



HAL
open science

**La santé au travail dans les fonctions publiques
territoriale et hospitalière : une approche par les
ressources**

Maryline Rossano

► **To cite this version:**

Maryline Rossano. La santé au travail dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière : une approche par les ressources. Gestion et management. Université Grenoble Alpes, 2018. Français. NNT : 2018GREAG008 . tel-02049049

HAL Id: tel-02049049

<https://theses.hal.science/tel-02049049v1>

Submitted on 26 Feb 2019

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

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

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE LA COMMUNAUTE UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Spécialité : **Sciences de gestion**

Arrêté ministériel : 25 mai 2016

Présentée par

Maryline ROSSANO

Thèse dirigée par **Emmanuel ABORD DE CHATILLON**, Professeur
des Universités, Université Grenoble Alpes

préparée au sein du **Laboratoire Centre d'Etudes et de
Recherches Appliquées à la Gestion – CERAG – EA 7521**

dans **l'École Doctorale des Sciences de Gestion ED 275**

La santé au travail dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière : une approche par les ressources

Thèse soutenue publiquement le **3 décembre 2018**,
devant le jury composé de :

Monsieur Emmanuel ABORD DE CHATILLON, Professeur des
Universités, Université Grenoble Alpes, Directeur de thèse

Madame Sandrine HOLLET-HAUDEBERT

Professeure des Universités, Université de Toulon, Présidente du jury

Madame Nathalie COMMEIRAS

Professeure des Universités, Université de Montpellier, Rapporteuse

Monsieur Jean-Pierre NEVEU

Professeur des Universités, Université de Pau et des pays de l'Adour,
Rapporteur

Monsieur Tarik CHAKOR

Maitre de Conférences, Université Savoie Mont-Blanc, Membre



L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

A Morgan et Christophe

Etrange étape que la rédaction des remerciements. J'ai pensé parfois avec joie à cet instant, me disant que le jour où il ne me restera plus que ça pour finaliser mon travail, une étape sera passée ! Et bien voilà, j'y suis !

Mes premiers remerciements vont naturellement à Emmanuel Abord de Chatillon, mon directeur de thèse. Manu, Merci ! Merci pour ton soutien, tes conseils, tes encouragements et tes critiques qui m'ont permis d'avancer. Sans toi, ce travail ne serait pas le même !

Je souhaite également remercier les membres de mon jury : Nathalie Commeiras, Jean-Pierre Neveu, Sandrine Hollet-Haudebert et Tarik Chakor. Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail si promptement, j'en suis très honorée.

Je voudrais également remercier chaleureusement Annick Valette. Merci Annick, merci d'avoir été là ces dernières années, de m'avoir recruté pour le M2 Recherche et Intervention en Organisation qui a confirmé mon envie de poursuivre en doctorat. Merci de m'avoir soutenue, encouragée et rassurée tout au long de ces années.

Je tiens à remercier sans les citer toutes les personnes que j'ai rencontrées en entretien, dans la collectivité territoriale et dans les hôpitaux, notamment l'hôpital qui m'a accueillie au sein du service de neurologie. Merci à toute l'équipe, infirmières, aides-soignants, cadre de santé, médecins, cadre supérieure, pour des questions d'anonymat, je ne vous citerai pas personnellement, mais sachez que je pense bien à vous et vous suis sincèrement reconnaissante de votre accueil !

Merci également à l'équipe du CERAG, Brigitte et Florence. Une pensée particulière pour Florence, merci pour ton accueil, ton soutien et nos repas de midi, parfois sur le pouce, parfois au détour d'une conférence sur le campus, parfois au soleil devant le laboratoire, mais toujours dans la bonne humeur ! Merci également à tous les membres de (feu-) l'équipe RH du CERAG : Jean-Yves Juban, Christian Defélix, Isabelle Corbett, Rodolphe Colle, Christine Gatignol, Christelle Martin-Lacroux... Je garde de très agréables souvenirs de nos échanges lors des ateliers qui se poursuivent sous un nouveau jour !

Je voudrais également remercier Claire Escalon de l'école doctorale, pour son soutien et son accompagnement logistique et moral ! Merci à tous les doctorants du CERAG ! Un merci spécial à Emmanuelle, merci Manue pour toutes ces conversations qu'on a eu, sur les difficultés de faire une thèse, tous ces moments où on a partagé nos doutes et nos petites victoires ! Merci à Julien, Laetitia, Nathalie, Charlotte D., Charlotte F.F, Yann, Maxime, à ceux qui étaient là puis qui ont soutenu leur thèse et sont partis vers de nouveaux horizons, Chebli, Mohammed... Et mes excuses à ceux que je ne citerais pas personnellement !

Un merci tout particulier à Cyrille Mennessier pour tous nos échanges sur le travail, la recherche, nos terrains... les sessions de travail ensemble à la bibliothèque du musée, à la BU

ou ailleurs... sans oublier les apéros et soirées jeux ! Je suis heureuse que ce doctorat nous ait permis de nous rencontrer ! Merci pour ton écoute et ton soutien, je t'en suis sincèrement reconnaissante.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement Cynthia Assaf. Cycy, merci d'avoir été là, particulièrement ces dernières semaines. Nos contrats doctoraux ont commencé la même année et nos soutenances vont avoir lieu à trois jours d'intervalle ! Merci pour tout, ton soutien, tes encouragements, nos fous rires, nos repas sur la terrasse, nos craquages, toutes ces petites attentions qui rendent cette dernière période, sans dire plus facile en tout cas moins difficile ! Ces dernières semaines n'auraient pas été la même sans toi ! Merci d'avoir été là, merci d'être là, nous y sommes, la dernière ligne droite touche à sa fin !

Merci également à mes collègues de la chaire MANSAT, avec qui j'ai eu et aurai à nouveau plaisir à travailler ! Daniel Françoise, Damien Richard, Pascal Moulette... Un merci particulier à Céline Desmarais, avec qui j'ai eu grand plaisir à travailler sur l'article publié dans RGRH ! Et un merci spécial aussi à Paula N. et Martine C. avec qui j'ai partagé le secrétariat général pendant quelques mois. Merci également pour tous ces échanges qu'on a pu avoir qui concernaient la thèse mais pas seulement !

Je voudrais également remercier mes amis. Serv', (pour nos séances de sport salvatrices et tous ces moments partagés ensemble), Léa (pour cette fraîcheur et ce soutien inconditionnel que tu m'apportes à chaque fois qu'on se voit), Cécile (pour m'avoir secoué quand j'en avais besoin), Natacha (pour les lunchs sur le campus et les trois semaines à Port-Camargue avec mon ordinateur qui m'ont tellement apportées !), Sylvie, Laurène, Lou, Marlène, Hélène, Dan, Natasha, Olivier, Jean, Claire-Marie, Sylvain, Thibault et Claire ! Pardon à tous ceux que j'oublierai, ne le prenez pas pour vous, la fin d'un doctorat ne laisse pas indemne !

Pour finir je voudrais remercier chaleureusement ma famille, Maman, Papa, Nathaly, Fifi, Poli, Nicole, Tim, Laurent, Paul et Françoise. Et surtout, Christophe, mon mari, merci d'être là, merci de m'avoir soutenue, accompagnée, supportée (!) tout au long de ce travail, sans toi je n'aurais pas pu le réaliser dans les mêmes conditions, merci pour ta présence si bénéfique et rassurante ! Et Morgan, cette année représente une étape dans nos vies, tes 18 ans, ton bac, la fin de ce travail doctoral, tout ce chemin parcouru ensemble, voilà, ta maman va enfin avoir un autre statut que celui d'étudiante (quoiqu'en choisissant une voie professionnelle où on ne cesse d'apprendre !) !

Merci à mes relecteurs, et que ceux que j'oublie me pardonnent !

Je voudrais pour finir dédier ce travail à Charles Piot, mes pensées vous accompagnent. Je n'écoute plus *Space Oddity* de la même oreille...

Sommaire

Sommaire	7
Introduction générale.....	9
PARTIE I Situer cette recherche au sein des nombreux modèles théoriques de la santé au travail.....	21
Chapitre 1. Du bien-être au mal-être ou la santé au travail comme un continuum	23
Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail	47
Synthèse de la partie 1	61
PARTIE II Design de la recherche.....	63
Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière	65
Chapitre 2. Choix d'un croisement des modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs	77
Synthèse de la partie II	90
PARTIE III Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources	91
1. La rupture du contrat psychologique : une spirale de perte de ressources ?	97
2. Méthode.....	104
3. Principaux résultats	111
4. Discussion	123
Conclusion :	127
Synthèse Partie III	128
PARTIE IV Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital	131
1. Des risques psychosociaux à l'hôpital vers une approche par les ressources	137
2. Une recherche qualitative et interprétative.....	143
3. Résultats	146
Conclusion et discussion	155
Synthèse de la partie IV	159
PARTIE V A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité.....	161
1. Littérature : quelles ressources pour affronter la pénibilité ?.....	166
2. Méthode : un ensemble d'observations non participantes.....	169

3. Résultats	175
4. Discussion.....	187
Synthèse de la partie V	190
PARTIE VI Discussion	193
Conclusion générale	205
Bibliographie.....	209
ANNEXES	232
Annexe 1 : Grille d’entretien Article 1 RGRH.....	233
Annexe 2 : Grille d’observation Article 1 RGRH.....	235
Annexe 3 : Grilles d’analyse	236
Annexe 4 : Grille d’entretien Article 2 JGEM	238
Annexe 5 : Tableaux des entretiens Article 2 JGEM.....	241
Annexe 6 : Liste des nœuds créés dans Nvivo Article 2 JGEM	242
Table des illustrations.....	244
Table des tableaux	245
Table des matières	246

Introduction générale

Introduction générale

La production foisonnante d'ouvrages ou articles, qu'ils soient scientifiques ou grand public, et autres supports d'expression et de réflexion (documentaires, sites internet, reportages...) sur les enjeux de la santé au travail et des Risques Psycho Sociaux (RPS) témoigne combien le sujet est devenu central. Les faits divers tragiques, tels que les suicides, nous rappellent un peu plus la nécessité d'agir.

Stress, burnout, bien-être, mal-être, conditions de travail, RPS, la santé au travail recouvre une multitude de notions, parfois conciliables mais pas toujours. Il est souvent difficile d'y voir clair. L'enjeu sous-jacent est malgré tout commun : il s'agit de maintenir et développer la santé des individus dans leur travail. La santé selon l'OMS se définit comme : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹* ». La *santé au travail* laisse supposer la transposition de ces dimensions dans le cadre du travail. Lors de sa 12^{ième} session (1995), le comité mixte OIT/OMS a en effet défini la santé au travail comme ayant pour but de « *promouvoir et maintenir* » ces trois dimensions dans le contexte du travail, avec trois objectifs ; « *i) le maintien et la promotion de la santé des travailleurs et de leur aptitude au travail ; ii) l'amélioration des conditions et du milieu de travail pour assurer la sécurité et la santé au travail ; iii) l'adoption de systèmes d'organisation du travail et de cultures d'entreprise qui reflètent les systèmes de valeurs adoptés par une entreprise donnée et comprennent des méthodes de gestion, des politiques du personnel, des principes de participation efficaces et des pratiques de gestion librement consenties et liées à la qualité en vue d'améliorer la sécurité et la santé au travail²* ». Il est ici question des conditions au sens large (physiques, psychologiques et sociales) et de la responsabilité des organisations à s'en emparer pour préserver la santé des salariés. La quasi-totalité des facteurs de risques pour le travailleur identifiés par l'OMS concerne des troubles ou maladies d'ordre physique (cancers, accidents, affections, etc.) auxquels s'ajoutent maintenant « *des troubles liés au stress³* ».

Pendant des décennies lorsqu'il était question de pénibilité, il s'agissait essentiellement de sécurité physique et matérielle. Pour autant aujourd'hui, le nombre d'accidents de travail a

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

² http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/GB/264/GB.264_STM_4_fren.pdf

³ http://www.who.int/topics/occupational_health/fr/

diminué. Un certain nombre de règles sur la sécurité a contribué à améliorer les conditions de travail physiques et matérielles des employés. Ce sont maintenant des difficultés psychosociales qui émergent (Abord de Chatillon, Bachelard et Moscarola, 2006), accompagnées de nouvelles pathologies (stress, burnout, anxiété...) que les contraintes d'une politique de Nouveau Management Public (NMP) participent à faire émerger (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012).

La réduction des effectifs, l'injonction du « faire plus à moyens constants » avec l'augmentation des besoins de la population tendent en effet à dégrader les conditions de travail des agents. Cette tension entre les nouvelles pratiques gestionnaires et la santé au travail semble se confirmer dans le secteur du soin et de l'accompagnement (OMS, 2002 ; ONVS⁴, 2014 ; IGAS⁵, 2016 ; AMISSH⁶, 2016 ; liste non exhaustive) puisqu'elles participent au développement d'un sentiment de perte de sens du travail, des missions et une atteinte portée aux valeurs des agents.

Pourtant la démarche de rationalisation des organisations publiques ne semble pas en soi une démarche inadaptée. Etre dans le soin et l'accompagnement de la population n'implique pas nécessairement de fonctionner à pertes. Pour autant des tensions ont été identifiées du fait de sa mise en œuvre, il semble donc essentiel d'interroger ces pratiques. Nous pouvons supposer que la démarche du NMP en elle-même n'est pas nécessairement pathogène mais son application le devient lorsque les organisations s'en emparent. La contrainte d'appliquer les nouvelles directives semble inévitable mais serait-il possible que cette application ne soit pas accompagnée d'une atteinte à la santé des agents ?

L'accord de 2009 a marqué une volonté d'avancer sur les questions de santé au travail en obligeant les établissements à intégrer les RPS dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP). C'est le premier accord conclu dans la fonction publique portant sur la santé et la sécurité au travail⁷. Il est construit autour de trois axes :

- 1/ instances et acteurs opérationnels en matière de santé et sécurité au travail ;
- 2/ objectifs et outils de prévention des risques professionnels et

⁴ Observatoire National des Violences en milieu de Santé

⁵ Inspection Générale des Affaires Sociales

⁶ Action Managériales et Influence du Statut (public/privé) sur les conditions de travail et les risques psychosociaux dans le Secteur Hospitalier est une recherche qualitative et quantitative financée par la DARES et la DGAFP dans le cadre du projet « Les conditions de travail dans la crise : post-enquêtes et exploitations secondaires »

⁷ www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/modernisation-fonction-publique-43

3/ dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé.

L'accord concerne les trois versants de la fonction publique et préconise quinze actions. L'action sept notamment porte sur l'évaluation et la prévention des problèmes de santé liés aux RPS. En 2013, la législation se renforce encore, l'accord-cadre de cette même année impose alors la mise en place d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS avant fin 2015.

Mais que comprendre lorsqu'est utilisé le terme de Risques Psycho Sociaux (RPS) ? En 2011, les membres de la commission Gollac les définissent « *comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Gollac, 2011, p. 31) et précisent que « *ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine* » (Rapport Gollac, 2011, p. 31). Cette commission a ainsi permis d'identifier des facteurs de risques tels que l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail. Force est de constater que le champ des risques est vaste. Se pose alors la difficulté pour les organisations d'établir des plans d'actions afin d'agir de manière préventive (Rapport AMISSE, 2016).

Souvent confondu avec les RPS, le stress en est une des manifestations. Lorsqu'il y est exposé de manière prolongée, le stress peut amener l'individu jusqu'à l'épuisement professionnel ou *burnout* (Hobfoll, 1989). Phénomène à caractère multiple, le stress se situe à la rencontre de dispositions cognitives, comportementales, physiologiques et psychologiques dans un contexte social et environnemental. Les chercheurs sont de plus en plus nombreux à s'en emparer et tenter au-delà de l'analyser, d'identifier et proposer des solutions préventives. Les définitions des instances de santé semblent se regrouper autour des notions de déséquilibre entre la perception des ressources et les exigences de l'environnement. Ainsi selon l'OMS : « *le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées* » (OMS, 2001). Une définition qui rejoint celle adoptée par l'INRS selon laquelle le stress est un « *déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ». L'Agence Européenne identifie un même processus, le stress survenant selon elle « *lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ». L'enjeu socio-économique

du stress n'est plus à démontrer, c'est une réalité mise à jour régulièrement dont les résultats varient selon la détermination et la difficulté de la prise en compte des coûts cachés ou encore celle d'en mesurer le coût social (Lassagne et al., 2012).

Abordée par le stress et les coûts qui l'accompagnent, la santé au travail devient un enjeu de santé publique. Les coûts économiques, sociaux et sociétaux du stress sont effectivement très élevés représentant entre 3% et 4% du PIB des pays européens selon le Bureau International du Travail. En conséquence tout le monde (politiques, entreprises, organisations publiques, citoyens, instances de santé etc.) s'accorde à dire qu'ils pourraient (devraient ?) être réduits.

La grande majorité des organisations évalue ce coût à travers la mesure de l'absentéisme. Pour autant, « *Brun et Lamarche (2006) rappellent que seulement 2 à 3 % des personnes qui présentent des troubles d'ordre psychologique s'absentent du travail alors que parmi ceux qui restent au travail, 40 % présentent des signes de détresse psychologique élevée ayant des répercussions sur la réalisation et la qualité de leur travail* » (Lassagne et al., 2012, p. 22). Emerge ici la nécessité d'aborder la santé dans une perspective salutogénique. Il ne s'agit pas seulement de préserver les individus mais de permettre le développement et le soutien d'une santé pleine, entière et créative. La santé (psychologique) au travail est d'ailleurs souvent abordée par son penchant négatif. « *Choix d'un centre qui déplace au second plan l'activité de travail et ses multiples dimensions* » (Raybois, 2010, p. 72). Pourtant, l'absence de difficultés psychosociales n'est pas nécessairement synonyme de bonheur, d'épanouissement ou de bonne santé. Bien d'autres aspects lient l'individu à son travail.

La difficulté réside également dans le fait d'étudier un phénomène dont les enjeux sont à la fois individuels, collectifs et organisationnels. A ce titre l'EU-OSHA (Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail) rappelle que : « *bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité* » (Lassagne, 2012, p. 15). Bien que ce travail de recherche porte majoritairement une analyse au niveau organisationnel, il vise également à articuler ces différents niveaux comme le nécessite selon nous l'étude de la santé au travail.

