>	<b>123</b>	<b>7</b>	<b>174</b>	<b>297</b>	
Durée d'hospitalisation	1	2	4	8	10	S
La qualité	5	44	6	82	126	BE
Nouveaux décrets			3	14	14	
Démarche d'accréditation	6	28	3	8	36	BE/S
Titularisation des jeunes infirmières	6	20	4	31	51	S
Hygiène et sécurité	1	3	1	3	6	BE
L'informatique	5	26	5	22	48	S
Attitude face aux évolutions			1	1	1	
Compétences informatiques			1	5	5	
<b>Organisation du travail</b>	<b>6</b>	<b>87</b>	<b>7</b>	<b>103</b>	<b>190</b>	
Remplacements des absents	4	22	6	20	42	S
Fermeture de services	3	6	1	1	7	S
Plannings inter services			1	4	4	S
Roulements	3	14	3	17	31	S
Congés	3	13	2	6	19	S
Organisation du temps de travail	4	12	3	27	39	S
Travail en miettes	3	6			6	S
Glissement de fonction	1	5	1	2	7	
Autonomie dans l'organisation	3	3	4	13	16	BE
Temps partiels	1	3	2	7	10	BE
Respect du temps de travail	2	3	4	10	13	BE
<b>Conditions de travail</b>	<b>6</b>	<b>182</b>	<b>6</b>	<b>169</b>	<b>351</b>	
Conditions antérieures	2	10	2	7	17	S
Charge de travail	5	70	7	83	153	S
Effectif des soignants	6	33	4	13	46	S
Intérêt pour l'environnement de travail	4	10	6	17	27	BE
Travaux	3	7			7	S
Arrêts de travail	1	7			7	
Gaspillage			2	9	9	
Conséquences de la surcharge d'activité	3	20	2	4	24	S
Qualité du travail effectué	4	20	6	32	52	BE
Fusion de services	1	5			5	S
Cumul d'activités			1	4	4	S
<b>Total occurrences</b>		<b>392</b>		<b>446</b>	<b>838</b>	

### A) Les conditions de travail :

Nous aborderons en premier le thème des « conditions de travail » (41,88 % de la catégorie « activité ») et 351 occurrences. Le sous-thème le plus marqué est celui de la charge de travail (avec 153 occurrences, il représente 43,59 % du thème) que l'exploitation des entretiens nous permet d'analyser (voir les tableaux d'analyse des entretiens en annexe n° 2 p. 283) :

- les causes évoquées sont d'abord quantitatives avec l'augmentation du nombre de patients et du nombre d'exams (justifiés ou non) et des actions de dépistage mais aussi l'augmentation de la moyenne d'âge des patients (impliquant plus de polyopathologies) ;
- on peut aussi rajouter des facteurs qualitatifs tels que le niveau d'exigence des patients, le comportement de prudence des médecins et les actes pas toujours justifiés.

Reprenons ces différentes causes : les soignantes rencontrées ont évoqué le fait d'un accroissement de la charge de travail créé par le développement de l'accès aux soins : en effet, la population prend mieux en charge sa santé qu'il y a une vingtaine d'années, ce qui se traduit par une augmentation du flux dans les services d'urgences mais aussi par le développement d'exams de dépistage, par exemple, le nombre de coloscopies comme moyen de dépistage contre le cancer du colon a fortement augmenté et l'activité du service d'endoscopie, à l'hôpital de Firminy, est reconnue comme intense à l'heure actuelle par les autres services :

*« Mais si un patient revient parce qu'on lui avait trouvé un polype ou on lui avait, ou alors c'était un dépistage familial et on lui a conseillé de faire un examen tous les cinq ans. » (Mme G.)*

*« Ben ce qui a bougé c'est que maintenant le dépistage de la coloscopie est, c'est passé au niveau de la santé publique. Donc on a énormément de gens qui se font leur dépistage familial, parce que vous savez on dit que le cancer du côlon a un caractère héréditaire donc on a vu notre activité aussi... je dirais, elle a pas doublé mais depuis qu'on a, disons qu'il y a une progression en permanence car les gens se font de plus en plus dépister quand même. » (Mme G.)*

Concernant le flux de patients aux urgences, cette autre phrase illustre bien la situation actuelle :

*« Des questions aussi je pense de passage, enfin moi je l'ai bien vu quand j'étais aux urgences hein, quand j'ai commencé aux urgences en 95 il y avait certains dimanches où on avait pratiquement pas une hospit...Des weekends, et après à la fin de mon, quand j'ai fini aux urgences en 2000/2001, c'était, il n'y avait pas un weekend où il n'y avait pas des brancards dans les couloirs comme aujourd'hui quoi c'était... les gens viennent de plus en plus aux urgences ».....« les gens, ils aiment bien s'appuyer sur la médecine dès qu'ils ont quelque chose qui va pas bien. » (Mme Pe.)*

« C'est vrai que ça peut être assez court comme court séjour parce qu'il y a quand même pas mal de monde...c'est une, voire deux entrées par jour minimum, quoi. » (Mme Ga.)

« Ben, c'est vrai qu'on est un peu bousculées justement parce qu'il y a les urgences qui accueillent beaucoup de patients âgés et qui sont multi pathologiques, de les envoyer dans un service de médecine, c'est pas toujours...ce qui est conseillé, voilà, c'est pas adapté donc. » (Mme Ga.)

« On a eu des soucis, ça a été, au point de vue personnel, ça a été vite la crise parce qu'en plus de ça, on est quatre infirmières à soixante-quinze pour cent, donc s'il en manque une, déjà c'est énorme. » (Mme G.)

De plus les courbes de démographie montrent une population vieillissante qui présente souvent une poly-pathologie, ce qui occasionne une augmentation du nombre de soins.

« Moi je pense qu'il y a beaucoup plus de travail parce que bon... la population a vieilli déjà... c'est une autre population, c'est une population qui est beaucoup plus âgée. » (Mme HR.)

Tous ces éléments qui vont dans le sens d'un accroissement de la charge de travail peuvent être associés à des critères qualitatifs. Les propos des soignantes indiquent que les patients ont des attentes de plus en plus fortes :

« Maintenant, ils veulent...ils veulent la qualité...ouais, c'est pour ça qu'ils sont beaucoup plus exigeants. » (Mme R.)

En effet, la réglementation hospitalière a mis l'accent sur l'information du patient et sur son consentement éclairé (voir la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dans la première partie de cette thèse). Dans ce contexte, les malades se font plus exigeants et les relations avec les soignants vont en être affectées (nous reprendrons ceci dans la catégorie : « relations de travail »). Ainsi, il n'est pas rare que le patient discute les soins qui lui sont destinés, demande parfois des soins supplémentaires.

Un même niveau d'attente existe aussi par rapport au médecin, on comprend alors que celui-ci « se protège » contre d'éventuelles poursuites judiciaires en prescrivant des examens parfois de façon excessive, ce qui va, bien évidemment, augmenter la charge de travail des infirmières et des aides-soignantes.

« Parce que les médecins de ville et ben... je pense qu'ils ont la pression aussi des patients mais c'est... ben, ils prennent pas de risque ils les envoient aux urgences, ça embolise à leur niveau aussi. » (Mme P.)

« C'est un peu étourdissant et du coup on a du mal à prendre du recul par rapport à certaines choses pour pouvoir... on fait beaucoup de prises de sang, beaucoup de radios, beaucoup de choses comme ça...Et en fait, je suis pas sûre qu'à chaque fois ce soit... franchement justifié ! On se couvre dans

*une certaine mesure et puis on prend des garanties par rapport à... parce que maintenant bon on a un petit peu cette... la mentalité c'est de... il faut faire des examens pour se couvrir absolument. »*  
(Mme P.)

L'augmentation du nombre de patients et de leurs attentes est une des causes de l'accroissement de la charge de travail ; en outre, les techniques de soins devenant de plus en plus performantes, aisées et non douloureuses sont de plus en plus pratiquées. Par exemple, il est plus facile aujourd'hui, pour un médecin, de prescrire un scanner qu'une artériographie, le premier examen était plus rapide et non traumatisant pour le patient. Autre exemple, à l'heure actuelle, la prise de tension du patient hospitalisé est systématique (d'où une surcharge d'activité pour les soignants) alors qu'il y a quelques années, seul le médecin donnait l'indication d'une prise de tension journalière.

*« La prise de tension, les médecins ils sélectionnaient, là j'ai l'impression que c'est plus systématique hein, on prend la tension à tout le monde. »* (Mme V.)

Les deux autres sous-thèmes dominants sont la « qualité du travail effectué (52 occurrences) et « la pénurie de soignants » (46 occurrences). Concernant ce dernier, il est à noter qu'il est deux fois plus abordé par les aides-soignantes (à effectif équivalent).

Ce sous-thème de la pénurie de personnel n'est pas une surprise dans la mesure où ce discours est largement médiatisé. En fait, le sentiment de manque de personnel n'est pas dû à une baisse d'effectif des soignants (les directrices de Soins Infirmiers que nous avons interrogées dans les deux Etablissements ont mentionné une augmentation des effectifs). Cette impression est due au ratio : nombre de soignants/nombre de malades et nous avons déjà évoqué l'augmentation du nombre de patients dans l'accès aux soins hospitaliers.

Les phrases ci-dessous illustrent le ressenti des soignantes concernant différentes catégories professionnelles (ASH, AS et IDE) :

*« Il y a deux soirs par semaine, on n'a pas d'ASH le soir, donc on fait la vaisselle, moi, c'est un sacrifice que je fais à condition que le matin on soit trois. »* (Mme C.)

*« Qu'on puisse nous mettre, quand il y a une surcharge de travail, qu'on puisse avoir d'autres aides-soignantes qui viennent nous aider pour soutenir. »* (Mme Mo.)

*« Maintenant, c'est toujours comme ça, il y a du turn-over chez les jeunes. »* (Mme Pz.)

*« Les jeunes infirmières, elles restent pas longtemps : il faut qu'elles fassent un passage en gériatrie de toute façon si elles veulent être titulaires, on dirait que c'est... faut rester cinq ans là-bas »*  
(Mme C.)

Concernant le turn-over des jeunes (évoqué également dans le sous-thème), plusieurs soignantes interrogées ont mentionné le fait que les jeunes commencent leur activité professionnelle soit en gériatrie, soit aux urgences : deux services lourds qui nécessitent une bonne connaissance du métier. Elles se découragent d'autant plus que la durée pour la titularisation tend à s'allonger et partent souvent lors de la première année. L'incidence de ces départs sur le collectif de travail sera repris dans la partie suivante « évolutions du travail ».

Le sous- thème suivant représenté par 52 occurrences traite de la « qualité du travail effectué ». Les soignantes parlent de la qualité des soins qu'elles effectuent mais également de la qualité des soins globalement effectués dans l'hôpital. Il est intéressant de constater de leur part une prise de recul et une capacité à évaluer les soins réalisés, à analyser les situations dans leur globalité :

*« Franchement, on fait peut-être pas tout mais je trouve que ce que l'on fait, on le fait bien. »*

(Mme G.)

*« Ici, on fait pas des grosses opérations, on fait pas une opération du genou en deux trois jours, ...mais ce qu'on fait, on le fait bien. »* (Mme G.)

*« Même si des fois, il y a des coups de bourre et tout, il faut reconnaître qu'on fait du bon boulot, enfin moi je suis contente du travail que je fais. »* (Mme Mo.)

Nous reprendrons ces propos quand nous aborderons la catégorie « bien-être psychologique au travail ». En effet, la satisfaction narcissique évoquée dans la qualité du travail effectué, donne du sens au travail et va générer du plaisir et renforcer l'identité du soignant.

Nous allons aborder maintenant le deuxième thème de la catégorie, à savoir celui des « évolutions de travail ».

## **B) Les évolutions du travail :**

Elles représentent 297 occurrences et 35,45 % du total de la catégorie « activité ». Elles sont réparties de la manière suivante pour un même nombre de soignantes : 123 occurrences pour les AS et 174 pour les IDE.

Le thème majeur est celui du « développement de la qualité » avec 114 occurrences/297. La qualité est appréhendée non sous l'angle de la législation hospitalière mais au niveau des répercussions sur l'activité des soignantes qui font le constat d'une forte évolution dans leur quotidien :

*« Ça a beaucoup évolué, oui, au niveau qualité, oui, moi, je trouve. »* (Mme HR.)

« Puisqu'avec l'usage unique c'était très bien. Et puis alors après, l'hygiène. Aujourd'hui c'est beaucoup plus...moi je dirais, l'hygiène ça s'est fait petit à petit mais je dirais le gros, ça serait depuis peut-être quatre, cinq ans, le lavage des mains. » (Mme M.)

Depuis les années 1980, beaucoup de matériels nouveaux ont vu le jour et amélioré le travail des soignants, qu'il s'agisse du matériel à usage unique, des lits ou des lève-malades facilitant la manutention, mais aussi de l'arrivée de protocoles de désinfection dans les services de soin, les blocs opératoires, les services d'endoscopies. A cette même époque, on a vu l'arrivée des démarches qualité qui ont amené une formalisation des actes médicaux et infirmiers afin de les évaluer par rapport à des normes qualité. Ainsi, pour les soignants, cela s'est traduit par l'obligation de marquer les actes effectués, dans le dossier médical du patient : cette traçabilité consistant à codifier les actes avec rigueur pour les traduire ensuite en procédures. Les soignantes ne remettent pas en question le bien-fondé de ces contrôles de la qualité...

« Ce qui a beaucoup évolué aussi c'est toute la traçabilité, tous les protocoles de décontamination, de désinfection c'est quand même très, c'est très strict et c'est important maintenant aussi. » (Mme G.)

« Puis la certification c'est vrai que ça nous a permis aussi de... de faire évoluer certaines choses parce que c'est vrai qu'on est un petit peu le nez dans le guidon. » (Mme P.)

... mais, elles pointent du doigt la place de plus en plus prégnante de la traçabilité et la charge de travail supplémentaire :

« On nous demande toujours plus, il faut faire des écritures alors faudrait savoir hein, s'il faut écrire ou s'il faut s'occuper des patients... Maintenant il faut qu'on mette par écrit, les A.S.H. le ménage qu'elles ont fait, nous les départs ...c'est un truc à part encore, un classeur, à part. » (Mme C.)

« Ben, euh...le travail est devenu plus technique ; on est moins proche des patients. Quand on choisit un métier comme le nôtre, c'est pour être près du patient, pas pour passer du temps à faire des papiers. Il y a de plus en plus de paperasseries, de données informatiques, ça prend un temps fou et on n'est pas formées pour ça. On passe de plus en plus de temps à justifier. » (Mme P.)

« Voilà, la traçabilité mais ça je veux dire, les filles dans les services, nous on le fait en temps voulu parce qu'on a huit malades, donc on peut le faire, je dirais que c'est vrai que de ce côté-là, je vais pas dire qu'on a un service privilégié mais quelque part je reconnais pour avoir tourné un peu qu'on est quand même un service où on peut faire du travail de qualité et prendre le patient globalement de A à Z et s'en occuper. » (Mme Mo)

Pour l'Etablissement hospitalier, la traçabilité est un moyen incontournable pour pouvoir procéder à une rationalisation des tâches et proposer le meilleur ratio : offre de service/coûts financiers. Il s'agit d'appréhender toutes les étapes qui jalonnent le parcours du patient et de les



évaluer par rapport à des normes. Ce travail d'évaluation participe à un ensemble de contrôles qui aboutiront à la certification ou non de l'Etablissement. On comprend alors que l'enjeu est énorme et que la chasse à la « non qualité » est permanente. Pour les personnes interrogées, même si l'accréditation fait partie des démarches habituelles et qu'elles en comprennent l'intérêt, elles n'en voient que les contraintes :

*« Ben nous, l'accréditation, on l'a eue, il n'y a pas longtemps, donc oui parce qu'il y a une pression des médecins, des cadres, de... du coup de faire un peu plus attention, parce que c'est vrai qu'on parle dans les couloirs mais ça c'est la vie d'un service et je trouve que des fois, c'est un peu théâtral ce qu'on nous demande cette semaine-là "faites attention à...", alors qu'on sait très bien, oui quand même on est adulte, on est quand même conscient de ce que ça coûte aussi pour l'hôpital. »*  
(Mme R.)

La qualité est deux fois plus développée par les IDE (74 occurrences) que par les AS (40 occurrences). Deux explications peuvent être proposées :

\*D'une part, une des infirmières a beaucoup évoqué la notion de qualité car les évolutions technologiques dans son service ont fortement impacté la qualité des soins, notamment en ce qui concerne les protocoles de désinfection des endoscopes et les check-lists pour les patients :

*« C'est un saut, enfin c'est extraordinaire ! Rien qu'en endoscopie déjà, si je pouvais parler de l'endoscopie, moi quand je suis arrivée on n'avait bien entendu pas de laveur désinfecteur, donc on faisait tout le nettoyage à la main, c'était le balbutiement...maintenant on a du matériel vidéo et là, dans le mois qui vient on va avoir du matériel haute définition. »* (Mme G.)

\*D'autre part, il nous a semblé que les infirmières abordaient la qualité d'une façon plus globale que les aides-soignantes, c'est-à-dire, non seulement au travers des progrès techniques mais aussi dans la création de nouveaux métiers et la mise en place de nouveaux dispositifs. Les phrases ci-dessous l'illustrent :

*« La législation elle a... enfin, tant mieux, enfin oui je pense qu'il fallait ...et puis qu'est-ce qu'il y a quand même qui est bien, bon par rapport à l'hygiène tout ça bon, l'infirmière hygiéniste... ça a été obligatoire quoi de mettre une infirmière hygiéniste. »* (Mme M.)

*« Et puis dans l'équipe, on a des personnes qui sont référents hygiène donc qui vont aux réunions et qui ramènent un peu les choses qu'il y a à dire quoi, voilà, comme pour la douleur, il y a aussi des référents douleur dans les services. »* (Mme M.)

*« L'équipe mobile nous sauve un petit peu nous parce que ça nous permet de prendre un petit peu de temps pour discuter avec les patients. »* (Mme G.)

« Le médecin fait appel souvent à l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital qui intervient donc de l'extérieur. » (Mme G.)

Les phrases ci-dessus montrent l'impact de la politique de développement de la qualité sur l'offre de soins mais d'autres exemples dans les propos recueillis vont dans le même sens : « Pour la réanimation c'est une infirmière pour deux malades et aide-soignante, je crois que c'était une aide-soignante pour quatre. » (Mme M.). Toutes ces évolutions vont induire des reconfigurations du travail d'infirmier et, de fait, vont avoir une répercussion sur les rôles respectifs des AS et des IDE : en fonction des spécificités de chaque service, de la présence ou non de référents, les pratiques des unes et des autres vont évoluer.

Le sous-thème suivant, de l'accréditation a été beaucoup plus présent dans les propos des AS que dans ceux des IDE. Ce n'est pas le bienfondé de la démarche d'accréditation qui est remise en cause mais ses modalités : trop de contraintes paraissant excessives sont relevées principalement par les aides-soignantes :

« Par rapport au dossier médical, faire attention que ça traîne pas dans les chambres, des choses comme ça, ça me gêne pas parce que je dirais que c'est logique. Par contre... c'est vrai qu'avec des collègues qui travaillent dans les, justement je crois que c'est au BO là-bas, bon, elles sont obligées de fermer les salles de soins, les armoires pour...et ça se fait, enfin c'est l'accréditation, parce que l'accréditation fait ça mais dans la vie de tous les jours, ça se fait pas, au quotidien elles le font pas, c'est pas possible, enfin je veux dire, c'est impossible à gérer. » (Mme Mo.)

« Ils sont en train de nous stresser parce qu'il y a l'accréditation qui arrive la semaine prochaine donc là, toute la semaine ils vont passer comme ça, à l'improviste... nous questionner, ils vont trouver quelqu'un sur leur chemin, ils vont questionner, puis ils vont regarder, alors il faut fermer les portes de toutes les pièces qui, toutes les dépendances, on nous a changé nos chariots de linge, on nous a mis des mastodontes pour mettre le linge sale, des gros trucs et les sacs poubelles, faut que ça soit séparé. » (Mme C.)

Pour les soignantes interrogées, la démarche d'accréditation génère une surcharge de travail et leur paraît déconnectée de la réalité des soins, donc impossible à mettre en œuvre dans les conditions de travail actuelles. La réticence des soignantes est une forme de stratégie défensive face à une démarche artificielle (mot théâtral utilisé) qui leur est imposée par les directions. Il existe un manque d'information : quand elles évoquent « ils » dans leur propos en parlant des auditeurs, des zones d'ombre semblent évidentes : qui va les interroger ? Des experts de l'A.N.A.E.S., d'autres auditeurs ? Ces personnes vont venir à leur insu, pour les observer. Les soignantes n'ont aucune vision des retombées positives de la démarche pour les équipes de soins.

Elles ne voient pas quels bénéfices elles peuvent en tirer face à des changements de pratiques qui ne peuvent être mis en œuvre faute de moyens et de conditions favorables.

Les évolutions du travail telles qu'abordées dans les entretiens par les soignantes ont mis l'accent sur un autre sous-thème, celui de la « titularisation des jeunes infirmières » (51 occurrences), avec un nombre plus élevé pour les IDE que pour les AS. Généralement, les dossiers de titularisation sont examinés en commission paritaire qui se réunit deux fois par an. Ce qui est mentionné dans les propos des soignantes, c'est la longueur des délais et les conséquences du retard de titularisation mais aussi le turn-over des jeunes infirmières et la précarité.

*« Maintenant, c'est toujours comme ça, il y a du turn-over chez les jeunes. D'ailleurs, il leur faut beaucoup de temps pour être titularisées, alors au début, elles patientent, acceptent n'importe quel poste puis elles partent. Elles en ont marre. » (Mme P.)*

*« Les jeunes infirmières qui arrivent elles sont pas forcément titulaires tout de suite, elles ont, elles savent même pas si elles vont l'être ou pas. » (Mme P.)*

*« C'est insécure comme situation les jeunes maintenant. » (Mme P.)*

*« Il faut qu'elles fassent un passage en gériatrie de toute façon donc, si elles veulent être titulaires, on dirait que c'est... faut rester cinq ans là-bas ! Enfin les aides-soignantes, je sais pas les infirmières... mais faut rester cinq ans ... au long séjour, cinq ans hein, sinon elles passent pas titulaires. » (Mme C.)*

*« Ça fait huit ans et elle a fini là-bas au long séjour, et elle sait pas encore si elle va être titulaire. » (Mme C.)*

*« Hier y a une petite, elle vient d'être embauchée, elle a fait quinze jours en haut là on l'a mis hier, parachutée là, dans un service qu'elle connaît pas. » (Mme R.)*

La situation des jeunes infirmières ou aides-soignantes est largement abordée comme un dysfonctionnement qui a des répercussions à la fois sur la psychologie et la motivation des jeunes et sur l'organisation du collectif de travail dans l'activité de soins. D'après les soignantes interrogées, cette situation est contingente de la politique de recrutement actuelle des hôpitaux : les jeunes recrutées sont mobilisées dans les services où il y a pénurie de soignants (qui sont généralement des services réputés durs) et pour une durée incertaine (5 ans ?). On ne peut s'empêcher de penser aux conséquences de ce début de carrière imposé sur plusieurs années chez une population qui n'a plus les valeurs d'abnégation de leurs aînées : c'est une cause inévitable du turn-over constaté chez les jeunes.

Un autre point à retenir, même s'il est peu représenté, qui transparaît dans les propos des soignantes est celui du raccourcissement de la durée d'hospitalisation : il va, d'une part, augmenter la charge de travail par le turn-over qu'il engendre et d'autre part, apporter des modifications dans le rôle des infirmières. En effet, outre le fait que la rotation des patients nécessite d'exécuter les actes techniques dans un laps de temps moindre, cela va entraîner une évolution dans l'accompagnement du patient.

*« Mais surtout au niveau évolution, ça a été au niveau rythme de travail. Avant quand j'étais à cardio au début on gardait les infarctus trois semaines, maintenant on les garde quatre jours, ça fait beaucoup de turn-over... Du turn over quoi, c'est vraiment rapide, faut aller plus vite pour tout... »*  
(Mme P.)

Les évolutions hospitalières vont vers le raccourcissement du temps de soins à l'hôpital : cette notion de court séjour, cependant, ne va pas diminuer la charge de travail des infirmières, bien au contraire. En effet, de plus en plus de patients ne reviennent pas à l'hôpital dès qu'ils ont un problème et reçoivent des soignants, des conseils à distance (par exemple, lors d'un suivi de traitement). C'est une nouvelle façon d'envisager l'offre de soins qui, pour l'instant, s'est surtout développée dans le cas de l'oncologie lors des consultations infirmière. Or, il est évident que si le temps passé à l'hôpital se réduit, cela va redéfinir la fonction d'accueil de l'hôpital et de l'offre de soins avec, peut-être pour les infirmières, un rôle à jouer dans la prise en charge ambulatoire médicale et sociale, un rôle d'interface entre l'hôpital et le traitement post hospitalisation. Nous avons déjà évoqué les nouveaux rôles de l'infirmière dans la catégorie précédente « les évolutions hospitalières », en faisant référence au rapport Berland. Ces nouveaux rôles qui se développent depuis quelques années vont non seulement modifier les temps de travail mais aussi impacter les relations entre patients et soignants (nous reprendrons cette idée en abordant la catégorie « relations de travail »).

Le dernier sous-thème que nous aborderons, avec 48 occurrences concerne la place de l'informatique.

L'arrivée de l'informatique dans les services de soins a délocalisé les actes administratifs tels que l'enregistrement des entrées et des sorties en direction des services ; de plus, le nombre d'actes a vu une forte augmentation du fait de la réduction de la durée d'hospitalisation. Tout ceci a provoqué une augmentation de la charge de travail.

*« Tout ce qui est informatique, parce que l'informatique donc c'est tout géré par ordinateur, les rendez-vous, les entrées des patients, tout ce qui est demandé par la D.D.A.S.S. en terme de statistiques c'est énorme. »* (Mme V.)

*« Et bien maintenant, toutes les choses ont évolué dans ce sens aussi, c'est qu'avant les programmations au bloc on téléphonait, on faisait des listes, on faisait des choses, maintenant tout se fait par informatique. » (Mme G.)*

Ce qui est évoqué est le manque d'aisance, de compétences face à l'outil informatique, d'où un sentiment de perte de temps et des blocages. De plus, les soignantes rejettent l'outil en l'accusant de prendre du temps qui pourrait être consacré aux soins du patient : aussi, le dossier de soins informatisé est vécu comme une contrainte supplémentaire venant se télescoper avec le temps imparti pour s'occuper du malade.

*« Il a fallu que je travaille avec un ordinateur, je passe bientôt plus de temps à écrire qu'à soigner les gens, c'est le comble...et puis, ça plante un ordinateur. » (Mme A.)*

*« On revient à la formule papier mais après, il faut entrer tout ce qu'on a fait dans la machine quand elle est réparée, vous parlez d'un cirque. » (Mme A.)*

*« C'est tout informatisé maintenant et il faut tout rentrer, tout ce qu'on fait, c'est tout informatique et si on se trompe d'une manipulation, il faut appeler quelqu'un. » (Mme Mi)*

*« Je suis pas issue d'une génération informatique, je l'utilise parce qu'il faut l'utiliser mais c'est pas mon truc, ça m'intéresse pas du tout. » (Mme P.)*

Cette population de soignantes « anciennes » a du mal à accepter les nouvelles formes de gestion : le manque de compétences en informatique renforce ce refus car cela occasionne une surcharge de travail surtout parmi les AS. La peur de se tromper génère de l'anxiété (d'une part, car la mutualisation des informations informatisées fait que l'erreur peut avoir des répercussions sur d'autres services de l'hôpital et d'autre part, l'identification du destinataire va être également connue en dehors du service). Un accompagnement à l'utilisation de l'outil informatique semble indispensable, nous en reparlerons ultérieurement).

Nous allons aborder le troisième thème de la catégorie « activité » concernant « l'organisation du travail ».

## **B) L'organisation du travail :**

Cela représente 190 occurrences totales de la catégorie, soit 22,67 % du thème « activité ».

Dans cette thématique, sont abordées les conséquences des décisions organisationnelles sur l'activité des soignants.

Trois sous-thèmes majeurs apparaissent : l'organisation du temps de travail avec la prise en compte des 35 heures, les roulements, le remplacement des absents. Le sous-thème

concernant « l'organisation du temps de travail » (39 occurrences) est le 2<sup>ème</sup> du thème. Les propos recueillis concernent l'obligation de mettre en place les « 35h » dans les services de soins et la difficulté à l'intégrer dans l'activité des soignants : on peut en effet se demander si l'on peut « appliquer les 35h » de la même façon dans un service d'urgence, de long séjour ou de consultation. Cela nous renvoie à la problématique de la rationalisation du travail abordée précédemment. Or, force est de constater qu'aucune des personnes n'a posé la question de l'adaptation des « 35h » dans les activités de son service ; le thème a plutôt été abordé en termes d'effets négatifs (réduction des temps de relève, des réunions).

*« Enfin on a eu du mal, je dis « j'ai » mais je sais que j'étais pas la seule, à passer aux trente-cinq heures donc ça a été, déjà diminuer nos temps de relève. » (Mme Mo.)*

*« Je dirais que tout ce qui était réunion comme ça, ça se faisait beaucoup plus avant quand on n'était pas aux trente-cinq heures. » (Mme P.)*

*« Les RTT n'ont pas allégé car on n'a pas embauché. » (Mme P.)*

Ces phrases mettent en exergue que la logique de réduction du temps de travail n'a pas été intégrée par les agents, en tout cas, pas en ce qui concerne le lien entre réorganisation du temps de travail et rationalisation, d'où l'impression de contraintes supplémentaires.

A propos des rythmes de travail dans l'organisation du temps de travail : les rythmes alternés, les week-ends travaillés semblent des thèmes plus sensibles chez les AS. La fatigue des soignantes les plus âgées est évoquée (le métier comprend en effet de nombreuses manipulations, d'où la fatigue qui est en filigrane derrière les propos) :

*« Donc notre chef, notre cadre-là qui est en arrêt, en début d'année, elle a pondu son roulement alors.... On a un dimanche sur deux, un weekend sur deux à travailler et on a les deux qui se suivaient à travailler. » (Mme C.)*

*« Oui et en plus, ah ben oui en plus, la vieille qui est à temps complet c'est elle qu'on appelle, qu'on fait venir sur son repos, au lieu d'appeler les un peu plus jeunes qui sont à temps partiel. » (Mme C.)*

*« Mais l'idéal pour les filles parce que je trouve qu'on fait quand même un travail qui est pas facile....On passe les trois quarts de notre vie ici, on fait un week-end sur deux plus les jours de fêtes... Un dimanche en année de congés, je trouve que c'est quand même limite hein. » (Mme Ro.)*

Les deux autres sous-thèmes abordés concernent les roulements, les congés et le remplacement des absents. Concernant les roulements, les changements fréquents de plannings

(31 occurrences) sont analysés comme une des conséquences des démarches qualité : elle introduit la notion d'optimisation du nombre de soignants dans chaque service et donc de flux tendu et la mise en place de l'autogestion :

« *Savoir, le mois prochain sur notre roulement ... où c'est qu'on va aller ce jour, parce que c'est pas encore défini.* » (Mme Mo.)

« *Dans nos services, ce qu'ils essaient de faire maintenant, c'est de, une autogestion du service.* » (Mme M.)

« *On sait très bien qu'on n'aura pas de remplaçante puisqu'ils considèrent qu'on s'autogère.* » (Mme M.)

L'autogestion est une des composantes de la réforme hospitalière. Parmi les quatre fonctions de l'hôpital représentées à la fois par de meilleures prise en charge du patient, qualité des soins, organisation et utilisation des ressources, la dernière a pour objectif de rendre l'organisation des services plus efficiente en ayant une utilisation optimale des ressources humaines : l'autogestion entre dans ce cadre-là. Cela a deux effets : d'une part, ça augmente les tâches de gestion d'équipe des cadres infirmiers et d'autre part, cela suppose des changements de service pour les personnels en surnombre ce qui n'est pas toujours bien accepté.

Ainsi, avec la mise en place des démarches qualité à l'hôpital, les soignantes constatent une évolution du rôle du cadre vers les activités administratives :

« *Ça leur faisait pas peur de faire une relève où des choses comme ça. Maintenant elles sont plus cantonnées dans leurs roulements, elles ont des réunions, je vais pas dire à n'en plus finir mais bon.* » (Mme M.)

Le plan hôpital 2007, en tout cas, introduit la notion de délégation de gestion au niveau de chaque pôle d'activité ; on peut donc supposer que, dans les démarches de rationalisation des coûts de production, le cadre infirmier ait aussi un rôle à jouer dans la gestion du service : c'est à lui qu'incombe une meilleure gestion des soins, des lits, des plannings, des remplacements.

La notion de flux tendu va impacter l'organisation du travail des soignantes les amenant parfois à changer de service au gré des besoins :

« *Donc les deux qui sont en trop, elles tournent, elles vont ailleurs. Sur un autre service.* »

« *Voilà. Et donc c'est vrai que c'est pesant parce qu'on sait pas trop où on va se retrouver, alors au départ on devait faire que les urgences, qu'aller aux urgences. Et puis par la suite les urgences ils ont eu leurs effectifs donc logiquement ils ont plus besoin de nous. Alors maintenant on va un petit peu au bloc, en salle de réveil.* » (Mme Mo.)

Les effets négatifs de l'autogestion, à savoir le manque de souplesse rend difficile l'organisation du remplacement des absents (avec 42 occurrences, il est 1<sup>er</sup> sous-thème). Les problèmes posés sont non seulement liés à la gestion des absences mais aussi aux compétences des remplaçantes.

Concernant la gestion, l'autogestion qui se développe dans tous les services donne moins de souplesse : les soignants doivent s'auto-remplacer.

Concernant les compétences, ce que déplorent les soignantes, c'est de ne pas pouvoir « fidéliser » une remplaçante et d'être obligée, chaque fois, de former une nouvelle aux spécificités du service, ce qu'elles jugent comme une perte de temps et de compétences. Les phrases ci-dessous illustrent les difficultés ressenties par les soignantes :

*« On nous en demandait pas autant, enfin nous on le voit, par exemple vous posez un jour, et puis finalement vous vous rendez compte que c'est une collègue qui vous le fait, bon sans l'avoir demandé je veux dire, c'est des arrangements de plannings, alors qu'avant on demandait, on avait une remplaçante. » (Mme R.)*

*« Au niveau, par exemple, des remplacements, des choses comme ça, c'est toujours à flux, à flux tendu voire même. » (Mme M.)*

*« On s'auto remplace, c'est un point négatif. » (Mme R.)*

*« Alors ils nous mettent soit des gens qui connaissent pas le service, donc qu'il faut former, donc ça aussi c'est une charge en plus... » (Mme Mo.)*

*« Voilà, et quand vous avez quelqu'un on vous l'enlève... pour vous mettre quelqu'un d'autre. C'est au niveau de ces gestions-là, je veux dire, qui est, qu'on a du mal à comprendre et à accepter. » (Mme Mo.)*

Les thèmes des conditions et de l'organisation du travail seront repris ultérieurement dans la catégorie « souffrance au travail ». Nous allons à présent nous tourner vers une autre catégorie : celle des relations de travail.

### **II.2.3. Troisième catégorie : Les relations de travail**

Avec un total de 770 occurrences, elle a été abordée par toutes les IDE et toutes les AS avec 397 occurrences pour les premières et 373 pour les secondes.

Nous allons reprendre les relations de travail en fonction des typologies (collègues, cadre, médecins, patients...) telles que le montre le tableau ci-dessous.



### Les relations de travail dans les deux hôpitaux

Catégorie : Relations de travail	Effectif A.S. N = 8	Nbre d'occ	Effectif I.D.E. N = 10	Nbre d'occ	Nbre d'occ. total	Sous-thèmes et propos en lien avec : • la souffrance au travail (S) • le bien-être psychologique (BE)
<b>Relations avec l'ancienne Direction</b>	<b>1</b>	<b>6</b>			<b>6</b>	
Manque de crédibilité des AS	1	6			6	S
<b>Relations avec la Direction</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	
Manque de considération	3	8			7	S
Autonomie des cadres			2	8	8	
Pression	2	9	1	2	2	S
<b>Relations avec l'équipe</b>	<b>8</b>	<b>108</b>	<b>8</b>	<b>127</b>	<b>235</b>	
Rapports difficiles avec les collègues	7	75	7	39	114	S
Absence d'équipe			1	13	13	S
Fusion de deux services	1	2			2	S
Habitudes de travail			1	17	17	S
Culture du groupe			1	6	6	S
Cohésion d'équipe	5	31	6	52	83	BE
<b>Relations jeunes/anciennes</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	
Différence entre les générations	5	24	3	10	34	S
<b>Thème : relations avec les médecins</b>	<b>5</b>	<b>62</b>	<b>5</b>	<b>86</b>	<b>148</b>	
Pratiques différentes	5	20	3	22	42	S
Rapports AS/médecins	4	26			26	S
Rapport IDE/médecin	3	12	5	51	63	S
Rapports jeunes IDE/médecins	2	4	2	7	11	S
Exigence/diagnostic infirmier			1	6	6	S
<b>Thème : relations avec le cadre infirmier</b>	<b>7</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>63</b>	<b>147</b>	
Réunions de service	2	7	2	10	17	S
Evolutions du service	2	5	1	3	8	S
Management difficile	5	27	3	11	38	S
Tâches du cadre	4	10	2	6	16	S
Positionnement du cadre	1	4	1	5	9	S
Bon management	5	31	4	28	59	BE
<b>Thème : relations avec les patients et leur famille</b>	<b>7</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>78</b>	
Les patients addictifs			2	10	10	S
Exigence des patients	5	16	3	9	25	S
Impatience des familles	2	12	2	3	15	S
Méfiance des familles	1	4	2	8	12	S
Assistance des familles	1	4	2	7	11	BE
Information			1	5	5	S
<b>Relations avec les autres services</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	
Commandes en interne	2	24			24	S
Reconnaissance par les autres			2	14	14	S
Fonction de l'équipe mobile de gériatrie	1	2	2	4	6	
Connaissance de l'organisation des autres services			5	8	8	
<b>Relations avec l'extérieur</b>			<b>1</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	
Les médecins traitants			1	1	1	
Relation avec les institutions			1	8	8	
<b>Relations avec le psychologue</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	
Rôle du psychologue	2	10	4	22	32	BE
Missions du psychologue			1	2	2	BE
<b>Total occurrences</b>		<b>373</b>		<b>397</b>	<b>770</b>	

### A) Les relations avec la Direction :

Peu de personnes en ont parlé (trois AS et deux IDE seulement) et pour des situations bien particulières, par exemple à l'occasion d'un refus de la Direction pour la création d'un projet. Ce qui ressort, c'est une Direction lointaine en tout cas, loin des préoccupations des soignantes :

« *On nous écoute mais on ne nous entend pas... bon, de toute façon rien ne... ça ne bougera pas.* »

(Mme C.)

Une Direction perçue comme une Administration qui gère les carrières des agents sans qu'il y ait vraiment d'échange avec eux, d'implication dans les décisions.