Fort est de constater que « *de nombreuses actions supposées réduire les risques psychosociaux et améliorer la santé au travail reposent sur la recherche d'une meilleure adaptation des travailleurs à leur travail, sans que le travail change* » (Clot et Gollac, 2014,

p. 11). Certaines organisations en effet prennent le parti de n'agir que sur la dimension individuelle en proposant à leurs salariés un soutien dans la prise en charge de leur propre bien-être. Ils offrent ainsi des temps « bien-être » sur le lieu de travail (massage, coaching, cours de yoga...). Relevons le caractère paradoxal de la situation : « *s'il est affirmé que l'individu n'est pas seul responsable du stress dont il souffre c'est à lui néanmoins qu'il revient de le gérer* » (Raybois, 2010, p. 74). Ces avantages ne sont pas négligeables et susceptibles d'offrir un soutien à des individus déjà en bonne santé (au travail). Leur mise en place semble en revanche déplacée lorsqu'elle est la seule et unique réponse aux maux des employés sans remise en question des pratiques organisationnelles. Clot et Gollac (2014) relèvent de plus la difficulté de « *soigner le stress et l'anxiété par soi-même* » lorsque l'organisation du travail en est la source, l'« *anxiété empêch[ant] de mettre en œuvre les règles de vie supposées les combattre* » (p. 34). Il est vrai qu'aborder la santé au travail nécessite une articulation entre l'individu, l'organisation et le collectif. Là se trouve une réelle difficulté.

Marie-France Hirigoyen (1998) avec son ouvrage sur le harcèlement moral a permis d'amorcer un déplacement de l'attention de l'individuel vers l'organisationnel et le collectif. Elle a en effet montré à travers des exemples individuels que des pratiques organisationnelles pouvaient générer de la souffrance. Son ouvrage a de plus renforcé l'idée que les risques pour la santé n'étaient pas seulement physiques mais aussi psychosociaux. La question n'est donc pas d'adapter les individus à leur environnement, d'adapter l'homme à son travail, mais bien de réfléchir à faire émerger de nouvelles pratiques organisationnelles qui laisseraient la possibilité à l'individu d'être créatif et proactif. Au-delà de la nécessité de laisser cet espace de liberté pour les individus à se développer, l'enjeu pour les organisations est donc de soutenir cette capacité avec tout ce qu'elle implique, de se saisir de ce qu'elle peut produire et d'aider les individus à s'en saisir eux-mêmes.

Cadre théorique

Aussi avons-nous choisi d'envisager la santé à travers le prisme des ressources et de mobiliser la théorie de la conservation des ressources. Elle permet justement de laisser cet espace ouvert et d'aborder la santé non plus seulement dans sa dimension pathogénique mais également dans une perspective salutogénique (Abord de Chatillon, 2005 ; Neveu, 2007, 2012 ; Richard,

2012). Selon cette théorie, le stress se définit en réaction à « *la menace d'une perte des ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources* » (Hobfoll, 1989). Cette approche transposable aux enjeux plus globaux de difficultés psychosociales permet d'aborder le phénomène en tant que processus. Elle tient compte à la fois de ses aspects internes et externes. Ce changement de perspective, du pathogénique vers le salutogénique est significatif dans l'analyse et la prise en charge des questions de santé au travail puisqu'il permet un déplacement de son objet : n'est plus seulement considéré la souffrance mais aussi le bien-être.

En effet, aborder la santé au travail en interrogeant les ressources plutôt que la souffrance des individus permet d'accéder à une meilleure compréhension des situations de travail avec une approche plus « positive », impliquant de fait d'être en capacité de proposer des éléments de perspectives. Au-delà de l'aspect positif de l'objet de cette approche, son caractère dynamique la rend également très pertinente pour aborder la santé au travail puisqu'elle permet de croiser les niveaux individuels, collectifs et organisationnels.

Objectifs et questions de recherche

Cette recherche a pour but de manière globale de comprendre à la fois les mécanismes qui sous-tendent l'apparition de difficultés psychosociales et ceux qui sous-tendent le maintien et le développement de la santé au travail des individus au prisme des ressources. Cette recherche nourrit donc plusieurs objectifs visant à comprendre :

- ✓ Comment les individus sont acteurs de leur propre santé ;
- ✓ Comment les processus de changement et de rationalisation des fonctions publiques prennent forme au quotidien ;
- ✓ Comment les acteurs se saisissent des ressources ;
- ✓ Comment les organisations peuvent les y accompagner.

Dans le but de défendre la thèse suivante : la santé au travail est un processus dynamique auquel concourent l'individu, le collectif et l'organisation qui s'exprime à travers la relation aux ressources.

Une question empirique sous-jacente a également nourri et motivé ce travail, à savoir : comment répondre au constat du développement des difficultés psychosociales des agents dans un contexte de rationalisation ?

Plusieurs sous-questions de recherche sont alors traitées dans les articles, à savoir :

- En quoi l'analyse des spirales permet de mieux comprendre le processus de dégradation ou de préservation de la santé ? (Articles 1 et 2)
- Quelles conditions permettent un rétablissement des ressources ? (Les 3 articles)
- Comment se manifeste concrètement la liquidité de l'organisation hospitalière ? (Article 3)
- Quelles conditions permettent la construction ou l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique ? (Article 1)

Notre démarche de recherche

Cette recherche s'inscrit dans un cadre épistémologique interprétativiste. Le but de la connaissance générée vise à « *comprendre les processus d'interprétation, de construction de sens, de communication et d'engagement dans les situations* » par les acteurs (Gavard-Perret et al., 2012, p. 34). Nous avons fait le choix d'une recherche qualitative globale qui « *contrairement aux méthodes quantitatives, (...) donn[e] davantage la possibilité d'étudier un phénomène en tenant compte du contexte* » (Gardet, 2008). Par une analyse de contenu thématique, nous avons tenté d'identifier des ressources/situations pathogènes et salutogènes en partant des situations particulières vécues par les agents sur le terrain tenant ainsi compte du contexte d'émergence.

Comme le soulignent Clot et Gollac (2014), c'est « *en se rapportant au réel du travail (...) que les problèmes de l'action apparaissent dans toute leur épaisseur* » (Clot et Gollac, 2014, p. 7). Il nous a alors semblé important d'introduire l'activité elle-même dans notre réflexion. Pour cette raison, nous avons choisi, entre autres, un recueil de données par l'observation dans deux des articles (un et trois) qui donnent forme à ce travail doctoral. Lorsqu'il est question de santé, qu'elle concerne le travail ou non, l'influence de l'environnement sur l'individu est prise en considération. Aussi, l'activité elle-même et les conditions dans lesquelles elle s'exerce sont primordiales. Il existe d'ailleurs aujourd'hui des dispositifs servant à évaluer les variables physiques (intensité, complexité, variété, nouveauté,

incongruité, ambiguïté, instabilité...) et socioculturelles de l'environnement de travail (Moser, 2009). Pour autant, ce sont bien la perception, l'évaluation et les représentations de l'individu qui entrent en interaction avec la réalité de l'environnement et vont générer ou non des difficultés psychosociales. « *Le comportement est fonction de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les facteurs de l'environnement.* » (Dolan et al., 2013, p. 34). Une interaction que nous allons analyser à travers le prisme des ressources. Ainsi, ces trois articles concernent-ils des parcours individuels d'agents dans leur dimension collective au sein d'une organisation. Nous avons tenté d'être au plus juste de ce que vivent les acteurs sur le terrain et d'en rendre compte le plus finement possible.

Les intérêts de cette recherche

La nécessité de réfléchir aux fonctionnements des organisations n'est pas nouvelle, son enjeu pour la santé publique non plus. Aussi s'agit-il dans ce travail de mettre à l'épreuve des connaissances déjà existantes en décryptant les caractéristiques d'un environnement de travail qui pourrait être qualifié de sain mais également comme le suggère Hobfoll (2001), de tenter d'identifier les sources objectives du stress. Comme il le suggère, l'enjeu pourrait être d' « *étudier objectivement les ressources observables. Ce qui peut être fait en évaluant l'opérationnalisation comportementale (...) ou structurelle des ressources* » (1989, p. 520). Il s'agirait alors à travers une approche par les ressources :

- de déterminer avec plus de précisions quelles sont les ressources contextualisées qui peuvent être des leviers organisationnels,
- d'identifier par quels processus les ressources sont sollicitées et mobilisées par les individus et les collectifs de travail.

L'enjeu de ce travail est alors à travers trois études qualitatives d'analyser le plus finement possible le processus à l'œuvre, à la fois de maintien et de dégradation de la santé au travail. Il ne s'agit pas seulement de tenter de caractériser un environnement favorable mais plutôt d'identifier quels sont les éléments dont les individus se saisissent au sein des organisations. Il s'agit bien pour nous d'appréhender la réalité des acteurs organisationnels telle qu'ils vivent la situation.

Nous l'avons évoqué, étudier la santé au travail revient à analyser le phénomène d'un vécu individuel dans un environnement partagé par un groupe d'individus, une communauté

d'employés et donc nécessairement constitué par une somme de conduites individuelles. Il s'agit alors également d'étudier les comportements collectifs et organisationnels.

Même si « *on ne dispose pas (...) de méthodes permettant de prédire avec un degré élevé de certitude l'effet d'un facteur psychosocial de risque sur un individu particulier* » (Clot et Gollac, 2014, p. 28), il semble essentiel de mener des recherches qui croisent les différents niveaux d'analyse : individuel, collectif et organisationnel.

Il ne s'agit pas d'envisager l'émergence d'un modèle, « parfait » qui serait reproductible à l'infini. Le positionnement épistémologique de cette recherche ne tend pas à la généralisation mais vise la compréhension d'un phénomène contextualisé. Il s'agit plutôt de mieux comprendre les processus qui sont à l'œuvre et mettent en jeu la santé au travail des individus et la capacité proactive dont ils peuvent faire preuve.

L'enjeu est alors également pour les organisations de pouvoir soutenir le processus, dans le but de déployer une gestion préventive des RPS. Là se trouve également la nécessité d'une perspective salutogénique plutôt que pathogénique, qui permet d'aborder la prise en charge de la santé au travail en prévention primaire.

Structure de la thèse

La première partie propose une revue de littérature des différentes notions qui participent à définir la santé au travail. Nous avons choisi d'aborder les notions de bien-être au travail, stress et burnout puis de nous arrêter plus spécifiquement sur la notion de ressource à travers les théories Exigences-Ressources et COR. Ces chapitres nous permettent ainsi d'explicitier le choix d'un modèle théorique par les ressources.

Dans la deuxième partie nous abordons le design de cette recherche. Déjà expliquée dans chacun des articles, nous ne reprendrons pas en détail la méthodologie mobilisée dans les différents articles ni les données. L'objet de ces chapitres est plutôt d'exposer la démarche globale du projet et d'en présenter le contexte spécifique des fonctions publiques territoriale et hospitalière. Nous justifierons ainsi le choix d'une méthode qualitative globale mixant plusieurs méthodes de collecte et de traitement de données dans les différentes études.

Se trouvent dans les trois parties suivantes les trois articles de la thèse.

La dernière partie propose de discuter des apports et des limites de cette recherche doctorale.

Introduction générale

La démarche générale de cette recherche doctorale peut être schématisée comme suit :

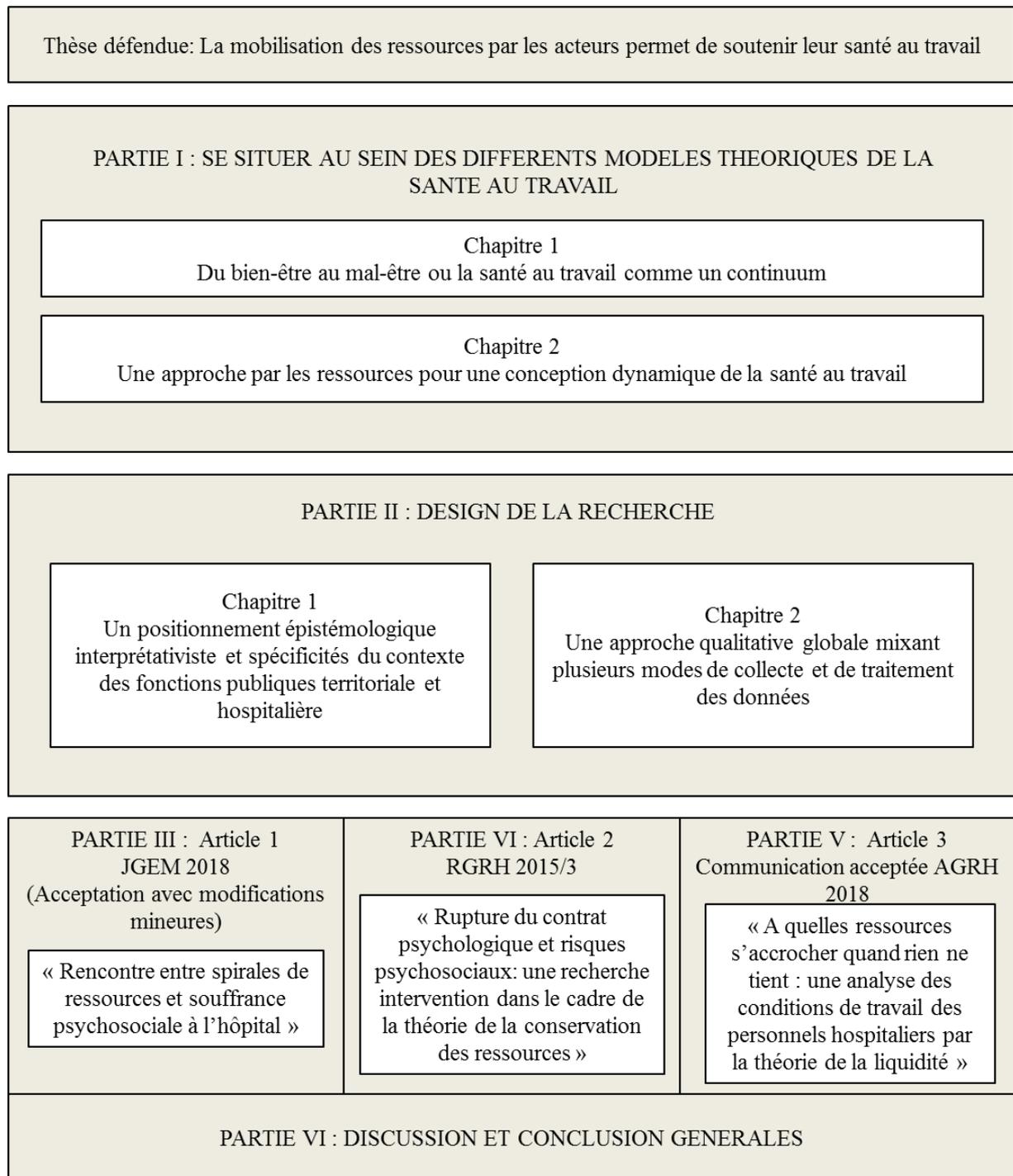
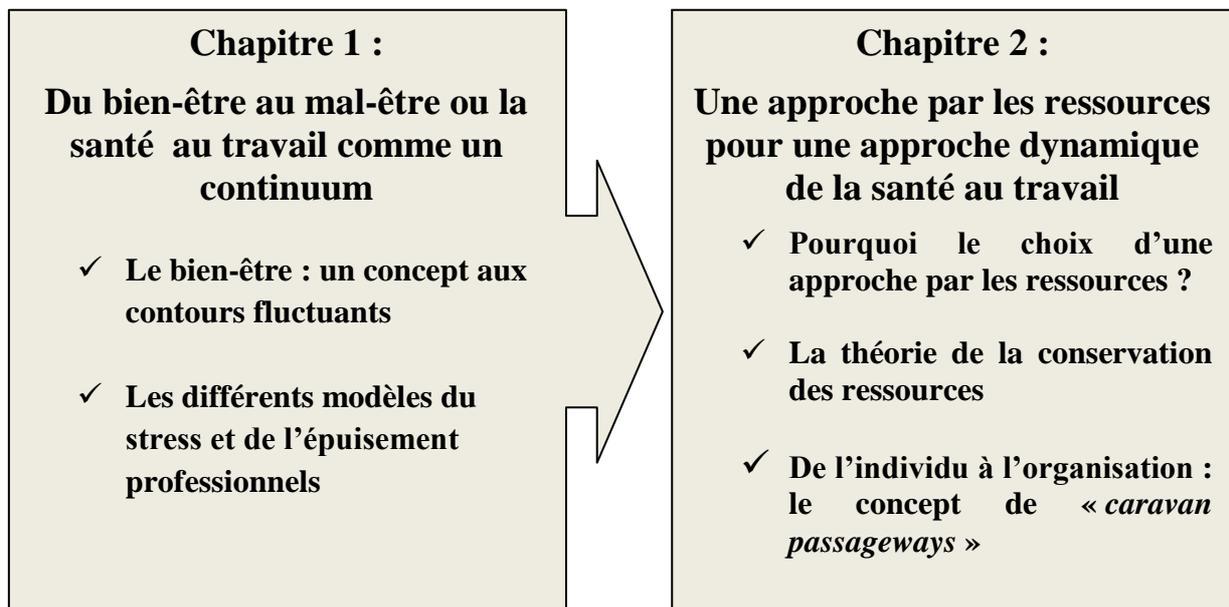


Figure 1: Schématisation de la démarche générale de recherche

PARTIE I

Situer cette recherche au sein des nombreux modèles théoriques de la santé au travail



Chapitre 1. Du bien-être au mal-être ou la santé au travail comme un continuum

Définir la santé au travail n'est pas chose aisée. Elle est parfois considérée comme une sous-dimension du bien-être (Danna et Griffin, 1999). Parfois à l'inverse, le bien-être en est une sous-dimension (Diener, 1984, 1998, 2003, 2017). Souvent abordée par son penchant négatif, en témoignent la multitude d'études portant sur le stress professionnel et le burnout, elle fait parfois partie d'une réflexion globale sur le fonctionnement des organisations, leurs pratiques et la place des individus dans cet univers. La QVT en est une illustration, ou encore les démarches de prévention des RPS. Elle est devenue quoiqu'il en soit un sujet central parce que préoccupant. Comme en témoignent les nombreux travaux en gestion, sociologie, psychodynamique du travail, les transformations du travail, des organisations, de la relation au travail traduisent des évolutions sociétales profondes dans lesquelles l'individu et les organisations doivent trouver un point de rencontre. Outre l'injonction au bonheur et à l'épanouissement qui prend de plus en plus de place, la réalité des chiffres sur les effets délétères du travail et/ou des pratiques organisationnelles sur la santé en a fait une thématique incontournable.

Mais comment la définir ? La santé est définie par l'OMS comme :

« Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁸ ».

Il s'agit donc d'un état global de bien-être, pas seulement d'une absence de mal-être ou de maladie. Cet état, puisqu'il est « global » devrait comprendre les dimensions privée et professionnelle. Deux questions s'imposent à nous : premièrement comment définir le bien-être ? Et deuxièmement n'est-ce pas réducteur d'appréhender la santé au travail uniquement par son versant positif ou à l'inverse par son versant négatif ? La complexité du phénomène et la multitude d'approches, de conceptualisation et de modélisation laissent penser qu'il y a

⁸ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

bien d'autres enjeux derrière. Entre difficultés psychosociales, RPS, stress, burnout et bien-être, il nous semble important de situer notre travail dans le vaste champ de la santé au travail. S'impose à nous la nécessité d'essayer d'en mettre au jour les contours. Aussi nous commencerons dans un premier temps par donner une vue d'ensemble des définitions du bien-être puis nous aborderons ensuite les modèles du stress professionnel et du burnout.

1. Le bien-être : un concept aux contours fluctuants

Deux logiques sous-tendent les différentes définitions et conceptualisations du bien-être et lui donnent un cadre global : les logiques hédonique ou eudémoniste.

La philosophie hédoniste, héritée d'Epicure renvoie à la notion de plaisir (mesuré dans le cas d'Epicure) plutôt qu'au déplaisir et à la recherche de satisfaction. Le bien-être prend sens dans l'expérience de l'instant, sans évaluation des incidences sur le futur. « *Selon le point de vue de l'hédonisme (...) le bien-être est décrit comme un plaisir, une satisfaction ou un bonheur subjectif et la recherche du bonheur est considérée comme le principe qui motive l'activité humaine.* » (Laguardia et Ryan, 2000, p. 282) L'essentiel est que le ressenti qui accompagne l'expérience soit majoritairement positif (Silveri, 2017).

La philosophie eudémoniste héritée d'Aristote renvoie à l'accomplissement de soi, au fait d'atteindre son « *daimon* », son « *vrai soi* » (Waterman, 1993). Il ne s'agit plus seulement de ressentir des émotions positives générées par une situation sur le moment mais également d'atteindre « *un fonctionnement psychologique optimal* » par la réalisation de soi (Waterman, 1993, p. 678).

De ces deux logiques ont émergé une multitude de travaux sur le bien-être, notamment en psychologie positive qui lui ont donné une place privilégiée dans l'étude des individus et de leurs comportements et ce depuis quelques décennies. Nous verrons ainsi que le bien-être mental est abordé à travers les notions de bien-être subjectif, psychologique ou émotionnel. Chacune renvoyant à des définitions différentes, parfois contradictoires (Abord de Chatillon et Richard, 2015) selon qu'elles embrassent une logique hédoniste ou eudémoniste (Deci et Ryan, 2001) et qu'elles s'attachent à aborder le bien-être par ces conditions, caractéristiques

ou conséquences (Bernard et Abord de Chatillon, 2018). Force est de constater que la difficulté réside dans la diversité de ses acceptions et de ses définitions. Comme l'enjeu de cette recherche doctorale porte sur des questions organisationnelles, nous allons aborder ici certaines de ces définitions afin de tenter d'en distinguer les contours et aborder plus spécifiquement le bien-être psychologique au travail.

1.1. Des conceptions hédonistes ou la recherche du plaisir

Diener (1984) a développé la notion de « **bien-être subjectif** » qu'il définit comme « *l'évaluation d'une personne de sa vie* » (Diener et al, 1998, p. 34) en fonction de ses réactions émotionnelles, ses humeurs, ou des jugements qu'il porte sur la satisfaction qu'il ressent de sa vie personnelle et professionnelle (Diener et al., 2003). Dans cette perspective, le bien-être subjectif est un construit multidimensionnel qui serait composé d'affects positifs, d'absence d'affects négatifs et d'un sentiment de satisfaction (Diener et al., 2003 ; Diener et al. 2017), chacun déterminé par plusieurs facettes qui s'influenceraient les unes les autres.

Le bien-être est alors compris comme une dimension de la santé et ne pourrait être évalué sans prise en compte de sa part subjective. Cette subjectivité rend impossible toute forme de généralisation quant aux éléments qui pourraient soutenir son développement. Éléments qui peuvent de plus, varier d'une culture à l'autre selon les buts qu'elles soutiennent et selon les circonstances de la vie (Diener et al., 1998 ; Diener et al. 2017).

Ces recherches s'inscrivent selon Diener dans une perspective cognitivo-comportementale, les choix faits par les individus tout au long leur vie et leurs expériences influençant leur bien-être subjectif à long-terme. Les individus apprennent des expériences qu'ils ont vécues, le bien-être subjectif est alors compris comme « *un produit de facteurs innés et de comportements et cognitions modifiables* » (Diener, 2017, p. 89).

Le concept de bien-être subjectif portant sur un bien-être général, il peut s'appliquer au cadre du travail. Aussi dans une perspective organisationnelle, Diener et al (2017), mettent en avant que « *le type de travail et son environnement peuvent être particulièrement importants pour le bien-être subjectif au travail* » (p. 90), et que certains facteurs organisationnels, tels que la

flexibilité ou les pratiques de leadership positif, identifiés comme soutien de son développement sont « *contrôlables* » (p. 90).

1.2. Les conceptions eudémonistes vers la réalisation de soi

Comme évoqué précédemment, les conceptions eudémonistes du bien-être se construisent autour de la notion de « réalisation de soi », « *avec pour but ultime d'atteindre le meilleur de soi* » (Ryff & Singer, 2008 in Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012), qui n'est pas selon Waterman (1993) une caractéristique nécessaire au bonheur et au bien-être hédoniste.

La définition du **bien-être psychologique** de Ryff et Keyes (1995) s'inscrit donc dans une perspective eudémoniste. Selon eux, le bien-être se construit autour de six dimensions :

- L'autonomie,
- Le contrôle de l'environnement,
- Le développement personnel,
- Les relations sociales positives,
- Le sens de la vie,
- L'acceptation de soi.

Dans la même lignée, se trouve la théorie de l'auto-détermination développée par Deci et Ryan (1985). Elle s'articule autour de trois besoins psychologiques fondamentaux que tout individu tendrait à satisfaire afin de se réaliser :

- Le besoin d'autonomie,
- Le besoin d'affiliation,
- Le besoin de compétence.

Ce qui importe ici n'est pas seulement le but à atteindre mais l'appropriation du but, des moyens, de sa réalisation et de la concordance avec la satisfaction d'un ou plusieurs de ces besoins. Laguardia et Ryan (2000) expliquent de plus que la réalisation d'un but allant à l'encontre d'un des besoins mettrait l'individu en difficulté quand le bien-être hédoniste valorise principalement l'atteinte du but.

Largement mobilisée pour aborder les déterminants de la motivation au travail (Deci et al., 1989 ; Gagné et Deci, 2005) la théorie de l'auto-détermination, sans distinction entre les vies

personnelle et professionnelle explique les « *conditions sous lesquelles le bien-être d'un individu est facilité au lieu d'être entravé* » (Laguardia et Ryan, 2000). Nous pouvons supposer en effet qu'un individu ayant satisfait ses besoins fondamentaux dans le cadre de sa vie privée ne soit pas pour autant heureux et épanoui si ces mêmes besoins restent insatisfaits dans le cadre de son travail. L'enjeu motivationnel sous-jacent de cette théorie la rend de plus tout à fait pertinente puisque Deci et Ryan (1985) distinguent les motivations intrinsèque (activité réalisée pour soi ou pour le plaisir) et extrinsèque (activité réalisée en vue d'obtention d'un gain ou de convenir à un tiers) lesquelles influencent tout à fait distinctement la réalisation du but à atteindre. « *Les conditions qui contribuent à l'autonomie, à la compétence et aux relations à autrui non seulement stimulent la motivation intrinsèque et les processus d'intégration, mais elles exercent un impact direct sur la santé physique et psychologique des personnes* » (Williams, Deci et Ryan, 1998, in Laguardia et Ryan, 2000)

Pour autant la difficulté réside en l'idée que cette théorie ne prédit pas sous quelle forme ou dans quelles conditions ces besoins doivent être satisfaits mais « *prédit plutôt que s'ils sont négligés, il y aura dans tous les contextes, un impact négatif sur la croissance, l'intégrité et le bien-être* » (Laguardia et Ryan, 2000, p. 286).

Comme nous l'avons vu assez brièvement, les contours du bien-être mental sont assez fluctuants, parfois nommé bien-être affectif, subjectif ou psychologique, et des définitions qui mêlent parfois des affects positifs et négatifs plutôt qu'uniquement positifs. Aussi, tandis que le concept de bien-être psychologique ou mental traduirait d'une trop large conceptualisation générant une forme de confusion, celui de bien-être au travail se révélerait assez peu théorisé dans ce contexte spécifique (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012). Malgré tout, plusieurs modèles et définitions ont été développés.

1.3. Des modèles spécifiques au travail

Warr (1990) amorce les contours de la psychologie positive en développant la notion de « **bien-être affectif** ». Autour des deux composantes que sont le plaisir et l'éveil, il développe un instrument de mesure du bien-être à partir d'états émotionnels positifs et négatifs ressentis par les individus. Conception dualiste du bien-être, la mesure se fait autour de 3 axes

principaux : « mécontentement / plaisir », « anxiété / confort » et « dépression / enthousiasme » et complétés par Daniels (2000) dans une perspective de **bien-être affectif au travail**. Deux axes sont ajoutés au trois existants : « fatigue / vigueur » et « colère / placidité » et la mesure ne se fait plus autour de 18 adjectifs mais de 30. Composé d'affects positifs et négatifs, il est identifié par Creusiet (2013) comme modèle portant sur la « santé au travail » plutôt que sur le « bien-être au travail ».

Danna et Griffin (1999) ont développé un modèle du **bien-être** qui prend en compte la perméabilité entre vie privée et vie professionnelle. Porosité qu'ils expliquent par un système interrelationnel. Leur modèle est en effet construit autour de l'idée que les antécédents autant que les conséquences, bien que d'ordre différent, ne peuvent être dissociés pour évaluer justement le bien-être ou la santé au travail. La santé au travail est ici une sous-dimension du bien-être. Se trouvent ainsi dans les antécédents, le contexte de travail, les traits de personnalité et le stress organisationnel ; les conséquences sont à la fois d'ordre individuel (aux niveaux physique, psychologique et émotionnel) et organisationnel (coût d'une assurance maladie, productivité, absentéisme...).

Dans la même lignée, le modèle heuristique de Cotton et Hart (2003) développe la notion de **santé organisationnelle**. Dans ce système interrelationnel se croisent les caractéristiques individuelles et organisationnelles, le bien-être au travail des employés et la performance de l'organisation, chacun s'influçant potentiellement. Le bien-être au travail est alors défini comme « *une combinaison de moral, de détresse et de satisfaction au travail* » (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012, p. 67).

Dans une perspective salutogénique, Abord de Chatillon et Richard (2015) offrent un cadre d'analyse plus adapté aux pratiques gestionnaires visant le bien-être au travail et la qualité de vie au travail. Ce modèle qui allie les logiques hédoniste et eudémoniste porte sur les conditions du bien-être au travail que sont : le Sens, le Lien, l'Activité et le Confort (SLAC). Le sens et l'activité, qualifiés de « *facteurs intrinsèques du bien-être au travail* », sont par nature subjectif tandis que le lien et le confort, « *deux dimensions plus sociales et objectives* » peuvent être considérer « *comme des facteurs d'hygiène* » (Abord de Chatillon et Richard, 2015, p. 58). Il est ici question de mettre en avant la nécessité d'une approche salutogénique dont l'enjeu n'est pas seulement de réduire la souffrance mais de promouvoir la santé au travail.

Conclusion

Nous avons vu la difficulté de définir le bien-être au travail. Selon la logique hédonique ou eudémoniste qui le sous-tend, l'objet du bien-être portera sur des enjeux très divers. Cette recherche doctorale portant sur la santé au travail il nous a semblé nécessaire d'aborder le bien-être au travail. En effet la question ici n'est pas seulement de savoir comment le définir mais aussi et surtout quelle place lui offrir au sein d'un modèle de santé au travail. Nous allons maintenant aborder les principaux modèles du stress et de l'épuisement professionnels afin de situer notre étude au sein des multiples recherches et approches de la santé au travail.

2. Les différents modèles du stress et de l'épuisement professionnels

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la santé au travail est souvent abordée par son penchant négatif, qu'il s'agisse du stress ou de l'épuisement professionnel. Bien que ce travail doctoral s'inscrive dans une perspective salutogénique, il nous semble important d'évoquer également ces approches pour tendre vers une approche globale bien que non exhaustive. Le stress fait en effet partie des manifestations des RPS. Signe de difficultés, d'inconfort voire de détresse au travail, il peut en cas d'exposition prolongée conduire à l'épuisement professionnel. Il est alors intéressant d'en comprendre les mécanismes pour tendre vers des solutions, qui seraient, à l'idéal, préventives plutôt que curatives.

Nous aborderons dans un premier temps les principaux modèles du stress puis dans un deuxième temps deux modèles de l'épuisement professionnel.

2.1 Le stress professionnel

Il existe une multitude de définitions du stress, aucune ne fait l'unanimité parmi les chercheurs, mais certaines se sont démarquées au cours du temps. Nous allons en aborder quelques-unes ici.

2.1.1 Aux fondements : les modèles de conception biologiste ou physiologiste

Les premières définitions datent du début du siècle dernier bien que le terme « stress » ne soit pas encore usité. Le physiologiste Cannon (1932) l'a dans un 1^{er} temps étudié à travers les sensations qu'il pouvait produire sur l'être humain (la sensation de froid, les difficultés à respirer et autres symptômes physiques à l'œuvre en cas de stress). Il l'a donc étudié à travers les effets sur le système biologique des individus dont le corps réagit à la situation stressante, l'individu tentant de s'adapter. Il est alors question d'approche biologiste. Cette conception étendue par Selye, considéré comme le père fondateur des recherches sur le sujet avec la théorie : « *Syndrome Général d'Adaptation* », (1956) fait état du stress comme une réponse physiologique du corps à une situation qui met l'individu en difficulté.

Ses recherches sur le sujet ont débuté pendant ses études de médecine, avec le constat que tous les patients auscultés avaient en commun « *un air malade* » du fait du « stress » (non encore désigné par ce terme, nous y reviendrons un peu plus loin) généré par la maladie sur le corps. Selye écrit que « *le stress est un trait commun à toutes les activités biologiques* » (1956, p. 334). Interpellé par ce constat il s'attache par la suite à étudier le stress le plus finement possible à travers toutes ses manifestations sur le corps humain. Aussi la finesse d'analyse de Selye des phénomènes physiologiques à l'œuvre en cas de stress est-elle remarquable même si les recherches actuelles font état de bien d'autres phénomènes.

Il développera ainsi ce qu'il nommera le « *syndrome général d'adaptation* » dont il identifie trois phases dans le processus de stress : la réaction d'alarme, la phase de résistance puis la phase d'épuisement.

La **réaction d'alarme** est une phase d'exposition du corps à une agression diverse. Le corps réagit, un enchaînement de phénomènes physiologiques se met à l'œuvre avec notamment une réaction hormonale. S'en suit la **phase de résistance** pendant laquelle « *l'action inverse se produit : le cortex accumule en abondance des granules de sécrétion.* » (Selye, 1956, p.54) A ce moment-là l'individu tente de résister à cette modification interne. Si la situation stressante persiste, arrive alors la **phase d'épuisement**, les bénéfices de la phase de résistance sont perdus. Dans cette conception de Selye les ressources mobilisées par l'individu sont

uniquement hormonales, une réponse du corps à une situation, dans laquelle « *ce dernier est passif dans la mesure où la réaction est automatique* » (Clot et Gollac, 2014, p. 19).

Nous sommes ici dans un schéma de stimuli-réponses, Selye s'arrêtant uniquement sur la « réponse ». Même s'il est clair aujourd'hui que le stress induit des réactions physiologiques, son analyse ne peut se résumer à cette dimension bien trop réductrice. Pour autant comme l'écrivent Lassagne et al., « *les conceptions psychologiques du stress ne remettent pas fondamentalement en cause le modèle physiologique ; elles contribuent plutôt à l'enrichir pour rendre compte de la complexité du phénomène* » (2012, p. 11).

Le stress était donc considéré à l'origine comme un phénomène biologique et étudié essentiellement par des médecins, physiologiste ou biologiste. Cette approche aujourd'hui reléguée au second plan a laissé place à une analyse psychosociale. Le stress est alors abordé de manière plus globale en considérant d'autres variables qui l'animent (la perception de l'individu, le contexte, l'environnement...) dans ses dimensions psychologique et sociale.

2.1.2 Le modèle demande-contrôle de Karasek

Ont ainsi émergé des modèles dits interactionnistes dans les années 70. Le stress est alors étudié comme un phénomène qui prend forme lorsqu'il y a divergence entre les exigences de l'environnement et l'individu. L'angle d'approche n'est plus le système biologique de l'individu mais la situation dans laquelle il se trouve. L'enjeu n'est pas de considérer comment le corps réagit ou s'adapte mais d'identifier les « *situations qui constituent un risque* » (Lassagne et al., 2012, p. 12), l'idée étant alors que « *la réaction dépend de l'adéquation individu-milieu* » (Clot et Gollac, 2014, p. 19).

Un des modèles interactionnistes portant sur le stress au travail les plus mobilisés est celui de Karasek (1979). Selon lui, une situation de travail est stressante lorsque l'individu doit faire face à des demandes avec des exigences élevées tout en disposant d'une autonomie très faible dans l'accomplissement de ces tâches. Le modèle comporte ainsi 2 dimensions : la demande et le contrôle.

Les **demandes psychologiques** jouant potentiellement le rôle de stresser recouvrent la charge de travail, sa complexité et les contraintes de temps ressenties par le salarié.

Le **contrôle** (appelé également **latitude décisionnelle**) quant à lui peut jouer le rôle de modérateur. Il représente la capacité de l'individu à répondre aux exigences. Cette dimension recouvre l'autonomie (dans la réalisation des tâches), la participation aux décisions et la mobilisation de ses compétences. Il représente la possibilité pour l'individu de choisir comment il veut réaliser les tâches qui lui sont imparties ainsi que le rythme de réalisation.