« *C'est vrai qu'on a d'ailleurs des pressions pour changer de service tous les cinq ans. En consultation, c'est comme ça, les infirmières changent tous les cinq ans.* » (Mme P.)

Les soignantes n'ont cependant pas formulé d'attente ni manifesté de sentiments négatifs à l'égard de la Direction, un peu comme deux mondes qui s'ignorent.

### B) Les relations avec l'équipe :

C'est le type de relations le plus représenté dans le sous-thème, avec 235 occurrences, 127 pour les IDE et 108 pour les AS. Toutes les AS et 8 IDE ont évoqué le sujet des relations dans l'équipe, entre soignantes. Nous n'avons pas intégré les relations intergénérationnelles, elles feront l'objet d'un traitement à part.

Dans les relations avec l'équipe, les rapports avec les collègues montrent des positions opposées avec 114/235 occurrences (pour les relations difficiles) et 83/235 (pour la cohésion d'équipe). Nous allons détailler ces deux sous-thèmes.

Concernant la bonne entente (83 occurrences), ce qui ressort est la confiance dans les autres et un véritable travail collaboratif :

« *Moi je me plais bien dans le service. On s'entend bien pour changer d'horaires, pour les postes et tout ça, il n'y a pas de souci à ce niveau-là.* » (Mme M.)

« *On essaie de faire des choses ensemble : quand l'infirmière a posé les aérosols, je passe la tisane le quart d'heure d'après.* » (Mme M.)

« *Dans l'équipe, on peut bien parler entre nous.* » (Mme V.)

« *On peut bien en parler facilement, on se comprend bien dans l'équipe.* » (Mme V.)

« *On s'entend hyper bien.* » (Mme R.)

Toutes ces phrases montrent un collectif de travail qui est capable de gérer les difficultés du quotidien tout en gardant un dialogue. D'autres propos signent également l'importance des échanges et le respect de l'autre :

« *Les choses sont dites. Je crois que c'est pour ça aussi que moi je me suis toujours sentie bien dans l'équipe alors du coup... bon je m'y suis sentie bien.* » (Mme M.)

« *J'avais pas dire à l'infirmière, après, de repasser dans la chambre si...on essaie de... même si les tâches sont quand même distincte.* » (Mme R.)

Globalement, les personnes interrogées ont mentionné l'importance du climat dans l'équipe comme pare-feu contre l'augmentation de la charge physique et mentale du travail. On peut se demander d'ailleurs si la bonne entente n'est pas le seul moyen que les soignants ont trouvé pour contenir les tensions dues aux défaillances de l'organisation du travail.

Parmi les personnes interrogées, celles qui ont relevé des difficultés relationnelles (114 occurrences) l'attribuent soit à des :

- dysfonctionnements organisationnels : dûs au turn-over

« *Alors, est-ce que c'est parce qu'aussi, il y a eu pas mal de turn-over au niveau du personnel, ça a tourné et qu'il faut un certain temps pour créer, recréer des liens, oui, ça aussi ça doit peut-être jouer ?* » (Mme M.)

Nous avons abordé dans la catégorie « relations de travail », le départ des infirmières nouvellement diplômées suite à l'obligation d'exercer dans des services difficiles et à la lenteur de la titularisation. Le turn-over déstabilise les liens sociaux et déconstruit le collectif de travail ; avec les nouveaux soignants, il faut donc reconstruire de nouveaux référentiels communs, mutualiser des expériences, recréer un collectif.

- représentations différentes du métier de soignant (d'infirmière) : qui peuvent poser problème dans les prises de décision et les habitudes de travail.

Les différences de point de vue ont été abordées dans le choix de faire entrer un patient dans les soins palliatifs : c'est une décision qui fait appel aux valeurs des soignants et à leur conception du soin : opter pour le soin palliatif c'est accepter l'échec du traitement contre la maladie : on peut être confronté à une divergence d'opinion entre soignants.

L'autre point évoqué concerne les divergences de conception du métier de soignant (ce que nous avons regroupé sous le terme : « habitudes de travail » (17 occurrences).

« *Ben c'est facile de se noyer dans le travail, enfin dans le travail, dans les gestes.* » (Mme P.)

« *Parce que l'argument de plein de gens c'est de dire « j'ai pas le temps » mais en fait, j'ai pas le temps on peut très bien au lieu de faire, de poser une perfusion, discuter avec le malade, enfin discuter...*

*vous pouvez parler de la pluie et du beau temps, je veux dire ça me paraît pas plus utile certaines choses, certains soins techniques que certains soins qu'on appelle relationnels. » (Mme P.)*

L'idée émise qui a d'ailleurs été reprise par d'autres infirmières est que le groupe existe par ses pratiques collectives (la pratique de soins techniques dans l'exemple ci-dessus). Il impose ses règles du métier mais aussi des comportements et des pratiques identiques, que chaque soignant adopte comme marque d'appartenance au groupe. On comprend alors que celui qui modifie les pratiques risque de mettre en péril les fondements du groupe.

- la montée de l'individualisme et la disparition des moments de convivialité sont relevés aussi bien par les AS que par les IDE.

*« Alors on faisait rire les patients, on... et ben maintenant on se voit plus ! » (Mme C.)*

*« Pour le moment j'ai pas envie de chanter m'enfin bon, euh ... moi je veux retrouver mes collègues. » (Mme Ro.)*

- chocs culturels entre jeunes et anciennes, ce que nous allons appréhender maintenant.

### **C) Les relations jeunes - anciennes :**

Nous avons traité à part ces relations car elles sont marquées par la dimension transgénérationnelle : cela représente 34 occurrences (24 pour les AS et 10 pour les IDE). Rappelons que les personnes interviewées ont toutes entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans. Elles évoquent leurs relations avec les jeunes infirmières. La mutualisation des deux populations peut être source de difficultés ou d'enrichissement : les deux positions sont abordées.

Concernant les difficultés, les propos relevés marquent le sentiment que les jeunes sont plus individualistes, pas toujours respectueuses des collègues plus âgées :

*« Voilà, aide-soignante, je dirais qu'il y a pas de soucis majeurs, alors qu'infirmière, c'est toutes des jeunettes, malheureusement. » (Mme HR.)*

*« Elles se rendent pas compte qu'elles sont avec des, qu'on pourrait être leur mère... Bon qu'on a plus d'expérience qu'elles et puis bon on est beaucoup plus... fatiguées voilà. Elles vous en demanderaient... elles vous en demanderaient beaucoup. » (Mme HR.)*

*« Les infirmières sont très individualistes dans leur travail, c'est la nouvelle génération.... et la nouvelle génération d'aides-soignantes, c'est pareil. » (Mme V.)*

*« Avec les petites jeunes, on ne se comprend pas toujours... parce qu'on travaille toutes dans le même sens, je dirais pas qu'on est à peu près toutes du même âge. » (Mme V.)*

« Les jeunes, elles fonctionnent pas comme ça. Elles font leurs heures, c'est tout. Alors quand on leur demande quelque chose de plus, elles disent qu'elles n'ont pas le temps. Moi je sais pas travailler comme ça. » (Mme B.)

Mais la présence de jeunes infirmières est aussi source d'enrichissement :

«Moi honnêtement déjà j'apprécie, moi je suis plus âgée puisque je vais partir en retraite, j'apprécie beaucoup de travailler avec des jeunes collègues parce que c'est toujours intéressant de travailler avec des gens plus jeunes, moi j'ai toujours beaucoup apprécié. » (Mme G.)

« Mais bon après c'est des charmantes générations hein, c'est, et puis, elles nous font évoluer. » (Mme P.)

« Dans les infirmières où ça tourne en ce moment on a toujours des petites jeunes aussi qui sont très travail d'équipe elles nous boostent. » (Mme R.)

Peu de personnes interrogées se sont positionnées sur le rapport transgénérationnel et on peut se demander si les causes exprimées concernant les difficultés sont en lien avec l'âge des personnes (jeunes IDE - AS plus âgées) ou avec leur formation (IDE - AS).

#### **D) Les relations avec le cadre infirmier :**

Ce thème est le troisième de la catégorie avec 84 occurrences pour les AS et 63 pour les IDE. Deux dimensions du rôle de cadre caractérisent les propos des soignantes : d'une part, le management de l'information et d'autre part, le management des relations.

Soit :

- Le management de l'information : 25 occurrences : 12 pour les AS et 13 pour les IDE.
- Le management des relations : 122 occurrences (72 pour les premières et 50 pour les secondes)

Comment les soignantes expriment-elles ces deux rôles du cadre ?

- Deux AS et une IDE (sur 12 personnes) ont exprimé le besoin d'avoir davantage d'informations sur les évolutions de l'hôpital ou du service.

« Mais on n'a pas toujours les bonnes informations par rapport à la direction nous... voilà, lui, il doit avoir les bonnes infos mais ça passe pas toujours... au personnel quoi. Donc c'est vrai quelquefois on arrive à savoir des choses mais... » (Mme V.)

« Après si on arrive mieux à savoir de bouche à oreilles, ou par les syndicats, ou... voilà ! On n'a pas toujours les bonnes infos... par rapport à la D.R.H par exemple... de ce qui se passe ou... voilà, l'accréditation on l'a eue en novembre ; comment ça s'est passé, qu'est ce qui s'est passé ?...alors il faut vraiment poser des questions. » (Mme V.)

« *On fait des réunions de service quand il y a problème.* » (Mme M.)

« *Ça se fait à la relève les réunions d'information quand il y a des choses à faire passer c'est à la relève...ou on laisse des petits mots voilà.* » (Mme M.)

Les propos exprimés montrent la difficulté des soignantes à avoir une vision claire de leur avenir par une carence des rôles de porte-parole et de diffuseur de l'information de leur cadre. En effet, le rôle de l'information, c'est d'apporter un contenu permettant à une personne de pouvoir prendre des décisions, d'agir, or, dans les phrases ci-dessus, on perçoit la difficulté des soignants à positionner leur activité dans une vision globale. Nous avons déjà exprimé, dans la deuxième partie de notre document, le manque d'information à propos de la rationalisation des pratiques et du développement de la performance à l'hôpital, qui génère de l'incertitude et une perte de sens dans le travail.

Pour le management des relations, 8 personnes sur 12 ont exprimé des relations difficiles illustrées par les phrases suivantes :

« *Et puis, notre cadre, elle s'occupe plus des gens d'onco que de nous, les anciens ...Elle est jeune, elle veut faire avancer les choses alors ce que disent les plus vieux.* » (Mme M.)

« *Elle exige de moi que je sois aussi performante que mes collègues plus jeunes et je sens bien, quelquefois que ça l'énerve, elle pense que je stresse pour rien et que je me crée des problèmes.* » (Mme A.)

La majorité des soignantes apprécient cependant le style de management de leur cadre et définissent ce qu'elles considèrent comme un « bon cadre » : quelqu'un qui est à l'écoute, qui fait évoluer les relations positivement, qui gère une équipe et dans l'idéal, qui participe aux activités de soins.

« *Parce qu'on a une cadre qui, pour moi, est quelqu'un de bien.... Et elle est à l'écoute de tout le monde, que ce soit tous nos soucis perso, de boulot. Elle gère beaucoup de choses et elle fait ce qu'elle peut parce que bon, elle a pas toujours non plus... C'est vrai que bon, même si des fois on est chez nous et qu'elle nous appelle pour venir pour x raison, mais si dans notre tête on a envie de lui dire, non, on a pas envie de lui dire parce que bon. Non, on a une super chef.* » (Mme Ro.)

« *Et puis on a une surveillante au bloc opératoire qui est absolument extraordinaire, c'est quelqu'un qui fait beaucoup, le bloc a beaucoup évolué dans ce sens, c'est quelqu'un qui vient de St-Etienne mais qui est super quoi je veux dire, donc ça aussi ça compte...Je trouve que les relations ont beaucoup, beaucoup évolué avec le bloc opératoire.* » (Mme P.)

« *Au niveau aussi des cadres infirmiers. Avant je sais que les cadres donnaient un coup de main, mettaient la main à la pâte comme on dit...il y a quinze ans de ça en arrière... où ça leur faisait pas peur*

*de faire une relève où des choses comme ça. Maintenant elles sont plus cantonnées dans leurs roulements, elles ont des réunions, je vais pas dire à n'en plus finir mais bon. » (Mme M.)*

- Le dernier type de management « des décisions » qu'on observe généralement quand un cadre prend l'initiative de changements ou supervise des projets d'amélioration, délègue ou répartit les ressources dans l'équipe n'a pas été évoqué en tant que tel : il est en filigrane dans le management des relations.

#### **E) Les relations avec les médecins :**

Avec un total de 148 occurrences réparties en 62 pour les AS et 86 pour les IDE, ce thème est le deuxième de l'activité « relations de travail ».

Le sous-thème que nous allons aborder concerne la différence de pratique entre jeunes médecins et médecins expérimentés (42 occurrences) : les pratiques et la prise en charge du malade diffèrent entre ces deux populations. Les plus anciens s'appuient sur leur sens clinique, leur observation du malade pour établir un diagnostic et utilisent les examens si besoin comme complément de diagnostic alors que les jeunes médecins « s'abritent » derrière de nombreux examens jugés parfois inutiles par les soignantes.

*« C'est vrai qu'un médecin maintenant il touche plus, il regarde mais il touche plus ...Ben il touche, un petit peu, mais bon il a du mal à... Je trouve que... Au niveau diagnostic... Il a du mal à voir les choses quand même... il y a quelques années les médecins arrivaient plus à... A faire un diagnostic, en regardant...Et je trouve que ça s'est perdu... de regarder. » (Mme C.)*

*« Entre les anciens médecins qui et... moi j'ai connu les anciens patrons qui travaillaient à l'ancienne, alors je dis pas que c'est le mieux ou le moins bien, c'est pas du tout un jugement de valeur par rapport à ça, mais il y avait certains patrons qui... comment... qui soignaient certains malades en les regardant, qui faisaient de la vraie clinique, et puis maintenant la différence c'est qu'on appelle un interne pour lui dire que la mamie ne va pas bien ; il nous dit de lui faire une gazo... sans la voir. » (Mme R.)*

*« Voilà, c'est là où on voit les médecins, les anciens, enfin les anciens médecins et les nouveaux, les jeunes... qui feront plein d'examens, plein de choses, plein de choses, plein d'investigations... que l'ancien médecin dira bon, faut quand même pas... voilà je veux dire, au niveau clinique il est pas trop mal, bon on n'a peut-être pas besoin de faire des scanners à tout bout de champ alors que voilà. » (Mme M.)*

*« Peut-être que les jeunes médecins aussi ils ont peur de comment... c'est facile de dire "j'ai fait les examens j'ai rien pu faire d'autre" au lieu de prendre le temps de dire "bah il n'y a plus rien à faire" et puis voilà. » (Mme P.)*

« Il faut savoir aussi quelquefois... et puis je discutais avec un médecin qui est plus âgé aussi et qui disait que maintenant on ne sait plus examiner les patients, on fait plus d'examen clinique comme il faut... Les jeunes, voilà, que les jeunes médecins, on demande des tonnes d'examens hein, des scanners, des I.R.M, des choses... mais voilà c'est, discuter avec un patient, l'examiner, le, palper son ventre, palper... Voilà, écouter un petit peu, voilà. Des choses, ce médecin il a dit, des jeunes médecins ah, des scanners on en demande, on sait tout là. » (Mme G.)

Le sous-thème suivant, avec un total de 63 occurrences, évoque les rapports entre les médecins et les infirmières (nous avons traité à part ce qui concernait les jeunes infirmières : total : 11 occurrences). Ce qui ressort des propos, c'est une relation hiérarchique avec des ordres que les infirmières exécutent et une absence de dialogue. Cependant, une distinction se fait en fonction de l'ancienneté : comme les jeunes diplômées n'ont pas encore suffisamment d'expérience sur laquelle s'appuyer pour argumenter un « non », elles ne peuvent discuter les ordres que les médecins leur donnent. Elles ont un enjeu, leur carrière, et ne peuvent se permettre de s'opposer à la hiérarchie au risque de mettre leur carrière en péril. Avec les infirmières plus expérimentées, les rapports peuvent être différents en fonction de la capacité du soignant à s'imposer et sa capacité à convaincre le médecin.

Les phrases ci-dessous illustrent ces propos :

« Alors si on n'a pas la capacité de lui... lui demander d'aller voir le malade c'est vraiment... les jeunes infirmières se font avoir, du coup ça donne plus de travail... Moi, si on m'argumente pas pourquoi il faut que je fasse une gazo, je la fais pas... Et puis ça me posera pas de problème... mais il y en a certaines à qui ça posera problème et certains médecins à qui ça pose problème aussi hein parce qu'ils n'arrivent pas à avoir du recul par rapport à ça. » (Mme V.)

« C'est pas ton travail, tu t'élargis trop, tu vas pas t'occuper de ça, c'est pas ton boulot, alors sur le coup, je me suis dit là, je sais plus, si c'est pas mon boulot, c'est le boulot à qui ? » (Mme R.)

« C'est vrai que quelquefois moi j'ai entendu des médecins qui, quand une infirmière posait des questions, j'ai entendu des médecins qui lui disaient "pose-toi pas de question, je te demande de le faire, c'est bon. » (Mme V.)

Qu'en est-il des rapports entre médecins et aides-soignantes ? Ce sous-thème arrive en troisième position avec 26 occurrences et a été évoqué seulement par les AS. Ce qui ressort des entretiens est le manque de reconnaissance des aides-soignantes par les médecins, l'impression qu'elles ont de ne pas être écoutées :

« Honnêtement moi je trouve par exemple que, nous en tant qu'aides-soignantes on connaît plus les malades que les médecins, même que les infirmières. On les voit, on est proches d'eux pour la toilette,



*pour les repas. On passe beaucoup plus souvent dans les chambres que les médecins et tout.... C'est vrai que des fois je leur dis mais venez quoi, déplacez-vous parce que souvent eux, y font le tour, les malades sont assis dans leur chaise, donc tout va bien. » (Mme R.)*

*« Certains médecins qui...qui me dérangent...par rapport à l'accueil du patient. On a l'impression que ce sont un peu les rois. » (Mme HR.)*

*« Ils sont pas tolérants par rapport à l'équipe parce que je pense que si nous aussi on a nos...ouais c'est les rois, c'est la hiérarchie ! Je trouve que... Ils sont pas très tolérants pour certaines personnes de l'équipe. » (Mme HR.)*

*« Il y en a pas beaucoup qui se remettent en question dans leur boulot. » (Mme HR.)*

*« C'est, si vous voulez c'est, bien sûr que c'est pour le bien être du patient, bien évidemment, mais des fois les médecins ne voient pas que de lever une heure, on vous demande de lever une heure oui mais justement c'est ce lever d'une heure qui nous coûte plus de manipulations, plus de temps, que quelqu'un qu'on va lever à midi et qu'on va recoucher le soir, parce que oui, on va le lever le matin, on va le relever le midi, on va le recoucher, on va le relever à quatre heures pour remanger le soir mais c'est pas... si c'est des personnes faciles, bien sûr que ça va se faire ! Mais si c'est des personnes plus difficiles voilà, les médecins je trouve ne voient pas le temps qu'on y passe...et le temps qu'on passe vers eux et bien c'est du temps encore une fois qu'on n'a pas pour les autres. Ou alors le poste de huit heures et demi et bien souvent, on finit pas à huit heures et demie. » (Mme Ra.)*

*« Et ça c'est pas, ça c'est pas reconnu par notre hiérarchie... on est dans ce, cette exigence, tout le temps de faire au plus, au plus près, oui mais il y a des fois on est fatigués, il y a des fois on se dit "ben écoutez on le lèvera tout à l'heure parce que là c'est midi dix, stop", voilà. » (Mme Ra.)*

*« A la vue des médecins c'est pas la même chose d'être dans un lit que dans un fauteuil, bien sûr que ça fait mieux d'être dans un fauteuil mais parfois le lever d'une heure pour certaines personnes, pour nous on bataille nous et pour le patient on se dit mais où est l'intérêt...Voilà. Mais il faut le faire quand même. » (Mme Ra.)*

*« Voilà des fois on a du mal à se faire entendre, on dit pourtant hein, on le dit mais on n'est pas entendu. Mais bon c'est comme ça. » (Mme Ra.)*

Toutes ces phrases montrent largement le manque de crédibilité des aides-soignantes. Les relations entre aides-soignantes et médecins sont hiérarchiques et non pas collaboratives. Elles doivent justifier ce qu'elles observent, analysent et semblent être dans un jeu de négociation permanent avec les médecins.

## F) Les relations avec les patients et leurs familles :

Ce thème regroupe 78 occurrences dont 36 pour les AS et 42 pour les IDE. C'est peu en comparaison du nombre d'occurrences des thèmes précédents. Ce qui ressort principalement des propos des soignants, c'est l'exigence des patients et de leur famille mais aussi leur méfiance tels que les phrases ci-dessous l'illustrent :

« *Maintenant, ils veulent... ils veulent la qualité, ils veulent la qualité ouais, c'est pour ça qu'ils sont beaucoup plus exigeants.* » (Mme HR.)

« *Le fait que les gens viennent à l'hôpital, ils ont l'impression que peut-être, ils peuvent commander.* » (Mme HR.)

Les soignantes reconnaissent que les patients deviennent difficiles, notamment aux urgences :

« *Au service des urgences...c'était aussi les patients qui sont quand même difficiles, pas toujours faciles à gérer.* » (Mme G.)

Ce qui ressort c'est que le patient devient un client et que le service qu'il exige (comme tout client) s'exerce également sur les actes thérapeutiques. La loi du 4 mars 2002 (loi Evin) relative aux droits des malades a fait évoluer les mentalités : ainsi, les patients utilisent désormais leur droit à l'information médicale et discutent, négocient, rendant ainsi l'exécution des soins plus difficile pour les professionnels.

Les familles elles aussi, sont dans un rapport de client/fournisseur. Avec l'Etablissement hospitalier et les soignants, elles se montrent plus méfiantes qu'auparavant et discutent également les soins, influencées par les affaires de fautes professionnelles largement médiatisées. Les extraits de phrases ci-dessous illustrent ces propos :

« *Les familles qui sont demandeuses qui, ça va pas...il y a toujours quelque chose qui va pas.* »

« *Avant, on le voyait beaucoup moins, les patients posaient moins de questions quoi, et se méfiaient moins.* » (Mme M.)

« *Ils estiment qu'ils payent tant par jour et en retour on doit leur donner... et du coup on n'est plus des aides-soignantes on devient des boniches et j'ai du mal ça.* » (Mme Mi.)

« *Est-ce que c'est parce qu'ils entendent parler, enfin, comme on parle de la maltraitance aussi bien pour les personnes âgées....avant c'est vrai que le patient ou même la famille avait confiance au médecin...maintenant, ils peuvent émettre des doutes.* » (Mme M.)

Un autre sous-thème qui apparaît dans le thème des « relations avec les patients » est celui des patients addictifs. Même si le sujet a été évoqué par deux infirmières seulement et

représente des situations bien particulières : services d'urgence ou d'addictologie, nous avons voulu le mentionner car ce type de pathologie semble être en augmentation.

*« C'est tendu parfois et heureusement qu'on a les médecins. On a beau dire, ils craignent plus un homme qu'une femme. » (Mme A.)*

*« Ils sont souvent en crise enfin, en phase aigüe, c'est stressant. » (Mme A.)*

Mentionnons enfin un élément qui peut impacter les relations entre les soignants et les patients : il s'agit des changements autour du contenu du métier de soignant que nous avons abordés dans la catégorie « activité » : les évolutions du métier vont vers davantage de soins (suite à l'augmentation de prescriptions médicales, au vieillissement et à la poly-pathologie des patients).

*« Je trouve que c'est lourd à gérer ça. On n'a plus, on n'a plus l'infirmière d'avant, qui était près du patient quoi. Je veux dire on a l'infirmière qui fait les soins et point barre. Enfin moi je le vois comme ça maintenant...Oui, il y a beaucoup plus de soins aussi. » (Mme V.)*

#### **G) Les relations avec les autres services :**

Ce type de relations bien que moins représenté dans les propos des soignantes (52 occurrences : 26 pour les AS et 26 pour les IDE) est intéressant à mentionner car il donne des indications sur l'organisation et le climat dans l'hôpital. Ainsi, les propos recueillis montrent une méconnaissance du fonctionnement des autres services (ce qui se traduit par des incompréhensions voire des conflits entre services : chacun a ses priorités et c'est seulement à travers des postes spécifiques comme celui d'infirmière d'annonce ou de l'équipe mobile de gériatrie que cette connaissance des services se fait :

*« C'est du transversal donc c'est bien parce qu'on voit un petit peu tous les services. » (Mme G.)*

A propos des rapports entre les services fournisseurs (cuisine, lingerie) et les services de soins :

*« C'est des coups de fils à la cuisine, des gens qui ne comprennent rien, qui nous comprennent pas et des choses qui traînent et qu'on se bat pendant des années. » (Mme Ro)*

*« Je trouve qu'il y a des choses compliquées avec la lingerie, avec euh...par exemple la lingerie, on met des quotas. Donc la lingère vient compter le linge, non mais là... Alors des fois faut appeler parce que si parfois on a des malades plus lourds, faut justifier, ben vous pouvez rajouter du linge. Donc c'est tout des trucs à penser parce qu'on a un service plus lourd. Alors tout le monde gère pas ça, mais c'est vrai que si on veut gérer tout ça, on bouffe de l'énergie. » (Mme Ro)*

## H) Les relations avec le psychologue :

Seulement 34 occurrences marquent ce type de relations (10 pour les AS et 24 pour les IDE) et seulement quatre personnes en ont parlé. Ce qui ressort majoritairement, c'est le manque de psychologues aussi bien pour l'aide qu'ils peuvent apporter aux équipes, qu'aux patients et à leur famille. Les soignantes des services d'addictologie mais aussi en oncologie sont les seules qui travaillent en collaboration avec des psychologues qui interviennent à temps partiel. Le psychologue, pour elles, a un rôle capital pour l'autonomisation du patient.

*« Il n'y a pas de psychologue en onco. On a des psychos en soins palliatifs. On est en train de réfléchir pour que la psycho suive aussi des personnes en onco. Il devrait y avoir beaucoup plus de psychos à l'hôpital, ils ont un travail énorme à faire, et puis, nous, on n'est pas formées pour, on dit pas toujours ce qu'il faut. » (Mme Pz.)*

Nous allons maintenant aborder les deux catégories transverses aux autres, à savoir celles de la souffrance et du bien-être psychologique au travail.

### **II.2.4. Quatrième catégorie : La souffrance au travail**

Cette catégorie représente 497 occurrences réparties en 296 pour les AS et 201 pour les IDE. Elle a été abordée par la totalité des soignantes interrogées. Il faut rajouter à ces chiffres les occurrences relatives à la souffrance au travail dans les autres catégories (évolutions hospitalières, activité et relations de travail). Nous allons donc exploiter le thème de la souffrance au travail sous toutes ces facettes : ses manifestations, ses effets mais aussi en lien avec les évolutions du travail, l'organisation, les conditions et les relations de travail.

## La souffrance au travail vue par les soignantes des deux Etablissements

Catégorie : Souffrance au travail	Effectif A.S. N = 8	Nbre d'occ	Effectif I.D.E. N = 10	Nbre d'occ	Nbre d'occ total
<b>Manifestations</b>	<b>6</b>	<b>105</b>	<b>8</b>	<b>61</b>	<b>166</b>
Physiques	5	40	7	42	82
Psychologiques	5	65	4	19	84
<b>Effets</b>	<b>5</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>66</b>
Performance	1	4	1	14	18
Démotivation	5	42	2	6	48
<b>Causes de démotivation des IDE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>30</b>
Changements	1	2	4	28	30
<b>Démotivation des AS</b>		<b>44</b>			<b>44</b>
Le cas des jeunes AS	3	14			14
Mal être dans la fonction d'AS	5	31			31
<b>Rémunération</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Salaire des IDE			1	2	2
<b>Valeurs</b>	<b>5</b>	<b>41</b>	<b>7</b>	<b>40</b>	<b>81</b>
Perte des valeurs sociales	4	24	7	27	51
Difficulté à satisfaire ses valeurs	5	17	3	13	30
<b>Composantes individuelles</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>47</b>
Personnalité	3	19	1	18	37
Aptitudes, comportements	1	6	1	4	10
<b>Contexte personnel</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>49</b>
Histoire personnelle	1	20	1	6	26
Vie familiale et sociale	1	8	1	15	23
<b>Communication sur la souffrance au travail</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>11</b>
Médiatisation	1	4	2	7	11
Total occurrences		<b>296</b>		<b>201</b>	<b>497</b>

Nous allons reprendre les différents thèmes apparus dans les entretiens en partant de celui qui a le plus grand nombre d'occurrences.

### A) Manifestations de la souffrance au travail :

Dans le thème sur « les manifestations » de la souffrance au travail qui représente 166 occurrences, 105 concernent les AS et 61 les IDE.

Les manifestations physiques (40 occurrences pour les AS et 42 pour les IDE représentent 49,39 % du thème).

Les soignantes (surtout des AS) évoquent les problèmes de santé, de fatigue générale mais aussi les TMS (troubles musculo-squelettiques) :

« Vous trouvez des filles dans les services qui ont fait deux infarctus et qui travaillent et pas doublées ni rien du tout. » (Mme C.)

« C'est quand même un métier qui est épuisant. » (Mme V.)

« *C'est lourd, très lourd, par contre...autant physiquement...autant et ben, je rentre à la maison, je suis des fois plus fatiguée que ma journée à l'hôpital, c'est épuisant au niveau...c'est quand même un poste difficile, hein.* » (Mme V.)

« *Comment je vais tenir le coup avec les douleurs ?...des douleurs au dos, aux épaules...enfin, voilà.* » (Mme C.)

« *Des fois, c'est lourd, je me dis il faudrait que tu t'arrêtes...j'ai pas pris de congés* »... « *Les gens, ils me renvoient un petit peu cette image-là : et c'est quand que tu te poses.* » (Mme R.)

« *J'ai des problèmes de sommeil, des angoisses.* » (Mme R.)

« *J'étais fatiguée, épuisée.* » (Mme A.)

Nous pouvons remarquer dans les propos des soignantes, qu'il y a des similitudes dans la façon d'exprimer la fatigue avec des termes récurrents : épuisée, lourdeur, manque d'énergie. Elles ont construit une grille de lecture commune de la fatigue dans leur milieu professionnel ce qui nous permet ainsi d'avoir accès à leurs représentations : par exemple, la fatigue est présentée comme résultante de conditions et d'une organisation du travail défaillantes.

« *J'aime plus mon boulot, ça y est, ça y est, c'est arrivé, je l'aime plus parce que j'en peux plus, c'est pour ça.* » (Mme C.). Dans cette phrase, Mme C. exprime la dualité entre l'amour de son travail et l'épuisement (opposition entre un élément du bien-être psychologique et la souffrance au travail). Plus loin dans l'entretien, elle fait bien la distinction entre la dimension organisationnelle et la dimension psychosociale, l'intérêt pour son travail qu'elle oppose aux conditions d'exercice : « *J'aime mon boulot, j'ai toujours aimé mon boulot mais je n'aime plus les conditions.* ».

L'épuisement résulte d'une disproportion entre les ressources de la personne et le travail fourni : d'où le ressenti de fatigue malgré les efforts fournis dont nous avons déjà parlé précédemment. Cette pénibilité est plus fortement citée par les AS (trois fois plus que pour les IDE) ce qui concorde avec les activités de nursing et de manutention en nombre plus élevé que dans la profession d'infirmière.

Les manifestations psychologiques apparaissent avec 84 occurrences (65 pour les AS et 19 pour les IDE), soit 50,61 % du thème.

Les soignantes parlent à la fois de la fatigue physique et nerveuse sachant que les causes psychologiques peuvent aussi générer de la fatigue physique :

« *Par une grosse fatigue, un enthousiasme érodé ou excessif, et parfois une alcoolisation. J'en connais qui avaient toujours du Lexomyl dans leurs poches.* » (Mme P.)

« *Plus j'avance dans le temps, plus je stresse, c'est affreux comme je stresse.* » (Mme C.)

« *Il y a des fois des choses qui sont un peu dures à absorber.* » (Mme R.)

« *Je me suis dit mais tu vas pas t'en sortir quoi, je me suis vraiment sentie, très mal.* »  
(Mme R.)

« *Et là je crois que je peux plus porter.* » (Mme R.)

« *J'ai plus envie de donner, j'ai tellement donné...j'ai plus envie de donner.* » (Mme HR.)

« *C'est vrai qu'on donne beaucoup, des fois je suis fatiguée de donner, donner, donner...C'est...des fois, c'est très épuisant de donner aux autres, c'est vrai qu'on donne beaucoup niveau aide-soignante, c'est la profession où on donne le plus.* » (Mme HR.)

La plainte qui se manifeste exprime l'insatisfaction de ne pouvoir réaliser le travail idéal ; il s'ensuit une remise en cause de ce qui faisait les fondements du métier de soignant dans les représentations sociales, à savoir le don de soi. Ainsi, ce sont les activités qui ont le plus de sens pour les soignantes (activités relationnelles) qu'elles ne peuvent pas effectuer, d'où la perte de sens dans le travail.

Ces propos montrent la souffrance liée à la fatigue psychique qui est la conséquence du déséquilibre entre ce que le soignant apporte (engagements, efforts, sacrifices) dans son travail et ce qu'il en retire (gratifications matérielles et symboliques) : c'est l'équilibre psychique de l'individu qui est menacé.

L'expression de la fatigue se coule dans des représentations partagées sur ce qui constitue la pénibilité spécifique du travail de soignant : « On donne beaucoup au niveau aide-soignante, c'est la profession où on donne le plus ». Ce qui est exprimé est que le travail relationnel est sans limite, on peut toujours « faire plus » pour le patient ; le volet relationnel n'est pas vu comme une compétence professionnelle de nature psychosociale mais plutôt comme un trait de caractère du soignant : de ce fait, « faire plus » pour le patient n'est pas lié à une compétence que le soignant possède ou pas mais à sa bonne volonté : ainsi, les métiers à fort engagement personnel peuvent présenter le risque d'un surinvestissement et donc d'un épuisement dans la quête inaccessible d'un idéal, générant alors du burn-out.

## **B) Les effets :**

Avec un total de 66 occurrences, ce thème représente 13,28% de la catégorie « souffrance au travail ». Là aussi, force est de constater que ce sont les AS qui sont le plus dans la plainte. Nous avons fait le choix de ne pas regrouper les deux thèmes « manifestations » et « effets » malgré la faible représentativité du deuxième pour illustrer les effets de la souffrance au travail :

ils se manifestent par du découragement, de la dévalorisation, l'impossibilité à faire face pouvant avoir des incidences sur la performance.

« *Quand même, c'est des êtres humains que j'ai en face de moi, quand même, donc il faut que je m'en occupe.* » (Mme M.)

« *Je pleure parce que je suis pas contente de ce que j'ai dit, de ce que j'ai fait.* » (Mme C.)

Ces propos montrent comment les logiques économique et sociale s'affrontent dans les soins donnés aux patients : la vision productiviste conduit à effectuer des actes techniques programmés avec le meilleur rendement possible (le malade étant considéré comme un objet) et la vision sociale consiste à soigner des êtres humains en faisant preuve de compassion. Dans les phrases ci-dessus, on perçoit le conflit intérieur exprimé par les soignantes, conflit qui est à l'origine de l'épuisement professionnel.

Ce syndrome se traduit par une déshumanisation de la relation à l'autre et une perte de sens d'accomplissement de soi au travail. Le soignant n'arrive plus à trouver la bonne distance par rapport au malade.

### C) **Problème spécifique des aides-soignantes :**

Ce qui est exprimé par les AS interrogées, ce sont les différences de représentations du métier d'AS entre les jeunes et les anciennes : les AS qui ont des années de pratique disent aimer leur métier malgré les conditions de travail parfois difficiles : pour elles, les toilettes ce n'est pas le « sale boulot », c'est gratifiant car il permet d'entrer en contact avec le malade, d'occuper une place reconnue dans les soins. Les jeunes, elles, l'envisagent comme un « métier tremplin ».

« *Parce que les jeunes qui arrivent... elles arrivent aides-soignantes, déjà parce qu'elles ont pas eu le concours d'infirmière. Donc elles sont aides-soignantes mais ça leur plaît pas ce qu'elles font et puis vous les entendez : "ah mais non mais moi je vais pas faire ça toute ma vie, de toute façon je ferai autre chose.* » (Mme V.)

« *Parce qu'elles se projettent toutes en infirmière. Pourquoi, je sais pas, est ce qu'elles veulent... est ce que c'est l'ambition, est ce que c'est le titre, et quelquefois je me pose des questions parce que je me dis euh... elles ont rien compris parce que à quelque part le patient il a, il a vachement besoin de nous et puis de cette expérience.* » (Mme V.)

« *Et puis beaucoup, beaucoup hein.... Beaucoup, et puis c'est vrai que... je sais pas, elles se sentent... elles aiment pas, elles aiment pas ce qu'elles font.* » (Mme V.)

Les jeunes AS n'ont pas envie de découvrir ce métier : il y a un rejet du métier d'AS qui se traduit par un refus de remettre en cause ses propres représentations du métier.



«Alors, si elles rentrent dans notre... je dirais pas dans notre moule, mais si elles rentrent avec nous, elles prennent le risque de se rendre compte ben que leur métier les passionne et qu'elles sont faites pour ça. » (Mme V.)

Remettre en cause ses propres représentations est considéré comme un risque : celui de se désolidariser du groupe des jeunes AS, de l'idéal professionnel des jeunes : la reconnaissance par le groupe de pairs permettant la construction de l'identité au travail, il est nécessaire pour les nouvelles AS de « faire corps » avec le groupe des jeunes, ce qui passe par une opposition aux plus âgées.

Concernant la fonction d'AS, on constate dans les propos un manque de reconnaissance de la fonction d'AS par les médecins (31 occurrences exprimées par 5 AS).

« Les médecins euh c'est difficile à dire chez nous parce que... c'est des urgentistes, ils sont très... c'est, c'est bon ben je donne un ordre, tu le fais, voilà, donc c'est vrai que c'est difficile. Voilà c'est très hiérarchique quand même. » (Mme V.)

« Certains médecins qui.... Qui me dérangent par rapport à l'accueil du patient. On a l'impression que ce sont un peu les rois. » (Mme HR.)

« On passe beaucoup plus souvent dans les chambres que les médecins et tout. » (Mme Ro.)

« Hum...quelquefois mais bon. Surtout moi je vais, je leur fonce dedans mais c'est vrai que des fois je leur dis mais venez quoi, déplacez-vous parce que souvent eux y font le tour, les malades sont assis dans leur chaise, donc tout va bien. » (Mme Ro.)

Les rapports sont hiérarchiques, on ne ressent pas la notion d'équipe dans laquelle chacun a sa place. Les AS disent ne pas être crédibles aux yeux des médecins : elles doivent en permanence apporter la preuve de ce qu'elles avancent pour les convaincre. Le manque de reconnaissance sociale telle que l'expriment les AS se perçoit dans les propos « ce sont les rois » : ce qu'il faut entendre, c'est que les médecins ont le côté noble du soin (la technique) et les AS, les soins d'hygiène et de confort.