En d'autres termes, ce modèle confronte la capacité d'action et de contrôle de l'individu sur son travail. Et c'est bien de l'interaction et d'une inadéquation entre les demandes et la latitude décisionnelle de l'individu que naît le stress. L'enjeu du modèle est alors de mettre au jour une typologie de situations de travail (numérotées dans la figure ci-dessous) et de pointer celles qui s'accompagneraient de tensions psychologiques plus ou moins élevées.

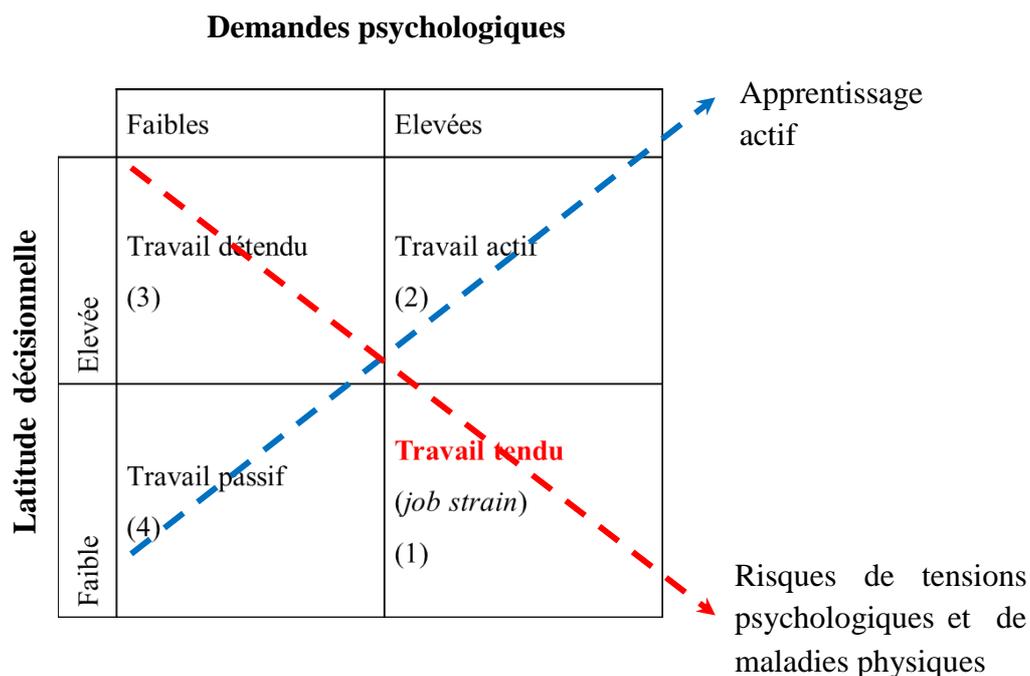


Figure 2: Modèle demandes-contrôle de Karasek

Dans le cas 1 « travail tendu », les demandes psychologiques sont élevées et la latitude décisionnelle est faible. C'est dans ce cas précis que le salarié sera le plus en tension et encourra le plus de risques pour sa santé.

Dans le cas 2 « travail actif », les demandes sont également élevées mais la latitude décisionnelle l'est également ce qui permet selon Karasek de compenser l'effet négatif des demandes psychologiques élevées et engendrer une forme d'« apprentissage actif ». Représentée par la flèche ascendante, cette configuration permettrait alors de développer les compétences et une forme de créativité stimulante.

Dans le cas 3 « travail détendu », les demandes psychologiques sont faibles et la latitude décisionnelle élevée. Le travailleur ne subit donc pas de pression pour la réalisation de ses tâches.

Dans le cas 4 « travail passif », les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle sont faibles. L'individu n'est pas stimulé par son travail, risque de se démotiver et se désengager.

Le modèle repose donc sur le fait que le stress survient lorsque l'individu a une charge trop importante de travail accompagnée d'une trop faible autonomie dans sa réalisation. Les deux flèches qui parcourent le modèle en diagonale mettent en avant les conséquences des différentes configurations évoquées.

Il est intéressant ici de retenir le caractère primordial attribué aux situations de travail à risques afin d'envisager des actions préventives. En 1990, le soutien social est intégré dans le modèle comme troisième dimension par Karasek et Theorell. Il permettrait de nuancer les déséquilibres causant les situations de travail difficiles. De ce modèle un questionnaire a été conçu par Karasek : le *Job Content Questionnaire*. Encore mobilisé par des acteurs de terrain, il est aujourd'hui moins utilisé qu'il ne l'était.

Plusieurs limites ont été opposées à ce modèle et son outil de mesure :

- Il manque une dimension psychologique et individuelle qui ne peut être négligée. Nous pouvons en effet supposer qu'un individu pourrait se sentir stressé avec une trop grande latitude décisionnelle et des demandes psychologiques élevées (cas 2) quand un autre en apprécierait les conditions. Remarque valable pour d'autres cas, le quatrième par exemple. Nous pourrions en effet supposer que le désengagement et la démotivation peuvent être sources de stress pour certains individus alors qu'à la lecture du modèle ce n'est pas le cas.

- Le JCQ mesure l'exposition aux facteurs de risques des situations de travail plus que le stress lui-même (Allard-Poesi et Hollet-Haudebert, 2012). Plusieurs dimensions ne sont pas du tout prises en compte, l'accent est mis sur les conditions de travail qui ne représentent pourtant qu'un facteur parmi d'autres. Les dimensions personnelle et cognitive par exemple en sont totalement absentes.

Vont alors se développer les modèles dits transactionnels qui, au-delà de l'interaction (la transaction est une forme d'interaction), vont prendre en considération les enjeux individuels et cognitifs. Contrairement aux modèles interactionnistes centré sur les situations de travail à risques, les modèles transactionnels se centrent sur la perception qu'ont les individus des situations stressantes. Nous nous arrêterons ici sur les modèles « déséquilibre effort-récompense » développé par Siegrist et « cognitif » développé par Lazarus et Folkman.

2.1.3 Le modèle « déséquilibre effort-récompense » de Siegrist

Siegrist (1996) définit le stress comme la conséquence d'un déséquilibre entre coûts élevés et gains faibles. Autrement dit, un individu ressent du stress lorsqu'il considère que les récompenses qu'il reçoit ne correspondent pas aux efforts qu'il fournit dans l'accomplissement de son travail. Dans son analyse, Siegrist (1996) met en avant la nécessité de considérer trois types d'informations pour expliciter le concept : des informations sociologiques (pour décrire milieu et environnement de travail), psychologiques (pour décrire les caractéristiques personnelles, compétences et stratégies d'adaptation de l'individu) et biologiques (pour décrire les conséquences immédiates ou à long-terme sur la santé). Un instrument de mesure a été construit sur la base de cet ancrage théorique, le « Effort-Reward-Imbalance ».

Ce modèle repose sur la notion de réciprocité entre l'individu et la société. La vie professionnelle a alors à la fois une fonction d'autorégulation (sur l'estime de soi notamment) et une fonction sociale (Guillet, 2012). Elle offre une place aux individus au sein de la société dans laquelle ils vivent. En conséquence, les individus attendent une rétribution à la contribution qu'ils consentent à offrir, qui passe par leur travail. Les déséquilibres qu'ils

peuvent alors percevoir entre leur investissement et de faibles reconnaissances ou récompenses vont éprouver les représentations qu'ils peuvent avoir de cette fonction sociale, de leur rôle, générer un sentiment d'injustice et du stress.

Les efforts peuvent être de deux dimensions : intrinsèques et extrinsèques. Les premiers correspondent à la motivation personnelle des individus à exercer ce travail. Les seconds correspondent aux exigences et demandes liées au travail. Les récompenses peuvent être de trois types : financières, personnelles (reconnaissance et développement de l'estime de soi) et statutaires (promotion, sécurité).

Dans la même lignée que le modèle de Karasek, il éprouve également la pression du travail sur les individus et le contrôle joue également un rôle médiateur significatif. Siegrist ajoute de plus une dimension liée à la personnalité absente du modèle de Karasek (Guillet, 2012).

- Mais la notion de réciprocité bien qu'intéressante puisqu'elle permet d'interroger la fonction du travail sur l'homme et sa santé, ne permet pas de rendre compte de toutes les dimensions que recouvrent le stress et de tous les mécanismes qui le sous-tendent (Carrier-Vernhet, 2012).
- Du fait de son niveau de généralité, comme le modèle de Karasek, le modèle Effort-récompenses a essentiellement une visée de diagnostic et n'offre pas directement la possibilité d'aborder le stress de manière préventive (Hellemans et Van de Leemput, 2012).

2.1.4 Le modèle cognitif de Lazarus et Folkman

Lazarus et Folkman (1984) ont développé un modèle transactionnel centré sur l'individu. Le stress est alors compris comme une « *transaction particulière entre un individu et une situation que l'individu évalue comme difficile à surmonter ou excédant ses ressources au point de mettre son bien-être en péril* » (1984, p. 19). Le stress est alors compris comme un processus issu des *transactions* entre l'individu et son environnement. Une transaction entre individu et environnement représente « *l'ensemble des processus (perceptifs, cognitifs,*

émotionnels, comportementaux) par lesquels un sujet placé dans une situation aversive, tente de la modifier et/ou de se modifier lui-même » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ce qui importe ici c'est la réaction de l'individu face aux situations et demandes de son environnement, leurs effets et les processus adaptatifs qui en découlent.

Ce processus est composé de trois phases d'évaluations :

- **L'évaluation primaire** ou « **stress perçu** » consiste donc pour l'individu à percevoir un stress et évaluer ce qui caractérise la situation : gravité, contrôlabilité, ambiguïté, durée, conséquences... (Bruchon-Schweitzer, 2002), est-ce une perte, une menace ou un défi ?
- **L'évaluation secondaire** ou « **maîtrise perçue** » consiste à évaluer les ressources dont il dispose et estimer « *sa capacité à maîtriser la situation* » (Bruchon-Schweitzer, 2002).
- A lieu ensuite la phase de **réévaluation** conditionnée par le sentiment de maîtrise de l'individu sur la situation et le stress perçu. En effet, le choix de la stratégie de coping est déterminé selon le décalage, ou écart estimé entre les deux phases précédentes (Guillet, 2012). Et cette comparaison « *dépend de la façon de faire face envisagée par l'individu* » (Clot et Gollac, 2014, p. 20).

Les stratégies de coping⁹, qu'on appelle aussi stratégie d'ajustements ou d'adaptation sont des stratégies cognitives et comportementales qui servent à maîtriser, réduire ou supporter les conflits internes ou externes (Carrier-Vernhet, 2012). Selon l'évaluation que fera l'individu de la comparaison entre la situation et ses ressources, il choisira soit une stratégie d'adaptation centrée sur le problème dont le but sera de gérer la situation en supprimant la menace, soit une stratégie d'adaptation centrée sur les émotions dont l'enjeu sera la régulation émotionnelle (Lazarus et Folkman, 1980) afin de maîtriser son état intérieur. Le modèle de Lazarus et Folkman peut être schématisé comme suit :

⁹ Du verbe to cope : faire face

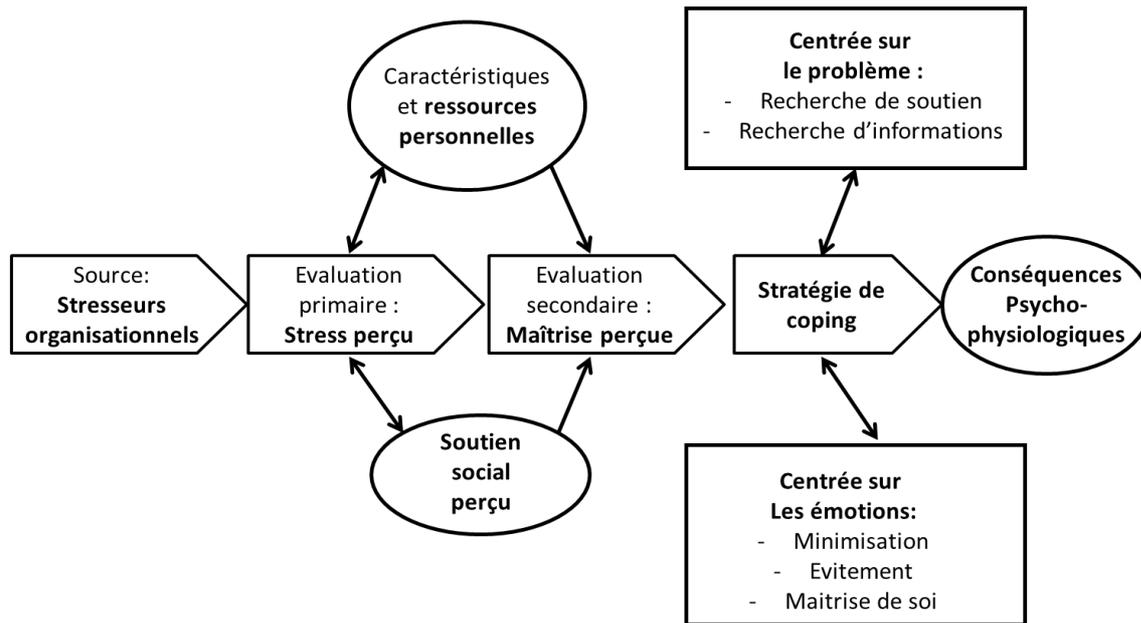


Figure 3: Schématisation du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman inspiré de Poirel et Yvon (2011)

L'individualité dans l'étude du stress commence à émerger puisque « *la même situation peut être vue comme menaçante par certains et comme neutre ou favorable par d'autres* » (Clot et Gollac, 2014, p. 20). Cette dimension individuelle prend sens avec le caractère subjectif de l'évaluation du processus. Chacune des phases prend forme dépendamment des caractéristiques de l'individu. Ce qui est en jeu ici, c'est la transaction entre l'individu et la situation, comment l'individu fait face, évalue la situation, quelle stratégie de coping il mobilise (Hellermans et Van de Leemput, 2012) et quelle est sa capacité à y répondre. L'enjeu n'est pas de mesurer le stress mais plutôt la capacité de l'individu à y répondre. Il ne s'agit pas d'évaluer les caractéristiques de l'environnement ou de l'individu mais de considérer les stratégies de coping comme « des processus impliquant des actions réciproques » entre les deux (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 70).

Bien que répondant ici aux lacunes des modèles dits interactionnistes centrés sur les situations de travail, le caractère subjectif de l'évaluation du stress du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman lui a été reproché pour plusieurs raisons :

- Trop centré sur l'individu, sa perception et l'évaluation qu'il fait d'une situation, l'organisation et les conditions de travail sont peu mises en causes dans l'évaluation d'une situation stressante alors même qu'il existe des situations objectivement

stressantes dont l'enjeu n'est pas simplement d'en changer la perception (Hobfoll et al, 2018) mais bien les caractéristiques.

- L'évaluation personnelle étant le seul indicateur, il dépossède les individus d'une capacité proactive et prédictive, obligeant à attendre que la situation stressante se soit produite pour l'évaluer (Hobfoll, 2001 ; Hobfoll et al., 2018).
- L'approche de Lazarus et Folkman permet en ce sens d'accompagner un individu particulier dans la gestion de son stress ou de poser un diagnostic quant à sa manière de l'appréhender (Hellemans et Van de Leemput, 2012). En revanche cette approche individuelle et subjective du stress rend le modèle peu pertinent à l'échelle organisationnelle.

Conclusion

Nous avons vu ici plusieurs modèles du stress. Centrés sur l'environnement et la situation ou l'individu, nous pouvons constater qu'ils permettent de comprendre les conditions du mal-être. Nous allons maintenant nous arrêter sur deux modèles du burnout. Conséquence d'une exposition prolongée au stress, le burnout est un état d'épuisement profond, « à la fois physique, émotionnel et cognitif » (Hobfoll et Shirom, 1993).

2.2 L'épuisement professionnel

Peut-être moins que les notions précédentes, le burnout souffre malgré tout également de l'absence d'une « *définition opérante, convaincante et consensuelle* » (Zawieja et Guarnieri, 2013, p. 12). Freudenberger, psychanalyste new-yorkais a été le premier à proposer une conceptualisation du burnout dans les années 70. Il existe plusieurs approches majeures, nous allons nous arrêter sur deux d'entre elles : le Maslach-Burnout-Inventory (MBI) développé par Maslach (puis d'autres auteurs), et le Shirom Melamed Burnout Measure développé par Shirom et Melamed.

2.2.1 L'approche de Christina Maslach (MBI)

Chercheuses en psychologie Christina Maslach et Susan Jackson ont dans un premier temps associé le burnout à une caractéristique du métier exercé : le fait d'être en contact avec d'autres personnes dans une relation d'aide. Le burnout est alors défini comme « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus qui travaillent auprès d'autrui* » (Maslach et Jackson, 1986, p. 1).

Il est caractérisé par 3 dimensions :

L'**épuiement émotionnel** (« *emotional exhaustion* ») désigne le fait de ne plus être en capacité de se ressourcer, « *vidés, exténués et incapables de se détendre et de récupérer* » (Maslach et Leiter, 2011, [1997] p. 43), l'individu ne peut plus répondre aux exigences de son travail. Cet épuiement se manifeste par des troubles du sommeil, de l'attention, du stress, de la fatigue chronique... Toute tâche, action, rencontre devient difficile voire insurmontable. « *L'épuisement est la première réaction au stress d'un métier qui exige beaucoup de vous ou à un changement majeur* » (Maslach et Leiter, 2011, [1997] p. 43).

Nommée parfois **dépersonnalisation** (« *depersonalization* »), cynisme ou déshumanisation, cette deuxième dimension « *caractérise le versant interpersonnel du syndrome du burnout* » (Safy, 2011, p. 65). Il se traduit par de la distance envers le travail et l'entourage et la difficulté de trouver du sens. L'individu adopte une attitude d'indifférence et de désengagement qui lui donne la sensation de prévenir une forme de risque. « *Je m'implique moins, comme cela, si ça se passe mal, ce sera moins difficile à vivre.* » En ce sens, le cynisme « *est une tentative pour se protéger de l'épuisement et de la déception* » ((Maslach et Leiter, 2011, [1997] p. 43) mais se révèle négatif pour l'individu.

La dernière dimension désigne la perte de **l'accomplissement personnel** (« *personal accomplishment* »). Elle est parfois désignée par le terme d'inefficacité et renvoie à l'impossibilité pour l'individu d'éprouver un sentiment de réussite professionnelle. L'individu perçoit négativement ce qu'il fait et ce qu'il produit avec pour conséquence une perte d'estime de lui-même, de ses capacités et compétences.

Etendu ensuite à d'autres professions par Maslach et Leiter (1997) avec le MBI-GS, le burnout est alors compris comme « *l'indice d'une séparation entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il révèle une usure des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine. C'est une maladie qui se propage graduellement et de façon continue au fil du temps, entraînant les individus dans une spirale descendante dont il est difficile de sortir* » (Maslach et Leiter, 2011, [1997], p 42).

Un des points essentiels développés par Maslach et Leiter (1997), c'est la nécessité de prendre en considération le burnout comme une conséquence de dysfonctionnements organisationnels et non comme un trouble ou une « *défaillance* » personnels. « *Il ne s'agit pas d'un défaut de caractère ni d'un syndrome clinique. C'est un problème professionnel* » (Maslach et Leiter, 2011, [1997] p. 66). Même si aujourd'hui il est reconnu qu'il y a une dimension personnelle dans les manifestations et les sources du burnout, le lien causal entre type de personnalité et stress n'a pas abouti (Brasseur, 2008). En ce sens, le burnout comme le stress ne peuvent être abordés sans prise en compte du contexte professionnel. « *Même si c'est l'individu qui fait l'expérience du burnout, c'est la situation professionnelle qui en est la cause première* » (Maslach et Leiter, 2011, [1997], p. 71).

Maslach et Jackson (1981) ont développé le Maslach-Burnout-Inventory (MBI), un outil de mesure du burnout. Comportant 22 items avec 6 degrés de réponse, le MBI mesure les trois dimensions qui caractérisent le burnout. Il est l'instrument le plus mobilisé dans les recherches sur le burnout.

Pour autant, plusieurs limites lui ont été opposées :

- La tridimensionnalité du concept semble difficile à confirmer par la mesure de l'échelle. En effet celle-ci étant construite dans le but de mesurer uniquement et spécifiquement ces trois dimensions, elle ne pourra pas mesurer d'autres aspects du burnout qui pourraient être en jeu (Loriol, 2003). Aussi sa construction et l'adhésion générale de cet instrument de mesure a ainsi eu pour conséquence d'en limiter la conceptualisation (Sassi et Neveu, 2010).
- Le non-accomplissement personnel se révèle également faiblement corrélé aux deux autres dimensions (Bakker, Demerroui et Verbeke, 2004 ; Sassi et Neveu, 2010). Il semble alors peu cohérent de le considérer comme une dimension centrale du burnout.

- Shirom (2005) soulève la question du choix de ces trois dimensions plutôt que d'autres et avance que la dépersonnalisation tiendrait bien plus d'une stratégie de *coping* plutôt qu'une dimension constitutive. Elle serait en ce sens l'expression d'une conséquence du vécu du burnout.

Le MBI semble alors souffrir d'une confusion entre manifestations, conséquences et antécédents du burnout et d'un déficit conceptuel. Les liens entre les trois dimensions se révèlent par ailleurs peu clairs. Aux vues de ces limites, Demerouti et al. (2001) puis Bakker et al. (2003) ont développé un modèle Exigences-Ressources mesuré avec l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).

2.2.2 Le modèle Exigences-ressources et l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

Le modèle Exigences Ressources a été développé par Demerouti et al (2001) puis repris par Bakker et al. (2003). Dans la lignée de la théorie COR (notamment par sa dimension motivationnelle et l'intégration des ressources), et du modèle de Karasek (le modèle est également construit autour des exigences de l'environnement), les auteurs considèrent que les exigences élevées peuvent entraîner de la tension au travail avec des atteintes à la santé, notamment si l'individu n'est plus à même de compenser ces demandes avec des ressources. Construit autour de deux dimensions : l'épuisement et le désengagement, le modèle a été éprouvé avec l'instrument de mesure OLBI qui mesure ces mêmes dimensions.

Les exigences et les ressources représentent deux catégories de facteurs de risques de l'activité de travail. Les premières recouvrent les aspects physiques, sociaux, organisationnels du travail requérant un effort physique ou mental accompagné d'un coût physiologique et psychologique que les auteurs désignent également comme *stresseurs* (Demerouti et al, 2001). Il peut s'agir de caractéristiques propres au métier exercé ou de conditions de travail difficiles. Les exigences ne sont pas négatives en elles-mêmes mais peuvent le devenir.

Les secondes représentent les « facteurs protecteurs de la santé » (Demerouti et al., 2001). Elles recouvrent également des aspects physiques, sociaux et organisationnels mais également psychologiques du travail. Elles permettent de « (a) soutenir les objectifs professionnels ; (b)

réduire les exigences du travail et les coûts physiologique et psychologique qui peuvent leur être associés ; (c) stimuler le développement personnel et l'apprentissage » (Demerouti et al., 2001, p. 501). Elles sont internes (schémas cognitifs et comportementaux) ou externes (organisationnelles ou sociales). Dans l'étude de 2001, Demerouti et al précisent qu'ils ne s'attachent à aborder que les ressources externes qui désignent par exemple le soutien des collègues ou supérieurs hiérarchiques, la sécurité de l'emploi, l'autonomie, la reconnaissance ou encore le soutien au développement des compétences (liste non exhaustive).

Le burnout résulterait alors de la rencontre de deux processus qui amèneraient l'individu à l'épuisement et au désengagement. Le modèle peut être schématisé comme suit :

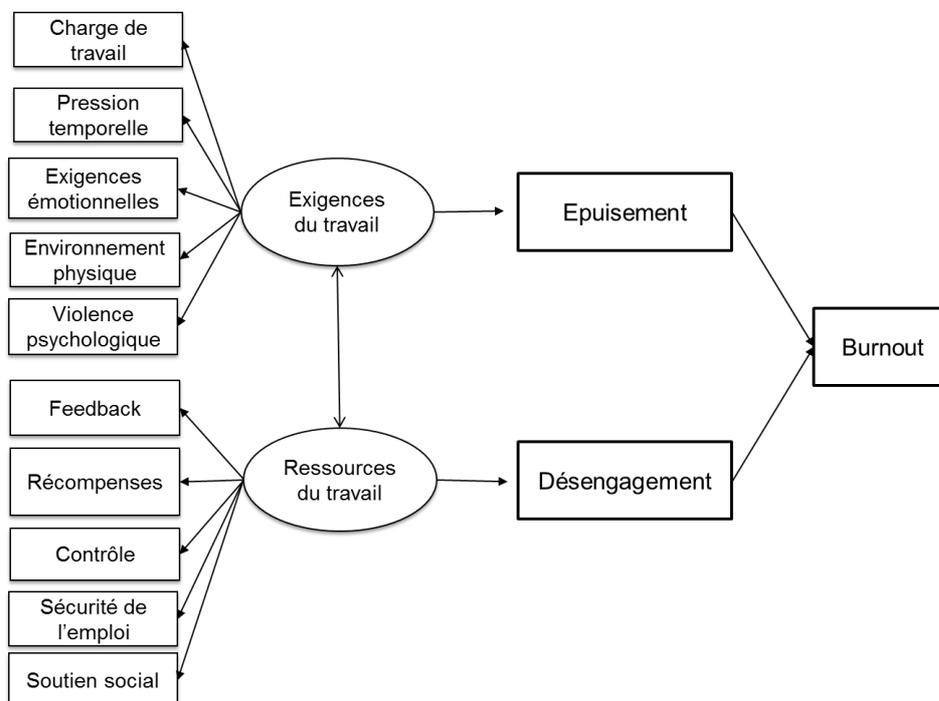


Figure 4: Schématisation du modèle Exigences-Ressources inspirée de Demerouti et al. 2001

C'est l'influence mutuelle des exigences et des ressources qui va générer l'épuisement et le désengagement. Et c'est de l'accumulation de ces deux symptômes que naît le burnout. L'épuisement serait dû à une accumulation d'exigences trop élevées qui provoquerait de la fatigue puis de l'épuisement. Le désengagement serait une conséquence du manque de ressources qui influencerait négativement l'implication provoquant une attitude de retrait qui conduit au désengagement (Demerouti et al., 2001).

Il y aurait donc deux processus à l'œuvre, un focalisé sur les tensions du travail (exigences et demandes du travail) et un autre qui serait d'ordre motivationnel (abondance ou manque de ressources) (Bakker et al., 2003 ; Halbesleben et Buckley, 2004 ; Edey-Gamassou, 2017).

- Pour autant la dimension du désengagement assimilée à celle de dépersonnalisation reçoit la même critique que le MBI. Shirom et Melamed (2006) mettent en effet en avant que le désengagement serait une conséquence du burnout, voire une stratégie de coping et non une dimension constitutive.

Shirom et Melamed (2006) ont ainsi développé un nouvel instrument de mesure du burnout que nous allons aborder dans la partie suivante : le Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM).

2.2.3 Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM)

Construit à partir de la théorie de la conservation des ressources, le SMBM propose également une échelle tridimensionnelle qui comporte :

- La fatigue physique,
- l'épuisement émotionnel,
- la lassitude cognitive.

L'épuisement professionnel est alors défini comme :

« Un épuisement physique, émotionnel et cognitif résultant d'une diminution continue des ressources énergétiques des individus suite à une exposition prolongée à un stress professionnel » (Shirom et Melamed, 2006, p. 179).

Cette définition et le choix des trois dimensions mentionnées ci-dessus sont explicités par le choix d'un ancrage théorique spécifique avec la théorie COR. Le stress va prendre forme en réaction à une menace de perte, une perte effective ou un gain peu significatif compte tenu d'un

investissement qui l'aurait précédé. Hobfoll (1989, 2001) explique que pour pallier ces atteintes, les individus vont développer des stratégies et investir des ressources énergétiques. Shirom et Melamed (2006) font alors le choix de n'inclure que les ressources énergétiques à leur conceptualisation du burnout. Deux raisons principales justifient ce parti : d'une part, le caractère interrelationnel des différentes formes de ressources permet d'explorer le burnout dans toutes ces dimensions, d'autre part, une approche par les ressources, notamment énergétiques permet d'offrir une cohérence des différents aspects mesurer et d'éviter les confusions entre antécédents et conséquences (Shirom et Melamed, 2006).

Comme nous l'aborderons plus en détail dans la partie suivante la théorie COR est, au-delà d'une modélisation spécifique du stress une théorie motivationnelle. Elle est en effet construite autour du postulat que les individus cherchent avant tout à vivre des situations qui leur sont favorables et qui leur permettent de développer et préserver leurs ressources. C'est alors de l'exposition récurrente à un stress professionnel que l'individu va subir des atteintes et des pertes de ressources. Et de cette exposition prolongée et du caractère récurrent des pertes va découler l'épuisement physique, émotionnel et cognitif qui caractérise le burnout (Hobfoll et Shirom, 1993 ; Shirom et Melamed, 2006).

La lassitude cognitive marque une forme d'originalité dans cette conceptualisation du burnout (Zawieja et Guarnieri, 2013). En effet, elle représente les difficultés de concentration et de mobilisation des capacités intellectuelles d'un individu (Shirom et Melamed, 2006 ; Sassi et Neveu, 2010), dimension qui n'a jamais été intégrée précédemment dans les mesures du burnout et qui pourtant fait partie intégrante du vécu qui l'accompagne. Cette conceptualisation permet en conséquence de distinguer le burnout de ces antécédents et conséquences et confirme l'intérêt d'une approche par les ressources tant dans l'évaluation du stress professionnel que du burnout.

Synthèse du chapitre 1

Les différents modèles du stress sont majoritairement classés suivant la distinction interactionniste/transactionnel. Les modèles interactionnistes mettraient l'accent sur les situations et l'environnement de travail tandis que les modèles transactionnels mettraient eux l'accent sur l'individu et sa capacité à faire face à une situation. Cette classification nous semble souffrir d'une limite majeure, du fait notamment qu'elle est peu discriminante (Althaus et al., 2014). En ce sens un modèle du stress pourrait faire partie des deux catégories, comme c'est le cas de la théorie Effort-récompenses de Siegrist qui est selon les auteurs classée comme modèle interactionniste ou transactionnel. La prise en compte de l'environnement de travail n'est en effet, pas nécessairement exclusive de la prise en compte de la perception de l'individu d'une situation (Althaus et al., 2014)..

Trop souvent perçu et abordé par les organisations, les individus et les politiques comme un problème individuel, le burnout se résume parfois à la « *défaillance personnelle* » d'un individu particulier (Maslach et Leiter, 2011, [1997] p. 66). Restons vigilant sur ce point, les manifestations du burnout que ce soit en terme de comportements (retrait, agressivité, indifférence...) ou d'émotions (colère, frustration, tristesse...) sont en effet de nature personnelle mais ses sources si elles peuvent être personnelles sont aussi professionnelles.

Il nous semble également que les modèles du stress et du burnout que nous avons abordés ici ne permettent pas de dépasser l'explicitation des conditions et manifestations du stress, de la souffrance et du burnout. En ce sens, ils permettent le diagnostic mais plus difficilement d'y répondre. Nous considérons la santé au travail comme un phénomène plus dynamique et plus créatif, que l'approche par les ressources permet d'explorer.

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

1. Pourquoi le choix d'une approche par les ressources ?

Hobfoll pointe une « défaillance » des cadres conceptuels du stress, tenant selon lui de l'impossibilité de confronter les modèles établis à la réalité. Les modèles transactionnels se révèlent trop centrés sur la personne et ses caractéristiques individuelles tandis que les modèles interactionnistes le sont trop sur les situations et l'environnement.

Selon le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman l'évaluation est propre à chaque individu alors qu'elle serait selon Hobfoll (2001) issue de sa culture et des représentations sociales qui la composent. Elle mériterait en conséquence d'être étudiée selon le contexte socio-culturel dans lequel la situation a pris forme. Les modèles dits interactionnistes quant à eux se révèlent réducteurs en ce qu'il place l'individu dans une position où il subit la situation : l'individu évalue la situation, adapte son comportement, choisit une stratégie d'ajustement en fonction de la situation puis *réagit*. Hobfoll avance que les individus sont capables de plus de proactivité (selon leur état, nous développerons ce point un peu plus loin) et donc d'être plus à même d'*agir* en amont.

Le stress semble donc avoir été envisagé soit comme un phénomène interne (mental) soit comme un phénomène externe (environnemental). Les approches basées sur les ressources révèlent leur intérêt car elles permettent d'éviter cette distinction entre les théories centrées sur l'individu et celles centrées sur l'environnement pour aborder le phénomène comme un processus interrelationnel entre un individu et son environnement.

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

« Les théories du stress basées sur les ressources sont pertinentes parce qu'elles suggèrent que l'ajustement entre les ressources personnelle, sociale, économique et environnementale et les demandes externes détermine la direction des réponses du stress et ce qui en découle. » (Hobfoll, 2001, p. 339)

La perspective dite transactionnelle en partant du postulat que les appréciations sont individuelles fait de l'évaluation personnelle l'indicateur principal. Ceci contraint à « attendre » que le stress survienne pour que l'individu réagisse et nécessite de « revenir » à l'individu pour son évaluation (Hobfoll et al., 2018). Ceci se révèle assez limitant et prive l'individu d'une « *force prédictive* » (Hobfoll, 2001, p. 340), laissant de plus peu de place à une analyse collective ou organisationnelle. Un écueil que la théorie COR permet d'éviter. Hobfoll tend à démontrer « *au contraire à quel point les appréciations font partie intégrante d'un contexte social dans lequel les individus se trouvent, les aspects individuels [étant] secondaires d'une part aux processus automatiques biologiques et surappris et d'autre part aux processus socio-culturels* » (2001, p. 341). Selon cette approche l'évaluation individuelle est donc bien secondaire par rapport à la nécessité de répondre au besoin d'acquérir les ressources qui sont socialement identifiées comme nécessaires. La théorie COR est une théorie motivationnelle basée sur l'évolution de l'espèce humaine. Hobfoll évoque un mode de fonctionnement guidé par le besoin de survivre. Au-delà de la détermination sociale il y aurait une détermination « biologique » qui pousserait les individus à aller chercher les ressources nécessaires à leur survie et donc à obtenir et protéger les ressources nécessaires.

Il existe deux modèles principaux d'approche par les ressources. Nous avons abordé dans la partie précédente le modèle Exigences-Ressources, nous allons maintenant nous arrêter plus en détail sur la théorie de la conservation des ressources.

2. La théorie de la conservation des ressources

Hobfoll définit le stress comme une réaction à « *la menace d'une perte des ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources* » (Hobfoll, 1989, p. 516). Le stress est provoqué par la perte ou menace de perte de ressources. Bien que cette dernière soit centrale, la relation aux ressources et à la perte ou

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

menace de perte de celles-ci est le facteur déterminant du stress. Contrairement à la théorie Exigences-Ressources, Hobfoll ne fait pas mention des exigences du travail. Son approche « *conditionne l'analyse du stress à ce qu'apporte une personne à une situation, et non à l'étude des seules contraintes externes* » (Sassi et Neveu, 2010, p. 178). D'autant plus que le phénomène du stress est fluctuant, les interactions entre les ressources et les besoins de la situation peuvent changer tout au long de la vie professionnelle de l'individu et des situations qu'il rencontre. Les ressources semblent jouer un rôle de médiation entre l'individu et son environnement.

La relation et la valeur attribuée aux ressources permettent donc d'expliquer et définir le stress comme un processus qui se développe au cours du temps. La relation aux ressources ne sert alors pas uniquement à pallier le stress mais participe au développement de la santé et du bien-être. L'enjeu pour les individus est également d'alimenter un réservoir de ressources pour des besoins futurs (Hobfoll et al., 2018).

2.1. Vers une définition des ressources

Les ressources peuvent être des objets, des caractéristiques personnelles, des conditions ou énergies « *qui sont valorisées par les individus et servent à obtenir d'autres objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies* » (Hobfoll, 1989, p. 516). Elles concernent aussi bien la vie privée que la vie professionnelle et peuvent avoir une valeur instrumentale mais aussi symbolique (en ce qu'elles participent à la construction identitaire des individus). Halbesleben et al. (2014) proposent une nouvelle définition des ressources dans le cadre de la théorie COR. Elles sont alors comprises « *as anything perceived by the individual to help attain his or her goals* » (Halbesleben et al., 2014, p. 1338) et définies à travers leur fonction.