#### **D) Changements dans le métier d'infirmière :**

Regroupées dans le sous-thème « perturbations », nous allons développer les causes de démotivation des infirmières. Les soignantes mentionnent le manque de cohésion d'équipe qu'elles attribuent à la mobilité et au turn-over des jeunes infirmières : ainsi les collectifs de travail sont déstructurés par ces mouvements de personnel. Il s'agit, d'une part de la précarité des jeunes infirmières due au problème de la titularisation et, d'autre part, de la mise à disposition d'infirmières pour d'autres services. Ce problème de flux tendu déjà évoqué avec les démarches

qualité est en lien avec la mise en concurrence des services (non affichée !) mais les moyens attribués sont en fonction de la rentabilité des services.

« *Maintenant, c'est toujours comme ça, il y a du turn-over chez les jeunes. D'ailleurs, il leur faut beaucoup de temps pour être titularisées, alors au début, elles patientent, acceptent n'importe quel poste puis elles partent. Elles en ont marre.* » (Mme Pz.)

« *Que ce soit infirmière ou voilà, donc c'est dommage parce qu'il y a beaucoup, beaucoup de bons éléments qui sont partis comme ça.* » (Mme C.)

Les phrases suivantes indiquent les conséquences de ces mouvements en termes de charge de travail supplémentaire :

« *C'est très déstabilisant. Il faut former les nouvelles, on perd du temps, il faut courir tout le temps. Je trouve les filles vraiment fatiguées dans les services.* » (Mme Pz.)

Mais surtout, ce qui est évoqué dans les phrases ci-dessous, ce sont les décisions politiques de l'hôpital dont les conséquences sont des perturbations dans le collectif de travail : la modernisation économique telle que l'envisagent les institutions hospitalières avec les réformes de ces dernières années semble s'opposer à la cohésion sociale. Avec les mouvements de personnel imposés par l'institution, les règles qui entretiennent le lien social ont tendance à disparaître :

« *Et puis, une infirmière qui se sent bien dans son service ; c'est bien qu'elle y reste. Moi, je trouve. Alors, c'est vrai qu' on a d'ailleurs des pressions pour changer de service tous les 5 ans.* » (Mme G.)

« *Ce que je trouve important, c'est que les anciennes puissent passer leur expérience aux nouvelles. J'ai eu ça : c'est une chance, on ne part pas pareil.* » (Mme Pz.)

« *L'ancienne part en ayant le sentiment d'avoir laissé une suite, d'avoir donné de son savoir pour aider la plus jeune et la plus jeune part dans sa vie avec plus de connaissances. Pour ça, il faut du temps, le temps de faire passer tout ça.* » (Mme Pz.)

La remise en cause des habitudes et des règles du groupe social par les problèmes d'organisation du travail va perturber l'intégration des jeunes infirmières. Les phrases ci-dessus montrent que cela va également pénaliser l'apprentissage de comportements collectifs par les jeunes (comportements qui ont une fonction de régulation dans le groupe).

Ce sont donc des éléments fondamentaux de la culture du corps social des soignants qui sont remis en cause et qui vont modifier la culture du soin introduisant des changements de pratiques :

*« On n'a plus l'infirmière d'avant qui était près du patient quoi, je veux dire, on a l'infirmière qui fait des soins et point barre. » (Mme V.).*

Ces changements brutaux dans les représentations sociales des soignants vont être générateurs de souffrance.

On note également des représentations partagées au sein de la communauté des pairs des médecins : ainsi, il apparaît que les médecins gardent une vision traditionnelle de l'infirmière (celle qui effectue les soins prescrits) mais, en même temps, exigent d'elle qu'elle évolue sur le plan technique sans pour autant que cela remette en cause les rapports hiérarchiques existants :

*« Ils nous demandent beaucoup d'exigences et de rigueur pour le patient. Ils nous demandent plus au niveau technique mais on l'a revendiquée, cette technique. Au départ, c'est, enfin, le diagnostic infirmier est apparu sur les textes : on fait des diagnostics de soins. On est bien sûr sur le dossier infirmier. »*

*« Certains sont pour que l'infirmière évolue, d'autres défendent leur position de médecin. Ils ont peur qu'on empiète sur leur travail.... En tout cas, l'éducation thérapeutique, c'est vraiment intéressant. On fait des diagnostics infirmiers pour pouvoir, euh, pour analyser les besoins de la personne, pour qu'elle puisse gérer sa maladie ».*

## **E) Les valeurs**

Avec 81 occurrences, ce thème est le deuxième de la catégorie « souffrance au travail ».

Les valeurs font référence à l'idéal professionnel des soignants et se manifestent dans l'exercice de la profession. Les mots qu'on associe généralement quand on parle de valeurs sont l'éthique et la morale. Ce qui est exprimé par les soignantes ne fait pas référence à l'éthique comme culture organisationnelle mais plutôt à la morale qui nous rappelle l'histoire des hôpitaux (histoire fondées sur des valeurs religieuses). Ce sont ces valeurs « partagées » qui reviennent dans les propos des soignantes : ces valeurs collectives sont indispensables pour donner du sens au travail du groupe professionnel. Les valeurs non seulement se traduisent par un savoir-être qui va intervenir dans l'action sur autrui (le soin) mais elles structurent aussi les représentations sociales. A préciser toutefois que les propos relevés ne donnent pas d'indication sur les comportements des soignantes, la valeur s'exprimant avant tout par les actes. Ce qui est exprimé

montre le constat de perturbations dans le système de valeurs des soignants, notamment dans le respect de l'humain :

« *Moi je trouve qu'il y a un manque d'humanité.* » (Mme H.R.)

« *Il y a un manque d'humanité par rapport aux patients...on est tellement débordé dans le boulot qu'on fait pas attention à l'autre, rien qu'un petit geste...on est trop dans le matériel ; je trouve aussi qu'il n'y a pas trop d'humilité.* » (Mme HR.)

« *J'arrivais plus...à être aidante, écoutante, enfin non je ne pouvais plus quoi, je crois que je peux plus porter.* » (Mme R.)

« *Je peux plus donner, je peux plus donner...* »

« *Maintenant, les infirmières, elles sont très individualistes dans leur travail.* » (Mme V.)

« *On est devenu plus individualistes, donc chacun essaie de faire son travail et puis bon....ce que je reproche un peu, c'est qu'il n'y a pas cette cohésion qu'il y avait auparavant.* » (Mme Mo.)

« *Des fois, je culpabilise trop. Quand je donne pas assez, je culpabilise.* » (Mme C.)

On ne peut alors s'empêcher de penser aux soignants victimes de syndrome d'épuisement professionnel (le SEPS) dans lequel se manifestent une déshumanisation de la relation à l'autre et une perte de sens d'accomplissement de soi au travail en lien avec des perturbations des valeurs. Travailler en faisant preuve d'humanité serait pour le soignant, une sorte de stratégie de coping.

#### **F) Les composantes individuelles et le contexte personnel**

Ce sous-thème (47 occurrences) est un peu atypique car il ne traite pas de causes professionnelles dans la souffrance au travail. Ce sont les facteurs psychologiques et personnels qui vont être en cause et qui vont bien sûr interférer sur la santé psychologique de l'individu. Ainsi la souffrance au travail peut être due à une inadéquation entre les caractéristiques de la personnalité du soignant et les attentes de l'organisation ce qui se traduit par une inadaptation aux contraintes du travail. Les troubles de personnalité, de l'humeur, de l'adaptation tels que décrit par le DSM IV peuvent bien sûr être révélés, voire aggravés par des situations de travail même si cette dernière n'est pas pathogène en soi (ex. : les personnalités évitantes, anxieuses, dépressives).

De même, l'histoire personnelle de l'individu, sa vie familiale et sociale (49 occurrences) peuvent être à l'origine de fragilités que les défenses de l'individu n'arrivent pas à protéger. La détresse psychologique dans laquelle nous avons perçue certaines des personnes interrogées était

vraisemblablement en lien avec leur histoire familiale ou conjugale : des sources de souffrance cumulées pendant l'enfance (abandon, fractures familiales voire maltraitance, précarité sociale) ont fragilisé le narcissisme de la personne, provoquant des « failles narcissiques » et sont à l'origine du fonctionnement psychique actuel. Ainsi, nous avons ressenti chez certaines personnes, de la tristesse, de l'angoisse, une faible estime de soi :

*« Si, je crois que je manque de confiance en moi, j'en suis sûre et malgré mon âge, ça change pas, je crois que j'ai gardé un fond de timidité ; quand j'étais petite, j'étais très timide. Je n'osais jamais dire « non » et finalement, je faisais tout ce que mes frères et sœurs ne voulaient pas faire. » (Mme B.)*

*« Je suis de la DDASS enfin voilà....mais sans qu'il n'y ait jamais eu de signature d'abandon, donc avec cette nouvelle mentalité de la société ma mère peut dire : j'ai une fille là-bas, c'est ma fille, elle peut payer pour moi, donc c'est pour ça, la retraite, moi. » (Mme M.)*

*« Oui, c'est vrai...enfin...euh, même dans la société...enfin, si je me sens mal aimée...enfin...pourquoi on m'aime pas quoi ? Qu'est-ce que j'ai fait ? Pourquoi ? » (Mme M.)*

*« J'ai perdu ma mère très tôt, j'avais douze ans et c'est mon père qui a pris par rapport au niveau scolaire...à toujours nous mettre un peu en dessous et peut-être justement pour qu'on se bouge un peu plus. » (Mme R.)*

Les personnes rejouent souvent sur la scène du travail, les expériences vécues dans la scène privée, reproduisant ainsi des schémas (identification à l'agresseur, position de victime, soumission à l'autorité...).

## II.2.5. Cinquième catégorie : Le bien-être psychologique au travail

### Le bien-être psychologique au travail vu par les soignantes des deux Etablissements

Catégorie : Bien-être psychologique au travail	Effectif A.S. N = 8	Nbre d'occ	Effectif I.D.E. N = 10	Nbre d'occ	Nbre d'occ total
<b>Motivation pour le métier d'AS</b>	<b>7</b>	<b>138</b>			<b>138</b>
Attrait pour la nouveauté	4	20			
Fierté d'exercice du métier	5	26			
Amour du prochain	7	48			
Formation continue	4	30			
Spécificités du métier d'AS	4	14			
<b>Thème : motivation pour le métier d'IDE</b>			<b>8</b>	<b>172</b>	<b>172</b>
Amour du prochain			6	24	
Fierté d'exercice du métier			6	19	
L'attrait pour la nouveauté, la création			7	58	
Evolution personnelle			6	27	
Formations			5	24	
L'éducation thérapeutique			1	2	
Spécificités du métier d'IDE			4	18	
<b>Composantes individuelles</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>69</b>	<b>111</b>
Personnalité du soignant	5	18	6	24	
Valeurs	5	24	9	45	
Equilibre vie familiale/vie professionnelle	2	12	6	24	36
Horaires de travail			4	14	
Relations familiales	1	5	3	7	
Loisirs(sport, activités culturelles)	1	7	1	3	
<b>Reconnaissance des services difficiles</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>13</b>
Les « volantes de sécurité »			2	6	
Soutien psychologique	1	2	3	5	
<b>Les solutions aidantes/souffrance</b>			<b>2</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
Soutien d'autrui			1	7	
Accompagnement par un psychologue			2	5	
Total occurrences		<b>189</b>		<b>285</b>	<b>474</b>

#### A) La motivation pour le métier d'aide-soignante

Ce thème évoqué par toutes les AS représente 138 occurrences avec en premier les fondements du métier : les valeurs. Ce sous-thème représente 48 occurrences et fédèrent les soignantes autour de valeurs comme « l'amour du prochain ». Nous pouvons mettre aussi dans le même chapitre la fierté d'exercer son métier qui en découle quand on peut satisfaire ses propres valeurs (ce sous-thème représente 26 occurrences).

Quelques phrases illustrent les propos des soignantes :

« C'est vrai que j'aime aller dans le service, j'aime bien mes malades...et leurs familles. Ils sont dans des situations tellement difficiles, ils ont vraiment besoin qu'on les aide » « J'ai autant d'attention pour les malades que pour ma famille. » (Mme B.)

« Ils sont pas très tolérants par rapport à certains de l'équipe. » (Mme HR.)

« J'ai toujours voulu m'occuper des autres »...« Donner à l'autre, quand je donne pas assez, je culpabilise. » (Mme HR.)

« Ça dépend des personnes, il y en a qui arriveront à donner et puis il y en a d'autres qui n'arriveront pas. ». (Mme HR.)

« Des fois c'est très épuisant de donner, c'est la profession où on donne le plus...les médecins sont là pour écouter mais l'aide-soignante, elle donne énormément...je trouve qu'on devrait plus la valoriser. »

« C'est pour le bien des patients. »

« Quand j'ai l'occasion d'être en contact avec des patients, c'est là où je prends beaucoup de plaisir. » (Mme J.)

Le deuxième sous-thème est celui de la formation (30 occurrences pour 4 AS) : l'apprentissage de nouvelles techniques soit dans le cadre de formation continue soit dans le cadre du service est une occasion de progresser :

« C'est vrai qu'aux urgences on apprend beaucoup de choses au niveau technicité voilà... que j'avais pas, c'est pour ça que j'ai demandé... euh ma mutation de la... de la médecine... voilà. » (Mme HR.)

« Je trouve que j'ai beaucoup appris niveau technicité et puis bon il y a plusieurs... Il y a plein plein de pathologies que je connaissais pas aussi. » (Mme HR.)

« Ce que j'ai trouvé intéressant dans ma carrière c'est que j'ai fait deux formations. Je suis formatrice en manutention. » (Mme M.)

« Une heure ou deux pour l'utilisation du lavage des mains, l'utilisation des gants, tout ça c'est des formations. » (Mme M.)

« Oui j'ai augmenté dans ce sens-là puisque du coup je suis référente alors qu'avant je l'étais pas. » (Mme Ra.)

« Alors ce qui est bien c'est au niveau des formations, c'est vrai que lorsqu'on a besoin.... Bon on a eu la manutention, on a eu les massages, on a eu la prise en charge de la personne démente justement, comment la gérer, comment lui répondre, euh, toutes les formations ça oui, ça c'est sûr que c'est un plus, même si comme toutes les formations on ne peut pas appliquer complètement ce qu'on apprend mais ça nous donne des pistes, ça nous donne des ouvertures, on sait un peu plus comment répondre, heureusement voilà. » (Mme Ra.)

Toutes ces phrases montrent l'intérêt porté aux nouveautés non seulement sur un plan intellectuel mais aussi dans le but de développer de nouvelles compétences qui pourront être mises à profit pour le soin aux patients.

Le dernier sous-thème montre l'intérêt pour le métier d'AS avec tout ce qui en fait ses spécificités (cela représente 14 occurrences pour 4 personnes) : souvent la motivation exprimée se fait par opposition avec le métier d'infirmière pour lequel la personne n'a pas d'intérêt :

« *J'aurais jamais pu faire infirmière..., j'aurais pas pu faire infirmière et puis bon c'est trop dans la technicité.* » (Mme HR.)

« *Voilà. C'est un métier très, très enrichissant, moi je ne regrette pas du tout d'avoir fait aide-soignante, et je ne regrette pas non plus de ne pas avoir franchi le pas d'infirmière parce que c'est pas du tout le même travail, que je me sens mieux dans ma fonction d'aide-soignante que dans infirmière.* » (Mme V.)

C'est le côté relationnel qui est important pour les AS, ce qui explique leur absence de motivation pour le métier d'infirmière beaucoup plus technique.

### **B) La motivation pour le métier d'infirmière :**

Avec un total de 172 occurrences, ce thème se décline différemment du précédent : en effet, le sous-thème qui comporte le plus d'occurrences est celui de l'attrait pour la nouveauté (58 occurrences).

« *Parce que bon quand on est dans une routine moi je trouve qu'on est moins motivé quoi. Mais moi voyez il y a quinze ans que je suis là mais ça a tellement évolué dans la technicité, tout ça, que j'ai pas eu le temps de me lasser ; mais maintenant voilà, je crois que j'en aurais fait le tour.* » (Mme G.)

« *J'aime bien changer de service tous les six sept ans parce que je trouve que ça... ça permet un petit peu de casser la routine et puis de se poser les bonnes questions.* » (Mme P.)

« *Mais c'est tellement varié ici, il n'y a pas. Il y a plein de choses à faire, il y a encore plein de choses à créer, finalement on s'en lasse pas on n'a pas l'impression de faire la même chose.* » (Mme V.)

« *Le service tabaco a ouvert il y a neuf ans ; c'est drôle, j'ai toujours créé des choses mais je trouve ça passionnant, je déteste la routine, alors là, je suis gâtée.* » (Mme Pz.)

La nouveauté, le rejet de la routine semblent être des critères de motivation prégnants chez les infirmières : ils se manifestent par un intérêt pour l'apprentissage de nouvelles techniques, un attrait des urgences pour les jeunes infirmières (lieu où les techniques prennent le pas sur le relationnel puisque les patients sont de passage et qu'on se doit d'agir vite, d'être efficace) mais également par l'intérêt porté à la création de nouveaux services ou de nouvelles pratiques comme le diagnostic de soins infirmiers.



Nous pouvons mettre en lien ce sous-thème avec le suivant : l'évolution personnelle qui représente 27 occurrences (abordé par 6 personnes) : le plaisir d'évoluer, la liberté de choix associée semblent être les soubassements de ce désir d'évolution personnelle :

« *Mais le changement de service a toujours été ma demande de toute façon, ça n'a jamais été imposé.* » (Mme P.)

« *Je suis d'autant mieux que l'année dernière j'ai fait le remplacement de ma cadre qui est parti enfin qui a soldé tous ses R.T.T. donc j'ai fait son remplacement à ce moment-là, c'est une petite expérience intéressante.* » (Mme P.)

« *J'ai évolué avec le service de long séjour qui est devenu plus moyen plus court séjours et maintenant je fais le service de long séjour plus l'équipe mobile de gériatrie.* » (Mme Gr.)

« *Oui, voilà, ben en fait je suis à temps plein depuis deux ans parce que quand on m'a proposé l'équipe mobile c'était à condition bien sûr de reprendre un temps plein mais c'est mon choix et puis ça m'intéressait bien.* » (Mme Gr.)

Le sous-thème suivant est centré sur les valeurs sous-jacentes au métier d'IDE, à savoir, l'amour du prochain (24 occurrences pour 6 IDE).

Ce thème traite de l'intérêt pour le patient et la recherche de proximité avec lui :

« *Beaucoup plus de soins veut dire beaucoup moins de temps à passer auprès des patients finalement que ce qu'on voudrait.* » (Mme Gr.)

« *L'avantage bon comme je consultais avec le médecin je connaissais tous les patients du coup quand ils téléphonent voilà, ils ont une écoute, quelqu'un qui les connaît, qui peut vraiment les aider.* » (Mme V.)

« *J'ai beaucoup d'accompagnement des patients, il y en a plein qui veulent me voir ou qui m'appellent voilà, j'ai ce côté-là qui est vraiment...me plaît bien.* » (Mme V.)

« *J'ai toujours un peu de culpabilité...que les gens viennent plusieurs fois, ce sont des gens qui n'habitent pas à côté non plus* »..... » *il faut être disponible, aider les autres, c'est un principe.* » (Mme R.)

Comme pour les aides-soignantes, le sous-thème ci-dessus est en lien avec le suivant, à savoir la fierté d'exercer son métier (19 occurrences pour 6 personnes).

« *Moi ce que j'ai apprécié ici c'est d'avoir le temps de s'occuper des patients.* » (Mme V.)

« *Du point de vue familial on en parlait à une époque parce que justement j'ai trois enfants donc mon mari me disais après tout, il existe la préretraite. Euh j'ai mes quinze ans de services largement, je pourrais l'envisager mais je vous avoue que c'est pas quelque chose qui me fait spécialement envie dans*

*la mesure ou finalement ce que je fais m'intéresse quoi, j'ai pas envie d'arrêter, c'est un beau métier le métier d'infirmière. » (Mme G.)*

*« J'ai l'étiquette un petit peu des moments de Mère Térésa. » (Mme R.)*

Le sous-thème suivant, avec 24 occurrences, aborde les atouts de la formation : soit il s'agit de formations techniques spécifiques (formation à l'endoscopie, formation en oncologie, en tabacologie, en manutention) applicables directement dans les soins aux patients, soit il s'agit de formation type « développement personnel » dans laquelle l'infirmière va apprendre à construire un diagnostic de soins infirmiers à partir de l'analyse qu'elle aura faite de la problématique du patient :

*« Je suis allée plusieurs fois faire formation à la bibliothèque Germande à Marseille... Oui parce que par exemple c'est eux qui ont des invecteurs qu'ils ont testés tout ça. » (Mme G.)*

*« Donc on a des formations sur le lavage des mains, l'utilisation du manugel. On a eu des formations à ce sujet justement. » (Mme Ma.)*

*« L'éducation thérapeutique, c'est vraiment intéressant. On fait des diagnostics infirmiers pour pouvoir analyser les besoins de la personne, pour qu'elle puisse gérer sa maladie, par exemple, un diabétique devient plus autonome, c'est ce qu'on veut, c'est bien pour lui. » (Mme Pz.)*

Le dernier sous-thème est centré sur ce qui motive les infirmières dans les spécificités du métier (18 occurrences).

*« L'année dernière j'ai fait le remplacement de ma cadre qui est parti enfin qui a soldé tous ses R.T.T. donc j'ai fait son remplacement à ce moment-là. »*

*« Ça vous a donné envie de faire l'école des cadres ? »*

*« Pas du tout. » (Mme P.)*

*« Je lui ai dit que j'envisageais pas de faire l'école des cadres dans l'immédiat parce que ça m'intéressait pas, j'ai été assez claire avec elle, et puis je lui ai dit que moi de toute façon j'avais pas envie de leur vie. » (Mme P.)*

*« ... Pas du tout envie dans la fonction de cadre. » (Mme G.)*

*« Quand on est cadre on doit choisir son camp et pas se tromper et que surtout, et donc pour ne pas se tromper, on doit faire le deuil de sa fonction d'infirmière et ça je ne pouvais pas l'entendre. Je ne pouvais pas, donc là j'ai compris que, si euh...je devais être cadre pleinement, titulaire, je devais être complètement sous la houlette de l'administration, c'est-à-dire que je devais entrer dans un moule. » (Mme J.)*

De ces propos, ressort le manque d'intérêt pour le métier de cadre non seulement pour les tâches administratives qu'il comporte mais surtout l'abandon des spécificités de la culture de soignant au profit de celles de la direction.

Un autre élément intéressant est à noter : le fait que la culture des infirmières, c'est la culture du soin technique ; l'infirmière qui privilégie la relation avec le malade bouscule les croyances et les habitudes et risque d'être rejetée par le groupe ; les phrases ci-dessous illustrent ces propos :

*« Ça veut dire que toute la partie relationnelle est plutôt sous-évaluée, mal acceptée par rapport à la partie technique ? Elle est moins valorisée, voilà, c'est ce que je voulais dire. » (Mme P.)*

*« On fait pas du relationnel parce qu'on n'a pas le temps ; mais c'est un peu idiot, parce qu'on dit on fait pas parce qu'on n'a pas le temps mais on dit pas on fait pas de soins techniques parce qu'on n'a pas le temps parce qu'on perd trop de temps à faire du relationnel. Je veux dire pour eux ça veut dire que les priorités c'est technique. » (Mme P.)*

### **C) Les composantes individuelles (des A.S. et des I.D.E.) :**

D'autres éléments rentrent en jeu dans le bien-être psychologique, ce sont ceux qui concernent la personnalité du soignant : les qualités, les aptitudes, les traits de caractère vont intervenir dans la façon d'appréhender la réalité. C'est sous forme de constats que ces éléments sont abordés par les soignantes interrogées ; des constats qui vont dans le sens de quelque chose d'immuable :

*« Soit on sait donner, soit on sait pas donner, voilà ; ça dépend des personnes, il y en a qui arriveront à donner et puis il y en a d'autres qui n'arriveront pas. » (Mme HR.)*

*« Il faut savoir se poser les bonnes questions, c'est tout. » (Mme HR.)*

*« Certains ne savent pas se poser les bonnes questions. » (Mme P.)*

*« Pour faire ce travail je pense qu'il faut être bien dans sa tête et physiquement aussi quoi. » (Mme V.)*

*« J'ai un caractère assez souple déjà (rires), je pense que ça m'avantage beaucoup (rires). J'ai un caractère assez souple que j'ai hérité de ma mère je pense. » (Mme V.)*

*« Je suis pas quelqu'un de.... je suis pas quelqu'un d'énervé, je suis pas quelqu'un d'angoissé. » (Mme V.)*

Ces caractéristiques de la personnalité humaine ont été largement étudiées par les psychologues qui ont défini des types de personnalité avec pour chacun, des traits de caractère, des comportements ; ceci a donné lieu à la création de tests de personnalité (ex : le « Big five »

basé sur cinq facteurs de la personnalité) destinés à repérer des particularités pour définir des profils.

Nous n'aborderons pas dans cette recherche, les fondements et les caractéristiques des personnalités normales ou pathologiques, ni les types de personnalité prédictifs de comportements, mais nous reviendrons ultérieurement sur quelques études faites par les chercheurs sur les relations entre pathologies liées au stress, facteurs de personnalité et stratégies de coping (par ex. ; dans le cas de personnes dépressives) pour éclairer certains constats que nous avons fait dans l'analyse de nos entretiens.

Nous allons relever un point commun aux AS et aux IDE : celui des valeurs notamment la conscience professionnelle (69 occurrences au total, soit 24 pour les AS et de 45 pour les IDE). Dans cette rubrique « composantes individuelles » on remarque que dans les propos illustrant le bien-être psychologique au travail, les valeurs sont plus fortement représentées que les traits de caractère et les comportements ; les soignantes associeraient donc davantage le bien-être psychologique à la satisfaction de leurs valeurs qu'à des traits de caractère ou de personnalité.

#### **D) Equilibre vie familiale/vie professionnelle :**

Il est intéressant de noter que ce thème a été abordé par 2 aides-soignantes et 6 infirmières : ces dernières sont des personnes bénéficiant d'un temps partiel (à 80 %) ou bien avec des horaires à la journée : cette organisation de leur travail est de fait plus compatible avec une vie de famille mais reste rare dans les faits :

*« Ben c'est un horaire à la journée, on fait huit heures trente seize heures trente ou neuf heures dix-sept heures... Et on travaille le samedi matin. On fait que trois heures le samedi matin pour les urgences, les choses comme ça. » (Mme G.)*

*« Et puis, au niveau de l'équipe, les filles qui sont...on est plusieurs à être en temps partiel dans le service, et on est beaucoup plus disponibles aussi bien pour changer d'horaires, plus disponibles avec les patients. » (Mme Ma.)*

La diversité des postes proposés aux infirmières peut expliquer la possibilité de bénéficier d'un temps de travail modifié (par ex. en consultations, en endoscopies, ou dans des activités de diagnostics infirmiers) ce qui paraît plus difficile pour les aides-soignantes qui sont dans des activités de nursing. Deux autres sous-thèmes sont également abordés par les infirmières principalement : la vie familiale, sociale et les activités culturelles, sportives comme autant de situations permettant d'évacuer le stress professionnel. On connaît déjà les bienfaits du sport qui

permet la libération d'endorphines, (qu'on a appelées hormones du plaisir) dont l'action est d'améliorer la résistance de l'individu devant les difficultés de sa vie. C'est une des préconisations formulées par les adeptes du courant de la psychologie positive sur laquelle nous reviendrons.

#### **E) Les solutions aidantes :**

Ce thème, abordé uniquement par les infirmières est dans la continuité du thème précédent (12 occurrences) : l'aide préconisée, outre celle des proches, peut être assurée par un psychologue :

*« J'aimerais bien qu'on ait quand même, qu'on puisse parler à une psychologue, pour des fois parler de choses un peu plus difficiles sur le travail et qu'on peut pas forcément parler aux... » (Mme V.)*

*« On a rencontré quelquefois une jeune femme psychologue sur l'établissement, je sais même pas son nom. » (Mme Ma.)*

*« Si, mais je connais pas ce qu'elle fait ; en tout cas, on ne l'a jamais vue dans le service. » (Mme A.)*

*« Il n'y a pas de psychologue qui peut aider à prendre du recul, à mieux comprendre comment tout ça fonctionne. » (Mme A.)*

L'activité des psychologues dans les deux hôpitaux se fait à temps partiel (il s'agit d'un voire deux psychologues) sous la forme de vacations destinées aux patients en difficulté nécessitant un suivi (en oncologie, en addictologie). Par contre, selon les dires des personnes interviewées, il n'existe pas de groupe d'analyse de pratique ni de suivis individuels dans le cadre de consultation « souffrance au travail ».

#### **F) La reconnaissance des services « difficiles » :**

Une préconisation faite par deux infirmières termine cette analyse. Même si elle ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des soignants, nous la retenons en tant que suggestion, à savoir, reconnaître les difficultés de l'activité dans certains services (comme en gériatrie psychiatrique) en proposant soit une rétribution supplémentaire aux soignantes de ces services, soit en leur donnant des jours de repos supplémentaires de façon à limiter le turn-over et l'épuisement.

**G) Le bien-être psychologique au travers des catégories sur « l'activité » et les « relations de travail » :**

Le premier axe évoqué est celui de la qualité : les soignantes ont relevé les améliorations dans la qualité du matériel utilisé mais également dans les outils de suivi (traçabilité, check-list, parcours informatisé du patient). Cette prise en compte de la qualité mais aussi de l'hygiène et de la sécurité s'est traduite par des formations du personnel soignant (formations à l'utilisation de ces nouveaux matériels mais aussi à la manutention, au lavage des mains, à l'utilisation des gants, aux massages, à la prise en charge de la personne démente...) autant de formations qui ont permis aux soignantes de développer leurs compétences, ce qui, dans les propos exprimés, dans le ton de voix et dans les manifestations non verbales montre beaucoup de satisfaction de pouvoir réaliser un travail de qualité.

Ce premier axe est en lien avec le contexte dans lequel le soignant va pouvoir exercer sa compétence et l'intérêt qu'il a pour cet environnement (pour le type de pathologie, pour les techniques utilisées).

Le deuxième axe, développé dans les entretiens concerne l'organisation du temps de travail : les personnes interrogées ont manifesté la satisfaction de disposer de latitude dans leur organisation, de pouvoir prendre des initiatives plus élargies, d'avoir plus d'impact sur la gestion de leur temps (comme dans le cas des temps partiels).

Ce deuxième axe peut se traduire par davantage d'autonomie, de liberté dans l'activité professionnelle.

Le troisième axe évoque les relations de travail : le bien-être psychologique est étroitement lié à la qualité des relations (cohésion d'équipe, confiance dans les autres, travail collaboratif ; management du cadre centré sur l'écoute, le soutien, la tolérance ; aide apportée par les familles des patients et enfin assistance d'un psychologue en cas de difficultés et travail collaboratif avec le psychologue).

Le tableau suivant reprend ces différentes caractéristiques illustrant le bien-être psychologique dans l'activité et les relations de travail :

## II.2.6. Synthèse des différentes caractéristiques du bien-être psychologique au travail à partir de l'analyse des entretiens

Les sources du bien-être psychologique exprimées par les soignantes	A.S. N = 8	Nbre d'occ	I.D.E · N = 10	Nbre d'occ	Nbre d'occ IDE (N=8)	Nbre D'occ Total	Interaction individu/environnement professionnel	Personnalité
Développement de la qualité	5	44	6	82	66	126	Compétence Innovation	
Démarche d'accréditation	6	28	3	8	6	36		
Hygiène et sécurité	1	3	1	3	3	6		
Souplesse dans l'organisation (autonomie)	3	3	4	13	10	16	Autonomie	
Respect des roulements (gestion de son temps)	2	3	4	10	8	13	Autonomie Contrôle sur sa vie	
Intérêt pour l'environnement de travail	4	10	6	17	14	27	Autonomie Innovation Compétence Relations	Evaluation positive des évènements dans la vie
Satisfaction personnelle/qualité	4	20	6	32	26	52		Prédominance des affects positifs
Cohésion d'équipe	5	31	6	52	42	83	Relations affectives	
Management	5	31	4	28	22	59		
Relation familles/patients	1	4	2	7	6	11		
Motivation pour le métier d'A.S. (valeurs, fierté d'exercer son métier, formation, innovation)	7	138				138	Compétence Innovation	Valeurs Estime de soi
Motivation pour le métier d'IDE (valeurs, fierté d'exercer son métier, formation, innovation)			8	172	138	172	Compétence Innovation Autonomie	Valeurs Estime de soi
Composantes individuelles	6	42	8	69	55	111		Valeurs Estime de soi Prédominance des affects positifs Evaluation positive des évènements
Equilibre vie familiale/vie professionnelle	2	12	6	24	19	36	Contrôle sur sa vie	
Disponibilités des temps partiels	1	3	2	7	6	10		
Reconnaissance des services difficiles	1	2	2	11	9	13	Soutien social	
Solutions aidantes			2	12		12		
Assistante d'un psychologue	2	10	4	22	18	32		

Ainsi le bien-être psychologique au travail se traduit, pour les soignantes interrogées, par les caractéristiques suivantes :

Les caractéristiques liées à l'interaction individu/environnement professionnel

Les caractéristiques liées à la personnalité

**LE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL  
CHEZ LES SOIGNANTS (A.S. et I.D.E.)**

Liées à l'interaction individu/environnement professionnel	Liées à la personnalité
La compétence	Les valeurs
L'autonomie	L'estime de soi
L'innovation	La prédominance des affects positifs
Les relations affectives	L'évaluation positive des événements dans la vie
Le contrôle sur sa vie (personnelle/professionnelle)	
Le soutien social	

Dans l'analyse du vécu des soignantes, de leur expérience de vie au travail, le discours latent a été souvent plus significatif que le discours manifeste tant il était chargé de composantes cognitives et affectives. L'enrichissement conjoint de ces deux discours nous a permis d'identifier les sources et les caractéristiques du bien-être psychologique au travail pour les soignantes.

Nous allons à présent mettre en lien tous ces éléments, les interroger pour répondre aux hypothèses que nous avons formulées.

Précisons cependant que la place prépondérante de la souffrance au travail exprimée dans les entretiens nous oblige à prendre en considération cette thématique (à savoir ce qui fait l'objet des préventions primaires, secondaires voire tertiaires dans les risques psycho-sociaux).

Il est en effet impossible de parler de bien-être psychologique si on ne traite pas les sources de souffrance mais réduire (ou essayer de supprimer) la souffrance au travail et développer le bien-être psychologique des salariés sont des démarches complémentaires mais différentes. C'est pour cette raison que nous allons aborder la santé au travail dans une démarche globale prenant en considération :

- Les actions destinées à réduire les risques psycho-sociaux (RPS) dans l'hôpital.
- Les actions faisant la promotion du bien-être psychologique des soignants.



### **III. RETOUR SUR NOS HYPOTHESES ET DISCUSSION**

Dans cette partie, nous allons revenir sur nos hypothèses en précisant que les données quantitatives que nous avons recueillies ont juste pour visée de situer la place des concepts dans les propos des soignantes interviewées et non d'en faire une étude comparative.

Ainsi, lorsque nous évoquerons la souffrance ou bien-être psychologique et ses différentes caractéristiques, nous apporterons une réflexion autour de ces concepts à partir des représentations professionnelles des soignantes.

Notre objectif est d'alimenter la réflexion des soignants et des autres acteurs de l'hôpital autour de la problématique de santé au travail et de proposer des voies et des moyens qui favorisent le développement du bien-être psychologique au travail.

**H1 : Le bien-être psychologique au travail se devine plus qu'il ne se montre contrairement à la souffrance.**

Cette première hypothèse va nous amener à revenir sur les signes visibles de la souffrance au travail, qui s'imposent et ceux cachés du bien-être psychologique au travail.

L'analyse du contenu des entretiens (dans lesquels les soignantes se sont exprimées librement) a mis en évidence 1 532 occurrences pour le thème de la souffrance au travail et 955 pour le bien-être psychologique réparti comme suit :

Catégorie	AS 8	Nombre occurren ces	IDE 10	Nombre occurren ces	Nombre occurrences IDE (rapportées à un effectif de 8)	Nombre Occurrences total
La souffrance au travail	8	835	10	697	558	1 532
Le bien-être psychologique au travail	8	383	10	572	458	955

NB pour les résultats de ce tableau : Pour pouvoir comparer les résultats, nous avons pondéré les résultats des infirmières (en rapportant le résultat sur un effectif de 8).

La souffrance au travail apparaît donc spontanément beaucoup plus que le bien-être psychologique. On obtient 38,4 % du total pour le bien-être psychologique (955 occurrences) et 61,6 % du total pour la souffrance au travail (1 532 occurrences).

Notre première hypothèse : « Le bien-être psychologique au travail se devine plus qu'il ne se montre contrairement à la souffrance » semblerait vérifiée. Le thème de la souffrance étant

très présent dans les entretiens, nous l'aborderons dans le sens où pour accéder au bien-être, il est indispensable d'aborder d'abord ce qui empêche son émergence. Ceci nous permettra dans un deuxième temps, de partir à la découverte de ce « bien-être empêché », de mieux le cerner au travers de ce qui est à peine exprimé. C'est à partir des représentations professionnelles des soignantes auxquelles se rattachent les composantes cognitives et affectives liées aux souvenirs d'expériences vécues et symbolisées que nous allons aborder la souffrance et le bien-être psychologique au travail. Nous les explorerons à la lumière des travaux des auteurs sur le sujet.

Concernant notre première hypothèse, plusieurs biais peuvent être à l'origine de la présence d'un discours centré sur la souffrance malgré la non-directivité des entretiens : l'hypothèse qu'il est difficile d'afficher ce qui va bien dans un environnement où la souffrance est partout, où tous ceux qui sont présents ne sont pas là pour afficher une bonne santé mais pour la retrouver, pour réparer ce qui dysfonctionne dans le corps humain. Alors, parler de bien-être psychologique pourrait peut-être paraître indécent dans ce contexte ? Autre biais : notre présence en tant que psychologue et ancienne infirmière a sans doute favorisé l'expression de la plainte. Dans les entretiens, nous avons souvent ressenti que les soignantes s'adressaient à la psychologue qui pouvait les écouter et venait répondre à leur besoin d'épanchement, parfois à l'ex infirmière qui avait baigné dans la même culture et rarement à la femme. Nous nous sommes d'ailleurs positionnée en tant que chercheur réalisant une thèse en psychologie et parfois comme ancienne infirmière. Rien d'étonnant alors que les personnes interviewées aient exprimé ce qu'elles ne pouvaient pas dire dans d'autres lieux. Nos interlocutrices ont parlé principalement en tant que soignante appartenant à une classe sociale et en tant que femme. Nous poserons le rapport singulier existant entre le chercheur et l'objet d'étude comme un biais possible limitant notre recherche.

Dans les propos des soignantes, l'expression de la souffrance au travail s'est manifestée, nous l'avons dit. Nous avons d'ailleurs remarqué que dans tous les articles scientifiques récents, les colloques, les revues spécialisées comme celle de la HAS, la souffrance au travail fait toujours l'objet de nombreux constats.

### **III.1. La souffrance au travail : toujours d'actualité dans le vécu des soignants**

#### **III.1.1. Des études récentes :**

Un rapport sur le bon usage des médicaments a été présenté à l'Assemblée Nationale en juin 2006 par Mme Briot, députée. Ce rapport issu d'une étude confiée à l'INSERM stipule que la France recourt plus facilement aux psychotropes : ainsi le montant des remboursements effectués par la Sécurité Sociale en 2003 et 2004 est estimé à un milliard d'euros alors qu'en 1980, ce montant était de 317 millions d'euros. Concernant les médicaments psychotropes, ces résultats placent la France au deuxième rang, après les Etats-Unis, parmi les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) et la consommation française est donc la plus élevée des pays de l'Union Européenne.

D'autre part, si nous reprenons les résultats de l'étude faite par le Dr Estryn-Béhar sur le stress des soignants dans les dix pays de l'étude européenne, il ressort que le burn-out des soignants est le plus marqué en France (46%) et en Slovaquie (41,2%) alors que le taux est de 4,5% en Hollande. De même pour les troubles de santé mentale ayant fait l'objet d'un suivi médical, la France a le score le plus élevé. Il est donc clair que la souffrance envahit encore de nos jours la sphère du travail des soignants à l'hôpital. Alors quoi de plus normal que le bien-être ne trouve pas sa place dans les propos des soignants.

#### **III.1.2. A propos de la souffrance au travail chez les soignants :**

Qu'il s'agisse de TMS, de fatigue émotionnelle, de désengagement, ces manifestations sont présentes dans les propos des soignantes. Les stressseurs évoqués par les soignantes, outre la pénibilité physique inhérente aux métiers de soins, sont davantage du registre de l'organisation du travail mise en place à la suite des réformes hospitalières. En effet, les démarches qualité destinées à rentabiliser l'hôpital (Campbell, 1990 ; Delbrouck, 2004) vont provoquer une augmentation de la pression, une valorisation des compétences techniques au détriment des compétences relationnelles. Ainsi, la place du travail immatériel qui demande du temps n'est plus valorisé (les soignantes parlent d'ailleurs de « flux tendu ») et surtout n'est pas reconnu par les systèmes d'évaluation de l'hôpital. Or, ce travail immatériel n'existe que par la proximité : il demande un engagement du corps, de toute la personnalité et c'est précisément ce qui est

insuffisamment rémunéré. Comme le soulignent Bédard et Duquette (1998) cités par Canoui, (2003, p. 102), on rétribue le travail physique, pas le travail émotionnel (à noter entre autres qu'on ne sait pas l'évaluer pas plus qu'on sait évaluer les effets économiques de la baisse d'implication des soignants).

Ce qui fait la spécificité du métier de soignant, à savoir l'engagement de toute la personnalité provoque une usure du moi : le soignant « donne tout », c'est le corps tout entier qui est investi dans le travail ; il y a une aliénation au niveau du travail affectif c'est-à-dire de la partie émotionnelle. Si cet investissement n'est pas reconnu, la conséquence est le risque de burn-out. Le modèle de Siegrist (1996) et les travaux de Davezies (2001) mettent bien en évidence le lien entre un surinvestissement et le manque de reconnaissance et l'apparition de pathologies physiques et psychiques. C'est précisément cette crise de gratification qui est fortement ressortie dans les propos des soignantes interrogées : l'impossibilité à « faire face » et la non prise en compte de cette souffrance. L'empathie ne joue plus son rôle adaptateur, la souffrance submerge le psychisme : on note alors des comportements « excessifs » d'agressivité, de fuite ou d'inhibition : « *Quand même, c'est des êtres humains que j'ai en face de moi, quand même, donc il faut que je m'en occupe mais on ne m'entend pas.* » (Mme M.).

Quand la souffrance devient trop pesante, on peut aussi constater des comportements de régression permettant une fuite de la réalité :

« *Je fais un peu l'animation, je danse, je...voilà, j'amuse la galerie un peu.* » (Mme Ro.).

La souffrance psychique est aussi traduite par des mécanismes encore plus archaïques comme l'incorporation c'est-à-dire la destruction de l'autre, son anéantissement.

« *Moi, je trouve qu'on bouffe beaucoup d'énergie à se battre pour des choses.....ce qui est lourd, c'est de bouffer l'énergie pour des choses des fois qui n'avancent pas et c'est ça qui est dur pour moi.* » (Mme Ro.).

Les termes récurrents de « bouffe énergie » dans le discours illustrent ce mécanisme d'incorporation et l'angoisse qui y est associée. M. Klein parle de clivage de l'objet qui serait le mécanisme de défense le plus archaïque contre l'angoisse. Le travail est vécu comme un cannibale qui dévore les salariés, les incorpore ; l'être disparaît au profit de l'avoir. La répétition du terme « bouffe » dans le discours est comme un mot d'alerte que la personne se dit « en boucle » qu'elle livre à son interlocuteur pour le mettre en garde.

Dans tous les exemples mentionnés, le lien est fait entre une action bloquée et les répercussions sur la santé. La clinique de l'activité (Clot, 1999) met bien en évidence ce lien. Les soignantes souffrent du travail qu'elles auraient voulu faire et qu'elles n'ont pas pu faire (activité

empêchée) ; elles évoquent comme causes le travail en flux tendu, le nombre de patients et d'examens en augmentation.

On peut se demander ce qui justifie que les soignantes acceptent ça ?

Les réponses sont multiples : le modèle de Siegrist pose le problème en termes d'efforts/récompense : si je veux être reconnue, il faut que je fasse des efforts alors que la psychodynamique du travail va plutôt l'orienter sur la recherche du plaisir, le travail pouvant être un lieu d'épanouissement, de construction d'une identité sociale (Dejours, 1988) : je dois devenir meilleure. Pour les personnes interrogées, les deux modèles ont cohabité. Mais d'autres origines de la souffrance dans le travail vont s'ancrer dans les traces du passé ou dans l'inconscient des soignantes : ce sont ces dimensions culturelles et psychanalytiques que nous souhaitons aborder. Le métier de soignant était réalisé autrefois par des religieuses : la réalisation de soi passait donc par l'engagement social sans besoin de reconnaissance extérieure. Ce poids du passé reste présent dans l'inconscient collectif et ce dont souffrent les soignantes, c'est de la non reconnaissance de leur engagement (ce que nous avons évoqué précédemment) par un salaire qui n'est pas à la hauteur de l'investissement psychique et physique réalisé et un manque de soutien social, d'où une perte de sens dans le travail (Dejours, 1999) et un écroulement de l'identité au travail, ce qui fait le lit de la dépression.

La souffrance constatée chez beaucoup de personnes interrogées est liée à une difficulté à prendre du recul se manifestant par un mécanisme de projection : ce n'est plus ce que fait l'autre qui dérange, c'est l'autre dans sa totalité. La souffrance prive son hôte de l'empathie nécessaire à toute relation, donnant ainsi des jugements tranchés :

*« Il faut pas trop de jeunes non plus, parce que les jeunes aux urgences, je pense qu'elles ont peut-être le physique mais elles ont pas la mentalité pour... » (Mme HR.)*

L'arrivée des nouvelles technologies (l'informatique) a créé une rupture dans le collectif de travail puisque chaque soignante doit rentrer les informations concernant les soins qu'elle a effectués. C'est un travail individuel qui crée une scission entre celles qui maîtrisent l'outil informatique et les autres ; les soignantes les plus anciennes ont exprimé ce sentiment d'injustice entre l'aide qu'elles avaient apportée aux plus jeunes pour leur apprendre le métier alors qu'en retour, les plus jeunes ne les aidaient pas à entrer leurs données dans l'ordinateur : le sentiment d'individualisme des jeunes a souvent été exprimé. Or, ce n'est que la conséquence d'un référentiel métier qui a changé et qui aurait mérité l'accompagnement au développement de nouvelles compétences et une co-construction de nouveaux référentiels. Cela va bien au-delà d'une réflexion autour de nouvelles compétences car c'est le collectif de travail qui se trouve

fragilisé (nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir plus tard) ; le problème posé ne serait-il pas celui du lien social (Durkheim, 1991) ? C'est nous semble-t-il le lien social qui est en cause, celui qui n'agit pas seulement dans l'instantané (autour d'une activité de gestion informatique) mais qui va permettre la construction d'une solidarité à long terme. C'est la conscience collective qui est à reconstruire non seulement entre les soignants mais dans l'équipe et qui dépasse bien un problème intergénérationnel.

**Des aspects intergénérationnels** sont cependant apparus : un clivage entre les jeunes infirmières et les plus anciennes rend l'identification difficile. Ces dernières (souvent de plus de 50 ans) portent encore le poids du passé. Elles supportent mieux les souffrances physiques et mentales mais pas les souffrances liées à l'éthique, cette génération défendant des valeurs de don de soi, de respect de l'autre. Les plus jeunes ne veulent pas accepter les souffrances inhérentes au métier. D'une génération hédoniste, elles gèrent leur carrière et sont plus individualistes (aux dires des plus anciennes). Ce constat se fait aussi bien chez les jeunes aides-soignantes que chez les jeunes infirmières :

- Les jeunes aides-soignantes font le choix de ce métier par défaut (pour éviter le chômage) et ont pour objectif d'accéder à un métier plus valorisé, ce qui passe par la connaissance intellectuelle, l'apprentissage de la technique au détriment des activités de nursing. C'est ce qui les pousse à aller vers le métier d'infirmière avant même d'avoir pris le temps de découvrir leur métier d'aide-soignante.
- Les jeunes infirmières, quant à elles, se valorisent par la technique (reconnue par l'institution pour une évolution de carrière : par exemple, les évolutions vers des spécialisations : Infirmière de bloc opératoire diplômée d'état (IBODE) ou infirmière anesthésiste diplômée d'état (IADE). Pour accéder à ces diplômes, ce ne sont pas les compétences relationnelles qui vont être déterminantes mais uniquement les connaissances techniques supplémentaires). Quant à celles qui n'envisagent pas une spécialisation, elles sont souvent dans des services difficiles ou dans des postes de « volantes » en attendant leur titularisation. Face à leur souffrance liée aux pathologies lourdes qu'elles côtoient et au manque de soutien social, la stratégie défensive qu'elles utilisent est la démission.

Il semble que sur le plan de l'identité professionnelle, ces jeunes infirmières et aides-soignantes soient dans une identité défensive masculine. P. Molinier (2002) évoque en effet ce qu'elle appelle le « noyau dur » de la féminité sociale qui se traduit par des comportements de soins, de prise en compte des besoins de l'autre (ce qu'on retrouve dans les actes de soins,

d'hygiène, d'assistance dans les métiers de soignant). A l'inverse, la virilité (symbole de l'identité masculine) se traduit par des comportements de prise de risque, de bravoure). On ne peut s'empêcher de penser que ces jeunes femmes, en faisant passer leur carrière avant tout, rejette la vulnérabilité, la dépendance, la passivité, tous ces traits de caractère qu'on attribue au registre du féminin. P. Molinier (2002) précise entre autres en parlant de la posture virile : « Moins les hommes peuvent transformer leur organisation du travail, en vue de moins souffrir, plus ils risquent de se viriliser ».

Parler d'identité défensive nous amène à aborder la question du genre : en effet, chez les soignants (aides-soignants et infirmiers) la grande majorité sont des femmes. D. Kergoat *et al.*, (1993, p. 171-175) précisait que la profession est féminisée à 85 % et une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) de janvier 2010 s'appuyant sur le fichier Adeli de la DREES<sup>36</sup> dénombrait chez les médecins 59,7 % d'hommes (même si la part de femmes est en augmentation régulière : 24,5 % en 1984 et 40,3 % en 2010 c'est surtout dans un mode d'activité libérale qu'on a la plus grande proportion de femmes, les carrières hospitalières étant encore très occupées par les hommes) alors que la population d'infirmiers en 2010 montre que 88 % sont des femmes et que 63 % des infirmiers travaillent à l'hôpital.

### **Le métier de soignante, une problématique du travail féminin :**

Il ressort de ces enquêtes que les métiers de médecin et d'infirmier hospitaliers restent des métiers de genre même si la tendance est en évolution. La mémoire collective est encore empreinte du modèle associant la soignante à la religieuse avec tout ce que cela représente de dévouement, de réalisation de tâches de confort, et de la mise en sommeil d'un savoir propre. Le rôle de ces femmes était dénué de sens critique et on ne leur permettait pas de développer un domaine d'initiatives spécifiques.

La reconnaissance du « rôle propre » de l'infirmière a seulement été défini en 1984, en étendant ses compétences à la prévention, l'éducation de la santé, à la formation ou à l'encadrement : rôle propre que l'infirmière est libre d'exercer en dehors de la tutelle médicale. On ne peut que constater dans les représentations, la vivacité des stéréotypes issus du passé. Les phrases suivantes extraites de nos entretiens illustrent ce stéréotype :

*« J'ai entendu des médecins, qui, quand une infirmière posait des questions, j'ai entendu des médecins qui lui disaient. Pose pas de question, je te demande de le faire, c'est bon. » (Mme V.)*

<sup>36</sup><http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoProfSante.htm>.

Ces rapports sociaux de sexe sont donc très présents dans le travail (ce qui a été mentionné par les soignantes interrogées). Le modèle de la femme qui soigne, aide ou console s'épanouit dans les professions d'infirmière ou d'aide-soignante alors que le rôle masculin correspond davantage à des indicateurs d'autonomie, d'initiative, de réussite. C'est ce stéréotype que les infirmières actuelles en mal de reconnaissance sociale et personnelle sont amenées à rejeter (contrairement aux aides-soignantes qui acceptent et trouvent une certaine satisfaction dans ce rôle d'aide et de soumission). Il n'en reste pas moins que la prégnance de ce stéréotype de l'infirmière est telle qu'il provoque chez elles un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation : elles ne sont jamais assez dévouées, soumises ou autonomes. Les récentes évolutions du métier comme les consultations infirmière ou le suivi téléphonique des patients supposant la reconnaissance d'une nouvelle expertise et d'une autonomie accrue de la part des médecins, bousculent les frontières traditionnelles entre les métiers de médecin et d'infirmière et cela ne se fait pas sans peine. Des privilèges enracinés qui peuvent expliquer leurs réticences face aux évolutions du métier d'infirmière telles que la loi Berland le préconise. Ces nouvelles configurations du travail remettent en cause les rapports de travail et les rapports de genre et perturbent les représentations traditionnelles du médecin masculin qui donne les ordres et de l'infirmière qui exécute. Dans les nouveaux rôles que les infirmières peuvent assurer, on peut être surpris de constater que peu d'entre elles saisissent cette possibilité de faire autre chose avec plus d'autonomie et de prise de décision. Comme le souligne A. Houel (2000, p. 30), ces femmes ont une « Difficulté à assumer une place de chef par peur de se trouver en place d'usurpatrice ».

P. Molinier (2002) précise que « Les femmes qui désirent transgresser les frontières du genre sont confrontées à un dilemme identitaire : être acceptées en tant que femmes, ou bien exprimer leurs aspirations singulières. Ce dilemme peut toutefois être surmonté, sous couvert de respecter les formes extérieures de la féminité sociale du côté des hommes (mascarade) et les formes invisibles de la subversion féminine du côté des femmes (autodérision et parodie)».

C'est ce qu'expriment les soignantes que nous avons interrogées quand elles disent qu'il ne faut pas que les médecins aient l'impression qu'on cherche à être leur égal, qu'il faut accepter leurs critiques masquant leur souhait de domination, tout cela afin que les femmes puissent avoir leur autonomie : par exemple Mme R. qui, pour continuer à travailler avec le médecin alors qu'elle a en charge la création de son poste d'infirmière clinicienne, accepte qu'il critique ce qu'elle fait sans lui apporter son aide : « *"C'est pas ton travail, tu t'élargis trop, tu vas pas t'occuper de ça, c'est pas ton boulot" ....alors sur le coup, je me suis dit là, si c'est pas mon boulot, c'est le boulot à qui ?* ». C'est au prix d'une non-reconnaissance du travail par le médecin que Mme R. peut



continuer à travailler en collaboration avec lui, ce que P. Molinier (2002) nomme un masochisme défensif. Quelle possibilité de réponse peut avoir une femme dans cette situation ? L'auteur propose soit la muliébrité (terme créé par C. Dejours en 2001) c'est-à-dire « l'aliénation féminine dans les stéréotypes de la féminité et dans la soumission » (Houel, 2012, p. 346) qui va avoir des répercussions sur l'estime de soi ou alors, l'adoption d'un modèle viril, réactif mais qui ne peut être sans effet en retour sur l'identité de femme. Dans cet exemple, on prend conscience de l'impasse dans lequel se trouve une infirmière dont les évolutions de son métier l'amène à se positionner différemment face aux médecins masculins. La souffrance générée sort des souffrances fréquemment identifiées dans un registre des rapports managériaux pour se positionner sur un plan psychanalytique. L'incidence, comme le souligne P. Molinier (2002), c'est qu'il y a confusion entre la « féminité sociale » et l'identité sexuelle. Pour transgresser les frontières du genre, les deux solutions dont parle P. Molinier sont la mascarade (face aux hommes) ou l'autodérision et la parodie (face aux femmes) : c'est ce qui transparait dans les entretiens quand les soignantes définissent le comportement que doit adopter un « bon cadre » (féminin) mais également le comportement qu'elles adoptent face aux médecins masculins quand elles doivent faire accepter le fait qu'elles font des diagnostics (de soins infirmiers).

### **III.1.3. Synthèse sur le métier de soignant**

Nous avons abordé précédemment les stratégies de défense (C. Dejours, 1993) que les soignants mettent en place pour résister à la souffrance qu'ils côtoient dans leur activité. Le rôle de ces défenses est d'intervenir comme processus de régulation permettant à l'individu de se protéger contre une souffrance qui pourrait mettre son psychisme en danger. Nous avons identifié ces défenses dans les entretiens avec les soignantes sous la forme de déni de la réalité, dans la mise sous silence des activités ingrates, dans la construction de règles informelles permettant de prendre de la distance par rapport au travail prescrit, mais aussi par l'attribution des difficultés vécues à des causes externes à l'environnement de travail (par ex. : les effets des démarches d'accréditation, les exigences de la Direction...)

Ces représentations communes entre soignants participent à des stratégies de défense collectives permettant au collectif de travail de se structurer autour de règles communes et ainsi de construire son identité. Les défenses mises en œuvre sont d'ailleurs à la mesure de l'intensité de la menace identitaire. Elles se repèrent dans le discours ; ainsi, comme le souligne A.M. Arborio (2001) dans ses recherches sur les aides-soignantes, nous avons constaté dans leurs

propos que rien ne mentionnait les gestes difficiles du nursing, le travail d'entretien du corps de l'autre. La pénibilité d'effectuer des soins d'hygiène était passée sous silence au profit du versant relationnel, de la proximité « psychologique » du malade. Ce dernier aspect était d'ailleurs mis en évidence chez les aides-soignantes comme bénéfice symbolique notamment quand elles disaient que les médecins et les infirmières ne connaissaient pas les malades aussi bien qu'elles, étaient moins proches d'eux : c'est la partie noble de leur métier, celle qui dissimule « le sâle boulot » comme l'explique D. Lhuilier (2005) c'est-à-dire celui qui est lié à la souillure, aux excréctions corporelles. C'est certainement cette facette du métier liée aux soins d'hygiène du corps qui sans être avouée, fait l'objet du désir de devenir infirmière chez les jeunes aides-soignantes. Les aides-soignantes que nous avons interrogées ont toutes entre 45 et 55 ans et plus de 15 années d'expérience : elles ont une image valorisée de leur métier avec toutefois une représentation défensive à savoir qu'elles font le déni (tout au moins dans leurs propos) d'une partie du réel, celui qui est le plus déplaisant. Quand elles évoquent le manque de reconnaissance de la part des médecins elles sont, en quelque sorte, confrontées symboliquement à cette partie du réel dévalorisante qu'elles ont voulu occulter, d'où la souffrance que cela génère.

Mais cette souffrance exprimée par les personnes interviewées est aussi en lien avec la difficulté à effectuer les soins des patients comme elles le souhaiteraient. Cette « activité empêchée », Clot (1999) prend son origine dans les évolutions des conditions et de l'organisation du travail et dans les nouvelles normes que les démarches qualité ont imposées dans l'hôpital et qui ont perturbé le sens donné au travail : l'obligation de traçabilité a apporté une charge de travail supplémentaire qui vient empiéter sur le temps nécessaire pour effectuer les soins. Les personnels doivent alors concilier des exigences contradictoires (Grosjean, Lacoste, 1999, citées par Raveyre et Ughetto, 2003) à savoir la rapidité d'exécution des tâches et la qualité des soins. La non possibilité d'éprouver de la compassion (parce qu'on n'a pas le temps de s'occuper des malades comme on le souhaiterait, parce qu'il faut « rentabiliser » le service) va générer une souffrance liée aux conflits de valeurs (Molinier, 2004, p. 84).

Les soignants ne se reconnaissent plus dans le travail qu'ils effectuent ; comme le souligne D. Lhuilier (2006), l'écart entre le travail réalisé et le travail idéalisé par le soignant est de plus en plus grand et le renoncement au travail bien fait a un coup psychique très lourd : les phrases ci-après expriment très bien le ressenti des soignantes interrogées :

*« J'arrivais plus...à être aidante, écoutante, enfin non je ne pouvais plus quoi....je crois que je peux plus porter. ».* (Mme R.)

« J'ai toujours voulu m'occuper des autres »...« Donner à l'autre, quand je donne pas assez, je culpabilise. » (Mme HR.)

« Il y a un manque d'humanité par rapport aux patients...on est tellement débordé dans le boulot qu'on fait pas attention à l'autre, rien qu'un petit geste...on est trop dans le matériel ; « je trouve aussi qu'il n'y a pas trop d'humilité. » (Mme HR.)

Cette synthèse du métier de soignant ne serait pas complète si nous n'abordions pas une autre facette présente dans les entretiens que nous avons menés : nous voulons parler du bien-être psychologique.

## **III.2. A la découverte d'un concept caché : le bien-être psychologique**

### **III.2.1. Le bien-être psychologique et les évolutions hospitalières**

Les directives hospitalières ne sont pas toujours accessibles aux soignants : ces derniers ne sont pas inclus dans la politique de l'Etablissement ni dans les démarches de réorganisation hospitalière, de ce fait, ils ne peuvent constater les changements dans l'organisation qu'au travers des retombées sur leurs conditions de travail ou sur les relations de travail. Raveyre et Ughetto (1999) précisent que les problèmes générés par ces changements sont gérés au mieux au niveau de l'activité des soignants qui essaient de faire de la régulation (du temps de travail, de la charge de travail, des relations). Si les changements imposés aux hôpitaux dans les lois des années 2000 (ex. : la loi HPST) font l'objet de revendications en termes d'effectifs, d'horaires, de rémunérations, c'est en amont que doivent être traités ces aspects, au niveau institutionnel. Or, pour les auteurs précités, force est de constater que les profondes transformations hospitalières font seulement l'objet de négociations sur les conditions et l'organisation du travail avec les instances syndicales : les dysfonctionnements structurels se fondent ainsi derrière les aspects formels des revendications.

Conséquences pour les soignants : ils se trouvent dans l'obligation de régler des problèmes d'organisation ou de coordination dans les services pour assurer le service aux patients alors que ces problèmes majeurs devraient être traités sur un plan institutionnel.

Concernant les réformes législatives dont nous avons parlé précédemment qui génèrent une multitude de changements, les soignantes rencontrées ont manifesté le manque d'information et d'accompagnement au changement de la part des Directions. Or, toute transformation organisationnelle, selon Fabi, Martin et Valois (1999) qu'elle soit imposée ou

volontaire, d'origine sociale, politique, organisationnelle ou technologique suppose la construction d'un process avec des étapes d'explication, de soutien du projet, de « monitoring » ou d'accompagnement du projet et de pérennisation de la démarche. Qu'il s'agisse d'un changement prescrit ou construit, il est nécessaire d'accompagner les transformations pour éviter les conséquences négatives liées à l'absence d'une démarche planifiée de changement.

Pour Ouimet et Dufour (1997), ces conséquences négatives peuvent être regroupées en trois cas : dans le cas d'absence d'information, les individus vont réagir par un sentiment d'insécurité, un stress qui va générer une résistance au changement et la mise en œuvre du changement risque d'être déficiente de la part de ces acteurs. Si on constate une absence d'assistance dans la mise en œuvre, les individus vont ressentir une frustration, une démotivation qui va être suivie d'une démobilisation ; le résultat qui s'ensuit sera une chute de la performance des acteurs. Dans le cas d'une absence de reconnaissance des efforts effectués et des progrès réalisés, les individus vont manifester du découragement qui, dans la durée, peut occasionner des problèmes de santé psychique ou physique.

On retrouve ces trois niveaux dans les propos des personnes, à savoir :

- L'absence d'information : *« J'ai ouvert les deux services en même temps : le service tabaco a ouvert il y a 9 ans. et... J'ai été embauchée pour ça. Et j'ai ouvert il y a un an le service « annonce oncologie... c'est vraiment tout récent, je me sens une pionnière... Les équipes me connaissent pas bien, enfin pas toutes, faut du temps.. Dans l'esprit des médecins, c'est difficile ; ils ne pensent pas à moi, il leur faut du temps. »* (Mme Pz.)
- L'absence d'assistance : *« Dans le service, on a récupéré la diabéto, l'addicto et la néphro ça fait beaucoup et on n'est pas plus nombreuses. Ce sont des malades qui demandent beaucoup de suivi et qui sont en général très stressés... et puis on n'est pas formés pour faire de la psycho et ces personnes ont vraiment besoin d'être aidées sur le plan psychologique. »* (Mme A.)  
*« Enfin, moi, je me suis sentie au départ...un peu en difficultés et puis tout à créer quoi, en étant la seule à temps plein. »* (Mme V.)
- L'absence de reconnaissance : *« On avait tout pour rester réanimation...on avait quand même recruté des médecins en essayant de prendre des médecins qui venaient faire des gardes chez nous, enfin voilà, on pouvait s'arranger mais je pense ... »* (Mme Mo.).

Les évolutions hospitalières en lien avec les nouvelles règlementations pourraient être alors l'occasion d'impliquer les agents sur ces trois niveaux en s'interrogeant sur le type d'informations qu'ils attendent, en les intégrant dans la réflexion en amont de l'application des réformes. En faisant participer les soignants à la mise en œuvre des changements qui vont

impacter leur quotidien, en valorisant les propositions d'amélioration qu'ils suggèrent, en mutualisant les propositions entre services ou en mettant à l'honneur les innovations, il serait possible, nous semble-t-il, de concilier respect des réformes et bien-être au travail. Seule une approche systémique peut permettre d'articuler les évolutions aux niveaux institutionnel, organisationnel, collectif et individuel.

### **III.2.2. Le bien-être psychologique dans l'activité de soignant**

Le travail des soignants est fortement impacté par les changements politiques, organisationnels, sociaux que nous avons évoqués : les retombées de ces changements s'exercent sur l'activité, par exemple la traçabilité des actes effectués, le turn-over des patients lié à la réduction du temps d'hospitalisation, l'évolution des mentalités dans la société faisant évoluer la relation de patient/soignant à client/fournisseur. Dans ce contexte, on peut trouver des causes du malaise des soignants mais surtout ce qui transparait dépasse bien le cadre de l'organisation et des conditions de travail : il s'agit d'un problème social, plus exactement de « *la production sociale d'une situation* » (Loriol, 2002, p. 65) c'est-à-dire de la « *façon dont un ensemble d'évolutions, de stratégies et de mécanismes sociaux à-priori distincts convergent et se combinent pour faire apparaître une situation nouvelle* ». On peut en effet se demander ce que les transformations que vivent les établissements hospitaliers vont produire comme nouveaux types de soignants : quelles nouvelles identités collectives vont se forger autour de ces transformations qu'on pourrait assimiler à une nouvelle expérience sociale ?

Jamais, auparavant les soignants n'ont vu autant de bouleversements dans leur travail sur une période aussi réduite. De nouveaux rôles sociaux apparaissent, qui, derrière l'apparence perturbatrice largement médiatisée dans une littérature florissante sur « la souffrance au travail » peuvent aussi avoir un effet structurant pour les « nouveaux soignants » ; en effet, les nouveaux modes d'organisation centrés sur la rationalisation du travail ont obligé les soignants à réfléchir aux évolutions de leurs référentiels métiers, à la construction de nouveaux référentiels : il s'agit, outre le fait de rajouter ou d'enlever des tâches, d'introduire des tâches plus complexes mais aussi de définir de nouveaux espaces de travail derrière ces nouveaux référentiels (Mossé, 2000, Raveyre et Ughetto, 2003, cités par Aker, 2005, p. 2). Cela nous a amenés à nous interroger sur les reconfigurations du métier de soignant et leur traduction en termes de souffrance ou de bien-être psychologique. Les illustrations issues de nos entretiens ont ouvert des pistes de réflexion sur l'apparition de nouveaux métiers, de nouvelles pratiques, fruits de la contingence de facteurs

économiques, sociaux et politiques. Nous en voulons pour preuve les évolutions du métier d'infirmière : d'un métier centré sur des actes techniques effectués dans le cadre d'un service de soins, délimité par un référentiel distinguant les tâches des infirmières de celles des aides-soignantes, la réduction du temps de séjour des patients a réorienté le métier d'infirmière sur la relation, l'assistance à distance, la psychopédagogie du patient. Quand le patient reste quelques jours voire quelques heures à l'hôpital, il est bien évident que les conseils, la réassurance qu'il attend face à ses interrogations sur le traitement à suivre vont positionner l'infirmière dans un rôle nouveau. Le suivi du patient se fait en dehors de l'hôpital dans un espace habité par l'environnement de la famille, du médecin traitant, des infirmières libérales, des assistantes sociales de quartier, des kinésithérapeutes... Les infirmières hospitalières sont alors confrontées à un nouveau métier dans lequel elles vont pouvoir exploiter leurs capacités à innover, leur liberté d'action : cela a été développé par Mme B. (infirmière clinicienne : poste qui entre dans le cadre du dispositif Berland) : elle a créé le contenu et les contours de son nouveau métier et c'est dans cette latitude qu'elle a trouvé du bien-être au travail même si les frontières du métier restent encore floues : notamment elle l'exprime bien dans cette anecdote où elle a assuré, un jour férié, la prise en charge de l'approvisionnement de médicaments pour un patient :

*« C'était par rapport à son médicament qui était délivré à la pharmacie et qui, le laboratoire, enfin était en rupture de stock, et les gens n'avaient plus de traitement. Et pareil moi je me suis retrouvée à appeler les pharmacies, les différentes personnes, pour qu'ils puissent se dépanner entre eux au niveau des médicaments. On n'y croit pas hein, mais c'est vrai, voilà. J'y étais encore à 7 heures du soir ».*

On remarque ainsi que le temps n'est plus cadré par l'activité de soins comme lorsque le patient était hospitalisé ; et le paradoxe qui se joue réside dans le fait que cette latitude dont dispose l'infirmière peut être source de souffrance (liée à une surcharge physique et psychique de travail) ou de bien-être psychologique (lié à l'autonomie et à la nouveauté de la situation).

D'autre part, on voit très bien comment l'idéal professionnel intervient comme moteur d'actions et dépasse le cadre du rôle de soignant tel qu'il était défini à l'hôpital mais on voit aussi, dans la remarque du médecin chef de service<sup>37</sup> comment se rejouent les frontières entre les

---

<sup>37</sup> *« C'est pas ton travail il m'a dit, tu t'élargis trop, tu vas pas t'occuper de ça c'est pas ton boulot, alors sur le coup je me suis dit alors là je sais plus là si c'est pas mon boulot, c'est le boulot à qui quoi » (Mme R.)*

Un autre exemple illustre ce nouveau rôle de soignant et les incertitudes qui l'accompagnent :

*« En fait c'est ce qui s'est passé parce que son médecin a rappelé en disant « on a rendez-vous à quatre heures si vous pouviez appeler l'autre médecin ce serait bien ». Donc moi j'avais le médecin et entre temps, enfin en l'espace de même pas une demi-heure, la dame elle-même avait annulé son rendez-vous parce qu'elle se sentait trop fatiguée pour y aller. Donc simplement en la rappelant et en essayant de la convaincre que peut-être il fallait quand même qu'elle voit son médecin pour la prendre en charge par rapport à l'avortement et tout, après elle était d'accord et du coup moi effectivement j'ai rappelé les médecins, il m'a redonné rendez-vous et puis voilà. » (Mme R.)*

métiers d'infirmière et de médecin mais également entre l'interne et l'externe de l'hôpital. Le travail du soignant ne s'arrêtant plus au portail de l'hôpital !

Dans d'autres entretiens, le même constat s'est imposé : ainsi, ce cas dans un service de « soins de suite et réadaptation » :

*« En fait c'est des... les gens qui sont pas en capacité de rentrer directement chez eux, après leur phase aigüe, on les accueille en service de médecine euh d'S.S.R. pour la prise en charge après ça peut être une rééducation chirurgicale avec des kinés, une rééducation cardiaque, ça peut être une... la mise en place aussi d'un projet par rapport à l'avenir si c'est des placements des choses comme ça on va mettre ça en place établir, un projet social aussi. » (Mme P.)*

Les nouveaux métiers d'infirmière (d'annonce, en alcoologie, en soins de suite et réadaptation, en endoscopies, en tabacologie, en équipe mobile de gériatrie...) montrent toutes les facettes nouvelles du métier d'infirmière en lien avec les évolutions hospitalières. Cela suppose une redéfinition des priorités dans le métier, une réflexion sur les nouvelles frontières avec les autres partenaires du soin, une éducation thérapeutique du patient qui devient l'acteur principal dans la prise en charge de son traitement. Toutes ces femmes que nous avons interrogées ont manifesté un grand intérêt pour cette nouvelle réalité sociale. La construction de nouvelles situations (hospitalisations de jour, soins en ambulatoire) générées directement par les évolutions hospitalières ont introduit de nouveaux rôles, de nouvelles compétences mais aussi de nouvelles façons de penser, de percevoir : les soignantes rencontrées ont évoqué la liberté d'action dont elles disposaient, le développement de compétences, la possibilité d'innover mais aussi l'aide au patient plus globale, autant d'éléments participants au bien-être psychologique des soignants.

Ainsi, il apparaît que les modes de réponses organisationnelles élaborées par les soignants face aux évolutions hospitalières dépassent de beaucoup le cadre du soin à l'hôpital par une prise en charge du patient en amont et en aval de son hospitalisation. La mutualisation de ces expériences entre services et entre établissements serait à notre avis, une source de pistes intéressantes en matière de nouvelles formes d'organisation du travail et de nouvelles identités professionnelles, là où les soignantes pourraient laisser s'exprimer leur capacité d'innovation.

### III.2.3. Le bien-être psychologique et les relations de travail

Deux tiers des soignantes interrogées constatent une cohésion d'équipe avec cependant un léger écart entre les infirmières et les aides-soignantes (ces dernières ayant plus évoqué le problème des difficultés intergénérationnelles dans les équipes). La cohésion d'équipe sous-entend, pour les soignantes, l'importance d'être reconnue, appréciée par ses pairs : reconnaissance de la qualité du travail réalisé, des efforts fournis, ce que Ch. Dejours (1993) a appelé « le jugement de beauté ». Ce jugement participe à la construction de l'identité de la personne, au sentiment d'appartenance au collectif (Maslow, 1970 ; Deci et Ryan, 2000 ; Thévenet, 2004) : il participe aussi à l'estime de soi puisque ceux qui formulent le jugement partagent les mêmes règles, ont la capacité d'évaluer la qualité du travail réalisé, la conformité à un genre (Clot, 1999) et d'en apprécier l'originalité.

Par contre, la carence de reconnaissance que mentionnent les soignantes est liée au « jugement d'utilité » : c'est celui qui est porté par la hiérarchie face aux efforts imposés par l'impact des nouvelles règles institutionnelles. Dans les entretiens, les infirmières et les aides-soignantes ont souvent abordé le sens de leur travail face à la place de plus en plus prégnante des tâches administratives et le sentiment d'un manque de reconnaissance de leurs difficultés par la Direction, auquel on peut rajouter la crainte d'être évaluées sur des tâches qui ne font pas partie du « noyau dur » de leur métier (des tâches en lien avec la mise en place des procédures d'accréditation par exemple). Ceci s'est manifesté dans les propos par la crainte d'un jugement négatif alors qu'elles avaient le sentiment d'avoir donné le maximum ou par la crainte de ne pas avoir le temps d'effectuer leurs activités de soin, « l'activité empêchée » (Y. Clot).

Les cadres infirmiers, par contre, sont généralement un soutien, restant assez proches de leurs équipes : ceci a été évoqué de multiples fois concernant les remplacements, les plannings dans des contextes à flux tendu. Cherchant à concilier les exigences de performances et l'éthique de soins, le cadre a un « effet tampon » entre la Direction qui impose les exigences de l'ARS et les besoins des patients. Le rôle du cadre est prioritaire comme étayage narcissique mais aussi pour permettre l'expression de la violence silencieuse causée par les outils de contrôle de l'activité, les normes qualité. On peut parler de **soutien social** (Lazarus et Folkman, 1984) : il a un rôle primordial dans les situations où l'interaction entre l'individu et l'environnement de travail par le biais de son activité, génère du stress.



Johnson et Hall (1988) cités par Guénette (2006, p. 5) ont distingué plusieurs types de soutien :

- hiérarchique,
- par les collègues,
- par la famille et les amis.

Le soutien de la part de la hiérarchie présente deux composantes : instrumental (l'aide technique) que l'on peut associer au rôle prescrit et le soutien émotionnel (l'aide relationnelle) permettant la coordination entre deux personnes que l'on peut associer au rôle idéal. A.M. Guénette (2006) précise que, dans des conditions de travail actuelles où la charge de travail est en augmentation et la latitude tendant à se réduire, le soutien social permet de mieux supporter les stressés, ce qui a un impact direct sur le stress et la santé physique.

Le soutien de la part de l'équipe a été aussi abordé à plusieurs reprises dans les propos des soignantes, par exemple quand Mme C. dit « *Je veux retrouver mes collègues* ». Il ne s'agit pas uniquement d'être entouré par ses collègues avec qui on s'entend bien. Face à sa propre souffrance, le soignant recherche un réconfort : c'est dans la reconnaissance de la part de l'équipe (mais aussi des malades) qu'il va se faire réparation.

Cette reconnaissance peut prendre plusieurs formes : intellectuelle quand on reconnaît positivement ce qui a été réalisé :

« *Et si jamais j'ai fait une mauvaise orientation, ils me le disent, me rassurent et puis, en général, on voit bien les choses, quoi.* » (Mme V.)

Mais aussi affective quand une personne de l'entourage (pas forcément hiérarchique) joue le rôle de la « bonne mère » au sens de Winnicott.