Hobfoll en a identifié soixante-quatorze qui font référence à trois niveaux de nécessité en termes de conditions de vie. Les ressources primaires font référence aux ressources directement nécessaires à la survie (nourriture, logement...), les secondaires aux ressources qui développent la capacité à obtenir et protéger les premières (sens de la maîtrise, assurance santé...) et les tertiaires, uniquement symboliques, se réfèrent au statut social (titre, maison

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

luxueuse...). Au-delà de ces références en termes de besoins, Hobfoll (2001) et Neveu (2012) expliquent qu'elles sont de quatre types :

- Les ressources **matérielles ou tangibles** correspondent à des objets valorisés par les individus (voiture et logement personnels ou de fonction, superficie du bureau, emplacement au sein de l'organisation...)
- Les ressources **interpersonnelles** se rapportent aux conditions de vie et de travail, notamment relationnelles (qualité des échanges interpersonnels, soutien des collègues, des amis, de la famille...)
- Les ressources **personnelles** renvoient aux caractéristiques propres à l'individu (compétences, estime de soi, croyances, reconnaissance...)
- Les ressources **énergétiques**, particulièrement importantes parce qu'elles permettent l'acquisition et la préservation d'autres ressources, correspondent notamment à l'argent, au temps, aux connaissances, au développement des compétences.

Les ressources représentent donc le cœur de cette théorie mais c'est la perte qui déclenche le stress. Ce dernier peut alors survenir dans trois cas :

« (1) *Quand les ressources individuelles sont menacées d'être perdues.*

(2) *Quand les ressources individuelles sont effectivement perdues.*

(3) *Quand les individus échouent à obtenir les ressources suffisantes après un investissement significatif de ressources.* » (Hobfoll, 2001, p. 341)

Matérielle, sociale ou identitaire, la perte (ou la perception d'une menace de perte) va générer du stress. L'enjeu pour les individus est alors de préserver leurs ressources et d'en acquérir de nouvelles.

2.2. Principes et corollaires pour expliquer la relation aux ressources

- La primauté de la perte

« Une perte de ressource est disproportionnellement plus importante qu'un gain de ressource » (Hobfoll, 1998, p. 62)

Même si l'écart entre l'impact d'une perte et l'impact d'un gain est difficile à mesurer, Hobfoll (1989, 1998) explique qu'une perte ou une simple menace aura une incidence négative beaucoup plus conséquente sur les individus que le gain de manière positive. Il met ici en avant la disposition naturelle des individus à accorder plus d'importance à leurs pertes et faiblesses qu'à leurs gains ou forces personnelles. Une disposition qui est renforcée du fait que les individus ayant subi des pertes ou menaces en sont affaiblis psychologiquement et matériellement et sont alors moins à même de réagir judicieusement aux situations qui vont se présenter. Influencés par des ressentis négatifs, les individus auront tendance à adopter des stratégies défensives pour protéger leurs ressources, *« ce qui risque de leur nuire davantage »* (Carrier-Vernhet, 2012, p. 145).

« Ce principe distingue la théorie COR des théories transactionnelles (Lazarus et Folkman, 1984) qui laisse l'étendue de l'impact de la perte ou du gain sous le coup d'une évaluation individuelle et sans mettre l'accent sur la nature culturellement partagée de l'évaluation de la perte ou du gain. » (Hobfoll, 2001, p. 343) La valeur d'une ressource est entièrement dépendante de l'environnement socio-culturel dans lequel un individu évolue. La perte ou le gain le sont également en conséquence. Ce n'est pas le stress qui déclenche un désir de protection ou d'acquisition de ressources, mais une disposition naturelle à rechercher des situations positives. Hobfoll (1998) met ici en avant une capacité anticipatoire (influencée par la valeur attribuée aux ressources) qui selon lui conditionne les stratégies de coping qu'elles soient en réponse au stress (menace ou perte) ou qu'elles visent un gain. Ce qui nous amène au second principe :

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

- L'investissement de ressources

Selon ce principe, les individus « *doivent investir des ressources dans le but de se protéger de pertes, les compenser et obtenir des ressources* » (Hobfoll, 1998, p. 73). Ils vont ainsi adopter des stratégies d'ajustement qui peuvent être de deux types : les stratégies d'optimisation ou de compensation. Les premières « *visent le remplacement des ressources perdues* » (Safy, 2011, p. 72), les secondes, leur substitution. Dans le premier cas, les individus suite à une perte de ressources vont tenter de remplacer la ressource atteinte par une ressource de même nature. Hobfoll (2001) donne comme exemple une atteinte à l'estime de soi. L'individu va alors tenter de restaurer « *cette estime en agissant (...) sur les conditions de travail nuisibles qui fragilisent cette ressource* » (Safy, 2011, p. 72). Dans le second cas, les individus vont compenser la perte par l'acquisition de nouvelles ressources de valeur équivalente mais pas nécessairement de même nature pour remplacer la ressource perdue.

Il arrive parfois que les individus affaiblis par une perte ne soient plus en capacité de faire le bon choix et leur investissement se soldera à nouveau par une perte de ressources. Si la situation perdure, le coût de l'investissement risque d'être de plus en plus élevé (Carrier-Vernhet, 2012). L'individu en difficulté risque d'amorcer une spirale de perte qu'il sera difficile de désengager.

De ces deux principes découlent quatre corollaires dont le propos est d'expliquer les liens entre les ressources et les cycles de spirales de gains et de pertes de ressources.

- La quantité de ressources et la vulnérabilité (Corollaire 1)

Selon le premier corollaire, les individus qui ont le plus de ressources sont les moins vulnérables et les plus à même d'agir judicieusement pour acquérir de nouvelles ressources. A l'inverse, les individus ayant le moins de ressources sont plus vulnérables et ont plus de risques de subir des pertes de ressources. Il sera de plus, moins évident pour eux de faire les « bons choix » pour en acquérir de nouvelles. La quantité semble influencer la capacité réactive et proactive de l'individu.

- Des cycles négatifs : les spirales de pertes (corollaire 2)

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

A la vulnérabilité s'ajoute que l'individu qui subit une perte de ressource ou une menace de perte en subira de futures. En difficulté après une première perte ou une menace, l'individu affaibli se trouve pris dans une spirale négative et ne peut plus prendre les « bonnes » décisions qui lui permettraient de protéger ses ressources. La primauté de la perte, l'affaiblissement qui l'accompagne et l'urgence de la situation rendent les spirales de pertes beaucoup plus rapides et beaucoup plus difficiles à désamorcer qu'une spirale de gain ne peut l'être à amorcer.

- Des cycles positifs : les spirales de gains (corollaire 3)

A l'inverse, un premier gain sera suivi par d'autres. L'individu possédant une quantité importante de ressources sera mieux préparé et plus alerte pour choisir la meilleure stratégie d'ajustement selon la situation. Mais au-delà des possibilités d'action de l'individu, Hobfoll (1998) précise que la démarche qui vise le gain de ressource n'est pas la même que la protection des ressources déjà possédées. Là se trouve une différence fondamentale entre les cycles de gains et ceux de pertes. L'investissement nécessaire pour amorcer une spirale de gain est bien moins lourd pour l'individu du fait que le gain est « *le produit d'un désir d'amélioration pour soi-même ou ses proches* » (Hobfoll, 1998, p. 82).

- La posture défensive (Corollaire 4)

En réponse à des pertes de ressources, les individus qui en possèdent peu vont adopter une posture défensive pour préserver leurs ressources. La menace de perte ou la perte effective couplée à une quantité insuffisante de ressources va conditionner ce choix. L'individu de plus en plus mal ne se risque pas à mettre en jeu le peu de ressources qu'il lui reste. Il arrive de plus que les individus en cas de perte ou de menace adoptent une posture de déni qui légitime la posture défensive. L'individu se refuse à accepter la réalité de la difficulté de sa situation pour se protéger de « *l'impact émotionnel* » (Hobfoll, 1998, p. 83) qui lui serait préjudiciable. En ce sens, la posture défensive apparaît comme la meilleure option.

Tandis que les corollaires 1 et 4 se rapportent aux conditions propres à l'individu (quantité de ressources en sa possession, incidence sur sa capacité à agir et réagir, et choix de sa posture), les corollaires 2 et 3 permettent de comprendre le processus de spirale sur lequel nous allons nous arrêter un peu plus en détail dans la partie suivante.

2.3 Trajectoires, spirales de ressources et incidence émotionnelle

Les spirales de perte ou de gain de ressources

Les spirales permettent d'illustrer le caractère dynamique et processuel du stress tout en offrant à l'individu une capacité proactive. Cette dernière semble se trouver en quelque sorte au point de rencontre entre ses caractéristiques personnelles et les interactions avec son environnement.

Halbesleben et al. (2014) explicitent le caractère motivationnel de la théorie COR en développant la notion de « trajectoire » de ressource. Un individu vise un but, investit des ressources suivant différentes trajectoires possibles. Le but est alors atteint, révisé ou abandonné et suivi d'un nouvel « épisode » qui servira un autre but. Les auteurs ont ainsi identifié six trajectoires de ressources dont certains amorcent des spirales. Mais ils le remarquent également, les facteurs à l'origine des cycles de pertes sont peu explicités. Qu'est-ce qui fait qu'une simple perte de ressource soit dans certains cas suivie par d'autres suivant un cycle négatif mais pas toujours. Y aurait-il un point de rupture précis qui induirait un cycle ? Halbesleben et al. (2014) suggèrent que l'initiation d'un cycle de perte est dépendant de la réponse de l'individu à un événement qui aurait lui-même induit un changement de ressource. Le phénomène relèverait alors en grande partie de l'individu, de sa perception et de sa capacité à faire face. Identifier par quel procédé les individus investissent telles ressources plutôt qu'une autre se révèle très complexe et « *dirigé par une multitude de facteurs psychologiques.* » (Halbesleben et al, 2014, p. 1336)

Ce qui nous amène à supposer qu'il n'existe pas véritablement de point de rupture précis sur lequel il serait possible d'agir au niveau organisationnel. L'enjeu serait alors d'agir de manière plus globale, avant leur potentiel développement et soutenir les individus dans la préservation de leur réservoir de ressources.

Investissement de ressources et incidences émotionnelles

Comme le précise Hobfoll (1989) il serait alors intéressant de s'arrêter bien entendu sur les stratégies en œuvre mais également sur le but de leur déploiement dont l'enjeu n'est certainement pas seulement de limiter le stress (Safy, 2011).

La théorie COR met en avant une disposition des individus à protéger et développer leurs ressources en réaction à des situations de stress qu'il explique par une capacité de substitution notamment de « coping » ou « faire face ». Les stratégies de *coping* « désignent l'ensemble des comportements et des cognitions qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (Luminet, 2008, p. 47). Dans le cadre de la théorie COR, il peut s'agir de faire appel à d'autres ressources pour compenser une perte ou une menace, ou d'investir une ressource par anticipation.

Le processus ne décrit donc pas seulement la réponse à un élément « stressueur » mais aussi une capacité à s'en protéger. L'individu déploie ainsi une stratégie de coping en :

« (1) s'efforçant d'acquérir et maintenir son réservoir de ressources,

(2) agissant au plus vite quand les signes de difficultés imminentes surgissent et

(3) sélectionnant des situations qui correspondent à ses ressources ou qui le placent avantageusement lui et sa famille ou groupe social. » (Hobfoll, 2001, p. 352)

Le problème étant ici que la capacité d'investissement des individus est constamment mise à l'épreuve, notamment à cause la primauté de la perte. En ce sens la capacité de « lecture » de la situation par les individus n'est pas nécessairement optimale. L'appréhension d'une incidence émotionnelle significative amène parfois les individus à être dans le déni¹⁰ (Hobfoll, 1998, 2001). Il permet en effet à l'individu de se protéger de l'impact émotionnel en évitant d'investir des ressources. Le but est alors de préserver le réservoir déjà faible et l'incidence émotionnelle qui pourrait accompagner un investissement. Un individu en difficulté qui manquerait de ressources aurait ainsi plus tendance à adopter une posture défensive plutôt que proactive et avoir en conséquence une attitude qui peut se révéler contre-productive sur le long terme. Réaction qui soutient également le processus de spirale. Un

¹⁰ cf : corollaire 4, la posture défensive explicitée dans les pages précédentes

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

enchaînement trop important de perte et de menace de perte (perçue comme particulièrement agressive pour l'individu si il est déjà en difficulté) empêchera l'individu d'investir judicieusement ses ressources voire d'avoir des réponses contreproductives (comme le déni). Il ne sera alors pas en capacité d'amorcer un épisode même bref de spirale ascendante. Nous pouvons également supposer que l'état émotionnel déjà dégradé induit également un biais cognitif et ne permettra pas à l'individu de réagir de manière optimale.

Le pendant positif est une capacité proactive des individus qui peuvent tenter d'inverser le processus afin d'engager des gains. Les individus peuvent donc être actifs et proactifs si leur état le leur permet. La quantité de ressources importe moins pour le maintien en santé des individus, que leur capacité à investir justement leurs ressources en optimisant l'adéquation avec leur environnement (Halbesleben et al., 2014). Ceci implique également que « *la valeur des ressources peut varier significativement dépendamment du contexte* » (Halbesleben et al., 2014, p. 1339). Le processus de conservation des ressources est modélisé par Hobfoll (2001, p. 358) comme suit :

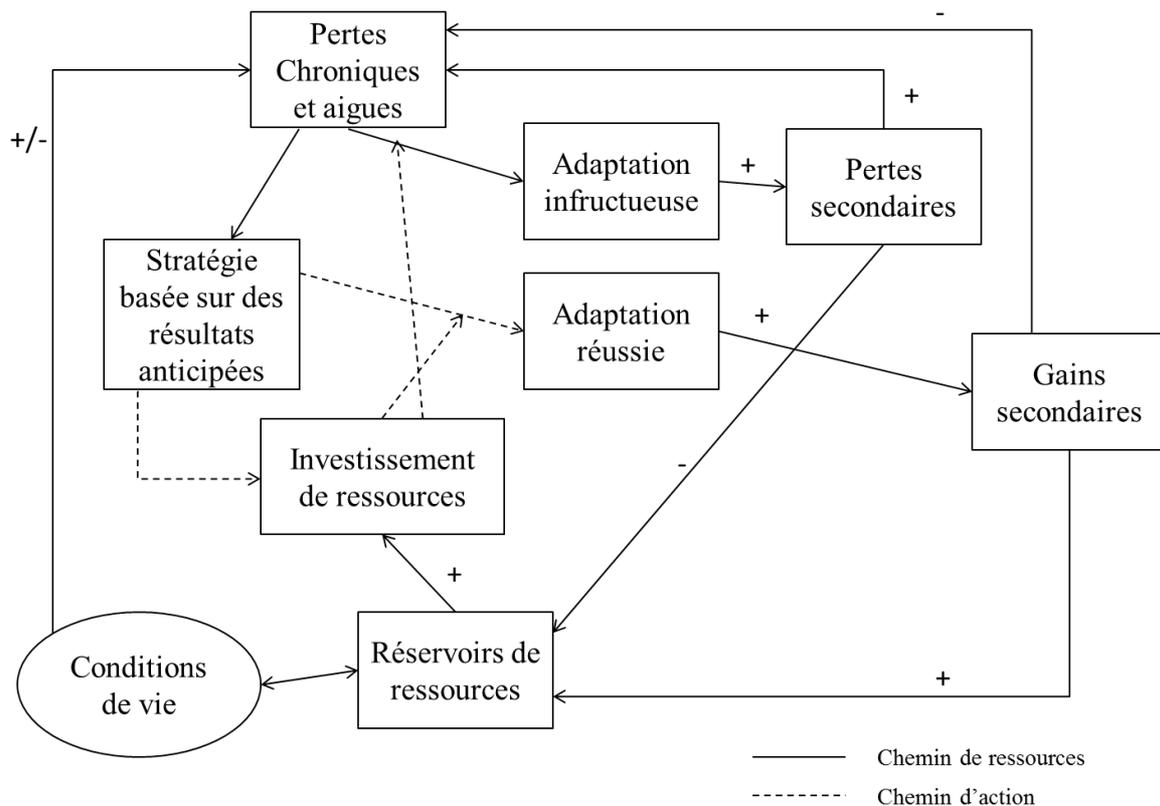


Figure 5: Modélisation de la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 2001, p. 358)

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

Nous voyons ici que l'investissement de ressources avec une adaptation réussie permet d'obtenir des gains secondaires, d'alimenter ainsi le réservoir de ressources des individus et d'améliorer leurs conditions de vie. A l'inverse, une adaptation infructueuse va avoir des effets négatifs à la fois sur les plans émotionnel et fonctionnel, et engendrer des pertes secondaires. Nous pouvons voir sur le schéma le caractère processuel du phénomène.

Comme évoqué précédemment, une stratégie d'adaptation se déploie entre autres motivations, lorsque l'individu « *sélectionne des situations (...) qui le placent avantageusement lui et sa famille ou groupe social* » (Hobfoll, 2001, p. 352). Ce qui confirme la possibilité qu'offre cette théorie d'articuler les dimensions individuelle, collective et organisationnelle du phénomène. Comme l'explique Haberey-Knuessi (2011), « *la COR-Theory intègre l'environnement et la dimension sociale comme partie intégrante à la fois dans le processus de stress et de coping* » (p. 25). Hobfoll (2011) a ainsi étendu sa théorie à une dimension organisationnelle en développant le concept de « *resource caravan passageways* ».

3. De l'individu à l'organisation : le concept de "Caravan passageways"

« *Resources are not individually determined, but are both transcultural and products of any given culture* » (Hobfoll, 2001, p. 341).

Hobfoll va étendre sa théorie de la « conservation des ressources » aux organisations avec le concept de « *caravan passageways* » qui représentent les conditions environnementales à même de « *favoriser, enrichir et protéger les ressources des individus* ». Ce qui est mis ici en avant c'est la possibilité pour des organisations de favoriser l'engagement et soutenir la santé de leurs collaborateurs en créant des « *écologies* ». Définie dans le Larousse comme « science ayant pour objet les relations des êtres vivants avec leur environnement, ainsi qu'avec les autres êtres vivants¹¹ », l'écologie représente l'interaction d'un individu avec son

¹¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9cologie/27614>

Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail

environnement et l'étude des conséquences de ces interactions sur l'environnement et sur l'individu. Le stress est en effet une réaction à des données environnementales affectant l'individu (qui en cas extrême peut développer une maladie professionnelle) et l'organisation. L'enjeu est alors d'offrir la possibilité aux individus de partager leurs ressources dans le cadre organisationnel. Le principe repose sur l'idée que les ressources « voyagent » ensemble, peuvent se partager et dans le meilleur des cas, induire une spirale de gain.