« *Notre cadre est très présente et aussi quelqu'un qui est très, très proche psychologiquement et des patients et de l'équipe quand même quoi, sans être dans la compassion, et voilà, oui je pense que ça c'est important aussi parce que je pense qu'elle arrive à déceler quand même quand il y a des soucis* » (Mme Gr).

Le troisième type de soutien (souligné aussi par les personnes interviewées) est exercé par les patients et les familles : il va nourrir, l'investissement psychique du soignant surtout dans les situations difficiles où ses défenses sont fragilisées. La résultante est un effet structurant en termes d'identité, puisque le travail réalisé garde tout son sens et est donc un soutien de la santé mentale du soignant.

Le soutien social est un des critères du bien-être psychologique : il a été décrit par Caplan, Cassel et Cobb (cités par Ruiller, 2008, p. 91) comme « *Un élément déterminant dans les*

*stratégies de coping et d'adaptation de l'individu à son environnement* ». D'après ces auteurs, le soutien social influencerait significativement la qualité de vie et la santé des individus. Caplan souligne l'importance d'un système de support informel pour le bien-être des individus et pour faire face aux périodes de crise.». On retrouve cette même notion chez Karasek dans son modèle des années 80 comme facteur intervenant dans la régulation du stress professionnel.

Nous retiendrons donc le soutien social comme un des éléments permettant de maintenir le bien-être psychologique et nous l'intégrons dans les préconisations, par exemple par la reconnaissance des services difficiles par la Direction et l'aide qu'elle peut apporter par des mesures spécifiques de soutien.

### **III.2.4. Le bien-être psychologique en lien avec les ressources individuelles :**

#### **Valeurs et bien-être psychologique**

Dans les propos des soignantes, de nombreuses phrases illustrent leurs valeurs : quand celles-ci peuvent être honorées dans le travail, elles procurent bien-être psychologique à l'individu (les valeurs étant le fondement de la personnalité) mais quand elles ne peuvent s'exprimer dans le travail, c'est l'identité toute entière qui est en danger et donc, le risque de burn-out est imminent.

Quelles sont les valeurs qui sont le plus représentées dans les propos des soignantes ?

Ce sont celles du don de soi, d'amour de son prochain, d'aide aux autres, d'humanité, de tolérance qui sont partagées par les soignantes et qui leur donnent une fierté d'exercer leur métier.

Ce sont des valeurs liées à l'histoire du soin qui, autrefois, était effectué par des religieuses : il est intéressant de constater que les traces de la vocation (abnégation et don de soi) sont encore présentes dans la représentation actuelle du métier de soin (tout du moins chez les soignantes que nous avons rencontrées qui ont toutes plus de cinquante ans). Quand elles parlent des jeunes, du fonctionnement actuel de l'équipe, par contre, elles décrivent un manque d'humanité, d'humilité, de l'individualisme :

*« Il y a moins de respect maintenant de la personne beaucoup plus âgée »... «Quand j'ai commencé, il y avait des soignants de mon âge...on les protégeait mais maintenant moins. » (Mme HR.)*

*« Maintenant, les infirmières, elles sont très individualistes dans leur travail. » (Mme V.)*

*« Je pense que c'est la nouvelle génération qui est comme ça. » (Mme V.)*

« Je trouve qu'il n'y a pas, je veux dire, la solidarité avant, on l'a perdu alors est-ce que c'est parce qu'on est devenu plus individualiste donc chacun essaye de faire son travail ...c'est ce que je reproche, enfin c'est ce qui manque. Ce que je reproche un peu c'est qu'il n'y a pas cette cohésion qu'il y avait auparavant. » (Mme Mo)

Dans les propos énoncés, on a l'impression que le changement générationnel a introduit un changement de paradigme du soin et donc un changement de valeurs : on est passé du soin en tant que « prendre soin de l'autre » au soin « acte technique ».

Nous nous sommes demandées quel impact les valeurs avaient sur le travail des soignantes. Pour cela, nous devons faire la différence entre deux types de valeurs abordées par la psychologie positive (Cottraux, 2012, p. 14) et présentées comme des forces :

- les forces sociales, celles qui correspondent aux critères d'humanité mentionnées par les soignantes et sur lesquelles se fondent les relations,
- les forces sociales permettant à la communauté de se construire avec des critères de justice, de citoyenneté, de courage. C'est ce qu'on retrouve dans le travail qui est régi par des normes et des règles de vie permettant de maintenir une cohésion dans le groupe et entre les individus. C'est par ses règles, les normes de comportements qu'il impose, mais aussi ses rites, que le groupe existe et perdure comme le spécifient Anzieu et Kaës.

Dans les entretiens avec les soignantes, ce sont les valeurs centrées sur l'intelligence sociale, l'humanité qu'elles ont mentionnées en parlant de leur travail. Le collectif de travail apparaît ainsi comme un lieu d'échange, de partage d'émotions, de sensations mais aussi un véritable « appareil à penser » qui va permettre un travail de réflexion et de construction de valeurs communes. Le partage de valeurs communes d'une part, donne du sens à l'action individuelle et collective et d'autre part, favorise le sentiment d'appartenance au groupe et l'épanouissement : c'est précisément ce que la psychologie positive étudie. Pour elle, le bien-être psychologique (Seligman, 2002) n'est pas une recherche de bonheur personnel isolée du contexte, une pensée positive centrée sur l'autosuggestion (genre méthode Coué) qui montrerait du doigt tous ceux qui n'arrivent pas à penser de la sorte mais le bien-être ne peut être obtenu que si la recherche de fonctionnement optimal, le flow dont parle Csikszentmihalyi (2005), concerne à la fois l'individu, l'environnement de travail et l'institution toute entière. C'est aussi ce que mentionnait Y. Clot<sup>38</sup> en disant qu'il fallait veiller à ne pas adopter une approche individualisante du travail. Et c'est très souvent ce qui est fait en stigmatisant les personnes qui ne correspondent

---

<sup>38</sup> Y. Clot : conférence du 10 juillet « Travail de qualité ou hygiénisme : la psychologie du travail au carrefour » lors du 17<sup>ème</sup> congrès de l'AIPTLF, 10 au 13 juillet 2012 à Lyon.

pas aux critères d'efficacité. L'approche collective dans laquelle le travail est au centre, et non pas l'individu, amène à se poser la question du sens du travail au niveau organisationnel et c'est là qu'un détour par la construction de valeurs communes, serait fondamental pour établir les soubassements du bien-être psychologique au travail : ainsi, confronter les valeurs entre les soignantes jeunes et les plus anciennes mais aussi avec les autres catégories professionnelles et généraliser ce travail à tous les niveaux de l'hôpital serait, nous semble-t-il, un grand pas vers l'humanisation des soins tant au niveau soignant que soigné.

### **Estime de soi et bien-être psychologique :**

La problématique de l'estime de soi est apparue dans une majorité d'entretiens, soit comme une évaluation négative de soi venant perturber l'accès au bien-être psychologique au travail, soit comme une valorisation de soi en lien avec les compétences acquises. Cette auto-évaluation de sa propre valeur renvoie au narcissisme qui peut présenter des failles ou une hypertrophie. La personnalité va donc jouer un rôle dans l'estime de soi. La perception qu'a le sujet de lui-même est liée à ce que les autres pensent de lui mais aussi à son sentiment de compétence. Denny et Steiner, (2009, cités par Cottraux, 2012, p. 90) associent l'évaluation positive de sa propre valeur à un sentiment de bien-être : « *Cela facilite les relations avec autrui et permet une plus grande stabilité émotionnelle* ». A l'inverse, Famose et Bertsch (2009), à propos des professionnels de la santé font le lien entre une faible estime de soi et des problèmes relationnels. Ils postulent que le développement de l'estime de soi favorise la production d'émotions positives et présente donc un effet sur la santé et le bien-être psychologique.

D'autres études comme celles de Deci et Ryan (1995, cités par Blouin 2011, p. 12) font le rapport entre l'estime de soi et l'atteinte de niveau d'excellence d'après les standards établis par la personne ou son entourage. Ce qui nous paraît intéressant, est que l'estime de soi peut être sans lien étroit avec l'appréciation d'autrui mais avec l'idéal du moi de l'individu qui peut être beaucoup plus exigeant que l'attente de l'environnement dans lequel évolue la personne. Cela peut conduire l'individu à poursuivre des buts de plus en plus élevés pour satisfaire son « hypertrophie » de narcissisme et à finir par subir des situations d'échec.

Les difficultés à accéder à un bien-être psychologique peuvent trouver leur origine dans la personnalité en rapport avec un psychisme fragile. Dans les soignantes que nous avons interrogées, nous avons relevé chez certaines, une estime de soi défaillante qui peut s'expliquer par leur histoire, par une enfance très insécurisante (abandon, famille non aimante...) qui n'a pas

permis une construction narcissique solide. Pas de mère aimante, de « bonne mère » au sens de Winnicott, va générer chez l'enfant un moi insécure qui sera incapable de gérer les tensions internes. Dans la vie d'adulte, par la suite, toutes les situations qui vont générer des frustrations liées à la séparation et à l'individuation vont raviver ce passé et les failles narcissiques Boutinet (2005) : de fait, ces adultes auront du mal à supporter les séparations (d'où une dépendance affective à l'autre) : « *On est pareil, j'aime bien mes collègues, je veux pas les quitter.* », dit Mme C. mais aussi les situations d'individuation (l'étayage narcissique identitaire étant trop fragile). Le groupe social peut alors servir d'étayage identitaire essayant de colmater les failles du moi.

Les récits des soignantes qui présentaient une forte carence en estime de soi nous sont apparus morcelés, désorganisés, peu élaborés avec des émotions mal canalisées mettant en évidence le peu de points de repère et les difficultés cognitives. Pour ces personnes, méfiantes, craintives, il est bien évident que l'individuation est difficile, le processus de socialisation ayant posé problème dans l'enfance. Difficile pour elles de trouver leur place dans l'équipe, de se construire une identité, l'estime de soi (liée au narcissisme secondaire) étant défaillante.

Comment les aider alors à la construire ? Sans avoir de certitude sur le résultat escompté, le groupe peut avoir un rôle déterminant : en permettant à ces personnes d'acquérir de nouvelles compétences et de nouveaux comportements, en leur permettant d'exprimer leurs émotions, en valorisant les réussites, on peut espérer consolider et sécuriser les acquis identitaires. Le travail est un lieu de construction sociale et identitaire (Lhuilier, 2006) : lieu d'épanouissement, de plaisir, de sublimation ou l'individu peut s'accomplir. Il s'agit de redonner du pouvoir d'agir à ces soignantes pour qu'elles reprennent confiance en elles, en leurs possibilités, leurs compétences, développer aussi les réussites personnelles et collectives (il y a en effet moins de pression dans le travail collectif et de plus, le lien social peut favoriser une reconstruction narcissique).

### **Compétences et bien-être psychologique :**

Le souhait de développer ses compétences est souvent apparu dans les entretiens sous l'angle de la motivation pour la formation mais qu'entendent les soignantes par le désir de développer leurs compétences ?

La compétence est beaucoup plus que la somme des savoirs théoriques et techniques ou connaissances, des habiletés et des qualités personnelles (Guy Le Boterf, 2000). Quand l'auteur évoque la compétence, il parle surtout de « savoir-agir » c'est-à-dire la capacité à mettre en

mouvement ses ressources (connaissances, savoir-faire et comportements). Cette mobilisation des ressources est contextualisée ce qui veut dire qu'elle va s'adapter à la situation (par exemple pour résoudre un problème) mais elle doit pouvoir aussi se faire dans des situations imprévues où il faut innover. C'est cette stimulation cognitive et affective que les soignantes ont exprimée dans leurs propos en évoquant le souhait de formation : élargir le champ de ses connaissances et mettre en mouvement ses ressources. En clair, ce qu'elles recherchent n'est pas uniquement le souhait d'être plus compétentes, efficaces (pour répondre aux exigences des démarches qualité) mais c'est surtout l'envie de se développer même si elles n'appliquent pas ces savoirs sur le terrain.

Alors quel statut ont-elles donné à la formation ? Plusieurs aspects se sont révélés.

La formation permet un investissement intellectuel, elle augmente le savoir et l'autonomie et permet de faire évoluer ses schémas de pensée.

La formation est vécue comme une « bouffée d'oxygène » : non seulement c'est vécu comme une marque de reconnaissance de la part de la hiérarchie mais c'est aussi l'occasion de rencontrer d'autres personnes, de sortir de sa condition de soignant à l'hôpital et de la souffrance que l'on côtoie, que l'on ressent, c'est une occasion de prendre du recul.

En tant qu'ancienne formatrice auprès de soignants, nous l'avons très souvent entendu : la formation s'exprime comme une stratégie défensive qui permet aux soignants de s'extraire de situations difficiles. C'est aussi le signe que l'hôpital reconnaît leurs conditions de travail difficiles et leur fait « réparation » en leur accordant ce temps de formation. Ainsi, l'objectif de la formation est double : acquérir de nouvelles connaissances et se développer sur le plan personnel.

Un aspect important de la formation est d'interroger son identité de soignant par la mutualisation des expériences ; c'est l'occasion d'aborder le lien de cohérence entre compétences, valeurs et identité.

Dans le contexte d'un séminaire de formation, chacun s'exerce à une véritable écoute de l'autre (un des rôles du formateur est d'ailleurs de montrer qu'elle se fait à plusieurs niveaux). L'écoute, l'empathie qui font partie des compétences des soignants peuvent s'exprimer devant le groupe notamment quand les stagiaires expriment les difficultés de leur quotidien professionnel. Nous nous souvenons d'une formation que nous avons faite il y a quelques années sur « l'écoute et la relation d'aide en soins palliatifs » pour un public d'infirmières. Dans cette formation, les échanges entre pairs ont pris le pas sur le contenu théorique et nous ont amenée, à la demande du

groupe, à animer un travail de groupe centré sur une question majeure : Comment se développer dans un environnement qui bouscule de plus en plus nos valeurs sociales ?

Un dernier aspect qui nous a semblé émerger des propos des soignantes est l'impact de la formation en tant que reconstruction narcissique : la position dominante des médecins, qui ont l'accès au savoir place les soignantes (infirmières et aides-soignantes surtout) dans un rôle d'exécutantes : ces croyances sont profondément ancrées dans les stéréotypes tels qu'illustrés :

*« Ils veulent pas qu'une infirmière prenne du pouvoir, enfin, certains médecins pas tous. »*  
*« Il y en a encore qui aiment bien qu'on soit les bonnes. » « Certains médecins ont peur qu'on fasse des erreurs et qu'on le leur reproche après. » (Mme Pz.)*

Acquérir des connaissances supplémentaires, des savoir-faire, une réflexion sur ses comportements peut permettre aux soignantes de se faire réparation et peut, peut-être, avoir une incidence sur les relations entre médecins et soignantes et restaurer (sinon construire) le collectif de travail, celui-ci étant la plupart du temps réduit au collectif de métier dans les services de soins.

Comme nous venons de le voir, le bien-être psychologique se devine (plus qu'il ne se montre) au travers des évolutions hospitalières et de l'activité de soignant, des relations de travail mais aussi dans l'exploitation des ressources individuelles. Nous allons à présent répondre à notre deuxième hypothèse, à savoir :

## **H2 : Il y a une différence de représentation du bien-être psychologique au travail entre les infirmières et les aides-soignantes.**

Y a-t-il une représentation identique du bien-être psychologique, signe d'une culture unique ou des représentations différentes marquant des spécificités de culture ? Revenons dans le détail des entretiens pour aborder les représentations professionnelles : comme le précise Denise Jodelet (1989, p 53), déjà citée, la représentation professionnelle est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique ».

Dans les entretiens, les représentations sont illustrées par des valeurs sociales communes, centrées sur l'amour de son prochain, l'aide à autrui. Les cognitions issues de l'exploitation des entretiens sont très voisines avec des termes récurrents comme « donner aux autres », « s'occuper des autres », « intérêt pour les patients » ou « utilité du métier » ainsi que la fierté

d'exercer son métier. Les mêmes valeurs soutiennent les deux métiers bien que plus fréquemment mentionnées par les aides-soignantes : ce sont des valeurs spécifiques à la culture du soin.

Nous remarquons ensuite que les deux populations ont également des représentations identiques sur le développement des compétences. Elles associent le bien-être psychologique à leur capacité à se développer, à se former, à apprendre de nouvelles techniques, là aussi avec des variations entre les deux populations ; toutefois, le développement des compétences a comme objectif commun une rétribution narcissique illustrée dans la fierté de réaliser un travail de qualité.

Dans l'exploitation des entretiens, nous remarquons aussi que les infirmières et les aides-soignantes partagent la même vision de l'importance des relations dans la construction du bien-être psychologique : dans la description des relations de travail idéales et dans l'évaluation qu'elles font des relations qu'elles vivent, transparaissent des réalités collectives (par exemple : l'importance de la cohésion d'équipe, la confiance dans les autres, le travail collaboratif, le soutien social de la part de la hiérarchie reviennent fréquemment dans le discours).

Autre point commun entre les représentations des infirmières et des aides-soignantes : l'autonomie (toutefois plus marquée dans les propos des infirmières) : le bien-être psychologique sous-entend le contrôle de sa vie (rapport entre vies privée et professionnelle) avec une variante pour les infirmières : celle d'avoir une liberté de choix et d'action dans sa vie professionnelle.

Les deux populations expriment de la même façon le lien entre la personnalité et le bien-être psychologique : les qualités, les aptitudes à ressentir des affects positifs, les traits de caractère jouant un rôle dans la perception du bien-être psychologique.

Même si les critères de motivation pour le métier présentent quelques variations entre les deux populations, à savoir exercer un métier centré sur l'aide aux autres, la relation à l'autre pour les aides-soignantes et, pour les infirmières, outre ces mêmes critères, l'évolution personnelle et l'intérêt pour l'innovation, ceci ne change pas la représentation du bien-être psychologique : les opinions, les croyances varient peu. Cette partie stable de la représentation explique le consensus des soignantes concernant l'objet « bien-être psychologique ».

Nous pouvons donc répondre à notre hypothèse en l'infirmant. Même si les expériences sont singulières, le souvenir des expériences professionnelles vécues et symbolisées des soignants dans leurs composantes cognitives et affectives met en évidence la même représentation du bien-être psychologique au travail. L'incidence en est une cohésion de groupe, un enjeu identitaire constitué autour de l'objet de représentation. Ce qui est intéressant pour la



mise en place d'actions favorisant le développement du bien-être psychologique dans l'hôpital est que cet objet de représentation de ce groupe social (des soignants) peut ainsi faire l'objet d'un travail de réflexion pour être ensuite partagé par d'autres groupes sociaux dans le cadre d'une dynamique sociale.

Nous allons à présent aborder notre troisième hypothèse :

**H3 : Les besoins psychologiques fondamentaux permettant de développer le bien-être psychologique au travail, sont insuffisamment pris en compte dans les évolutions organisationnelles, sociales et managériales de l'hôpital.**

### **III.2.5. Motivation et bien-être psychologique :**

La motivation pour le métier d'aide-soignante ou d'infirmière telle que présentée par les personnes interrogées regroupe un ensemble de caractéristiques (adhésion à des valeurs sociales comme l'amour de son prochain, fierté d'exercer son métier, développement de nouvelles compétences, attrait pour la nouveauté). Ce qui transparait dans les entretiens et qui fait l'objet de la souffrance au travail est en lien avec les difficultés à satisfaire les désirs d'accomplissement (les soignantes ont beaucoup abordé « l'activité empêchée »), de reconnaissance (surtout de la part des médecins, voire des patients), d'autonomie (par rapport à la hiérarchie et à la direction) et de pouvoir sur les actes effectués (les contraintes liées à la réglementation, aux démarches qualité étant de plus en plus présentes).

Les critères de motivation mentionnés par 90% des soignantes dans leur représentation du bien-être psychologique semblent répondre aux trois besoins physiologiques fondamentaux mis en évidence par Deci et Ryan, (1985b) et nécessaires pour que l'individu puisse se développer, garder une intégrité et un bien-être. Ce sont le besoin de compétence que l'être humain va chercher à mettre en pratique et à développer (de Charms, 1968 ; Ryan et Deci, 2002) mais aussi le besoin d'autonomie, de liberté de ses choix et le besoin d'appartenance au groupe social, la recherche d'interactions positives avec les autres (Deci et Ryan, 2000) : ce n'est pas l'intensité du besoin qui compte, c'est le fait qu'il soit satisfait ou non. Les auteurs précisent que la satisfaction de ces trois besoins fondamentaux va permettre à l'être humain de conserver une bonne santé : vitalité (Ryan et Frederick, 1997), congruence interne (Sheldon et Elliot, 1999) et intégration psychologique (Deci et Ryan, 1991).

Nous avons relevé chez une soignante des éléments de démotivation, ce que Blais, Vallerand et al. (1993), ont appelé *amotivation*. Elle correspond à une attitude de résignation ; la personne n'attend rien de son environnement, son travail est vide de sens et un manque total d'estime de soi l'amène à douter de ses compétences.

Pour les autres personnes interrogées, selon les auteurs précédents, c'est une *motivation extrinsèque* qui les caractérise avec différents types de régulation :

- *une régulation externe :*

Les soignantes développant ce type de motivation obéissent aux ordres des cadres ou des médecins sans avoir la possibilité de discuter les ordres. Cette motivation est celle que l'on retrouve quand l'individu cherche une récompense, une valorisation extérieure (ou à éviter une sanction) dans l'activité qu'il effectue. Elle est fréquente dans le milieu du travail dans la mesure où, pour se faire accepter par sa hiérarchie, ses collègues, le salarié adopte les comportements que les autres attendent de lui.

« Ils sont en train de nous stresser parce qu'il y a l'accréditation qui arrive la semaine prochaine donc là, toute la semaine, ils vont passer comme ça, à l'improviste ...nous questionner, ils vont trouver quelqu'un sur leur chemin, ils vont questionner, puis ils vont regarder, alors il faut fermer les portes de toutes les pièces, de toutes les dépendances. » (Mme C.).

« Je suis pas issue d'une génération informatique, je l'utilise parce qu'il faut l'utiliser mais c'est pas mon truc, ça m'intéresse pas du tout. » (Mme P.)

- *Pour d'autres soignantes, c'est la régulation introjectée qui est apparue dans les propos :*

« Des fois, c'est lourd, je me dis il faudrait que tu t'arrêtes...j'ai pas pris de congés.. » « Les gens, ils me renvoient un petit peu cette image-là : et c'est quand que tu te poses. » (Mme R.)

« Quand même, c'est des êtres humains que j'ai en face de moi, quand même, donc il faut que je m'en occupe. » (Mme M.)

Ce type de régulation montre l'intériorisation des comportements attendus de la part du soignant, mais, pour qu'il ressente une estime de lui, il doit réussir dans les objectifs qu'il s'est fixés et la pression est encore plus forte que si elle venait de l'extérieur car elle fait appel aux valeurs de l'individu et au sentiment de culpabilité en cas d'échec. Comme le montrent les propos ci-dessus, dans ce type de régulation, les besoins liés à la santé mentale ou physique du soignant passent au second plan.

- Le type de régulation suivant que nous avons identifié est celui de la régulation identifiée :

L'individu valorise ce qu'il doit effectuer, cela devient important pour lui, il en intègre les contraintes parce qu'elles ont un bien fondé, généralement en rapport avec ses valeurs.

*« J'ai toujours un peu de culpabilité...que les gens viennent plusieurs fois, ce sont des gens qui n'habitent pas à côté non plus »... « il faut être disponible, aider les autres, c'est un principe. »*  
(Mme R.)

- La dernière régulation de la motivation extrinsèque est la régulation intégrée : comme le nom l'indique, la personne a complètement intégré son activité à travers les autres activités de sa vie. Ce niveau de régulation s'est retrouvé chez les soignantes qui ont accédé à un bon niveau d'autonomie dans leur travail et qui ont pu développer leurs compétences. De plus, pour certaines, elles partagent avec leurs collègues une façon de travailler qui leur donne un « statut à part » ; elles ont, entre autre, la possibilité d'exploiter différemment leurs compétences puisqu'elles ont plus le temps de s'occuper des patients :

*« Et puis, au niveau de l'équipe, les filles qui sont...on est plusieurs à être en temps partiel dans le service, et on est beaucoup plus disponibles aussi bien pour changer d'horaires, plus disponibles avec les patients. »* (Mme Ma.)

*« Je trouve que j'ai beaucoup appris niveau technicité et puis bon il y a plusieurs... Il y a plein plein de pathologies que je connaissais pas aussi. »* (Mme HR.)

*« Mais c'est tellement varié ici, il n'y a pas, il y a plein de choses à faire, il y a encore plein de choses à créer, finalement on s'en lasse pas on n'a pas l'impression de faire la même chose. »* (Mme V.)

Les phrases ci-dessus illustrent le niveau élevé d'autodétermination et on comprend bien la notion de continuum, aussi il n'est pas facile d'extraire, dans les propos des personnes interviewées ce qui appartient respectivement à la régulation intégrée et à la motivation intrinsèque. C'est la présence de termes illustrant le plaisir de travailler, le bien-être manifesté qui servira d'indicateur de la motivation intrinsèque :

*« Quand j'ai l'occasion d'être en contact avec des patients, c'est là où je prends beaucoup de plaisir. »* (Mme J.)

*« Voilà. C'est un métier très, très enrichissant, moi je ne regrette pas du tout d'avoir fait aide-soignante, et je ne regrette pas non plus de ne pas avoir franchi le pas d'infirmière parce que c'est pas du tout le même travail, que je me sens bien mieux dans ma fonction d'aide-soignante que dans infirmière. »*  
(Mme V.)

« Mais le changement de service a toujours été ma demande de toute façon, ça n'a jamais été imposé. » (Mme P.)

« J'ai beaucoup d'accompagnement des patients, il y en a plein qui veulent me voir ou qui m'appellent voilà, j'ai ce côté-là qui est vraiment...me plaît bien. » (Mme V.)

Dans le contexte de l'hôpital toutefois, il n'est pas facile de développer la motivation autodéterminée ; en effet, le rapport à la maladie et à la mort place parfois le soignant dans un sentiment d'échec remettant en cause la compétence ; les démarches qualité formalisent à l'excès le travail en introduisant des procédures et freinent l'autonomie ; d'autre part, les relations entre collègues et avec la hiérarchie sont entravées par la charge de travail en augmentation due au flux des patients. Alors, dans ce contexte, peut-on parler de motivation autodéterminée ? On peut aussi se poser la question du type de détermination que recherche l'institution hospitalière chez ses salariés. En effet, la motivation extrinsèque avec régulation externe est facile à gérer : le sujet fait ce qu'on lui demande de faire sans discuter ; dans la régulation introjectée, le soignant fait tout ce qu'il peut pour ne pas subir un échec personnel et se dépense sans compter. Dans la régulation identifiée, la personne va gérer sans problème ses activités professionnelles et personnelles. Alors, la motivation intrinsèque apporte-t-elle un plus à l'hôpital ?

La réponse n'est pas aussi simple que cela. Quel temps, quelle énergie, quels moyens faut-il investir pour que les soignants acquièrent une motivation intrinsèque ? Est-ce vraiment nécessaire alors que la motivation extrinsèque, comme nous l'avons vu, présente des avantages pour l'hôpital puisque le sujet effectue les tâches qu'on lui a demandé de réaliser ? La réponse à cette question répond à notre troisième hypothèse : « **Les besoins psychologiques fondamentaux permettant de développer le bien-être psychologique au travail, sont insuffisamment pris en compte dans les évolutions organisationnelles, sociales et managériales de l'hôpital** » ?

### **III.2.6. Besoins fondamentaux et évolutions de l'hôpital :**

On sait depuis longtemps que les difficultés liées aux conditions et aux relations de travail font le lit de l'épuisement et que celui-ci va se traduire par des répercussions sur la santé physique et mentale du salarié et donc favorisera l'absentéisme, les accidents de travail, le turnover. A l'inverse, Riddle *et al.*, (1995) ont montré l'interrelation entre les relations de travail et la santé des salariés.

### **III.2.6.1. Besoins fondamentaux et évolutions organisationnelles :**

Les évolutions de l'organisation de l'hôpital sont marquées par de nombreuses réformes hospitalières depuis une vingtaine d'années (Domin, 2010). L'hôpital comme toutes les entreprises est entré dans une logique de rentabilité, imposée par les pouvoirs politiques alors que les dépenses hospitalières étaient en forte augmentation pour répondre à la demande accrue de soins. Comme nous l'avons mentionné précédemment, pour contrôler ces dépenses, les pouvoirs publics ont créé une nouvelle politique hospitalière avec de nombreux dispositifs et tout un lot de lois (loi HPST, « plan hôpital 2007 ; 2012 »), mais aussi des réglementations, des mesures (T2A). Ainsi l'hôpital a perdu de son indépendance, devant maintenant contractualiser avec son autorité de tutelle : l'ARS (Agence Régionale de Santé). Sans revenir sur les évolutions de la législation hospitalière, on constate une rationalisation qui se traduit par des mesures dont l'objectif est de rentabiliser l'hôpital avec, à la clé, l'implantation de nouveaux outils de gestion. « L'environnement hospitalier change considérablement dans ses différentes dimensions : budgétaire par le choix de la tutelle, emploi et concurrence par le biais des marchés, sociale et démographique par les patients, technologique par les progrès de la médecine » (Sainsaulieu, 2003, p. 37.). On comprend alors que ces logiques qui s'affrontent vont avoir des impacts sur le travail des soignants avec des décisions qui impactent directement leur activité. « On n'a jamais eu autant de règles : sanitaires, de l'accueil du patient, sur les statuts des gestes professionnels, sur l'accréditation, les obligations d'accueil et de prise en charge des démunis » précise Y. Sainsaulieu, (2003, p. 52). C'est d'ailleurs ce que les soignantes ont mentionné dans les entretiens en évoquant les dysfonctionnements générés par les changements organisationnels. En effet, la mise en place d'outils de gestion de contrôle des soins a diminué leur autonomie ; d'autre part, les temps d'hospitalisation plus courts ont nécessité plus de travail de préparation (surtout pour les infirmières) ; le travail à « flux tendu » instauré dans les services a vu ses répercussions sur les plannings, les roulements. Dans cet environnement, la prise en compte des besoins fondamentaux sous-jacents au bien-être psychologique et les évolutions organisationnelles semblent incompatibles.

Pourtant, comme l'ont montré Crozier et Friedberg (1977), un acteur dans un système est capable de maîtriser une ou plusieurs zones d'incertitudes, quelles soient techniques, politiques, économiques ou sociales et dispose pour cela d'une liberté (limitée) et d'une autonomie. La pertinence d'un acteur ne dépend pas d'ailleurs de son statut ou de son rôle formel mais de sa capacité à maîtriser une incertitude. Dans le contexte de rationalisation des pratiques hospitalières, il existe des zones de liberté non maîtrisées par l'institution qu'on peut assimiler à

des zones d'incertitude, par exemple tout ce qui va représenter une innovation dans les outils ou les méthodes de rationalisation. Il y a là, nous semble-t-il, des possibilités d'innovation locale qui peuvent être sources de développement de compétences ou d'autonomie pour les soignantes. Elles ont comme ressources leur expérience professionnelle, leur formation, leur réseau de relations mais aussi le modèle culturel commun dont nous avons parlé dans la partie traitant de leurs différences de représentations. Celui-ci va pouvoir s'exprimer dans l'adoption d'attitudes et de comportements stables facilitateurs dans un processus d'innovation. D'autre part, les soignantes ont un autre atout : pour obtenir la reconnaissance de l'utilité sociale de leur travail, elles recourent à une rationalité sociale qui va bien au-delà de la seule communauté d'appartenance professionnelle puisqu'elle s'élargit aux patients et aux familles voire aux partenaires externes à l'hôpital (soignants ou non).

On voit ainsi que la rationalité sociale qui était le processus d'innovation des pratiques permet au soignant de dépasser la rationalité imposée par les démarches qualité. Cela permet aux soignants de retrouver du sens dans leur travail, ce qui participe à la construction de leur identité mais aussi de développer les besoins fondamentaux d'autonomie et de compétence présents dans le bien-être psychologique.

### **III.2.6.2. Besoins fondamentaux et évolutions sociales :**

Les évolutions sociales que l'hôpital connaît depuis ces dernières années sont en lien avec les nouvelles pratiques hospitalières, mais aussi avec les changements de la culture hospitalière. La standardisation des soins (Lapointe *et al.*, 2000) a fait entrer la gestion dans l'hôpital et introduit des discours centrés sur les résultats, sur les bonnes pratiques mais aussi sur une division du travail. Chacun a vu son travail circonscrit rendant les rapports entre soignants plus individualistes alors que la culture hospitalière est naturellement fondée sur le collectif de travail puisque le patient est au centre de l'activité. Grosjean et Lacoste (1999) ont montré les difficultés générées par cette nouvelle rationalisation du travail qui change les modes de communication entre soignants, introduisant les NTIC (pour répondre au besoin de traçabilité) à la place des échanges verbaux. On comprend que les évolutions organisationnelles, dont nous avons parlé précédemment, vont modifier les règles de coordination entre soignants surtout lors du parcours de soin du patient. Il suffit qu'un événement vienne perturber le parcours (Zarifian 1995) pour que les règles ne fonctionnent plus (ex. : un examen qui n'a pas été prévu ou qui est retardé) : elles ne laissent pas la place aux négociations et compromis informels nécessaires dans pareil cas. Les nouveaux parcours de soins « standardisés » des patients créent de nombreuses

interactions entre les praticiens que ce soit pour le partage d'informations ou des examens qui se succèdent : or, force est de constater qu'aucune instance de régulation n' existe en cas de dysfonctionnement ou de conflit (Zarifian, 1995). En outre, plus l'organisation du travail est standardisée, moins les individus font l'effort d'échanger entre eux, ils suivent ce qui est prescrit : la standardisation produit ainsi son effet pervers, l'impossibilité d'organiser l'activité dès qu'elle ne « rentre pas dans des normes ». Or, c'est le quotidien des soignants de gérer des imprévus liés au patient ou à sa maladie. Dans ces situations, seules les aptitudes à communiquer et à régler des problèmes ensemble vont permettre de faire des arbitrages entre des acteurs qui ont des visions et des intérêts divergents (Grosjean et Lacoste, 1999). On constate alors (et c'est ce que les soignantes ont mentionné dans les entretiens) que le système de rationalisation des soins ne favorise pas les échanges :

*« On fait pas du relationnel parce qu'on n'a pas le temps... mais on dit pas, on fait pas de soins techniques parce qu'on n'a pas le temps ».... «Ça veut dire que les priorités c'est le technique...utiliser ses mains. » (Mme P.)*

*« On est tellement débordé dans le boulot qu'on fait pas attention à l'autre, rien qu'un petit geste...on est trop dans le matériel ; « Je trouve aussi qu'il n'y a pas trop d'humilité » (Mme HR.)*

*« Si on veut bien faire son travail aujourd'hui, si on veut suivre les protocoles, entre le début et la fin, j pense il y a des minutes qui peuvent être rajoutées. » (Mme Ma.)*

*« Le travail est devenu plus technique ; on est moins proche des patients. » (Mme Pz.)*

Beaucoup de propos vont dans ce sens. L'observation des standards de qualité demande du temps, ce qui se fait au détriment de la culture d'entraide et de soutien spécifique au milieu hospitalier : la normalisation de l'activité a normalisé les comportements !

Aussi l'organisation du travail ne prend pas en compte cet espace que les soignants investissent subjectivement (Clot, 1999) qui correspond au rôle propre du soignant et qui se matérialise par l'aide spontanée apportée à une collègue.

Les évolutions sociales vont-elles à l'encontre de la satisfaction des besoins de compétence, d'autonomie et d'appartenance au groupe social nécessaires au bien-être psychologique au travail ?

Dans les changements observés, il existe des espaces où ces besoins peuvent trouver leur place si on sait la leur donner :

L'appartenance de genre illustrée par une augmentation des femmes médecins peut être l'occasion de développer une nouvelle coopération au travail entre médecins et soignantes.

La place du patient dans le parcours de soin peut être l'occasion, pour le soignant, de développer de nouvelles compétences correspondant aux attentes du patient (n'oublions pas la place toute nouvelle donnée aux usagers qui sont représentés dans le CA de l'hôpital ainsi que la loi sur l'information du patient).

Le développement de l'hôpital de jour (soins de suite et de réadaptation ; oncologie) peut être l'occasion de réfléchir sur les nouveaux rôles des soignants dans le travail en réseau avec les partenaires externes (médicaux ou non) et sur l'autonomie qu'ils vont assumer... mais c'est aussi l'occasion de réinterroger le sens et la fonction du collectif de travail face à ces nouveaux patients qui ne sont là que pour la journée.

L'arrivée des nouvelles générations, de leurs attentes va modifier les cultures professionnelles : M. Thévenet (2004) mentionne que l'ambiance est un élément primordial pour les jeunes, un critère majeur du bien-être au travail de même que l'autonomie et la responsabilisation ; des critères que l'on retrouve ainsi que le besoin d'une liberté de parole des jeunes, dans une recherche en gestion faite sur les « Trentas » Potel (2011). Les soignantes ont aussi mentionné chez les jeunes infirmières, un fort besoin de s'exprimer, de se développer et des contenus théoriques plus présents.

La prise en compte des besoins fondamentaux (compétence, autonomie, affiliation) dans les milieux de soins exerce non seulement une grande influence sur l'implication personnelle des sujets quand il s'agit de changer des comportements pour améliorer leur bien-être mais « Ils motivent aussi les patients à adopter des comportements favorables à leur santé et à leur bien-être ». (Williams *et al.* Cités par Ryan et Laguardia, 2000, p. 298).

### **III.2.6.3. Besoins fondamentaux et évolutions managériales :**

Les évolutions du système hospitalier déjà évoquées avec l'arrivée de nouvelles lois (HPST), les nouveaux plans « Hôpital 2007 puis 2012 », la mise en place de la T2A et d'autres mesures encore, ont eu des conséquences sur la gestion et l'organisation de l'hôpital et ont impacté également les rapports entre les salariés : ainsi, l'accréditation en imposant des critères de qualité a introduit un autre regard sur les pratiques des professionnels dont celles du soin et modifié les rapports entre soignants, médecins et administratifs ; chacun devant montrer que son expertise correspond aux standards exigés et qu'il respecte les objectifs que l'institution lui a fixés mais chacun devant également faire accepter à ses collègues les contraintes qui lui sont imposées. Au niveau de l'hôpital, d'autres changements ont également apporté de profondes



transformations puisque l'institution a vu son rôle modifié par la création des « pôles d'activité » comme le soulignent Pouvourville et Tedesco (2003, p. 212) : « L'équipe de direction doit accepter de devenir prestataire de services pour les pôles, et d'abandonner un rôle hiérarchique. La réorganisation en pôles s'accompagne nécessairement d'une délégation d'une partie des prérogatives des médecins chefs de service vers l'un de leur pair. ». La création des pôles n'est pas un fait anodin : cela pose la question des activités à regrouper dans le même pôle mais aussi du devenir des chefs de service actuels, du remaniement des équipes de soins et de la formation au management des médecins et des cadres infirmiers qui doivent gérer des équipes plus lourdes. Dans ce contexte, apparaissent des nouvelles règles et des changements dans les relations horizontales et verticales et des circuits de décision. Pouvourville et Tedesco (2003, p.12) soulignent les rôles de nouveaux acteurs : « Le directeur médical de pôle va déployer localement la politique managériale de l'établissement. C'est donc un médecin qui va s'intéresser de près à la gestion. Le cadre supérieur de santé a, quant à lui, en charge le management des ressources paramédicales. Il s'agit pour cet acteur de piloter une démarche de soins et d'optimiser l'utilisation des ressources mises à disposition. Enfin, le cadre administratif a en charge la gestion de l'ensemble des procédures déléguées. » On en déduit alors tous les bouleversements managériaux qui apparaissent avec l'arrivée de ces nouvelles fonctions et le rôle crucial de ces managers de devoir mobiliser les acteurs autour des changements.

Le discours managérial doit non seulement véhiculer le projet institutionnel imposant les critères d'une démarche qualité mais s'adapter aussi aux attentes des agents. Ces deux objectifs peuvent, à première vue, paraître incompatibles ; en effet, s'agit-il de répondre aux attentes de l'ARS et de l'ANAES en appliquant les critères qualité (ce qui peut produire des « usines à gaz » ! et donner aux soignants l'impression qu'on leur impose de nouvelles règles et normes) ou bien s'agit-il d'innover à l'intérieur de l'hôpital ? La question est fondamentale car dans la deuxième solution, l'objectif est de développer le bien-être psychologique à travers l'application de ces réformes. Et pour ce faire, l'innovation va s'appuyer sur la réalité du terrain à tous les niveaux de la ligne hiérarchique de façon à trouver les adaptations des lois à chaque contexte. Nous reviendrons sur les actions qu'on peut mettre en place dans le chapitre suivant.

Adopter une démarche collective de changement, quelle qu'elle soit, passe par le dialogue social ; les managers de proximité ont un rôle à jouer comme interface entre les besoins institutionnels et individuels. Or, les cadres infirmiers, mieux que personne, peuvent jouer ce rôle vis-à-vis des soignants. C'est par l'intermédiaire des besoins fondamentaux évoqués par Deci et Ryan (besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation) que les attentes de l'institution et

celles des individus peuvent trouver un terrain de discussion. Le travail des soignants, nous l'avons vu, est de plus en plus standardisé pour répondre aux critères des démarches d'accréditation. Cependant, ce côté productiviste qui convient aux produits manufacturés ne peut convenir aux soins qui sont souvent loin des standards qualité : le rôle propre de l'infirmière en est l'illustration. La compétence de l'infirmière consiste à faire le diagnostic des soins qu'elle doit effectuer en fonction de l'état du patient (par ex. : nécessité de refaire ou non un pansement) et appliquer le soin adapté au cas (tel que l'infirmière l'a appris). Ceci fait référence à ce que Mintzberg (1995) appelle le travail du professionnel qui sous-entend compétences et autonomie. Cette autonomie est indispensable, dit-il : « Il existe une incertitude dans le traitement du client : c'est même pour faire face à cette incertitude que le professionnel a besoin d'une latitude considérable dans son travail » (p. 5).

Mintzberg (1995) parle de la bureaucratie professionnelle en évoquant le cas des médecins : il précise que « Les procédés de travail eux-mêmes sont trop complexes pour être directement standardisés par des analystes » (p. 4). Cette autonomie des médecins, ajoute-t-il, est indispensable car : « Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise alors que dans la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut sont associés à la fonction ». Sans faire l'apologie de la bureaucratie professionnelle, nous retenons l'idée que, seulement soumis aux standards de la profession, elle donne le pouvoir aux opérateurs : « On a des individus responsables et très motivés qui se consacrent avec dévouement à leur travail et à leurs clients » (p. 20). Mintzberg ajoute que les « contrôles ôtent la responsabilité aux opérateurs pour la donner à la structure administrative où elle ne sert à rien au client !de telles règles, de tels plans peuvent empêcher celui qui est compétent de faire son travail de façon efficace. »... « Les contrôles externes baissent l'incitation au perfectionnement et à l'innovation » (p. 26). Nous appuyant sur l'idée de la bureaucratie professionnelle, nous faisons le constat que si elle est développée chez les médecins, pourquoi ne le serait-elle pas chez les soignants ? Leur laisser la liberté de déterminer dans quelle situation se trouve le patient (par rapport à des standards de métier) et quel programme de soins on peut appliquer (là aussi en référence à des protocoles connus à l'avance) permettraient de développer la prise d'initiative chez les soignantes, donc l'autonomie. Non seulement, elles mettraient à profit leurs compétences mais aussi pourraient en développer de nouvelles par les discussions avec l'équipe ou avec d'autres réseaux ; ces nouvelles compétences pourraient par la suite devenir de nouveaux standards pour les professionnels du soin. Ce mode d'organisation servirait les besoins fondamentaux des soignants : développement de nouvelles connaissances et compétences, autonomie et communication donc appartenance à de nouveaux groupes sociaux.

Rappelons ce que Mintzberg précisait dans une émission de radio<sup>39</sup>. Dans les institutions hospitalières, il y a « beaucoup trop de management comme intervention et pas assez de management comme soin » à savoir qu'il y a trop d'actions commandées par les médecins et pas suffisamment par les infirmières qui ont la gestion quotidienne du patient.

Comme le précise Mintzberg (p. 26) : « Dans la bureaucratie professionnelle, le changement ne vient pas de nouveaux administrateurs qui annoncent des réformes majeures, le changement vient plutôt du processus, lent, d'évolution des professionnels : changer le recrutement, la formation, la socialisation, la motivation au perfectionnement professionnel ».

L'élan de renouveau de l'hôpital public ira de pair avec une réappropriation par les soignants de leur outil de travail et d'un réinvestissement de sa finalité.

A la fin de ce développement, nous pouvons répondre à notre troisième hypothèse en la confirmant :

**Les besoins psychologiques fondamentaux permettant de développer le bien-être psychologique au travail, sont insuffisamment pris en compte dans les évolutions organisationnelles, sociales et managériales de l'hôpital.**

Pour aller plus loin, nous allons maintenant aborder la dernière partie de notre recherche en explorant ce qui pourrait permettre le développement du bien-être psychologique au travail chez les soignants. Nous appréhenderons les dimensions individuelles et institutionnelles pour explorer de nouvelles pistes de recherche.

---

<sup>39</sup> <https://sites.google.com/site/ubulogieclinique/mintzberg-et-le-management-de-l-hopital>

Mintzberg et le management de l'hôpital en deux mots (transcription de l'émission « Par quatre chemins » du mardi 14 avril 1998)

#### **IV. ET SI L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE INTRODUISAIT LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DANS SES ÉVOLUTIONS ?**

Quand on parle de la santé psychologique au travail, nous l'avons vu, on introduit une dimension dynamique qui intègre la présence de facteurs positifs et l'absence de facteurs négatifs (Dejours, 1995 ; Achille, 2003 ; Labelle *et al.*, 2001) soit, dit différemment, la présence de bien-être psychologique et l'absence de souffrance au travail. Il est donc évident que les démarches de prévention des risques psychosociaux (RPS) doivent être menées en parallèle avec les démarches de développement du bien-être psychologique au travail.

Rappelons cependant que le plan d'urgence de prévention des risques psychosociaux (RPS) existe seulement depuis octobre 2009 et que l'obligation des organisations supérieures à 1000 salariés de signer un accord en matière de prévention des RPS existe depuis janvier 2010. Les établissements, dont ceux du soin, sont depuis peu dans des actions de prévention des RPS, alors, nous avons conscience que proposer des pistes de réflexion concernant le développement du bien-être psychologique risque d'être prématuré car bien que les deux démarches soient complémentaires, les hôpitaux, à l'heure actuelle sont plus dans une démarche de réduction ou de prévention des RPS.

Nous allons néanmoins élaborer des pistes d'action en faveur du développement du bien-être psychologique au travail sur trois niveaux : des actions visant l'organisation de l'hôpital, le management et l'équipe de travail et des actions individuelles. Ce découpage est purement arbitraire dans un but de lisibilité car l'approche psychosociale du travail dans laquelle nous nous inscrivons ne fait pas cette distinction, elle traite globalement de l'impact du travail, de son organisation et de son environnement sur la santé des soignants mais aussi sur les groupes et sur la performance de l'hôpital.

##### **IV.1. Les réponses institutionnelles et organisationnelles face aux RPS :**

Beaucoup de démarches de prévention des risques psychosociaux ont vu le jour depuis une dizaine d'années, créées par les entreprises elles-mêmes, les pouvoirs publics ou par des cabinets prestataires comme l'ANACT et les agences régionales (ARACT) ou l'INRS. La santé et la sécurité au travail ont fait l'objet d'accords : dans la fonction publique, il a été signé il y a

plus de deux ans. François Sauvadet <sup>40</sup> (ancien ministre de la fonction publique) a souligné le 21 février 2012 aux organisations syndicales de l'accord, que 80 à 90 % des mesures ont été réalisées ou sont en cours. « La mise en place, courant mars, d'une formation spécialisée santé et sécurité au travail au sein du tout récent conseil commun de la fonction publique. Ce groupe se penchera tout particulièrement sur la problématique des connaissances des risques psychosociaux. Une de ses premières missions consistera à examiner le guide élaboré à ce sujet par le ministère avant que ce document soit diffusé à l'ensemble des employeurs des trois versants de la fonction publique. ». Il est intéressant de constater la mobilisation des établissements montrant non seulement une réelle prise de conscience du problème des RPS mais aussi dans la mise en pratique de solutions.

Les démarches de prévention des risques psychosociaux sont des démarches globales et participatives qui impliquent tous les acteurs de l'entreprise, y compris les partenaires sociaux et la médecine du travail. Ces acteurs sont impliqués tout au long de la démarche depuis la phase diagnostic jusqu'à la mise en place des préconisations et le suivi par les indicateurs. Cette implication sur la durée est d'ailleurs ce qui est le plus difficile à organiser ; nous ne privilégierons pas une de ces démarches tant elles sont nombreuses mais nous pouvons donner une trame générale des étapes d'une démarche de RPS :

- Diagnostic des RPS (par recensement des risques existants à partir des documents de l'entreprise et d'entretiens avec toutes les catégories de l'entreprise).
- Restitution du diagnostic à l'ensemble de l'entreprise (niveau/niveau).
- Développement d'une politique de prévention des RPS (enrichie des résultats du diagnostic).
- Mise en place d'une stratégie d'intervention (après échange entre la Direction, les partenaires sociaux et les consultants).
- Création d'un comité de pilotage constitué de personnes de différents niveaux de l'entreprise.
- Mise en place du plan d'action avec création de groupes projets sous tutelle du comité de pilotage.
- Suivi des actions entreprises et mise en place d'indicateurs de suivi.
- Evaluation de la démarche.

---

<sup>40</sup> [http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20120223\\_plus\\_de\\_80\\_des\\_mesures\\_realisees\\_ou\\_en\\_cours](http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20120223_plus_de_80_des_mesures_realisees_ou_en_cours)

La prévention des RPS comprend trois processus :

- La prévention primaire qui consiste à supprimer ou à réduire les causes de la souffrance au travail. Généralement, il s'agit de mettre en place des stratégies collectives qui concernent l'organisation de l'entreprise et celle du travail.
- La prévention secondaire consiste à aider le salarié à supporter les difficultés ou tensions de son travail (quand il n'est pas possible de les supprimer) en lui donnant des « outils » pour développer ses compétences, apprendre à gérer son stress. On va aussi accompagner l'équipe de travail pour faciliter les échanges sur les pratiques et développer le soutien social.
- La prévention tertiaire consiste à traiter individuellement les personnes en souffrance ; on est plus dans du curatif que dans du préventif sauf quand il s'agit de réhabiliter le sujet dans son travail. Un suivi est assuré pour ces personnes de façon à prévenir une éventuelle rechute.

Les démarches centrées sur le bien-être psychologique vont se situer à la fois sur la prévention primaire et secondaire comme le montre une publication, élaborée par la Commission Européenne de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion qui donne un éclairage aux RPS en mettant l'accent sur le bien-être au travail<sup>41</sup>. Les risques psychosociaux ne sont plus seulement examinés sous l'angle de la souffrance au travail et ce qui pourrait la réduire voire la supprimer mais aussi à partir de ce qui pourrait développer le bien-être au travail. Voici quelques extraits de cette publication :

#### **Le suivi et l'évaluation**

*Outre le suivi aux niveaux national et européen, qui nécessite des enquêtes et des bases de données harmonisées, l'évaluation de l'impact des restructurations sur la santé peut et doit être intégrée dans les stratégies actuelles d'évaluation des risques menées au niveau de l'entreprise. Comme elle implique les structures appropriées de la SST, cette évaluation des risques devrait être gérée par des méthodes axées sur les procédures liées au flux de communication, au soutien de la direction, à la participation de l'employé et à la disponibilité au changement. L'évaluation des risques doit être entreprise avant, pendant et après les restructurations afin de minimiser les effets négatifs potentiels des restructurations sur la sécurité et la santé de l'employé, et doit être suivie par des plans d'action qui abordent les problèmes essentiels soulevés par l'évaluation des risques. Ce suivi doit adopter une approche pragmatique et faire partie de la pratique quotidienne des entreprises*

#### **Le dialogue social et la communication**

*Un dialogue social sain, continu et constructif à tous les niveaux est vital pour les processus de changement et de restructuration. Le développement de l'employabilité, d'une part, et la prévention de nouveaux risques, comme le stress, d'autre part, doivent être mis en corrélation dans le dialogue social. Les actions communes, les initiatives et les négociations collectives capables d'aborder les différents aspects du changement, y compris les aspects sanitaires, doivent être promues à tous les niveaux: entreprise, secteur, région, niveaux local et transsectoriel.*

#### **La cohérence et l'équité**

*Afin d'établir la confiance, il est crucial que les employés pensent que leur employeur les traite de façon équitable. S'occuper des problèmes de santé et de restructuration exige plus de coopération et de confiance entre les employeurs et les employés. Ces derniers doivent pouvoir être certains qu'ils seront traités avec équité. Dans ce contexte, l'équité est vécue dans les trois dimensions de la justice, à savoir: la justice distributive, la justice procédurale et la justice interactionnelle. Les employés*

<sup>41</sup> <http://bookshop.europa.eu/fr/investir-dans-le-bien-tre-au-travail-pbKE3110620/>

Publication : « Investir dans le bien-être au travail » : aborder les risques psychosociaux en période de changement »

perçoivent la justice distributive quand ils considèrent que les critères de sélection pour le licenciement ou le redéploiement au sein de l'entreprise sont équitables. La justice procédurale signifie que les employés perçoivent que les procédures mises en oeuvre pendant la réorganisation sont équitables et qu'ils ont la possibilité de participer. La justice interactionnelle fait référence à la communication interne et externe à propos des décisions prises et des procédures mises en oeuvre. Pour préserver la confiance des employés pendant la période d'incertitude créée par les restructurations entreprises par les employeurs, les partenaires sociaux et les décideurs politiques doivent aborder les trois dimensions, prenant en compte l'ampleur des restructurations.

La cohérence est également importante. Les employés doivent avoir le sentiment que les décisions concernant les restructurations sont prises et mises en oeuvre d'une manière équitable, cohérente et impartiale. Si les employés ont leur mot à dire dans la prise de décision, ils seront plus susceptibles de percevoir la procédure comme étant équitable. La participation des structures appropriées de la SST peut accorder de la crédibilité à l'ensemble du processus.

#### **La formation et l'éducation**

Pour faire face aux changements et aux restructurations, l'accent que l'UE met sur l'éducation et la formation tout au long de la vie peut garantir que les travailleurs s'adaptent mieux aux restructurations et améliorer la base de compétences de la main-d'oeuvre et son employabilité durable. Toutefois, la formation et l'éducation doivent aller plus loin et mettre également l'accent sur:

- l'augmentation de la prise de conscience de la dimension sanitaire parmi les employeurs, les syndicats, les spécialistes de la SST et les représentants des employés, qu'ils soient spécialisés ou non dans la SST;
- une meilleure préparation des partenaires sociaux à la négociation collective sur tous les types de changements, y compris la santé, ainsi qu'une meilleure préparation pour s'occuper du bien-être dans l'organisation;
- l'implication des cadres intermédiaires, à qui on doit donner les outils et les instruments nécessaires pour changer la façon dont les restructurations organisationnelles sont gérées.

#### **Le soutien et la promotion de la santé**

Il est essentiel de soutenir les travailleurs entre le moment où ils perdent leur emploi et celui où ils en retrouvent un. Une approche préventive prometteuse consiste à mieux préparer les individus en leur permettant de répondre aux conditions préalables pour s'adapter aux marchés du travail en mutation à travers l'amélioration de leur employabilité (dans le sens de l'employabilité interactive entre les caractéristiques personnelles et institutionnelles) et en renforçant leurs capacités à mieux s'adapter à l'évolution des exigences en matière professionnelle. Les régimes d'intervention pour aider les travailleurs congédiés devraient se concentrer sur le retour rapide au travail. Les programmes actifs du marché du travail sont essentiels pour atteindre cet objectif. Ces régimes ne seront utiles que s'ils incluent également la participation à des programmes complets de qualification.

Pour éviter les effets de décalage du chômage à long terme et préserver la santé des travailleurs et leurs chances de retrouver un emploi, il faut développer et évaluer davantage les concepts prometteurs comme le développement des activités de promotion de la santé durant toute la vie professionnelle ou la promotion de la santé intégrée au marché du travail.

Quelles actions peuvent être entreprises par l'hôpital pour développer le bien-être psychologique au travail ?

## **IV.2. Les réponses institutionnelles et organisationnelles de l'hôpital pour le développement du bien-être psychologique :**

Nous allons reprendre ce qui peut favoriser la création d'environnements « positifs » de travail au sens de M. Séligman. Cela concerne des actions en lien avec la prévention primaire c'est-à-dire tout ce qui touche aux mesures modifiant l'organisation physique (ex. : aménagement des locaux), l'organisation des structures (ex. : organisation des pôles, développement de nouveaux métiers) mais aussi les missions de l'hôpital (avec le projet d'établissement) : ces actions doivent faire partie d'un tout cohérent avec les dimensions politique et économique de l'hôpital et doivent être initiées et soutenues par la Direction et le Conseil d'Administration. La création d'un environnement « positif » concerne également la

prévention secondaire avec des actions de développement des compétences, de l'autonomie et l'intérêt porté aux relations affectives.

### **Concernant la politique générale :**

Le rôle de la direction est d'initialiser la démarche de développement du bien-être psychologique en instaurant une charte de fonctionnement éthique de l'hôpital et un travail de réflexion sur l'imbrication de cette démarche et de celles concernant la mise en place des réformes hospitalières. Cela va se traduire par la conception d'outils de gestion, d'architectures de travail adaptés à la spécificité de chaque service (par ex. : la démarche « bien-être au travail » sera différente aux urgences de celle d'un autre service de soin). Développer le bien-être psychologique des salariés passe par des pratiques de gestion concernant l'organisation et les conditions de travail mais aussi par la diffusion des informations autour de ce projet (informations de tout le personnel par le biais de lettre d'information, de réunions de Direction et de réunions verticales et horizontales pour permettre une appropriation du projet).

Les démarches de développement du bien-être psychologique et de prévention des risques psychosociaux doivent être en cohérence et menées de front : par ex. la mise en place d'un dispositif d'identification et de prise en charge des situations de souffrance au travail et d'un dispositif de développement des compétences et des zones d'autonomie.

Pour aborder les domaines de développement du bien-être psychologique au travail, nous allons reprendre les caractéristiques issues de l'exploitation des entretiens avec les soignantes que nous avons interrogées. Rappelons que ces caractéristiques s'inscrivent sur deux axes :

- Interaction de l'individu et de l'environnement professionnel.
- Individuelles.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'interaction entre les soignantes et leur environnement de travail et apporterons quelques pistes de réflexion.



### **IV.2.1. L'organisation du travail :**

Reconsidérer la charge de travail par une mesure de l'activité réelle et prévenir la surcharge de travail.

Réévaluer le contenu et la charge de travail (rôle prescrit/rôle propre).

Développer de la flexibilité dans l'organisation du travail : par ex. : décision ou non de prise en charge d'un patient sur des soins non prioritaires.

Redéfinir les missions de chacun et les axes de développement de compétences possibles.

Fidéliser les remplaçantes pour assurer une qualité de soins.

Créer des partenariats avec différents acteurs de l'hôpital pour anticiper les changements (ex. : collaboration de personnels de la GRH et de soignants autour de projets de développement des compétences).

### **IV.2.2. Les conditions de travail :**

Reconnaître le travail dans des services « difficiles » (le récompenser financièrement ou par des améliorations des conditions de travail : ex. : plus de jours de congés).

Reconsidérer le problème des plus de cinquante ans, de leur fatigabilité (ergonomie des postes et des lieux).

Reconnaître le travail immatériel.

Intégrer des espaces de repos dans les services et interservices permettant les échanges entre collègues.

Développer des mesures d'aide à la vie personnelle : crèches, poste d'assistante sociale (ex. : pour les problèmes financiers, l'accompagnement à la retraite).

### **IV.2.3. Les compétences et la formation :**

Développer la maîtrise du matériel et des nouvelles techniques par la formation.

Institutionnaliser le travail en binôme avec d'autres catégories professionnelles pour mutualiser les pratiques.

Améliorer la base de compétences par la formation pour pouvoir s'adapter mieux aux restructurations.

Envisager la transférabilité des compétences par le travail en binôme.

Former les soignants aux nouveaux dispositifs législatifs pour qu'ils les intègrent mieux dans leur pratique.

Redéfinir collégialement les référentiels métiers et les référentiels de pratiques.

Reconnaître les compétences de chacun, clarifier les rôles.

Accompagner les soignants dans la mise en pratique de leurs nouvelles compétences issues de la formation.

Former les cadres infirmiers et les médecins au leadership.

La formation, non seulement est un soutien à la pratique mais aussi une marque de reconnaissance de la part de la hiérarchie. L'acquisition de nouvelles compétences peut apporter des réponses à différents problèmes ; elle facilite la discussion et les échanges entre pairs et avec la hiérarchie ; elle augmente l'employabilité et la performance de l'hôpital ; surtout, elle permet de passer de la réactivité à la proactivité d'où une augmentation de l'autonomie.

Développer le tutorat des jeunes embauchés par les séniors (permet de réduire la charge physique et psychique des séniors et de développer leur autonomie).

#### **IV.2.4. L'autonomie :**

Développer plusieurs niveaux de décision (Déci et Ryan 2000).

Liés au métier, à ses responsabilités.

Liés aux ressources.

Liés au process (liberté de la mise en œuvre).

Liés à l'innovation : recueillir les idées innovantes (boite à idées), les promouvoir et valoriser l'auteur de l'idée en l'impliquant dans la mise en place.

Développer des soins « modulaires » c'est-à-dire non prioritaires pour les patients, à l'initiative de l'infirmière ou de l'aide-soignante et reconnaître cette innovation.

#### **IV.2.5. Le contrôle sur sa vie personnelle et professionnelle :**

Construire avec chaque soignant un projet personnel et professionnel.

Former les cadres à la méthodologie d'accompagnement de projet.

Adapter l'activité au projet du soignant à ses besoins et à son objectif pour maintenir son équilibre physique et mental.

Intégrer le projet individuel dans une activité d'équipe (par ex. : flexibilité du temps de travail ; création de postes à temps partiels).

Favoriser les évolutions professionnelles.

#### **IV.2.6. Le soutien social :**

Développer le lien social par la coordination entre métiers différents autour de projets de prise en charge du patient.

Soigner l'intégration des nouveaux.

Mettre en place des groupes de parole pour partager des expériences, des savoirs mais aussi pour prendre du recul et faire évoluer ses représentations mentales en bénéficiant d'autres éclairages.

Démocratiser le soutien psychologique individuel ou pour les équipes, par un psychologue interne ou externe à l'hôpital.

Mettre en place de cellules de crise ou de gestion des situations difficiles (gérées par un psychologue interne ou externe).

Assurer un suivi des personnes ou groupes concernés.

Informier et former les soignants, aux risques liés au stress et analyser les sources de stress dans l'équipe.

#### **IV.2.7. Les relations de travail :**

Développer l'analyse de la pratique entre personnels de même métier ou à l'intérieur des équipes naturelles.

Traiter en groupe les dysfonctionnements (relationnels ou techniques) dès qu'ils se présentent.

Aborder en équipe les problèmes avec les patients ou avec leurs familles ; faire participer, si nécessaire, le psychologue ou toute autre personne concernée (chef de service ; Direction ; représentants du personnel...).

Prendre un maximum de décisions collectives (dans l'équipe mais aussi dans le service) avec toutes les catégories professionnelles.

Organiser périodiquement des rencontres à thème, ouvertes à tous (ex : sur une nouvelle technique chirurgicale).

Développer des projets collaboratifs intra et inter équipes de travail et inter services.

#### **IV.2.8. Le management :**

Développer un management participatif pour donner du sens aux actions, questionner les pratiques et bien définir le rôle de chacun.

Réhabiliter le rôle de régulation d'équipe et d'arbitrage du cadre infirmier.

Discuter les niveaux de décision de chacun dans l'équipe.

Réfléchir avec l'équipe sur l'application des restructurations liées aux nouvelles lois mais aussi sur la mise en place des mesures de prévention des RPS.

Construire des dispositifs de développement du bien-être psychologique : formation des personnes, développement des compétences, participation à des groupes de travail dans le service ou inter-services sur des sujets concernant la vie au travail ; soutien et promotion des idées innovantes.

Développer l'écoute et l'assistance des agents en difficulté.

Créer des outils de pilotage du changement.

Créer, en collaboration avec le service ressources humaines, des outils de communication/coordination/concertation.

#### **IV.3. A propos des dimensions individuelles du bien-être psychologique :**

La deuxième axe sur lequel s'inscrivent les caractéristiques du bien-être psychologique issues des entretiens avec les soignantes, est centré sur les composantes individuelles : nous allons aborder ce qui est en lien avec la personnalité du soignant : ses stratégies d'adaptation, ses émotions, sa capacité de résilience et apporter quelques pistes de développement du bien-être individuel.

### **IV.3.1. Le bien-être psychologique et les stratégies d'adaptation :**

Nous avons déjà vu que, face aux situations stressantes, chacun réagit avec ses ressources personnelles (cognitives et comportementales) pour essayer de ramener la situation à un état acceptable pour lui : c'est ce que Lazarus et Launier (1978) ont défini par le terme de coping.

Nous avons parlé aussi de l'étude réalisée par Mariage et Schmitt-Fourrier en 2006 auprès de 68 infirmières et aides-soignantes en France et en Suisse : elle a permis de montrer que les soignantes développant un coping centré sur le problème sont celles qui se sentent capables de maîtriser la situation stressante et qu'il existe un lien entre ce coping centré sur une restructuration cognitive et la confiance en soi.

C'est ce type de coping qu'on a rencontré chez les soignantes ayant une image positive de leur activité professionnelle comme Mme V. et Mme G. Elles ont un contrôle sur leur activité, gèrent avec autonomie les problèmes qu'elles rencontrent : elles ont un impact sur leur travail, arrivent facilement à prendre du recul face aux événements. Comme le soulignent Mariage et Schmitt-Fourrier : « Celles qui font des efforts de restructuration sur le plan cognitif paraissent encore être celles qui ont le plus confiance en elles et en leurs capacités, sont les plus performantes dans leur travail et ont le moins d'attitudes négatives envers le corps professionnel auquel elles appartiennent ». Pour Mme V. mais pour d'autres personnes interviewées manifestant du bien-être psychologique, il existe un lien avec les nouvelles tâches ou les nouveaux métiers de l'infirmière et la stratégie de coping utilisée : avec le développement de l'autonomie, des nouvelles compétences et de l'innovation, cela correspond au coping proactif tel qu'évoqué par Schwarzer et Knoll (2000) dans leurs travaux de recherche. Centré sur l'expérience positive du stress, il se manifeste, nous l'avons déjà dit, quand la personne cherche à s'améliorer et à construire des ressources qui lui permettent de progresser, de se développer. Il est tourné vers l'action, sur des challenges que se fixe la personne à la fois pour se développer et envisager des promotions. Le coping proactif permet à l'individu de bien voir les risques et les opportunités à venir (par ex. : une aide-soignante qui projette de passer le concours d'infirmière ou une infirmière qui cherche à rendre son métier plus enrichissant en faisant des formations qualifiantes).

Il nous semblerait intéressant, en utilisant une approche centrée sur la clinique de l'activité, de faire émerger des situations permettant le développement de ce type de coping pour les mutualiser et les inscrire dans des objectifs de développement individuel et collectif. D'autres recherches pourraient également permettre de repérer comment les individus acquièrent ces capacités de coping proactif en lien avec de nouvelles ressources sociales et personnelles.

Nous pensons que ce que nous appellerons le « coping positif » (car s'appuyant sur le courant de la psychologie positive), est le plus efficace car il est éthiquement acceptable par l'Organisation et par l'individu : il respecte les règles institutionnelles et les règles de métier et les coûts et les effets négatifs (s'il y en a) sont compensés de manière acceptable (pour la personne) par les bénéfices.

### **IV.3.2. Bien-être psychologique et résilience :**

Comme nous l'avons vu précédemment, la résilience intègre la notion de résistance et de développement malgré un traumatisme, une sorte de croissance post-traumatique. D'après Gilligan, (cité par Anaut, 2003, p. 72), la construction de la résilience dépend de certains critères :

- Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne.
- L'estime de soi.
- Le sentiment de sa propre efficacité.

Cela renvoie aux caractéristiques du contexte que nous avons déjà identifiées dans la motivation autodéterminée et qui favorisent le bien-être psychologique.

Le besoin d'affiliation ou d'appartenance présent dans la motivation autodéterminée se retrouve quand les liens d'attachement avec le réseau social sont sécurisés et positifs. De même, plus la personne satisfait son besoin de compétence, plus elle aura le sentiment de sa propre efficacité et plus elle va développer l'estime de soi. Ainsi, le développement du fonctionnement résilient et de la motivation autodéterminée s'appuient sur les mêmes critères.

De même, Bandura (1977) et Ryan et Deci (2000) précisent que plus un individu se sent compétent, autonome et plus il a des relations positives avec les autres ; plus il sera efficace et plus il sera en mesure de résister au stress professionnel, à la frustration.

Nous pouvons donner l'exemple de Mme Vi. qui a créé son poste d'infirmière en addictologie, a dû se former par l'expérience avec une équipe dans laquelle elle est la seule à temps complet (ce qui sous-entend qu'elle doit parfois régler des problèmes avec le patient sans aucun appui du médecin, du psychologue ou de l'assistante sociale) et qui manifeste beaucoup de satisfaction dans son travail. Dans l'entretien, elle montre une bonne capacité de résilience face aux difficultés qu'elle rencontre avec ces patients qui ont une addiction à l'alcool : une résilience cognitive car, confrontée à de nombreux problèmes, elle doit trouver des solutions à chaque situation et une résilience émotionnelle car elle doit maîtriser ses émotions dans des situations

difficiles. Sa résilience lui permet de garder une bonne santé mentale. Peut-on en déduire que la totale autonomie dont elle fait preuve et les nouvelles compétences qu'elle développe dans ce nouveau métier (qui vont dans le sens de la motivation autodéterminée) favorisent la résilience ?

La réponse n'est pas aisée pour plusieurs raisons :

La résilience, nous le savons, est subordonnée aux mécanismes de défense intra psychiques de l'individu et à leur efficacité, il y a donc des différences interindividuelles. De plus, il existe des formes différentes de résilience : M. Anaut, (2003, p. 98) parle de domaines de résilience (sociale, émotionnelle, cognitive...) en lien avec les compétences de l'individu : une personne peut, par exemple, faire preuve d'une résilience cognitive et pas d'une résilience émotionnelle.

Tisseron (2008) attire notre attention sur deux points : la prédiction de la résilience et sa valorisation dans le milieu professionnel. Les mesures mises en place par l'environnement ne permettent pas de prédire que telle personne va se reconstruire après un traumatisme même si les mesures ont un lien avec le traumatisme (par exemple : si le traumatisme est dû à un conflit, le développement des compétences relationnelles de l'entourage et de la personne ne peut pas prédire la résilience). De même, intervenir sur les caractéristiques du contexte pour permettre le développement des compétences émotionnelles n'est pas une garantie du développement de la résilience de la personne.

Quant à sa valorisation, elle est souvent en lien avec l'efficacité : la résilience serait un moyen de devenir efficace puisque l'individu pourrait se développer dans des environnements ou des situations favorisantes. On comprend ainsi ce qui peut inciter l'Organisation à faire la promotion de la résilience. Et c'est là que cela devient dangereux pour l'individu car cela « l'obligerait » à changer, à développer des compétences, celles que l'organisation attend de lui, même si elles s'accompagnent de souffrance psychique ! Car la résilience n'est pas toujours un processus gratuit : M. Anaut (2003, p. 113) précise : « Des troubles psychologiques, voire psychopathologiques, peuvent donc être associés à des comportements relevant de la résilience ». Elle donne l'exemple d'élèves qui avaient vécu des traumatismes dans leur vie familiale et qui, néanmoins, présentaient des compétences sociales scolaires se traduisant par de bons résultats. Ces jeunes qui paraissaient adaptés et performants présentaient aussi une forte anxiété et un état dépressif.

Il convient également de s'interroger sur le lien entre bien-être psychologique et résilience. Revenons quelques instants sur les deux notions présentes dans la résilience : la résistance et le développement de l'individu.

Résister au sens étymologique du terme, signifie « supporter sans faiblesse une épreuve » ou « se tenir en faisant face »<sup>42</sup>. Le sujet qui développe une résistance doit faire un effort, ce qui sous-entend une souffrance et de fait, on ne peut pas parler de bien-être à ce moment. C'est ce que manifeste Mme Vi quand elle dit : « *Au début, ça a été très dur pour moi, enfin très dur, ça a été difficile parce que dans les services, voilà, c'est prescrit... quand je reçois des patients, il y a pas forcément de médecin...il faut évaluer un peu l'urgence... en étant seule* ».

De plus, cette résistance est dépendante de sa durée et de l'intensité avec laquelle la vit la personne. Les effets produits par ces deux critères peuvent se traduire par une atteinte des résistances psychiques et physiques pouvant aller jusqu'à l'épuisement. Cette phase de résistance est consommatrice d'énergie ; aussi, cela peut expliquer le temps de latence plus ou moins long pour permettre à l'individu de se reconstruire et un soutien est souvent nécessaire pour aider le sujet à passer à la phase de développement.

Deux questions nous viennent à l'esprit : comment l'Organisation peut-elle aider l'individu à passer à cette deuxième étape ? Et est-ce que la résilience favorise le bien-être psychologique ? Voilà deux interrogations qui pourraient faire l'objet de futures recherches. Nous allons essayer d'apporter des éléments de réponse.

Nous avons vu que les critères tels que le sentiment d'avoir une base de sécurité interne, l'estime de soi et le sentiment de sa propre efficacité sont constitutifs du développement du processus de résilience. On peut donc dire qu'en développant le soutien social, la qualité des relations, la compétence et l'autonomie, l'environnement professionnel donne des conditions favorables au développement de l'individu après le traumatisme mais il faut faire attention cependant aux dérives : par exemple, les réformes hospitalières dont les démarches qualité préconisent la responsabilisation des agents, ce qui peut laisser sous-entendre que ce sont les agents eux-mêmes qui se doivent de prendre le contrôle de leur développement. Si l'on veut faciliter le développement de la personne dans son processus de résilience, il ne peut se faire que dans une rencontre des déterminants individuels et sociaux de la résilience (c'est-à-dire par une aide personnalisée mais aussi en agissant sur les structures culturelles, les valeurs, les rites qui protègent les individus à l'intérieur d'un groupe).

Pour répondre à notre deuxième question, nous voulons préciser que, même si les personnes résilientes ne le sont pas pour tout et tout le temps, elles ont une vision positive de la vie et des événements : ainsi, les soignantes que nous avons trouvées résilientes exprimaient des

---

<sup>42</sup> [www.cnrtl.fr/etymologie/résister](http://www.cnrtl.fr/etymologie/résister)  
(Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)



émotions positives et arrivaient mieux que les autres à réguler leur émotions. Les personnes résilientes sont en cohérence avec leurs besoins personnels (de compétence, d'autonomie et d'affiliation) qui sont les mêmes que chez les personnes dont la motivation est autodéterminée (Ryan et Deci), ce qui est un indicateur d'un bien-être psychologique.

### **IV.3.3. Travail émotionnel et bien-être psychologique :**

Nous ne pouvons pas faire une thèse en parlant de la souffrance et du bien-être psychologique sans aborder les émotions au travail. L'être humain est avant tout un être d'émotions et on commence à leur faire une place dans le monde du travail où pendant de nombreuses années, seule la raison avait sa place. Il était impensable d'imaginer qu'une décision prise par un chef d'entreprise puisse se faire à partir d'émotions : et pourtant, quand nous étions consultante, nous avons parfois le sentiment que les décisions prises par nos clients n'avaient rien de réfléchi (un de mes clients me disait souvent : « *Moi, je ne fonctionne qu'au feeling et ça m'a toujours réussi !* ») mais la rationalisation affichée donnait du sens à la décision aux yeux de ses collaborateurs.

Dans le monde du soin dans lequel se fait cette recherche, les émotions sont en permanence sur le « devant de la scène » et nous allons nous y attarder. Nombre de psychologues, de sociologues mais aussi de spécialistes de l'Organisation se sont intéressés aux émotions dans le travail depuis une dizaine d'années (Chanlat, 1990 ; Clark, 1998 ; Hochschild, 1983, 1993 ; Soares, 2000 ; Shields, 2002 ; Soares, 2003 ; Molinier, 2003 ; Jeantet, 2003 ; Lainé et Roy, 2004 ; Delobbe, Herrbach, Lacaze et Mignonac, 2005). Certains chercheurs comme A. Damasio ou J. P. Changeux ont orienté leurs travaux vers la biologie des émotions alors que d'autres comme C. Dejours, D. Lhuillier, M. Mikolajczak, J. Quidbach, D. Goleman ont abordé les compétences émotionnelles.

Plusieurs questions nous viennent à l'esprit : Comment les soignantes parlent-elles de leur émotions ? Quelle place leur accordent-elles dans leur activité ? Nous allons juste apporter le fruit de notre réflexion .

### **La place des émotions dans l'activité de soignant :**

Dans les propos des personnes interrogées, il a souvent été question du « travail émotionnel » tel que présenté par Hochschild (2003, p. 32). Elle le décrit comme « un acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment ». Il comprend plusieurs

étapes : « la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions ainsi que des émotions d'autrui ». Elle rajoute que : « Le travail émotionnel est différent de la « suppression » ou du « contrôle » émotionnel. Il fait référence de façon plus large à l'acte qui vise à évoquer ou à façonner, ou tout aussi bien à réprimer un sentiment ».