L'enjeu sous-jacent selon Hobfoll (2011) est que l'échec à maintenir ou développer des « caravanes de ressources » incombe principalement aux « *conditions qui définissent les écologies sociales* » (Hobfoll, 2011, p. 119). Les organisations deviennent alors principalement responsables du développement d'environnements de travail soutenant la santé des individus. Au-delà d'une forme de responsabilité, ce qui est mis ici en avant est la possibilité pour les organisations de favoriser l'engagement et la résilience de leurs collaborateurs tout en préservant leur santé psychologique, en créant pour cela des « *écologies organisationnelles* ».

Le développement de cet enjeu par Hobfoll (2011) s'inscrit dans la continuité du poids donné à l'influence socio-culturelle sur le phénomène. Hobfoll (2001) utilise le mot « *tribu* » (« *tribe* ») pour exprimer la complexité et la multiplicité des regroupements sociaux. Au-delà de la famille, ce terme permet d'inclure tous les groupes sociaux dont un individu peut faire partie (famille, amis, collègues, organisations...). Il précise s'y référer parce que « *ce type d'organisations semblent être constituées d'éléments à la fois biologiques et sociaux qui s'avèrent lier les êtres humains à travers l'histoire, dans une certaine manière d'être les uns avec les autres, qui dépasse à la fois le temps et toute culture particulière* » (Hobfoll, 2001, p 339). Les caravanes de ressources semblent être alors l'expression plus concrète de ce partage dans un environnement organisationnel.

Synthèse du chapitre 2

L'enjeu de ce chapitre était d'explicitier le choix d'une approche par les ressources et plus particulièrement du choix de la théorie de la conservation des ressources.

Un des intérêts majeurs de ce cadre théorique est donc la possibilité **qu'il offre d'articuler les dimensions individuelle, collective et organisationnelle des phénomènes de stress et de préservation de la santé au travail**. Elle permet donc de concilier la prise en compte de l'environnement et l'évaluation subjective de la situation pour **dégager une mise en perspective du stress et de la santé au travail comme processus dynamique dans lequel l'individu a la capacité d'agir**.

Plusieurs points sont à retenir :

- **Les ressources en sont l'élément central**. A la fois point d'entrée qui permet l'explicitation du processus, elles représentent également un levier naturel pour les enjeux empiriques. Elles constituent dans la théorie de la conservation des ressources et le modèle Exigences-Ressources, des **facteurs protecteurs de la santé** (Demerouti et al., 2001 ; Bakker et al. 2004), un « **potentiel de résistance** » aux contraintes pathogènes du travail (Hobfoll et Shirom, 2001 ; Safy-Godineau, 2013).

- **Leur valeur se révèle fortement dépendante du contexte**.

- **La relation aux ressources** dans le cadre de la théorie COR peut jouer à la fois positivement ou négativement (contrairement au modèle Exigences-Ressources). Selon la situation elle **va jouer un rôle central dans la préservation ou l'atteinte de la santé des individus**. Ainsi le manque de ressources (rattaché à la dimension du désengagement dans le modèle Exigences-Ressources) ne serait pas déterminant dans le développement d'atteinte à la santé. Alors que l'accumulation de pertes et/ou de menaces de pertes des ressources dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources peut amener l'individu jusqu'au burnout.

- **Les spirales permettent** quant à elles **d'illustrer le caractère dynamique et processuel du stress et de la santé tout en offrant à l'individu une capacité proactive**.

- **La primauté de la perte, son incidence émotionnelle et l'appréhension de cette incidence par l'individu jouent un rôle significatif sur le processus, notamment en**

influençant négativement la capacité des individus à investir judicieusement des ressources.

- L'apport du concept de « caravanes de ressources » permet d'explicitier la dimension organisationnelle d'une application concrète de la théorie COR. Les organisations sont responsables du développement des conditions environnementales de travail à même de soutenir le développement, la préservation et le partage des ressources.

Synthèse de la partie 1

Nous avons vu dans le chapitre 1 que les théories du bien-être nous éclairent sur ses conditions ou dispositions essentielles sans lesquelles il ne serait pas accessible. Que ce soit par l'atteinte de plaisir selon les conceptions hédonistes ou par la réalisation de soi selon les conceptions eudémonistes. A l'opposé se trouverait le mal-être. La santé serait alors un phénomène assez rectiligne voire unidirectionnel que l'individu subirait. Les conditions dans lesquelles il se trouverait l'amèneraient d'un côté ou de l'autre d'un continuum où s'oppose le bien-être d'un côté et le mal-être de l'autre. Nous avons vu dans le chapitre 1 que les modèles du stress et du burnout nous donnent accès aux conditions pathogènes. La souffrance est considérée comme le résultat d'un ensemble de conditions. Ces modèles nous permettent alors de comprendre pourquoi et en quoi « ça va mal ».

Nous avons vu à ce propos que la notion d'« adéquation » est introduite avec les modèles dits interactionnistes puisque la « *réaction de stress provient, (...) du décalage entre une situation (particulière) et un individu (particulier)* » (Clot et Gollac, 2014, p. 19). Mais ces modèles ne prennent pas en compte le caractère processuel du stress ni l'influence mutuelle qu'il peut y avoir entre l'individu et le contexte (Bruchon-Schweitzer, 2002).

La subjectivité en outre a peu de place dans le modèle de Karasek alors qu'elle en a trop dans le modèle de Lazarus et Folkman. Le premier suggère en effet qu'à caractéristiques personnelles et situationnelles équivalentes, le résultat sera le même pour les individus (Clot et Gollac, 2014) alors que dans le second, l'évaluation du stress ne se fait qu'à travers la perception de l'individu.

Il semble en effet difficile aujourd'hui de généraliser ou d'établir un modèle de réaction systématique entre un élément stressant et le stress de l'individu (sauf cas extrêmes de harcèlement ou violence). Chacun peut réagir de manière différente à une situation stressante équivalente. Là se joue d'ailleurs une grande part des difficultés dans l'étude du stress et de la santé au travail. Il semble bien en effet, qu'au-delà de la rencontre entre individu et environnement se jouent d'autres phénomènes sous-jacents.

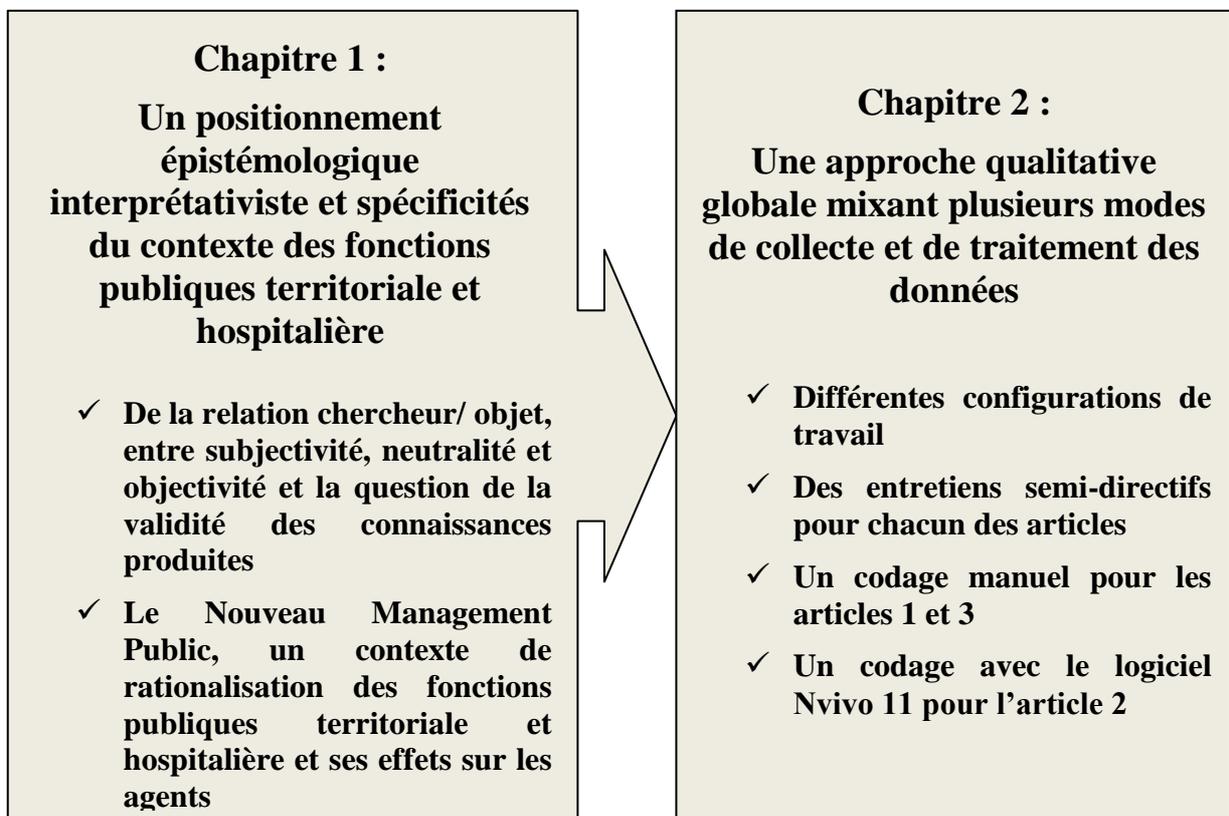
C'est en ce sens que la théorie de la conservation des ressources trouve un intérêt particulier du fait même qu'elle permette une analyse croisée des dimensions individuelle, collective et organisationnelle. Elle permet d'aborder la santé au travail

comme un phénomène plus mouvant et plus créatif. Nous avons donc choisi ce cadre théorique (chapitre 2) parce qu'il nous permet d'explorer les mécanismes explicatifs globaux du processus qui est à l'œuvre.

La notion même de ressource semble pouvoir apporter des solutions alors que la question de leur mobilisation et de leur développement nous a semblé sous-explorée. L'enjeu de ce travail est alors d'aborder cette question, d'adopter une approche dynamique de la santé comme processus afin d'explicitier les conditions de mobilisation des ressources par les acteurs.

PARTIE II

Design de la recherche



Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

Cette partie a pour objet d'explicitier la logique générale dans laquelle cette recherche doctorale a été élaborée. Nous ne détaillerons pas les données qui le sont déjà dans chacun des articles. En revanche nous verrons dans un premier chapitre quel positionnement épistémologique a été adopté ainsi que le contexte particulier des fonctions publiques territoriale et hospitalière. Puis dans un deuxième chapitre nous verrons quels modes de collecte et de traitement des données ont été mobilisés.

1. Un positionnement épistémologique interprétativiste

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des sciences de l'artificiel. Comme le soulignent Avenier et Gavard-Perret (2012) le terme « artificiel » bien que surprenant de prime abord permet de dépasser le clivage entre « sciences dures ou exactes ou positivistes » et « sciences douces ou molles » ; ou encore « sciences » et « humanités ». Il s'agit avec cette définition de tendre vers un nouvel espace de connaissances où la légitimité et la rigueur scientifique s'appliqueraient également aux sciences humaines. Le clivage serait dès lors celui des sciences de la nature versus sciences de l'artificiel.

L'expression est mobilisée par Simon et reprise par Avenier et Gavard-Perret (2012) : en effet pour eux, le modèle des sciences de l'artificiel désigne un modèle de sciences « *adapté à l'étude de phénomènes qui ne relèvent pas seulement de la nature et peuvent ainsi être*

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

qualifiés d'"artificiels" » (p. 19). Les auteurs reprennent le développement de Simon. Celui-ci explique que les organisations sociales ne sont pas des phénomènes naturels car elles sont créées et peuvent en ce sens être considérées comme des artefacts (Avenier et Gavard-Perret, 2012). Les artefacts désignent ainsi des phénomènes (systèmes, organisations, situations) façonnés intentionnellement par des êtres humains dans un but d'adaptation contextualisé (Avenier, 2010). Les phénomènes organisationnels ne prennent pas forme d'eux-mêmes mais sont le fruit d'actions humaines, de rencontres et croisements d'actions, d'intentions, de désirs, de motivation et d'interprétation. « *Dans une science de l'artificiel, la recherche vise [alors] à développer des connaissances relatives au fonctionnement et à l'évolution d'artefacts dans leur contexte* » (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p. 21). Notre objet d'étude étant la santé au travail, il s'agit bien pour nous d'appréhender les comportements des acteurs organisationnels quant à ce phénomène dans un contexte particulier.

Sont principalement considérés trois positionnements épistémologiques : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. Dans tout travail de recherche, un paradigme épistémologique en tant que « *conception de la connaissance partagée* » (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p. 23) soulève un certain nombre de questions d'ordres

- Ontologique : quelle est la nature de la réalité ?
- Épistémique : qu'est-ce qui est connaissable ?
- Méthodologique : quelles méthodes de collecte et d'analyse de ces données ?

Les paradigmes constructiviste et interprétativiste sont les plus mobilisés en sciences humaines et sociales. L'un et l'autre ont une approche relativiste des organisations avec une prise en compte « revendiquée » du contexte propre à chaque organisation (Girod-Séville et Perret, 2002, p. 3). Dans le cadre de ce travail doctoral, notre choix s'est porté sur le positionnement épistémologique interprétativiste. Nous allons voir ce qui a encouragé ce choix.

1.1 De la relation chercheur/objet entre subjectivité, neutralité et objectivité

L'interdépendance évoquée par Avenier et Gavard-Perret (2012) entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie nous semble correspondre à la posture que nous adoptons dans cette recherche. Nous pensons en effet à l'instar de Richard (2012), que l'objet de cette recherche sur la santé au travail relève « *de la complexité, de la contingence et d'une interprétation, voire d'une construction de la réalité qui est fortement liée à un contexte personnel, organisationnel et institutionnel* » (Richard, 2012, p. 187). Nous sommes également dépendante, en tant que chercheuse dans un processus de construction de connaissances, de l'influence générée par ce que nous sommes en tant que sujet, des connaissances déjà acquises, des valeurs qui nous animent et de tout ce qui soutient et accompagne notre interprétation des événements, situations et discours. Ces raisons motivent le choix d'une démarche interprétativiste.

La neutralité du chercheur est souvent synonyme de rigueur scientifique et rejoint la notion d'objectivité héritée du positionnement positiviste des sciences de la nature amorcé par Popper et le postulat qu'il existe une connaissance objective en dehors d'un sujet connaissant (Brasseur, 2012). La question de la neutralité du chercheur ne peut être posée en ces termes dans un paradigme interprétativiste. Il intègre en effet de lui-même une forme de récursivité dans la relation du chercheur et des acteurs organisationnels. Girod-Séville et Perret, (1999), Giordano (2003) et Avenier et Gavard-Perret (2012) (liste non exhaustive) évoquent une forme d'empathie et d'interdépendance. En effet, « *le chercheur interprète ce que les acteurs disent ou font, qui eux-mêmes, interprètent l'objet de la recherche* » (Giordano, 2003, p. 25). Mais si la neutralité n'est pas un enjeu dans ce cas précis, l'objectivité du chercheur en revanche est souvent remise en cause (Girod-Séville et Perret, 2002). Evoluant au sein même de l'organisation qu'il étudie, le chercheur rencontre directement l'interprétation des sujets observés qui font l'objet de sa recherche. L'interprétativisme « *prend acte de la dépendance de la réalité par rapport à la subjectivité (...) et [soutient en ce sens] un projet de compréhension des représentations, des jugements, des motivations et des raisons d'agir d'autrui* » (Rappin, 2011, p. 485).

Comme le soulèvent Girod-Séville et Perret (2002), la reconnaissance de la singularité, de l'interprétation et du contexte génère « *une vision relativiste de la connaissance produite* »

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

qui rend pour certains la validité des connaissances produites critiquable (Girod-Séville et Perret, 2002, p. 5). En effet, la position relativiste soulève des difficultés. Notamment du fait que le caractère universel des critères de validité de la connaissance qui font le propre du positivisme ne peut être appliqué aux paradigmes interprétativiste et constructiviste qui ont « *une approche subjective et contextuelle de la connaissance* » (Carrier-Vernhet, 2012, p. 161).

1.2 La question de la validité des connaissances produites

Plusieurs principes de la philosophie pragmatique permettent de concilier relativisme et validité de la connaissance (Girod-Séville et Perret, 2002). Nous les énoncerons ici :

- Il existe une multiplicité d'interprétations. La connaissance est le produit d'une rencontre entre interprétation du chercheur et interprétation des sujets.
- La vérité n'est pas synonyme de réalité, ni d'universalité ou d'objectivité. Il y a des faits dépendants du contexte dans lequel ils sont observés et qui sont interprétés.
- Il est possible de hiérarchiser des connaissances issues d'une démarche interprétativiste non pas sur le critère de « vérité » mais sur celui d'« utilité ».

Aborder la recherche en termes d'« utilité » correspond adéquatement aux sciences de gestion et particulièrement à notre objet de recherche. L'évaluation du travail de recherche n'est plus alors seulement celle de la fiabilité méthodologique, mais doit faire l'objet d'interrogation normative : « cette connaissance est-elle utile ? Répond-elle aux problèmes, aux besoins ? » (Girod-Séville et Perret, 2002, p. 18). La réalité des organisations, la transformation du travail, la dégradation des conditions et le stress qui les accompagnent semblent répondre de fait à la question de savoir si ce travail doctoral a du sens. Comme toute recherche en sciences de gestion, ce travail doctoral a pour finalité d'intégrer une problématique théorique à des visées empiriques. Il s'agit bien de faire des propositions, le but étant de faire évoluer les organisations et les regards portés sur les comportements organisationnels. Se pose alors la question de la méthode. Est-elle adaptée, « adéquate pour répondre au problème » ? (Girod-Séville et Perret, 2002, p. 19) ? Le chapitre 2 de cette partie éclairera cet enjeu.

Conclusion

Nous avons fait le choix d'un positionnement épistémologique interprétativiste car adapté à notre objet d'étude : la santé au travail. Cette recherche peut également être qualifiée de constructiviste « *au sens où les problèmes scientifiques sont et doivent être construits* » (Dumez, 2011, p. 56). La question alors n'est pas le paradigme dans lequel s'inscrit la recherche mais comment la démarche scientifique est abordée. En ce sens, notre recherche est constructiviste et s'inscrit dans un paradigme interprétativiste.

« *Dans la plupart des courants du paradigme interprétativiste, la construction de connaissances vise d'abord à comprendre les significations que les différents sujets participant à une même situation donnent à cette situation* » (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p. 38). Il s'agit en effet de restituer les significations attribuées par les acteurs (Giordano, 2003, p. 20). Ainsi, le caractère idiographique des processus de validation nous incite à ne pas négliger l'importance du contexte. Nous nous arrêterons donc à présent sur le contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière.