A. Soares (2003, p. 11) précise que le travail émotionnel présente trois caractéristiques :

- Le contact physique avec un client.
- L'impact du comportement du salarié sur les émotions du client (ex. : rassurer).
- La place importante des émotions dans les tâches du salarié, prises en compte dans le contrôle de la part de la hiérarchie.

Ces trois caractéristiques sont présentes dans le métier de soignant : les aides-soignantes et les infirmières sont en contact permanent avec les patients qu'elles rassurent, sécurisent par leur comportement. Cette dimension émotionnelle fait partie du métier même si elle ne rentre pas dans les critères d'évaluation des entretiens annuels ou alors quand elle pose problème ; dans ce cas, elle fait l'objet de proposition de formations spécifiques comme la gestion du stress.

Cette approche sociologique des émotions telle qu'abordée par A. Hochschild nous semble proche des propos évoqués par les soignantes interrogées (par ex. : Mme C., aide-soignante qui se sent mal car le sentiment de honte qu'elle ressent de ne pas pouvoir s'occuper des patients comme elle le voudrait vient heurter la fierté qu'elle souhaiterait éprouver).

Une infirmière doit rapidement comprendre les émotions de son patient mais ne pas montrer ses émotions propres si elles ne sont pas conformes aux règles du collectif de travail ou à l'éthique de son métier. Ce contrôle émotionnel est de l'ordre de la dissonance affective qui peut se faire de trois façons :

- Soit par la simulation d'une émotion ressentie,
- Soit par la dissimulation de l'émotion ressentie,
- Soit par la gestion de l'émotion afin de répondre aux attentes de l'environnement de travail (Grosjean et Ribert-Van de Weerdt, 2005).

D Lhuillier<sup>43</sup> parle de « prescription émotionnelle » (ce qu'A. Hochschild nomme marchandisation), en évoquant le vécu des infirmières : c'est la différence entre ce que celles-ci

---

<sup>43</sup> Lhuillier, D. (2006). Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail in *Psychologie du travail et des organisations*. (p. 96) : « Le malaise infirmier ou la « maladie iatrogène des infirmières » serait un effet d'une impossible entre affectivité suspecte et objectivation-rationalisation au risque d'une dépersonnalisation de la relation. Coupables d'émotions hier, les infirmières font aujourd'hui l'objet d'une incitation au « travail émotionnel » : celui-ci est de plus en plus formalisé par les manuels de formation et dans les discours des cadres et des formateurs. Les visées poursuivies sont doubles : le soignant doit contrôler ses propres émotions (ne pas pleurer, ne pas montrer son dégoût, garder son calme...) et induire chez les patients des émotions facilitant le travail de soin (calmer le malade angoissé, atténuer la gêne liée à un soin intime, redonner le sourire à

ressentent et ce qu'elles pensent qu'elles devraient ressentir. Cette dissonance est liée aux règles de sentiments (Hochschild, 2003) c'est-à-dire aux règles imposées dans les échanges sociaux par les conventions sociales de l'Organisation ou d'un groupe social (l'hôpital ou le groupe de soignants). Ces règles favorisent le sentiment d'appartenance car elles instaurent des rituels mais elles « imposent » aussi certaines émotions aux soignants.

La dissonance émotionnelle qui en résulte va avoir un effet sur la personnalité et générer un stress et son lot de manifestations physiques et psychiques. Pour ne pas tomber dans le burn-out, les soignantes qui subissent cette dissonance émotionnelle ont besoin de « sas de décompression » qu'elles vont trouver dans des manifestations émotionnelles fortes et consonantes (ex. : fou rire entre collègues pour des situations du quotidien, utilisation de l'humour) ou la rationalisation des situations permettant de justifier son comportement et de préserver sa santé mentale.

Les émotions se manifestant dans l'interaction entre le sujet et la situation de travail, des solutions engageant l'Organisation peuvent être mises en place. La dissonance émotionnelle peut ainsi être la raison d'une mise à plat des règles de sentiments : repositionner la dissonance émotionnelle sur un registre d'idéologie permet non seulement de ne pas la réduire à un problème de comportements individuels mais de questionner les règles institutionnelles et d'encadrement. Un travail collectif qui va permettre de mobiliser les ressources de l'institution à tous les niveaux et de confronter l'idéologie avec le réel du travail. C'est par la construction de représentations communes et de nouvelles règles de sentiments que va se créer plus de cohérence entre le ressenti des soignants et les attentes de l'institution. Ce renforcement de l'identité professionnelle peut avoir une action favorisante sur le bien-être psychologique des soignants et par conséquent sur leur santé mentale : Comme l'écrit Molinier 2002 : « L'identité est l'armature de la santé mentale, c'est le résultat du travail d'unification psychique qui maintient le sentiment de stabilité et de cohérence du moi ».

---

*un patient déprimé... »... « la prescription fait l'économie d'une interrogation sur les conditions nécessaires aux stratégies d'adaptation développées collectivement et individuellement par les soignants mais de manière informelle. Ces conditions recouvrent une certaine marge de manœuvre sur les effectifs et les moyens, une organisation du travail qui tiennent compte des difficultés et des nécessités du travail soignant, une certaine stabilité dans les équipes et des relations de coopération et d'entraide... Quand ces conditions se dégradent, la prescription permet de déplacer les responsabilités. Sur fond de développement de la norme d'internalité (Beauvois, 1994) et de valorisation de l'individu autonome, s'opère une désocialisation par leur attribution à leurs traits psychologiques, à leurs compétences émotionnelles, individuelles (Brangier et Tarquinio, 1997) ».*

Si les émotions peuvent faire l'objet d'une réflexion collective impliquant l'Institution dans son fonctionnement humain, des actions individuelles peuvent également favoriser le développement du bien-être psychologique.

#### **IV.3.4. Les solutions individuelles en faveur du bien-être psychologique :**

Le développement individuel du bien-être psychologique nous amène à réfléchir à ce qui pourrait activer certaines ressources chez les soignants. Nous envisagerons trois façons différentes : le travail corporel peut se réaliser individuellement ou dans le cadre de séminaires de formation ; le développement d'émotions positives peut faire l'objet de réunions du collectif de travail animées par le cadre infirmier ou par un psychologue ; quant au travail de restructuration cognitive, il doit être initialisé par un spécialiste de la communication ou un psychologue pour que les soignants puissent s'en approprier la démarche et les concepts avant de les reproduire individuellement.

##### **IV.3.4.1. Les techniques corporelles :**

Un travail corporel qui va consister à ressentir le bien-être dans ses sensations physiques : libérer les tensions musculaires et recréer une harmonie entre corps et esprit. C'est ce qui est pratiqué dans les formations de « gestion du stress » avec l'apprentissage de techniques de respiration et de relaxation, comme les méthodes Schultz et Jacobson.

Quatre conditions sont nécessaires pour obtenir une relaxation efficace :

- un environnement calme.
- le repos musculaire.
- le repos cognitif.
- une attitude passive.

La méthode Schultz est basée sur l'auto-concentration et la perception de sensations internes. Le sujet se laisse guider par ses perceptions : la technique se rapproche de l'auto-suggestion. Le sujet est dans une attitude passive, il laisse remonter à son esprit un souvenir positif et va s'exercer à ressentir des sensations (poids, chaleur, calme, respiration, rythme cardiaque). Cette technique favorise le repos cognitif de la personne.

La méthode Jacobson est une technique de relaxation musculaire progressive centrée sur des actions « tendre/relâcher ».

Avec l'apprentissage de ces méthodes, la personne apprend à contrôler son niveau émotionnel : la relaxation augmentant le seuil de tolérance au niveau médullaire, le temps de récupération après une émotion négative sera plus court.

#### **IV.3.4.2. L'apport des compétences émotionnelles et des émotions positives :**

Les changements rapides que vit l'institution hospitalière à l'heure actuelle exigent des salariés (donc des soignants) une capacité d'adaptation, l'intégration de nouvelles connaissances et des compétences, à la fois cognitives et émotionnelles.

Les compétences émotionnelles constituent le capital émotionnel d'une personne (Gendron, 2007), sorte de pré-requis au capital social dont tout salarié a besoin pour une bonne adaptation à la vie au travail. Goleman *et al.* (2002) reprenant les travaux de Salovey et Mayer, va traduire l'intelligence émotionnelle en compétences du capital social : celles-ci varient d'un individu à l'autre mais peuvent aussi se développer pour des utilisations personnelles ou professionnelles. Elles sont représentées par :

- La capacité à reconnaître ses propres émotions.
- La capacité à maîtriser ses émotions.
- L'empathie.
- Les aptitudes à la communication.

L'approche de Goleman *et al.* (2002) est intéressante, d'une part car elle fait le lien entre capital social et compétences sociales et émotionnelles et d'autre part, parce qu'elle donne des pistes d'actions pour développer ces compétences. C'est particulièrement important pour les soignants ; comme le souligne M. Delbrouck (2004, p. 177) : « Etre soignant, ce métier à risques nécessite le juste rapport entre fusion, proximité et mise à distance. Cette attitude est rarement innée, au contraire, elle s'acquiert au fur et à mesure du temps à la fois grâce à l'expérience personnelle et à l'aide d'un travail sur soi. Si le soignant prend soin de lui-même, il apportera à l'autre les meilleurs soins ».

Développer ses compétences émotionnelles va permettre au soignant de se constituer un capital émotionnel qui va favoriser le développement du bien-être psychologique. Il est bien entendu, comme nous l'avons déjà souligné, que celui-ci ne dépend pas uniquement de l'acquisition de ces nouvelles compétences mais également du milieu dans lequel s'exerce l'activité. La dynamique de changement personnel ne peut tendre vers le bien-être psychologique que si elle associée à une dynamique institutionnelle basée sur des changements organisationnels, matériels et sociaux dans le travail.

### **A propos des émotions positives :**

Parler d'une expérience positive ? Nous y avons pensé quand nous avons choisi notre technique d'entretien : nous aurions pu demander aux interviewées de nous parler d'une expérience réussie pour identifier les critères du bien-être psychologique mais nous avons préféré opter pour la non-directivité de façon à voir si le bien-être allait être abordé spontanément. Ici, l'objectif est tout autre : il s'agit d'utiliser, en groupe, le récit d'une expérience positive comme moyen de développement du bien-être psychologique. En quoi est-ce bénéfique ? D'abord pour la personne qui raconte : se replonger dans un émotionnel agréable va avoir des incidences sur la physiologie par la stimulation de l'hypothalamus et donc la sécrétion d'endorphines (ce que les neurologues ont mis en évidence depuis longtemps). Or, ces hormones ne sont pas nocives pour l'organisme, bien au contraire. Qui n'a pas expérimenté un fou rire après lequel il s'est senti épuisé mais bien, détendu ?

L'exercice consistant à raconter un évènement positif (agréable ou drôle ou surprenant) va générer des émotions positives : c'est dans l'expérience optimale (le flow dont nous avons déjà parlé) qu'on va pouvoir mettre à jour les émotions associées. De plus, il va se produire un effet d'entraînement : les recherches en neurosciences ont démontré que plus la sécrétion d'endorphines est stimulée, plus la production augmente : donc, plus cet exercice sera pratiqué, plus le taux d'endorphines augmentera. C'est en partant de ce constat que nous proposons aux soignants de raconter leur vécu d'un évènement positif. Le bénéfice se fait non seulement pour la personne qui raconte mais aussi pour le groupe car les émotions se partagent, se propagent : c'est ce qui fait le fond de commerce de tous les humoristes ! La dimension communicationnelle de l'émotion va permettre aux autres de rentrer en résonance avec la personne qui évoque son expérience positive; chacun va s'intéresser à ce qui est exprimé, identifier l'émotion, essayer de lui trouver un sens. Cette attention de la part du groupe va renforcer l'estime de soi, la notoriété de celui qui parle.

De plus, le partage des émotions va renforcer l'identité collective : se comprendre, ressentir les évènements de la même façon, donner un sens identique à l'émotion fédèrent les individus du groupe et participent aussi à la construction ou au renforcement des représentations sociales. De nos entretiens, nous avons relevé cette phrase de Mme C. : « *Avant on tournait ensemble bien souvent, les weekends et tout... on chantait, on faisait rire les patients.* » qui montre bien le rôle du partage des émotions positives dans le bien-être psychologique.

#### **IV.3.4.3.L'apport de la restructuration cognitive:**

Sur le plan cognitif, le récit d'un évènement positif va amener la personne à effectuer une comparaison cognitive avec des situations antérieures : à partir de ses perceptions, de ses croyances, de son jugement, des connaissances qu'elle a et du but poursuivi. Qu'est ce qui me fait dire que cette expérience est positive pour moi ? Pourquoi est-elle plus positive que les autres ? A quoi je le vois ? Pourquoi est-elle importante pour moi ? Ainsi, la personne qui fait l'évaluation de l'expérience subjective d'une situation passe par une évaluation cognitive.

Ce qui est intéressant est le fait que dans ce type d'exercice, les membres du groupe vont interagir, apporter des informations complémentaires : cette dynamique cognitive est profitable à tous : l'évènement émotionnel retracé va stimuler la pensée de chacun, remettre en question ses croyances, ses présomptions, en un mot ses structures intellectuelles. Le récit peut prendre la forme d'une légende dans la pensée collective, d'un savoir collectif. Ainsi l'expérience positive relatée, en construisant des significations communes va non seulement renforcer l'identité collective et maintenir la cohésion du groupe, une même vision de la réalité fondant les représentations sociales.

Il peut arriver que les schémas de pensée empêchent le développement du bien-être psychologique. On va donc faire évoluer les pensées, les idées, les images pour changer les sentiments qui lui sont associés.

Pour repérer les biais cognitifs c'est-à-dire faire repérer à la personne comment elle traite l'information, on va identifier avec elle, les schémas de son discours. On peut ainsi rencontrer différents types de schémas :

Les inférences arbitraires : j'ai touché ce patient donc je vais être malade.

Les abstractions sélectives : ma collègue ne m'écoute pas donc ce que je lui dis ne l'intéresse pas.

La personnalisation : c'est ma faute si ce patient n'a pas mangé correctement.

La maximalisation : j'ai tout raté.

Il s'agit donc de faire prendre conscience à la personne que ses schémas sont dysfonctionnels, or, l'activation d'un schéma, c'est l'activation d'un vécu : c'est donc en s'intéressant au vécu du soignant qu'on va avoir accès aux schémas. Modifier les pensées de

façon à donner une autre interprétation du problème est par voie de conséquence, il y aura un effet sur les comportements, ceux-ci étant renforcés par des postulats et des croyances.

La technique va consister à modifier les schémas de la personne qui empêchent l'expression d'émotions positives :

Voici un exemple de protocole :

Quand on a repéré un schéma, on va le modifier en cherchant l'exception à la règle : établir les arguments « pour » et les arguments « contre ». (ex. : avec la maximalisation : je dois toujours faire les soins à la perfection. Question : pourquoi devez-vous toujours procéder ainsi ? Qu'est-ce que ça dit de vous? Et si vous ne le faites pas, qu'est-ce qui peut se passer?).

On va ensuite réadapter le schéma (qui peut être dysfonctionnel dans une situation et fonctionnel dans une autre), le schéma alimentant une représentation de soi. On va aborder les avantages et les inconvénients d'aller dans une autre direction.

On va enfin élargir le schéma. On peut utiliser des comportements qui dissimulent le schéma pour ne pas être inadapté dans les relations sociales : (par exemple : développer des habiletés sociales c'est-à-dire adopter un comportement qui correspond à des règles du jeu sociales même si on n'y adhère pas).

Dans un entretien motivationnel, on arrive très bien à repérer les schémas dans le discours des personnes. En les modifiant, on va ainsi modifier l'émotion qui est associée à l'activation du schéma. C'est donc une technique cognitive qui peut ensuite servir de révélateur à l'individu sur ce qui l'empêche d'accéder au bien-être psychologique.

#### **IV.3.4. 4.:Autres approches :**

- Les techniques utilisées dans les séminaires d'affirmation de soi s'appuient sur le traitement de l'information. Des exercices pratiques de communication basés sur le principe de l'entraînement, permettent à l'individu de développer ses compétences en communication : par exemple, apprendre à développer un comportement affirmé et non passif, agressif ou manipulateur ; apprendre à faire une demande, à donner un avis, à faire et à recevoir une critique, un compliment. L'apprentissage de ces techniques va avoir une incidence sur la façon dont l'individu sélectionne et traite l'information, permettant la révision de ses craintes, de ses croyances.



D'autres pratiques peuvent être utilisées pour développer le bien-être mais elles sont thérapeutiques (la thérapie cognitivo-comportementale ou la mindfulness) et peuvent donc trouver leur place dans la prévention tertiaire.

La mindfulness ou « pleine conscience » voit ses origines dans des approches spirituelles comme le bouddhisme. Il s'agit d'accueillir chaque pensée, sentiment, émotion comme il ou elle est, sans jugement en se centrant sur le présent, en pleine conscience.

La thérapie comportementale et cognitive (TCC) a pour objectif d'aider le sujet à changer certains éléments d'une triade : comportement, cognition, émotion. Elle fait appel à des modèles d'apprentissage classique (Pavlov) ou opérant (Skinner) ou par apprentissage social (Bandura). Nous ne développerons pas davantage ces techniques dans notre recherche car elles ont surtout un effet curatif et non préventif (comme toute thérapie) ce qui n'est pas l'objet de notre travail.

Nous arrivons au terme de notre recherche sur le bien-être psychologique au travail chez les soignants. Nous avons évoqué des pistes d'actions institutionnelles, collectives et individuelles pour permettre son développement mais beaucoup d'autres restent encore à explorer. Nous allons à présent reprendre globalement l'ensemble de cette recherche doctorale.

## CONCLUSION

*Vingt fois sur le métier, remettez votre ouvrage.*

Boileau, *L'Art poétique*, 1674.

Nous nous sommes depuis longtemps intéressées à la santé au travail pour nous apercevoir, dans la littérature, qu'elle était surtout abordée par sa dimension dégradée, d'où toutes les démarches mises en place par les Organisations autour des risques psycho-sociaux. Cette dimension « souffrance au travail » nous a amenées à nous questionner sur l'autre volet de la santé au travail, à savoir le bien-être psychologique.

Le choix de la population sur laquelle faire ce travail de recherche s'est orienté sur les soignants à l'hôpital. Notre premier métier et l'intérêt que nous avons gardé pour la sphère hospitalière y sont sans doute pour quelque chose. De plus, nous savions que le secteur hospitalier vit actuellement des restructurations déstabilisantes pour les agents, aussi on pouvait se demander si le bien-être psychologique pouvait trouver une existence dans ce contexte.

Le concept étant peu exploité en France, nous nous sommes tournées vers la littérature anglo-saxonne pour découvrir, d'une part, un concept difficile à appréhender (il existe encore une confusion avec d'autres concepts parmi les chercheurs) comme le précise Veehoven (1991, p.8) : « L'histoire des recherches sur le bien-être est l'histoire de la confusion » et d'autre part, l'existence de nombreuses échelles mesurant le bien-être psychologique. L'objectif de notre recherche n'étant pas de valider une de ces échelles mais de contribuer à la connaissance du concept, nous avons souhaité appréhender **la manière dont se construit le bien-être psychologique au travail au travers des expériences vécues par les soignants à l'hôpital c'est-à-dire comment il se constitue comme objet de représentations professionnelles auquel se rattachent les composantes cognitives, affectives liées aux souvenirs d'expériences vécues et symbolisées**. Nous appuyant sur les représentations sociales des soignants (infirmières et aides-soignantes), nous avons pu découvrir que le bien-être psychologique se cache derrière la dimension prégnante de la souffrance au travail. Ainsi, la question de la santé au travail des soignants nous a orientées vers deux champs théoriques : celui de la souffrance au travail au travers de la psychodynamique du travail, du stress et de la clinique de l'activité et celui du bien-

être psychologique au travers de la psychologie positive, de la résilience et de la théorie de l'auto-détermination.

Quels sont les principaux apports de cette thèse ?

A notre connaissance, il n'y a pas eu de recherche inductive et qualitative auprès de soignants permettant d'identifier les caractéristiques du bien-être psychologique. Ainsi, le constat de représentations identiques du bien-être psychologique chez les aides-soignantes et les infirmières permet d'envisager des actions communes pour favoriser son développement : en effet, les représentations sociales partagées étant le signe d'une même culture, elles sont un levier essentiel pour l'action.

L'exploitation des données qualitatives issues des entretiens avec les soignantes a permis d'identifier deux types de caractéristiques du bien-être psychologique :

- celles qui sont liées à l'interaction entre l'individu et l'environnement professionnel (la compétence ; l'autonomie ; l'innovation ; les relations affectives ; le contrôle sur sa vie et le soutien social).
- celles qui sont liées à l'individu (les valeurs ; l'estime de soi ; la prédominance des affects positifs ; l'évaluation positive des événements de la vie).

Parmi ces spécificités, certaines correspondent aux besoins psychologiques fondamentaux (autonomie, compétence et affiliation) présents dans la théorie de l'autodétermination et nécessaires pour que l'individu puisse développer un bien-être psychologique). Nous avons pu constater que les besoins fondamentaux étaient insuffisamment pris en compte dans les évolutions organisationnelles, sociales et managériales de l'hôpital, ce qui nous a permis d'identifier des pistes d'actions à la fois individuelles et collectives favorisant le développement du bien-être psychologique au travail. Nous avons vu que la motivation autodéterminée, témoignage d'un fort niveau de bien-être, est peu présente dans les propos des soignantes, alors que faut-il pour la développer ?

Dans un contexte de rationalisation des coûts et des pratiques en lien avec les réformes hospitalières (Plans 2007, 2012, T2A), les soignants (comme les autres salariés) doivent s'adapter rapidement, adopter de nouvelles façons de travailler, ce qui suppose le développement de l'autonomie et de leurs compétences. En effet, dans un système peu évolutif, on peut se contenter de professionnels qui obéissent aux ordres, mais dans un système en forte évolution, les règles sont à remanier, les pratiques aussi et la prise d'initiative devient prioritaire. Or, il

semble que c'est l'inverse qui se passe : les démarches qualité imposées à l'hôpital augmentent les contraintes et réduisent la part d'autonomie et d'innovation.

Les résultats de notre recherche nous permettent d'envisager diverses pistes d'action intégrant des zones de liberté pour les agents dont en voici quelques exemples :

- Revoir dans l'organisation du travail, les règles de coordination entre soignants pour redonner de la place aux négociations : les parcours de soins standardisés en effet, nécessitent des interactions nombreuses et rapides entre les praticiens (ex. : partage d'informations) dans un but d'efficacité.
- Développer les partenariats en réseau avec les partenaires extérieurs à l'hôpital (ce qui correspond de plus en plus aux nouveaux rôles des soignants).
- Adapter les lois aux contextes en s'appuyant sur la réalité du terrain à tous les niveaux de la ligne hiérarchique et intégrer les soignants dans cette réflexion.
- Réhabiliter le travail émotionnel qui appartient au rôle propre des infirmières et que les dispositifs de rationalisation du travail (avec l'informatisation du dossier de soin qui appartient désormais au patient) ont écarté : la « normalisation » des émotions orientée vers la neutralité émotionnelle étant à l'heure actuelle le modèle adopté. Cela suppose que le travail émotionnel fasse partie des indicateurs du professionnalisme des soignants.
- Renforcer le rôle de dialogue et le soutien social chez les cadres infirmiers dans le pilotage de leurs équipes.

Nous proposons d'autres pistes d'action intégrant les dimensions individuelles qui facilitent l'accès au bien-être psychologique : parmi ces dimensions inhérentes à la personnalité, citons :

- Le coping proactif en lien avec le développement de l'autonomie, des nouvelles compétences et de l'innovation. Il est tourné vers les actions permettant à l'individu de progresser, de s'épanouir : ce peut être par le biais des nouvelles spécialisations du métier d'infirmière.
- La résilience, elle aussi, bien que manifestation individuelle dépendante des déterminants personnels, peut se développer si on intègre aussi des déterminants sociaux, c'est-à-dire en apportant une aide personnalisée conjointement à des actions sur les structures culturelles, les valeurs, les rites qui protègent les individus à l'intérieur du groupe.

- Les émotions positives sont en lien avec le bien-être psychologique. Inhérentes à la personne, elles peuvent néanmoins se développer dans un environnement facilitateur ce qui suppose de questionner les règles institutionnelles et d'encadrement et, pour la Direction et le service des Ressources Humaines, la mise en place de nouveaux outils de développement de la personne. Un travail collectif impliquant tous les niveaux hiérarchiques peut permettre de confronter l'idéologie avec le réel du travail, de mobiliser les ressources de l'institution à tous les étages et de construire des représentations communes et de nouvelles règles de sentiments. Ce travail collectif en créant plus de cohérence entre le ressenti des soignants et les attentes de l'institution va redonner une place aux émotions (jusqu'à présent peu reconnues par la gestion des ressources humaines car difficiles à mesurer).

Nous avons enfin constaté que le bien-être psychologique est peu verbalisé dans le discours des soignants contrairement à la souffrance au travail. Nous avons montré qu'il était en filigrane dans les évolutions hospitalières, dans l'activité de soignant, dans les relations de travail et dans la motivation des soignants. Il est donc nécessaire de lui donner une véritable place en menant de front des démarches de prévention des risques psychosociaux et de développement du bien-être psychologique. En faire la promotion, c'est mettre le bien-être psychologique au travail au centre de la politique de promotion de la santé mentale, à savoir dans les changements politiques, économiques et sociaux, ces changements ne pouvant être séparés de l'activité travail.

Quelles limites et pistes de recherches futures ?

Edgar Morin<sup>44</sup> parmi les sept savoirs qu'il propose, évoque l'importance de l'unité de la condition humaine. Il préconise, pour ce faire, de rassembler les connaissances sur l'homme apportées par les sciences humaines et sociales et les sciences de la nature pour mieux comprendre l'être humain dans sa globalité. Dans notre thèse, nous avons été confrontées à cette interrogation : fallait-il aborder le bien-être psychologique au travail uniquement sous l'angle de la psychologie du travail ou intégrer les apports de la psychologie clinique, de la sociologie, de la gestion ? Notre réponse s'est appuyée, d'une part, sur notre curiosité pour « l'humain » et d'autre part, sur le fait que, dans le réel, ces disciplines sont solidaires, leurs apports se mutualisent pour mieux appréhender la réalité. Ceci nous a amenées à aborder des notions de psychologie clinique, sociale et de sociologie. Certes, le lecteur peut ne pas trouver l'approfondissement qu'il attendait dans une discipline en particulier. Nous avons conscience que les actions visant le développement du bien-être dans la gestion de l'hôpital mériteraient d'être plus développées : en

effet, la place de la Direction des Ressources Humaines est capitale pour intégrer le concept de bien-être dans les pratiques managériales. Jusqu'à présent, ce sont surtout les indicateurs de performance qui sont déployés et des outils de contrôle de l'activité. Le développement du management participatif préconisé par les nouvelles lois hospitalières se décline en actions autour des valeurs institutionnelles, de la qualité des soins et du développement des compétences. La réflexion devient plus complexe quand il s'agit de la créativité et de l'autonomie des soignants (dimensions présentes dans le bien-être psychologique) car se pose le problème des outils d'évaluation. Ainsi, on pourrait envisager une recherche sur l'impact de la gestion des ressources humaines et du management de proximité sur les besoins fondamentaux chez les soignants et par voie de conséquence, sur le bien-être psychologique.

Une autre limite de notre recherche est liée au nombre restreint de soignantes interrogées qui pose le problème de la généralisation de nos résultats (le nombre de personnes à interviewer n'était pas connu à l'avance, notre démarche étant centrée sur le volontariat). Aussi serait-il intéressant de faire une étude comparative par un travail analogue sur un échantillon plus grand ou de modifier les critères de la population (jeunes soignantes, sexe masculin ...) pour vérifier si les caractéristiques du bien-être psychologique restent inchangées, ou bien d'éprouver ces caractéristiques auprès d'autres populations (cadres infirmiers, médecins, autres professions) ou encore de tester la pérennité de nos résultats avec les soignantes interrogées par une étude longitudinale.

Dans nos entretiens, nombre de signes physiques (tremblement de la voix, regard, coloration de la peau...) nous ont permis de voir les manifestations des émotions ; il est toutefois difficile de faire le lien entre l'émotion et la situation qui l'a produite : comme l'a montré Damasio (contrairement au sentiment) les émotions ont un caractère peu conscient. Il serait donc intéressant d'approfondir les connaissances sur les émotions positives en cherchant à expliquer le bien-être psychologique par une approche physiologique.

Le volet émotionnel étant déterminant dans la santé, donc dans la santé au travail, il nous semble important que les futures recherches se tournent vers les facteurs déterminant et déclenchant les émotions positives dans le contexte professionnel.

Le courant de la psychologie positive étant en pleine expansion en France, nous souhaitons que le bien-être psychologique devienne un sujet de recherche fédérant la

---

<sup>44</sup> Edgar Morin (2000) : « Les 7 savoirs nécessaires à l'éducation du futur »

communauté scientifique pour pouvoir ensuite devenir une priorité du monde économique et social.

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

- Albertini, J.M. (1984). *Représentations et initiation scientifique et technique. Les savoirs dans les pratiques quotidiennes : recherche sur les représentations* (sous la direction de Claire Bélisle et B. Schiele), Paris : CNRS.
- Anaut, M. (2003). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Paris, Nathan Université.
- Angel, P., Amar, P., Gava, M.J. et Vaudolon, B. (2005). *Développer le bien-être au travail*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris : Dunod.
- Appay, B. et Thébaud-Mony, A. (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris : IRESCO.
- Arborio, A.M. (2001). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Librairie Lavoisier.
- Askénazy, P., Cartron, D., De Coninck, F. et Gollac, M (2006). *Organisation et intensité du travail*. Toulouse : Edition Octarès.
- Aubert, N., et De Gaulejac, V. (2007). *Le coût de l'excellence*. Paris : Le Seuil.
- Aubert, N. et Pagès, M. (1989). *Le stress professionnel*. Paris, : Klincksieck.
- Audrey, B. (2000). *L'entreprise de soi*. Paris : Flammarion.
- Bachelard, G. (1957). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, coll. Le psychologue.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs : N.J. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs : N.J. Prentice-Hall.
- Baudelot, C. et Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux ?* Paris : Editions Fayard.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bernier, N. (1990). *Le travail en mutation*. Montréal : édition Saint-Martin.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris : Nathan Université.



- Berger, P. et Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Billiard, I. (2001). *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*. Paris : La Dispute.
- Boutinet, J.P. (2005). *Psychologie de la vie d'adulte. (QSJ n° 2966 4<sup>e</sup> Ed)*. Paris : Lavoisier.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte, vol. 3, La perte – Tristesse et dépression*. Paris : PUF.
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health, A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Milton Keynes : Open University Press.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago : Aldine.
- Buscatto, M., Lorient, M., et Weller, J-M. (2008). *Au-delà du stress au travail*. Toulouse : Erès, « clinique du travail ».
- Canouï, P. et Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses*. Paris, : Masson, 2<sup>ème</sup> édition.
- Canouï, P. et Mauranges, A. (2004). *Le burn-out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses*. Paris : Masson.
- Canouï, P. et Mauranges, A. (2008). *Le burn-out à l'hôpital*. Paris : Elsevier Masson.
- Canouï, P. (2002). *Le deuil des soignants. Etudes*. Paris : Masson.
- Canouï, P., Mauranges, A., et Florentin, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris : Masson.
- Carpentier Roy, M.C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier* Montréal : Liber Editions.
- Casto, D. (2004). *Les interventions psychologiques dans les organisations*. Paris : Dunod.
- Clément, J.M. (2009). *La nouvelle loi hôpital, patients, santé, territoires : analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières.
- Clément, J.M. (2010). *Histoire des réformes hospitalières sous la V<sup>e</sup> République*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières.
- Clot, Y. (1998). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : La découverte.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte, coll « Cahiers libres ».

- Clot, Y. et Lhuillier, D. (2010). *Travail et santé*. Toulouse : Erès.
- Clot, Y. et Lhuillier, D. (2010). *Agir en Clinique du travail*. Toulouse : Erès.
- Cohen, F. et Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness, in G.C. Stone, F.C. Cohen et N.E. Adler, (Eds). *Health psychology : a handbook*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Cottraux, J. (2012). *Psychologie positive et bien-être au travail*. Paris : Elsevier Masson.
- Couty, E., Kouchner, C., Laude, A. et Tabuteau, D. (2010). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Presses de l'EHESP.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York : Harper Perennial.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre : la psychologie du bonheur*. Tr Léandre Bouffard. Paris : Robert Laffont.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Mieux vivre*. Paris : Robert Laffont.
- Cyrulnik, B. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Paris : Hommes et Perspectives.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2000). *Les nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Dalkey, N. et Rourke, D., (1973). The Delphi procedure and rating quality of life factors, in *Quality of Life Concept*. Washington, D.C. Environmental Protection Agency.
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob.
- Davezies, P. (1997). Processus de précarisation, organisation du travail, santé mentale, in Appay, B. et Thébaud-Mony, A., *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris : IRESCO, CNRS.
- De Charms, R. (1968). *Personal causation : The internal affective determinants of behavior*. New York : Academic Press.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York : Plenum.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985b). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York : Plenum.
- De Gaulejac, V. et Legrand, M. (2008). *Intervenir par le récit de vie*. Toulouse : Erès « Sociologie clinique ».
- Dejours, C. (1980). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard.

- Dejours, C. (1988). *Plaisir et souffrance dans le travail : séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail*. Tomes I et II. Paris : Editions de l'AOCIP : 1988-1993.
- Dejours, C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*. Paris : Payot.
- Dejours, C. (2002). *Le facteur humain*. Paris : PUF.
- Dejours, C. (2003). *L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*. Dijon : INRA Editions.
- Dejours, C. (2009). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Points, collection essais.
- Delbrouck, M. (2004). *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles : De Boeck.
- De Roodenbeke, E (2001). *La dynamique du projet d'établissement*. Paris : La documentation française.
- Desmet, H. et Pourtois, J.P. (2005). *Culture et bientraitance*. Bruxelles : De Boeck.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Diener, E., et Larsen, R. J. (1993) The experience of emotional well-being. In M.Lewis et J.M. Haviland (EDS), *Handbook of Emotions*. p. 404-415. New York : Guildford Press.
- Doise, W. (1990). « Les représentations sociales », dans : Rodolphe Ghiglione, Claude Bonnet et Jean-François Richard (dirs), *Traité de psychologie cognitive. vol. 3. Cognition, représentation, communication*, p.111-174 Paris : Dunod.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Le Seuil.
- Durand, J.P., et Weil, R., (1989). *Sociologie contemporaine*. Paris : Vigot.
- Durkheim, E. (2007). *De la division du travail social*. Paris : PUF.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Figures de la dépression*. Paris : Odile Jacob
- Enriquez, E. (1993). Les enjeux éthiques dans les organisations modernes, Paris : *Sociologie et Sociétés*. xxv, 1, p. 25-38.
- Enriquez, E. (1992). *L'organisation en analyse*. Paris : PUF.
- Epicure. (1990). *Lettre à Ménécée*. Paris : PUF : collection Epiméthée.
- Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. Paris : ESTEM.
- Estryn-Béhar, M. (2000). *Les établissements et les services de santé* dans Encyclopédie de sécurité et de santé au travail : vol. 3, 97, 25. Genève, BIT.

- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Famose, J.P. et Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. Paris : PUF.
- Filloux, J.C. (2005). *Analyse d'un récit de vie*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves*. Trad Fr. I. Meyerson. Paris : PUF.
- Freudenberger, H.J. (1987). *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*, Paris, Boucherville : Gaëtan Morin, ESKA.
- Friedmann, G. (1956). *Le travail en miettes*. Paris : Gallimard.
- Gadbois et al. (1992) cités par Estryn-Béhar, M. (2000) dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, vol. 3, 97, p. 19-20. : *Les établissements et les services de santé*. Genève, BIT.
- Gaucher, R. (2010). *La psychologie positive ou l'étude scientifique du meilleur de nous-mêmes*. Paris : L'Harmattan.
- Genin, V. (2003). *Heureux au travail, c'est possible*. Paris : Prat.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie pratique et évaluation. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A.P. (Eds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 341-364. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Girin J. et Grosjean, M. (1996). *Prescription, transgression et souffrance au travail*. Paris : l'Harmattan.
- Gollac, M. et Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris : La Découverte, Collection « Repères ».
- Goleman, D., Boyatzis, R. et McKee, A. (2002). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Traduit par E. Borgeaud. Paris : Village mondial.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*, Paris : Dalloz.
- Grosjean, M. et Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : PUF, coll. Le Travail humain, 1999.
- Guedi, J.P. (2008). *Vive le lundi ! Connaître le bonheur au travail*. Paris : Larousse.
- Houel, A. (1998). « Les femmes salariées : identité professionnelle et modèle maternel », In P. Conrath (dir) *Développements : construction du sujet et identité sociale*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, p. 127-136.

- Houel, A. (2000). Les enjeux psychiques de l'identité professionnelle au féminin in *Les compétences professionnelles, descriptif, mesure et développement* dirigé par B. Gangloff, p. 29-38. Paris : Montréal, L'Harmattan.
- Houel, A. (2012). La question du genre dans le monde du travail in *Manuel de psychologie du travail et des organisations*. Co-dirigé par M.E. Bobillier-Chaumon et P. Sarnin, Bruxelles : De boeck 2012. p. 328- 350.
- House, J.S., Kahn, R.L. (1985). Convoys over life course : attachment, roles and social support, in Baltes, P.B. and Orville G. Brim, eds., *Life Span Development and Behavior*. Lexington, MA, D.C. Health.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Traduction par C. De Baker. Bruxelles : De Boeck université.
- Rogers, C.R. (1970). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Isen, A.M. (1999). "Positive affect", in T. Dalgleish M. Power (ed), *Handbook of Cognition and Emotion* (p. 521-539), New York : Wiley.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale : phénomène, concept et théorie, in : S. Moscovici, *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion » in D. Jodelet (dir), *Les représentations sociales*. p. 48-61. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jonsen, A. R., Siegler, M. et Winslade, W. (1986). *Clinical Ethics*, London, Collier Macmillan.
- Jung, K. (1968) *Types psychologiques*. 3<sup>ème</sup> édition. Genève : Librairie de l'Université.
- Kahneman, D., Diener, E. et Schwartz, N. (1999). *Well-being: the foundations of Hedonic psychology* New York : Russell Sage Foundation.
- Kalsbeek, J. (1985) et Wisner, A. (1990) in Estryn-Béhar (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. p. 2 Paris : ESTEM.
- Kaplan, H.B. (1999). "Toward an understanding of resilience". In M.D. Glantz et J.L. Johnson (Dir), *Résilience and positive life adaptations* (p. 17-82). New York, NY : Academic publishers.
- Karasek, R.A. et Théorell, T. (1990). « The psychosocial work environment » In *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*, p. 31-32. New York : Basic book Inc.

- Keyes, C. L. M., et Lopez, S.J. (2002). Toward a science of mental health : Positive directions in diagnosis and interventions. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds). *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York, NY : Oxford University Press.
- Laborit, H. (1985). *Eloge de la fuite*. Paris : Gallimard, coll. Folio essais.
- Laplantine, F (2001). *L'anthropologie*. Paris : Payot et Rivages, coll 'Petite bibliothèque Payot » n° 227
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York : Mc Graw Hill Book Company.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York : Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. et Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. In L.A. Pervin et M. Lewis (Eds), *Perspectives in interactional psychology*. New York : Plenum.
- Le Bouëdec, G. (2004). *Le récit biographique*. Tome I, Sous la direction de Robin, J.Y ; De Maumigny-Garban, B et M. Soëtard. Paris : l'Harmattan.
- Lebas, J. et Chauvin, P. (1998). *Précarité et santé*. Paris : Flammarion.
- Lecomte, J. (2009). *Introduction à la psychologie positive*. Paris : Dunod.
- Léger, D., Bayon, V., Metlaine, A., Prevot, E., Didier-Marsac, C. et Choudat, D. (2009). *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. Vol 70, n° 3, p. 243-370. Paris : Masson.
- Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'organisation.
- Le Moigne, J.L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod.
- Le Moigne, J.L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : Que Sais-je ?, PUF.
- Leplège, A. et Coste, J. (2001). *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris : Editions Estem.
- Lhuillier, D. et Cochin, Y. (1999). *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, (Sociologie clinique).
- Lhuillier, D. (2002). « Travail », dans Barus-Michel, J., Enriquez, E. et Lévy, A. (sous la direction de), *Vocabulaire de psychosociologie*. p. 275-286, Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Lhuillier, D. (2002). *Placardisés : des exclus dans l'entreprise*. Paris : Seuil.
- Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

- Lidvan-Girault, N. (1989). *Burn-out : émergence et stratégies d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence*. Thèse pour le doctorat de psychologie. Université Paris Descartes.
- Linhart, D. (2005). *Le travail nous est compté*. Paris : La Découverte.
- Loriol, M. (1999). « De la fatigue des infirmières au syndrome d'épuisement professionnel. La construction sociale d'une catégorie » dans *Le corps et le langage*, sous la direction de Patrick Parlebas, Paris : L'Harmattan, col. « Dossiers Sciences Humaines », p. 35-56.
- Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : Anthropos, coll Sociologiques.
- Mager Stelman, J. (2000). *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail. Vol. 4*. Genève, BIT.
- Manoukian, A. (2009). *La souffrance au travail, les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Maslach, C. et Jackson, S.E. (1989). "Burn-out in health professions : a social psychological analysis" in Sanders G.S. and Suls, J. (Eds), *Social Psychology on Health and illness*. London, Laurence Erlbaum Associates.
- Maslach, C. et Jackson, S.E. (1996). *Maslach Burn Out Inventory*. Palo Alto : Consulting Press.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York : Harper et Row.
- Mehran, F. (2010). *Psychologie positive et personnalité*. Paris : Masson.
- Merz, B. (2009). *Médecine du travail : le travail de nuit, encore un facteur de risque du cancer du sein*. Forum Med Suisse.
- Molinier, P. (2003). *L'énigme de la femme active*. Paris : Payot.
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot.
- Morin, E. (2000). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Le seuil.
- Moscovici, S. (1970). Préface. In D.Jodelet, J. Viet, P. Besnard et S. Moscovici. *La psychologie sociale. Une discipline en mouvement*. p. 15-64. Paris : La Haye : Mouton.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : PUF (1<sup>è</sup> édition, 1961)
- Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. In W.Doise, A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales*. p. 34-80. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Mossé, P. (2000). « Les restructurations hospitalières : quels référents pour quels compromis ? », *Document de travail pour le séminaire ATEs, n° 5*, Dijon.

- Mucchielli, R. (1991) in Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Nuttin, J. (1991). *Théorie de la motivation humaine : du besoin au projet d'action*. Paris : PUF. Collection : psychologie d'aujourd'hui.
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : Editions. De Boeck Université. Coll. Ouvertures psychologiques.
- Organisation Mondiale de la Santé (1984). *Health promotion. A discussion Document on the Concepts and Principles*. Copenhague, OMS.
- Paoli, P. et Merllié, D. (2001). Troisième enquête sur les conditions de travail 2000, *Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail*. Dublin.
- Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Paris : PUF.
- Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Paris : PUF, collection « Que sais-je ? ».
- Pelletier, L.G. et Vallerand, R.J. (1993). Une perspective humaniste de la motivation : Les théories de la compétence et de l'autodétermination. In R.J. Vallerand & E.Thill (Eds.), *Introduction à la psychologie de la motivation* (p. 233-281). Montréal : Editions Etudes Vivantes.
- Peze, M. (2008). *Ils ne mouraient mais tous étaient frappés : Journal de la consultation « Souffrance et Travail »* Paris : Pearson éditions.
- Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance*. Paris : Gallimard : collection Idées.
- Piaget, J. (1970). *Le structuralisme*. Paris : PUF : coll « Que sais-je ? ».
- Piaget, J. (1977). *La construction du réel chez l'enfant*. . 6<sup>ème</sup> édition. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Piret, A., Nizet, J., et Bourgeois, E. (1996). *L'analyse structurale : une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Poletti, R. et Dobbs, B. (2001). *La résilience : l'art de rebondir*. Saint Julien en Genevois : Jouvence.
- Ponnelle, S. et Lancry, A. (2007). Stratégies d'ajustement et ressources environnementales et personnelles dans la dynamique du stress. In M. Neboit, et M. (dir.), *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès, p. 59-77.
- Potel, A. (2011). *Evolution du lien cadre-entreprise à travers les trentas ; nature de l'échange et mode d'engagement*, Thèse de doctorat ès Sciences de Gestion, université Panthéon-Assas, Sorbonne Universités, 325 p.



- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrère, A., Mayer, R. et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Editeur.
- Pourtois, J.P. et Desmet, H. (2000b). *Relation familiale et résilience*. Paris : l'Harmattan.
- Quivy, R. et Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Rasclé, N. et Bruchon-Schweitzer, M. (2006). *Comportement organisationnel Vol. 2. Chap 10 : Burnout et santé des personnels : déterminants et prises en charge*. De Boeck Université.
- Rioufol, M.O. (1996). *L'aide-soignant dans les services de soins*. Paris : Masson.
- Ripon, A. (1983). *La qualité de vie au travail*. Paris : PUF.
- Robin, J.Y., Maumigny-Garban, B. et Soëtard, M. (2004). *Le récit biographique : Fondements anthropologiques et débats épistémologiques*. Paris : L'Harmattan.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. USA, Columbus (Ohio) : CE. Merrill.
- Rogers, C. R. (1982). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rouquette, M.L. (1998). *La communication sociale*. Paris : Dunod.
- Ryan, R. M., et Deci, E. L., (2002). Overview of self-determination theory : An organismic dialectical perspective. In E. Déci et R. Ryan (Eds), *Handbook of Self-Determination*. Rochester, Royaume Uni : The University of Rochester Press.
- Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.
- Sainsaulieu, R. (1988). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques.
- Sarbin, T., Allan, V. (1986). Role theory, in Linzey, G., Aronson, E., Eds *The handbook of Social Psychology*, 2<sup>nd</sup> ed., Vol. 1, Reading, Mass, Addison-Wesley.
- Sarnin, P. (2007). *Psychologie du travail et des organisations*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Sarnin, P. et Bobillier-Chaumon, M.E. (2012). *Manuel de psychologie du travail et des organisations*. Bruxelles : De Boeck.
- Schwarzer, R. et Knoll, N. (2000). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. J. Lopez and C.R. Snyder, *Handbook of positive psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Learned optimism*. New York : Pocket Books.

- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York : Free Press.
- Setbon, M. (2000). « *La qualité des soins dans les services médicaux de l'hôpital. Dynamique de mise en œuvre et transformations induites* ». Rapport INSERM-CNRS-MIRE, juin 2002.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. New York : Mac Millan.
- Thevenet, M. (2004). *Le plaisir de travailler*, Paris : les Editions d'Organisation.
- Thébaud-Mony, A. (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles : acteurs et logiques sociales*. Paris : La documentation française du Conseil Economique et Social.
- Thébaud-Mony, A. et Robotel, N. (2009). *Stress et risques psychosociaux au travail*. Paris : La Documentation française, 965.
- Thibaut, J. et Walker, L. (1975). *Procedural justice : A social psychological analysis*. Hillsdale, N.J. New York : Lawrence Elbaum Associates.
- Tisseron, S. (2008). *La résilience*. Paris : PUF.
- Todorov, T. (1995). *La vie commune : essai d'anthropologie générale*. Paris : Seuil.
- Toupin, C. (2009). *Infirmières de nuit : isolement et rôle de l'expérience*. Paris : *Centre d'études et de l'emploi*, n° 71, novembre 2009.
- Truchot, D. (2006). *Comportement organisationnel Vol. 2 Soignants, soignés, un rapport complexe, une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant*. De Boeck Université.
- Vaillant, G.E. (1992). *Ego Mechanisms of defense : a guide for clinicians and researchers*. Washington : American Psychiatric Press.
- Valeyre, A. (2006). « *Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation* » Paris, rapport du Centre d'Etudes de l'Emploi, n° 73, novembre 2006.
- Van Hooland, M. (2011). *Maltraitance psychologique et résilience : approche psychosociale et biographique*. p. 12. Paris : L'Harmattan.
- Vanistendael, S. et Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Paris : Bayard.
- Vasey, C. (2007). *Le burn-out : le détecter et le prévenir*. Genève-Bernex. Saint Julien-en-Genevois : Jouvence Editions.

- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness : classic topics, modern answers, blind spots. In F. Strack, M. Argyle, et N. Schwarz (EDS). *Subjective well-being : an interdisciplinary perspective*, .p. 7-26. Oxford : Pergamon Press.
- Vézina, M. et Carpentier-Roy, M.C. (2000). *Le travail et ses malentendus*. Toulouse : Octares.
- Von Bertalanffy, L. (2003). *Théorie générale des systèmes*. Paris : Lavoisier.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. New-York : Wiley.
- Vygotski, L. (2003). *Conscience inconscient émotions*. Paris : La Dispute.
- Warner, F. (1992). Introduction, in : Royal Society Study Group, *Risk : analysis, perception, and management*. London : the royal Society.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York : Springer.
- Zarifian, P. (1995). *Le travail et l'évènement*. Paris : L'Harmattan.
- Zarifian, P. (2005). *Compétences et stratégies d'entreprises*. Paris : Editions Liaisons.

### ARTICLES

- Abbey, A. et Andrews, F. M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality, *Social Indicators Research*, 16, p. 1-34.
- Achille, M.A. (2003). *Définir la santé au travail I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail*. In R. Foucher, A. Savoie et L. Brunet (Eds), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*. Montréal, QC : Editions Nouvelles. p. 65-90.
- Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange, in L. Berkowitz (Ed), *Advances in experimental social psychology*, vol. 2, p. 267-299. New-York : Academic Press.
- Andrews, F.M. et Mc Kennell, A.C. (1980). Measures of self-reported well-being. *Social Indicators Research*, 8, p. 127-156.
- Andrews, F.M. et Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well-Being: American's Perceptions of Life Quality*, New York : Plenum Press.
- Bataille, M., Blin, J-F., Jacquet-Mias, C. et Piasser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, systèmes des activités professionnelles. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, p.57-59.
- Bellemare, M., Cloutier, E., Chicoine, D. et Lechasseur, C. (1998). Troubles musculosquelettiques et travail répétitif : l'importance du temps d'exposition et de

- l'organisation du travail. in *Temps et travail, Actes du XXXIIIe Congrès de la SELF*, Paris, 16-18 septembre 1998, p. 643-652.
- Banyasz, L. (1998). Approche psycho-ergonomique du stress au travail, *Cahiers de l'INRS*, 173, 1-32, décembre 1998.
- Barthe, B. (2008). Horaires décalés : salariés à contretemps in *Revue Santé et Travail*, n° 61, janvier 2008.
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health : a critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology : Research and Practice*, 14, 2, p. 170-184.
- Bigelow, D.A., Brodsky, G., Trewart, L. et Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependant variable in evaluation of mental health services in Stahler,G.J., Tash,W.R., eds, Innovative approaches to Mental Health Evaluation, New York, *Behavioral Publications*, p.1-20.
- Billiard, I. (2001). Claude Veil, un pionnier de la psychopathologie du travail. *Travailler*, 5, p. 175-188.
- Billiard, I. (2002). Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques méditerranéennes*, 66, p. 11-29. Erès.
- Bouffard, L. et Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (2), p. 271-310.
- Brief, A.P., Butcher, A.H., George, J.M. et Link, K.E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being :the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64.p. 646-663.
- Brunet, L., Savoie, A. et Boudrias, J.S. (2009). La santé psychologique au travail au-delà de la notion de stress. *International Journal of Psychology research*, 4, (3-4), p. 307-344.
- Bubolz, M., Eicher, J., Ever, J. et Sontag, M. (1980). A human ecological approach to quality of life : conceptual framework and results of a preliminary study, *Social Research*, 7, p.103-116.
- Budet, J.M. (2001). La contractualisation interne : le cadre juridique. *Gestions hospitalières*, août/septembre 2001, p 587-588.
- Buts, A. (2002). *La santé mentale des médecins* Louvain Médical, Bruxelles, 121 : p. 1-5.
- Calmon, M. (2002). Contrat et procédure budgétaire : atouts, limites et perspectives, *Revue Hospitalière de France*, n°486, mai-juin 2002, p. 10-12.

- Calmon, M. (2002). Contractualisation interne et délégation de gestion, *Revue Hospitalière de France*, n° 486, mai-juin 2002, p. 832-843.
- Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques in *Revue internationale de soins palliatifs* 2003/2 Vol. 18, p. 101-104.
- Chouchan, D. (2002). Bien-être au travail, *Travail et Sécurité*, 614, p. 22-24.
- Chanlat, J.F. (1990). *Théorie du stress et psychopathologie*, Prévenir, 20, p. 117-126.
- Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Education Permanente*, 146, p. 35-51.
- Clot, Y. (2004). *Métier en souffrance et clinique du travail*. Actes du Congrès international Hommes et Organisations, 22 au 24 novembre 2004, Nancy, Metz, Mondorf-les-Bains.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, p. 165-177.
- Clot, Y. et Litim, M. (2008). Activité, santé et collectif de travail. *Pratiques psychologiques*, 14, p. 101-114.
- Colquitt, J.A. (2001). On the dimensionality of organizational justice : A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86, p. 386-400.
- Davezies, P. (1992). De l'épreuve à l'expérience du travail. Identités et différences. *Gestion Hospitalière*, 316, p. 410-414.
- Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances. Stratégies et facteur humain*, 1, p. 4-7.
- Davezies, P. (2003). Intensification et santé mentale. Les dommages collatéraux des nouvelles organisations du travail. *Santé et travail*, n° 44, p. 28-30.
- Debout, F., Faure, S., Flipo, F., Gernet, I., Le Lay, S., Lusson, J., et Vincent, J. (2009). La santé à l'épreuve du travail. *Mouvements*, 58, 2, p. 7-12.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985a). The general causality orientations scale: Self determination in human behavior. *Journal of research in Personality*, 19, p. 109-134.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self : integration in personality. In R.Dienster (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation : vol. 38. Perspectives on motivation*, p. 237-288. Lincoln, NE : University of Nebraska Press.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (2000). The "what and why" of goal pursuits : human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 4, p. 227-268.

- De Gaulejac, V. (2004). Sociologie clinique. La genèse sociale des conflits psychiques. *Revue Equilibre en tête*, 18, 3, p. 1-5.
- Dejours, C. et Abdoucheli, E. (1990). Le concept de psychopathologie du travail. *Prévenir*, 20, p. 127-151.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le travail humain*, 58, p. 1-16.
- Dejours, C. (1999). Violence ou domination, *Travailler*, 3, p. 11-29.
- Demaizière, F et Narcy-Combes, J.P. (2007). *Les cahiers de l'Acedle, n°4, 2007 : Journées NeQ, Méthodologie de recherche en didactique des langues, janvier 2007.*
- De Roodenbeke, E. (2002). L'approche contractuelle dans le système hospitalier français : *Revue Hospitalière de France*, n° 486, mai-juin 2002, p. 832-843.
- De Tychev, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique (Bruxelles)*, 16, p. 49-68.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, p.542-575.
- Diener, E., Emmons, E.A., Larsen, R.J. et Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, I. p. 71 - 75.
- Diener, E., Sandvik, W., Pavot, W. et Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research* 24, p. 35-36.
- Diener, E., Eunkook, M.S., Lucas, R.E. et Smith, H.L. (1999). Subjective well-being : three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, p. 276-302.
- Di Giacomo, J.P. (1981). Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1, p. 397-422.
- Doise, W. (1985). « Les représentations sociales : définition d'un concept », *Connexions*. vol. 45, p. 245-253.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, 45, 405, p. 189-195.
- Domin, J.P. (2010). La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? *Economie et Institutions*, n° 15, p. 5-29.
- Duquette, A. et Delmas, P. (2000). Les infirmières sont vulnérables aux problèmes de santé mentale. *Infirmière canadienne*, nov 2000, 1, 5, p. 10-11.
- Elliott, A. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational Psychologist*, 34, p. 169-189.

- Estryn-Béhar, M. (2001). « Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants », *Actualité et Dossiers en santé publique*, n° 35, p. 71-73.
- Fabi, B., Martin, Y. et Valois, P. (1999). Favoriser l'engagement des personnes oeuvrant dans des organisations en transformation. Quelques pistes de gestion prometteuses. *Revue Internationale de gestion*, 24, 3, p. 102-113.
- Fieulaine N., Durif-Bruckert, C. et Mendès-Leite, R. (2006). Précarité et santé : points de vue et débat psychosocial, *Canal Psy*, 73, juin 2006, p. 11-13.
- Fieulaine, N. et Apostolidis, T. (2005). Perspective temporelle et situations de précarité : Régulations sociales et souffrance psychologique. *IIIème Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*, 23 au 25 juin, Aix-En-Provence.
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, p. 219-239.
- Fordyce, M.W. (1988). A review of research on the happiness measures : a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20, p. 355-381.
- Franceschi-Chaix, C. (1993). « Le syndrome du burn-out. : étude clinique et implications en psychopathologie du travail », thèse de médecine, 1992, parue dans *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, p. 5 à 60.
- Gartner, J., Larson, D.B., et Allen, G.D. (1991). Religious commitment and mental health : a review of the empirical literature *Journal of Psychology and Theology*, 19, 1, p. 6-25.
- Gendron, B. (2007). « Des compétences au capital émotionnel et bien-être et mal-être au travail des enseignants », Article soumis pour le Congrès International d'Actualité de la Recherche en Education et en Formation, 28 au 31 août 2007 à Strasbourg.
- Gollac, M. et Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, p. 4-17.
- Goorden, T. (2001). *Faire face au stress et aux problèmes liés à la dépression ; approches belge, européenne et mondiale* ». Conférence organisée à Bruxelles du 25 au 27 octobre 2001 par la Ministre de la Santé Magda Aelvoet (*Le journal du médecin*, 23 nov 2001, n° 1388).
- Gosselin, E. (2005). Contribution à une synthèse des connaissances sur la satisfaction dans la vie : regard psychologique sur une réalité plurielle. *La Gestion de l'Information*, vol. 36, 2, p. 131-169 Ed Revue de l'Université de Yvon Lemay.

- Grosjean, V. et Ribert Van de Weerd, C. (2005). Vers une psychologie ergonomique du bien-être et des émotions : les effets du contrôle dans les centres d'appels. *Le Travail Humain*, 69, 4, p. 355-378.
- Guénette, A.M. (2006). Conditions de travail et santé : le modèle de Karasek revisité au travers d'une approche par les régressions polynomiales, in *XVII<sup>e</sup> congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH. IAE de Lille et Reims Management School*, 16 et 17 novembre 2006, Reims.
- Holahan, C.J. et Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52, p. 946-955.
- Isen, A.M. et Levin, P.F. (1972). "Effect of feeling good on helping: Cookies and kindness", *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, p. 384-388.
- Jacob, Miles, Tan et al. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: a longitudinal investigation in *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1, p. 138-150.
- John, O.P., Angleitner, A. et Ostendorf, F. (1988). The lexical approach to personality : a historical review of trait taxonomy research. *Européan Journal of Personality*, 20, p. 473-496.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., et Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease : A prospective study of Swedish men, *American Journal of Public Health*, 71, p. 694-705.
- Kneebone, I. et Martins, R. (2003). « Coping and caregivers of people with dementia », *British journal of health psychology*, vol. 8, 1, p. 1-17.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, E., Bouffard, L., Dubé, M. et Lapierre, S (2001). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22, 1, p. 71-87.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions : A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, p. 1-21.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1988). The relationship between coping and emotion. *Social and scientific Medicine*, 26, p. 309-317.
- Lecomte, M.D. et Goetz, J.P. (1982). « Problems of reliability and validity in ethnographic research », *Review of educational research*, 52, p. 31-60.
- Lhuillier, D. (1996). Motivation : chercher l'enzyme ou construire le sens ? *Le Journal des Psychologues*, mars 1996, n° 135.



- Lhuillier, D. (2005). Le « sâle boulot », in *Travailler*, n° 14, 2, p. 73-98.
- Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1, 1, p. 179-193.
- Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn-out des infirmières hospitalières in *Travail et emploi*, n° 94, p. 65-74.
- Mac Crae, R.R. et Costa, P.T. (1991). The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 17. p. 227-232.
- Mariage, A. et Schmitt-Fournier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping, étude auprès de personnels soignants. *Le Travail Humain*, vol. 69, 1, p. 1-24.
- Maslach, C. (1978). "The client role" in staff Burn-out, *Journal of social issues*, XXXIV, p. 11-24.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation *Psychological Review*, 50, p. 370-396.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., et Battaglini, A. (1998). The structure of mental health : Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45, p. 475-504.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 18, p. 32-38.
- Michelat, G. (1975). « Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie » *Revue française de sociologie*, vol. XVI, p. 229-247.
- Mickley, J.R., Carson, V., Soeken, K.L. (1995). Religion and adult mental health : state of the science in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 4, p. 345-360.
- Midy, F (2003). « Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature 1970-2002 », document de travail, CREDES.
- Miller, J.F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *Journal of Professional Nursing*, 1, 2, p. 9-85.
- Myers, D.G. et Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du bonheur. *Revue Québécoise de Psychology*. 18. p. 13-28.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychology* p. 55-57.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. et Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*. 16. p. 134-143.

- Neveu, J.P. (1996). « Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier ». *Le Travail Humain*, vol. 59, 2, p. 173-186.
- Ouimet, G. et Dufour, Y. (1997). « Vivre et gérer le changement ensemble ? », *Revue française de gestion*, n° 113, p. 23-40.
- Payne, I.R., Bergin, A.E., Bielema, K.A. et Jenkins, P.H. (1991). Review of religion and mental health : Prevention and the enhancement of psychosocial functioning *Prevention in Human Services*, 9, 2, 11-40.
- Philips, E.J. (1986). "A review of the life satisfaction in the elderly scale, *Journal of counseling and development*, 64, 8, p. 542 - 543.
- Piaser, A. (2000). Représentations et engagement : des repères pour l'action. *Revue Internationale des sciences de l'Education*, 4, p. 57-70.
- Pouvoirville (de) G. et Tedesco, J. (2003). « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics ». in *Revue française de gestion*, 5, n° 146, p. 205-218.
- Pugliesi, K. (1992). Women and mental health: two traditions of feminist research. *Women and Health*, 19, 2-3, 43-68.
- Raleigh, E.D.H. (1992). « Sources of hope in chronic illness », *Oncology nursing forum*, 19, 3, p. 443-448.
- Raveyre, M. et Ughetto, P. (2003). « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », in « Recomposer l'offre hospitalière », *Revue française des affaires sociales* », n° 3, juillet-septembre, p. 97-119.
- Rebérioux, M. (1994). Citoyens et travailleurs, *Hommes et Libertés*, 76, 17-23.
- Reich, J. W. et Zautra, A.J. (1981). Life events and personal causation : some relationships with satisfaction and distress; *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, p. 1002-1012.
- Reich, J. W. et Zautra, A.J. (1983). Demands and desires in daily life : Some influences on well-being, *American Journal of Community Psychology*, 11, p. 41-58.
- Reich, J. W. et Zautra, A.J. (1984). Daily event causation : An approach to elderly life quality, *Journal of Community Psychology*, 12, p. 312-322.
- Rolland, J.P. (2000). Le bien-être subjectif : revue de questions. *Pratiques Psychologiques*, n°1, p. 5-21.

- Ryan, R.M. et Deci, E.L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 1, p. 68-78.
- Ryan, R.M. et Laguardia, J.G. (2000). « Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications » in *Revue québécoise de psychologie*, vol. 21, 2, p. 281-304.
- Ryan, R.M. et Frederick, C.M. (1997). "On energy, personality and health ; subjective vitality as a dynamic reflection of well-being" In : *Journal of personality*, 65, p. 529-565.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life, *Current Directions in Psychological Science*, 4, 4, 99-104.
- Ryff, C.D. et Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. Oct ; 69, 4, p. 719-727.
- Sarnin, P. (2011). Contre les risques psychosociaux, quel débat sur l'activité ? *Le travail humain*, vol. 74 – 4. P. 309-320.
- Sheldon, K.M. et Elliot, A.J. (1999). « Goal striving, need-satisfaction and longitudinal well-being : The self-concordance model », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, p. 482-497.
- Siegrist, J. (1996). « Adverse health effects of high effort low-reward conditions », *Journal of occupational health psychology*, 1, 1, p. 27-41.
- Soares, A. (2003). « Les émotions dans le travail », *Travailler*, 1, 9, p. 9-18.
- Stones, M.J. et Kozma, A.(1980). The measurement of happiness : Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH) *The Journal of Gerontology*.35, 6, p. 906-912.
- Stones, M.J. et Kozma, A. (1980). Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists, *International Journal of Aging and Human Development*, 11, p. 269-281.
- Tartar, R.E., Erb, S., Biller, P. A., Switala, J. et Van Thiel, D. H. (1988). The quality of life following liver transplantation: a preliminary report. *Gastroenterology Clinics of North America*, 17, 1, p. 207-217. Philadelphia, ed W.B. Saunders.
- Thoits, P.A. (1983). Multiple Roles and Psychological well-being: a reformulation and a test of the isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, p. 174-187.

- Tugade, M.M. et Fredrickson, B.L. (2004). « Résilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, p. 320-333
- Twycross, R. G. (1987). Quality before quantity: a note of caution, *Palliative Medicine*, 1, 65.
- Veehoven, R. (1991). "Is happiness relative?" *Social Indicators Research*, 24, p. 1-34.
- Veenhoven, R. (1994). Is happiness a trait? Tests of the theory that a better society does not make people any happier. *Social Indicators Research*, 32, p. 101-160.
- Veehoven, R. (1995). "The cross-national pattern of happiness." *Social Indicators Research*, 43, p. 3-86.
- Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles in, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, 3, p. 103-132.
- Warr, P.B. (1992). Age and occupational well-being. *Psychology and Aging*, 7, p. 37-45.
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources and psychiatric symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, p. 208-222.
- Young, K. J. et Longman, A. J. (1983). Quality of life and persons with melanoma : a pilot study, *Cancer Nursing*, 6, p. 19-225.
- Zautra, A., Beier, E. et Cappel, L. (1977). The dimensions of life quality in a community *American Journal of Community Sociology*, 5, p. 95-98.

### **SITES INTERNET**

- Aristote : *Ethique de Nicomaque : Livre I : Le bien et le bonheur*. Consulté le 18 11.2011. <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/Aristote/nicom1.htm>
- Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences : rapport d'étape*. Consulté le 02.05.2012. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619/0000.pdf>
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Brière, N.M., Riddle, A.S. et Lachance, L. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 14, n°3 [www.choixdecariere.com/.../BlaisBriereLachanceRiddleVallerand19](http://www.choixdecariere.com/.../BlaisBriereLachanceRiddleVallerand19). Consulté le 21.05.2012.
- Blouin, P. (2011). *L'expérience d'émotions négatives chez les étudiants universitaires : le rôle des buts d'accomplissement et de l'estime de soi contingente*. Mémoire de

- maîtrise en sciences de l'orientation. 88p. Université de Laval, Québec [archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/28548/28548.pdf](http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/28548/28548.pdf). Consulté le 21.09.2012.
- Bressol, E. (2004). Organisations du travail et nouveaux risques sur la santé des salariés. *Rapports du Conseil Economique et Social* [www.ladocumentationfrancaise.fr Rapports publics](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/Rapports_publics)
- CNI (2011). *Enquête sur le stress et les conditions de travail des paramédicaux*.(août et septembre 2011). <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org>). Consulté le 19.02.2012.
- Dagenais-Desmarais, V. (2010). *Du bien-être psychologique au travail : Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit*. Thèse de doctorat de psychologie, option psychologie du travail et des organisations, Université de Montréal, 190 p. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/3916/4/Dagenais-Desmarais\\_Veronique\\_2010\\_these.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/3916/4/Dagenais-Desmarais_Veronique_2010_these.pdf). Consulté le 21.09.2012.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, Vol. 49, N° 1, 24-34. [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008\\_DeciRyan\\_CanPsy\\_French.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_DeciRyan_CanPsy_French.pdf) Consulté le 21.09.2012
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, (2) 103-157. [generallythinking.com/.../diener-1994-assessing-subjective-well-being-progress-and-opportunities/](http://generallythinking.com/.../diener-1994-assessing-subjective-well-being-progress-and-opportunities/) Consulté le 16.09.2012.
- Dejours, C. (2001). Subjectivité, travail et action. [sites.univ-provence.fr/ergolog/pdf/bibliomaster/dejours.pdf](http://sites.univ-provence.fr/ergolog/pdf/bibliomaster/dejours.pdf). Consulté le 12.07.2012.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill par Andrée Fortin. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 2, 1992, p. 215-217. [www.erudit.org/revue/nps/1992/v5/n2/301190ar.pdf](http://www.erudit.org/revue/nps/1992/v5/n2/301190ar.pdf) . Consulté le 12.06.2012.
- Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion, Commission européenne (2010). *Investir dans le bien-être au travail : aborder les risques psychosociaux en période de changement* ». Consulté le 18.01.2012. <http://bookshop.europa.eu/fr/investir-dans-le-bien-tre-au-travail-pbKE3110620/>
- DREES (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Série statistiques*, 131, avril 2009. Consulté le 22.11.2011.

- <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2009,5171.html>
- EHESP (2010). Santé publique, précarité et handicap . *3èmes journées européennes de l'EHESP*. Consulté le 19.09. 2011.
- [http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2010/06/3nd-journees-europ EHESP progr-28-septembre\\_V3-23\\_07.pdf](http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2010/06/3nd-journees-europ EHESP progr-28-septembre_V3-23_07.pdf)
- Estryn-Béhar, M. et Fouillot, J.P. (1990). Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins, *Revue Documents pour le médecin du travail*, Consulté le 16.09.2012.
- [www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html](http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html)
- HAS (2011). Lettre d'information n° 26 – Mars/avril 2011. *Dispositifs d'amélioration de la qualité des soins : quel impact ?* De la qualité de vie au travail à la qualité des soins par le Docteur Vincent Mounic, p. 4. Consulté le 23.11.2011.
- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/has\\_lettre\\_instit\\_26.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/has_lettre_instit_26.pdf)
- Hochschild, A. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale, in *Travailler*, n° 9, 2003/1, p. 19 à 49. Consulté le 03.03.2012.
- <http://www.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-19.htm>
- HOSPIMEDIA (2012). *Suivi de l'accord sécurité au travail dans la fonction publique* . Interview de François Sauvadet, le 21 février 2012. Consulté le 22.09. 2012.
- [http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20120223\\_plus\\_de\\_80\\_des\\_mesures\\_realisees\\_ou\\_encours](http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20120223_plus_de_80_des_mesures_realisees_ou_encours).
- INRS, *Horaires atypiques de travail*, 2004. [www.inrs.fr/publications/ED5023.html](http://www.inrs.fr/publications/ED5023.html). Consulté le 22.09.2012.
- Ipperciel, D. (1997). Herméneutique, science et psychanalyse, in *Laval Théologique et philosophique*, Vol. 53, n° 1, 1997, p 103-117. <http://id.erudit.org/iderudit/401042ar>
- Consulté le 19.04.2012.
- IPSOS (2011). Enquête sur *Le bien-être et la motivation des salariés français*. [www.ipsos.fr/.../barometre\\_ipsos\\_edenred\\_mars\\_2011](http://www.ipsos.fr/.../barometre_ipsos_edenred_mars_2011) Consulté le 16.10.2011.
- IRDES (2010). *Historique des réformes hospitalières en France* : Plan Hôpital 2012, p 15.
- <http://irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>
- Consulté le 22.09.2011.
- IRDES (2010). *Données de cadrage : démographie et activité des professions de santé*.
- <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Demograp hieProfSante/DemoProfSante.htm>

Consulté le 22.09.2011.

IRDES (2012). *L'hôpital en France : éléments de biographie*.

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HopitalFrance.pdf>

Consulté le 15.09. 2011.

Johnson, S.C. et Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith, *Journal of religion and health*, 30, 1, 21-33. In Philippe Voyer et Richard Boyer (Drs). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative, *Santé mentale au Québec*, vol. 26, 1, 2001, p. 274-296.

<http://id.erudit.org/iderudit/014521ar> Consulté le 12.10.2012.

Juignet, P. (2009). Le champ représentationnel : une ontologie de la spécificité humaine.

[Philosciences.com](http://Philosciences.com). Consulté le 12.10.10.

Kergoat, D., Imbert, F., Le Doaré, H. et Sénoyer, D. (1993). *Les infirmières et leur coordination*, in *Recherches féministes*, Gendron, C. vol. 6, n° 2, 1993, p. 171-175

<http://id.erudit.org/iderudit/057756ar>. Consulté le 12.04.2012.

Keyes, C.L. (1998). Social well-being in *Social Psychology Quarterly*, vol. 61, n° 2, 121-140. <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf>. Consulté le 19.04.2012.

Lamy (2011). Risques psycho-sociaux : bilan en demi-teinte pour les accords stress.in La semaine sociale LAMY.

<http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/38923/bilan-en-demi-teinte-pour-les-accords-stress.html>

Consulté le 12 juin 2011.

Lapointe, P.A., Chaper, M., Malo, F.B. et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier, in *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, 2, p. 164-180. <http://id.erudit.org/iderudit/000820ar>. Consulté le 18.09.12.

Larson, D.B. et Larson, S.S. (1991). Religious commitment and health ; valuing the relationship, *Second opinion*, 17, 1, 27-40. In Philippe Voyer et Richard Boyer (Drs). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative, *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 1, 2001, p. 274-296. <http://id.erudit.org/iderudit/014521ar>. Consulté le 12.10.2012.

Manciaux , M. (2001). La résilience, in *Etudes*, tome 395, 10, p. 321-330. [www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm](http://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm). Consulté le 15.06.2012.

Mandeville, L. (2010). *Vidéos sur la psychologie positive* : interview de Lucie Mandeville de l'université de Sherbrooke du 22 sept 2010.Consulté le 28 septembre 2011.

<http://www.google.fr/search?q=psychologie+positive>

- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité, *Recherches qualitatives*, vol. 25 (1), p. 25-42. Consulté le 09.01.2011.  
<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Ministère en charge de la santé (2009): 1ère phase du Plan Hôpital 2012 : au cœur de la modernisation du paysage hospitalier français. Dossier de presse du vendredi 30 janvier 2009 p. 5. Consulté le 22.09.11.  
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PlanHopital2012-1.pdf>
- Ministère en charge de la santé (2010). La politique hospitalière : Chronologie Consulté le 24 avril 2012.  
<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>
- Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle (2010). [Travailler-mieux.gouv.fr/Second rapport du Plan cancer 2009-2013 : état des lieux de la mise en œuvre du Plan cancer en décembre 2010](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Second_rapport_du_Plan_cancer_2009-2013:_etat_des_lieux_de_la_mise_en_oeuvre_du_Plan_cancer_en_decembre_2010). Consulté le 10 mai 2011. <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>
- Mintzberg, H. (1995). La bureaucratie professionnelle, p. 1-26 in *Structure et dynamique des organisations*, Paris Montréal, Editions d'organisation ; Editions Agence d'Arc – Deuxième tirage (chapitre 19). Consulté le 12.08.2012.  
[ampr-idf.pagesperso-orange.fr/documents/Mintzberg\\_bur\\_prof.pdf](http://ampr-idf.pagesperso-orange.fr/documents/Mintzberg_bur_prof.pdf)
- Mintzberg, H. (1998). *Mintzberg et le management de l'hôpital en deux mots* (transcription de l'émission Par quatre chemins du mardi 14 avril 1998). Consulté le 12. 08.2012.  
<https://sites.google.com/site/ubulogieclinique/mintzberg-et-le-management-de-l-hopital1>
- Molinier, P. (2002). Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail, p. 565-580 in *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31, 4 : construction et affirmation de l'identité chez les filles et les garçons, les femmes et les hommes de notre société. Le CNAM, Inetop. [Osp.revues.org](http://Osp.revues.org). Consulté le 30.07.2012.
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe.  
[http://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue\\_Travail-et-Emploi/pdf/97\\_2480.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/97_2480.pdf)  
Consulté le 02.12.2011.
- Molinier, L. (2005). *Le système hospitalier français*  
[http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous\\_module4/005\\_sys\\_hosp\\_francais.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf).  
Consulté le 5 avril 2011.



- Negura, L (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales, *Sociologies, Théories et recherches*, mis en ligne le 22 octobre 2006, URL : <http://sociologies.revues.org/993>. Consulté le 19.01.2012.
- Riddle, A., Blais, M., Hess, U., Bourbonnais, J. et Saintonge, J. (1995). Un modèle de motivation stress-santé appliqué au couple et au travail, in *Santé mentale au Québec*, XX, 2, 139-162. Consulté le 18.11.2011.  
<http://www.erudit.org/revue/smq/1995/v20/n2/032357ar.pdf>
- Roodenbeke (De), E. (2002). *L'approche contractuelle dans le système hospitalier français : une forme de stewardship*. Consulté le 11.05.2012.  
[Contractualisation experience france-1](#)
- Ruiller, C. (2008). Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier. Thèse de doctorat en sciences économiques et de gestion, mention « Sciences de gestion », Université de Rennes. Consulté le 05.10.2010.  
<http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00523398/>
- Ryan, R. M. et Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials : a review of research on hedonic and eudaimonic well-being". *Annual Review of Psychology*, 52, p. 141-166. Consulté le 21.11.2010.  
[RM Ryan, EL Deci - Annual review of psychology, 2001 - annualreviews.org.](#)
- Soulet, M-H. (2003). Penser l'action en contexte d'incertitude : une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales – Une pragmatique de la théorie*, vol. 16, n° 2, pp. 125-141 Consulté le 22.02.2011.  
<http://www.erudit.org/revue/nps/2003/v16/n2>
- Voyer, P. et Boyer, R (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative, *Santé mentale au Québec*, 26, n° 1, p. 274-296.  
[.http://id.erudit.org/iderudit/014521ar](http://id.erudit.org/iderudit/014521ar) Consulté le 12.10.2012.