2. Le contexte de rationalisation des fonctions publiques territoriale et hospitalière et ses effets sur les agents

2.1 Le Nouveau Management Public

La démarche de Nouveau Management Public (NMP) a pris forme dans les années 80 au Royaume-Uni puis s'est étendu à plusieurs pays du monde et plus tardivement en France (fin 90, début 2000). Mue par des objectifs de rationalisation économique et de performance, elle s'emploie à passer d'une « *d'une logique de moyens à une logique de résultats*¹² ». L'enjeu

¹²<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/gestion-par-performance-administration.html>

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

est alors d'appliquer des modes de gestion privée au secteur public avec l'idée que ceux-ci permettraient une plus grande flexibilité qui les rendraient plus efficaces voire plus efficaces (Amar et Berthier, 2007 ; Van Haeperen, 2012). En ce sens le service public est perçu comme peu efficace avec une charge financière trop importante pour l'Etat qu'il faudrait réduire au minimum.

Aussi en 2001 a été promulguée la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), suivie en 2006 par la réforme de Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP). Visant à moderniser les services publics, la LOLF et la RGPP ont été des supports à cette mise en œuvre. Sans aller dans les détails, notons que, sur le plan gestionnaire, la LOLF a introduit un modèle managérial de « gestion par la performance¹³ ». Il n'était alors plus question d'évaluer les moyens humains et matériels pour l'allocation des crédits mais d'adopter une logique de « résultats » avec « des objectifs assortis d'indicateurs pour en évaluer la réalisation¹⁴ ». La RGPP promulguée dans un second temps vise à soutenir cette volonté de l'Etat d' « identifier les réformes qui permett[raient] de réduire les dépenses de l'Etat, tout en en améliorant l'efficacité des politiques publiques¹⁵ ».

Ainsi une administration publique suivant une démarche de NMP se caractérise par des objectifs en termes de résultats (Emery, 2005) et de « satisfaction client ». Autrement dit, l'objectif est de réduire le déficit et les coûts tout en offrant un service rentable. Son organisation est décentralisée. L'autonomie devient alors mot d'ordre de l'exécution des tâches. Le budget est axé sur les objectifs et le contrôle sur des indicateurs de performance (Amar et Berthier, 2007).

Mais la rencontre des valeurs institutionnelles publiques avec des valeurs marchandes n'est pas si aisée (Kernaghan, 2000 ; 2003 ; Fortier, 2013). Les logiques d'emploi diffèrent largement entre les deux secteurs, le public étant assimilé à la sécurité de l'emploi et le privé à la flexibilité. En pratique cette distinction est moins importante qu'il n'y paraît (Amar et Berthier, 2007), les organisations publiques faisant de plus en plus appel à des contractuels. En revanche le recours aux contractuels n'est pas forcément bien perçu dans cet environnement assimilé à la sécurité de l'emploi et sa pérennité.

¹³ <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/definition-histoire/histoire/quelles-sont-principales-innovations-introduites-par-lolf.html>

¹⁴ Ibid

¹⁵ <http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/rgpp/revision-generale-politiques-publiques-coup-accelerateur-pour-reforme-etat.html>

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

Pour autant la démarche ne souffre pas que d'inconvénients. La rationalisation et la modernisation de la gestion publique est nécessaire et le parallèle public/privé pas mauvais en soi. Une organisation publique comme une entreprise a un budget à gérer et des ressources humaines. En revanche les objectifs diffèrent et apparaît dès lors la tension de l'application des moyens mis en œuvre dans le privé au public. Une entreprise vise la rentabilité et le profit quand un service public tend à satisfaire l'intérêt général (Amar et Berthier, 2007). N'y aurait-il pas alors quelques biais à considérer les usagers comme des clients voire des consommateurs et le service public comme une entreprise qui tendrait vers le profit ? Avoir des objectifs de qualité de service n'est pas nécessairement en soi une difficulté. En revanche se pose la question de la mesure de ces objectifs qui tendent vers la quantité plutôt que la qualité et des moyens mis en œuvre pour les atteindre (Fortier, 2013).

2.2 Illustration de ce changement de paradigme et de ses effets sur les agents de la fonction publique hospitalière

La FPH a été en proie à cette exigence de changement en termes de gestion dès les années 90 avec une nécessité de rationaliser le système de santé avec restructuration et meilleure maîtrise des coûts. Les réformes se sont succédé depuis la loi hospitalière de 1991 avec notamment la réforme de 2003, l'ordonnance 2005 avec la mise en place des pôles et de la tarification à l'activité, puis les plans hôpitaux 2007 et 2012¹⁶. Pour autant, l'hôpital apparaît comme une « boîte noire » (Lenay et Moisson, 2003 ; Moisson, 2010 ; Grevin, 2011) difficile à faire évoluer. Pourtant les faits sont là, des changements s'opèrent mais non sans mal. Les notions de rentabilité, performance ou encore d'efficacité ont fait leur entrée dans la gestion hospitalière. Néanmoins le caractère trop prescriptif et brutal de ces exigences de changements rend difficile leur mise en œuvre et leur acceptation par les agents (Durand, 2017).

En effet, ces agents semblent être pris entre des objectifs de performance et la nécessité de réduire les coûts pour les atteindre. Il est difficile pour beaucoup d'entre eux d'accepter que l'objectif d'une organisation publique (hospitalière ou territoriale) ne soit plus seulement le

¹⁶ Liste non exhaustive, nous n'aborderons pas ici toutes les réformes mais allons voir comment se sont traduits, dans le travail des agents, ces exigences de transformation du système de santé

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

service rendu aux usagers mais se trouve soutenu par une logique de performance et de résultats. Les agents sont pris entre des injonctions paradoxales avec la nécessité de promouvoir l'économie et l'efficacité tout en « *reconduisant les valeurs publiques traditionnelles* » (Fortier, 2013), ces objectifs étant difficilement compatibles.

Un exemple : la Tarification à l'activité (T2A)

La mise en place de la T2A à l'hôpital illustre assez justement le changement de paradigme instauré par la démarche de NMP ainsi que les tensions qui l'accompagnent. Que ce soit en termes de nouvelle organisation du travail comme en termes de rupture avec les valeurs des métiers du soin, la T2A est assez emblématique d'une cristallisation des tensions générées par le NMP.

Jusqu'en 2004 les dépenses ($n-1$) des établissements hospitaliers publics conditionnaient les moyens alloués l'année suivante (n) et ce quelle que soit l'activité. La T2A transforme radicalement le processus. « *Il ne s'agit plus de produire en fonction des dépenses mais de dépenser en fonction de ce qu'on produit* » (Grevin, 2011, p. 36). Sa mise en place a eu pour visée d'« *équilibrer les financements en fonction de l'activité produite et [de] parvenir à une meilleure utilisation des ressources* » (Andreoletti, 2007, p. 3).

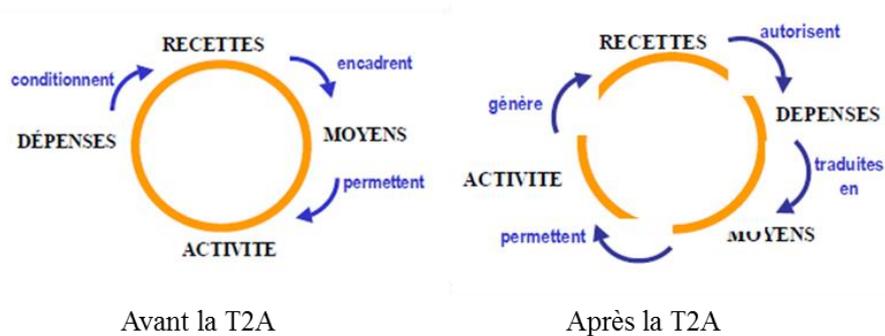


Figure 6: Schématisation de la T2A (source : Andreoletti, 2007)

La T2A a ainsi fini de transformer la gestion financière de l'hôpital et favorisé l'émergence de nouveaux outils de gestion pour mettre en balance les dépenses et les recettes avec l'entrée d'outils de mesure quantitative de l'activité (Moisdon, 2010).

En termes d'organisation du travail, elle a plusieurs conséquences. La gestion du flux des patients et le choix des actes sont remis en question. Moisdon (2010) pointe le risque de

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

vouloir tendre vers la quantité au détriment de la qualité¹⁷. Peut-être non nécessaire auparavant, ou dictée uniquement par la possibilité de donner accès aux soins dans les meilleures conditions et ce au plus grand nombre, une nouvelle stratégie de gestion hospitalière émerge alors. Pour maintenir les budgets, il convient de justifier de l'activité, il faut donc « produire » et gérer autrement. Les conséquences en termes d'intensification du travail sont alors notables. La diminution de la Durée Moyenne de Séjour et l'augmentation du flux de patients pour un même nombre de lits pèsent sur les personnels. L'enquête « Conditions de travail 2013 » menée par la DARES pointe une intensification du travail dans le secteur public notamment dans la fonction publique hospitalière (FPH) dont les indicateurs¹⁸ augmentent plus que la moyenne nationale (AMISSE, 2016).

Les services administratifs et notamment les bureaux des entrées jusque-là perçus comme support logistique prennent également une autre mesure et n'échappent pas à cette intensification. En effet la mise en œuvre de la T2A impose une montée en compétence parfois difficile pour les agents administratifs d'accueil qui doivent saisir sans erreur les numéros des caisses et mutuelles sans quoi les factures sont rejetées¹⁹.

2.3 NMP et santé au travail

Newman et Lawler (2009) pointent également cette tension entre NMP et intensification du travail à l'hôpital et indiquent qu'elle est particulièrement significative pour les cadres de santé et les infirmiers.

Comme l'explique Haberey-Knuessi (2011) les personnels soignants souffrent de sollicitations multiples, « *les exigences qui leur incombent sont énormes et mobilisent tous les*

¹⁷ Dans le but de continuer à soutenir les exigences de qualité du service rendu et particulièrement suite à la loi du 13 août 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation en Santé (ANAES) a été remplacée par la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'accompagner et évaluer la conformité des établissements de santé aux normes de qualité.

¹⁸ « Avoir au moins trois contraintes de rythme (+ 7 points), avoir un rythme imposé par un contrôle ou suivi automatisé (+ 9 points), ne pas pouvoir quitter son travail des yeux (+6 points), devoir se dépêcher (+1 point), devoir souvent interrompre une tâche (+ 5 points), changer de postes en fonction des besoins (+ 8 points) » (AMISSE, 2016, p. 23)

¹⁹ A ce propos deux responsables de bureaux des entrées dans deux CH différents nous rapportaient la nécessité de recruter à un niveau bac +2 sur des postes jusque-là perçus comme sous-qualifié. « *Elles sont toutes des techniciennes elles-mêmes* » (Cadre admin SGAP, CH1)

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

aspects de la personne » (p. 27). Ces métiers sont éprouvants physiquement (nécessité d'être debout, de piétiner, de marcher, de s'accroupir, de se relever, etc.) et émotionnellement (accompagnement des malades et des familles, contact avec la souffrance et la mort, etc.). Ce sont également des métiers dans lesquels les interactions sociales sont nombreuses et parfois éprouvantes (patients, familles, collègues, médecins, supérieurs) et l'organisation du travail est loin d'être évidente (horaires décalées, charge de travail importante.) (Haberey-Knuessi, 2011).

La pression des moyens se traduit aussi par le sentiment de devoir travailler dans l'urgence, notamment à l'hôpital. La charge augmente, les moyens stagnent et ce manque de temps auprès des patients conduit à des frustrations ou à des « sollicitations anxieuses » (Haberey-Knuessi, 2011, p. 26). Le sentiment de « ne pas bien faire son métier » et l'écart avec ce qui était « rêvé » lors de l'engagement dans ce métier est source de souffrance chez les personnels soignants (Miremont, 2014).

L'effet sur les relations interpersonnelles est évoqué par différentes voies. Vickers (2006) met en avant le fait que la communication via les nouvelles technologies (notamment les emails) participe à une certaine dégradation des échanges. L'auteur évoque également l'urgence dans la réalisation des tâches et les incivilités sur le lieu de travail devenues de plus en plus fréquentes. Tous des effets se révéleraient délétères pour la santé au travail des agents notamment la santé psychologique (Vickers 2006).

Conclusion

Nous avons pu voir dans ce chapitre les tenants d'une démarche de NMP. L'intensification d'une politique de NMP semble avoir des effets négatifs sur la bonne tenue des pratiques. L'exemple de la T2A permet d'illustrer ce changement de paradigme et les tensions qui l'accompagnent notamment à cause du glissement qui s'opère vers des objectifs de performance et de résultats quantitatifs qui sont perçus comme incompatibles avec les métiers du soin.

L'intensification du travail symptomatique du NMP (Noblet et Rodwell, 2009 ; Newman et Lawler, 2009) que ce soit dans la FPH ou la FPT²⁰ avec une augmentation de la charge de travail (Diefenbach, 2009) n'est pas sans conséquence sur le ressenti des agents et leur santé

²⁰ Fonction Publique Territoriale

Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière

(Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Pour autant, bien que très présent dans les discours, le lien entre NMP et dégradation de la santé au travail a été assez peu exploré (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012) même si le contexte de rationalisation est souvent évoqué notamment dans les médias.

Synthèse du chapitre 1

Nous avons fait le choix d'un positionnement épistémologique interprétativiste car adapté à notre objet d'étude : la santé au travail. Ce choix invoque à la fois la relation chercheur/objet et les connaissances produites, et ce pour les raisons suivantes :

- La subjectivité n'est pas nécessairement l'opposé de l'objectivité. Accepter que notre manière de voir le monde et de l'interpréter est dépendante de ce que nous sommes, de nos connaissances (Giordano, 2003), et de nos compétences n'empêche pas le chercheur d'avoir une interprétation pertinente, rigoureuse et valide relativement aux situations rencontrées.
- Notre objet d'étude (la santé au travail) se situe à la croisée d'une multitude d'acteurs organisationnels (agents, cadres, médecine du travail, préventeurs). Ces différents acteurs ont une interprétation propre de la situation et du contexte. Dans ce contexte précis, cette interprétation bien que relative à l'individu n'en est pas moins nécessaire à la finesse de l'analyse. La santé au travail que nous voulons aborder comme un processus dynamique et créatif ne peut pas faire l'économie de l'interprétation des individus qui la vivent. Il s'agit alors pour nous « *de comprendre comment des individus donnent du sens aux expériences qu'ils vivent* » (Avenier et Thomas, 2015) et d'en proposer une « *interprétation plausible* ».
- « *Le caractère fortement contextualisé, interprété ou construit de la connaissance produite* » (Girod-Séville et Perret, 2002, p. 4) dans le cadre d'un paradigme interprétativiste ne la rend pas moins légitime ou moins valide. Comme le revendique le pragmatisme, la validité de la connaissance n'est pas nécessairement synonyme de « vérité » et peut être abordée en termes d'« utilité ». Dans le cas présent l'utilité de cette recherche tient à la fois à son objet (la santé au travail) et à son approche salutogénique, ce par un croisement de différentes méthodologies de travail ayant pour but de se saisir des ressources contextualisées et identifiées par les acteurs.

Le contexte est également significatif compte tenu de notre objet d'étude. Les fonctions publiques territoriale et hospitalière ont des spécificités qui les distinguent des organisations privées. Plusieurs points sont à retenir :

- Les fonctions publiques territoriale et hospitalière subissent des transformations depuis plusieurs décennies avec notamment la mise en œuvre d'une démarche de NMP et la volonté d'appliquer des modes de gestion privés au secteur public qui affectent l'organisation du travail et la santé des agents.

- Cette rationalisation bien que nécessaire économiquement a pour conséquence une intensification du travail. Les effets négatifs sur les agents prennent alors diverses formes. La réduction des coûts implique la réduction des effectifs (avec par exemple le non remplacement des départs à la retraite) qui influe alors sur la charge de travail des agents toujours en poste (Noblet et Rodwell, 2009).

- Cette tension est d'autant plus forte pour les agents sociaux et soignants que les besoins de la population augmentent. Travailler à moyens constants implique alors de fait une intensification accompagnée d'une augmentation de la charge de travail. Au-delà de l'intensification certes déterminante dans le processus de dégradation des conditions de travail et de la santé au travail apparaissent également les tensions que ce changement de paradigme fait émerger en termes de valeurs.

- Plusieurs études tendent à montrer que l'objectif global du service public se distingue de celui du service privé. En effet, le service public se caractérise par son attachement à des valeurs et est en proie à des facteurs émotionnels (Perry, 2000 ; Desmarais et Gamassou, 2012).

- La T2A, en tant qu'exemple pertinent, permet de mettre en lumière la tension qui prend forme entre des missions qui visent à servir l'intérêt général et la pression d'une exigence de performance et de résultats.

Chapitre 2. Choix d'un croisement des modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

« Contrairement aux méthodes quantitatives, les données qualitatives donnent davantage la possibilité d'étudier un phénomène en tenant compte du contexte » (Gardet, 2008).

Il existe certains travaux mobilisant la théorie COR dans une perspective qualitative, notamment ceux de Carrier-Vernhet et al., 2014; Mhiri et Teneau, 2015 ; Safy, 2011 ; Safy-Godineau, 2013 (liste non exhaustive²¹). Néanmoins, la théorie COR reste majoritairement abordée par des approches quantitatives. Nous avons choisi la méthode qualitative pour être au plus près de ce que vivent les acteurs. Le propre des recherches qualitatives est d'« étudier les phénomènes dans leur cadre naturel » (Giordano, 2003, p. 16). Il ne s'agit pas de d'établir des régularités statistiques mais de rechercher « les significations, de comprendre des processus, dans des situations uniques et/ou fortement contextualisées » (Giordano, 2003, p. 16). Ce n'est pas seulement la régularité mais la profondeur de la description que nous cherchons à saisir (Giordano, 2003).

Comme nous l'avons dit dans la partie précédente, cette recherche se place dans une démarche interprétativiste. « Pour le chercheur, connaître revient à tenter de comprendre le sens ordinaire que les acteurs attribuent à la réalité, inconnaissable dans son essence » (Giordano, 2003, p. 20). L'enjeu dans le cas présent est donc d'appréhender la perception qu'ont les acteurs dans le but de comprendre les processus liés à la santé au travail et la façon dont les agents s'adaptent à certaines situations contraignantes.

²¹ Nous avons fait une recherche encore très récemment (septembre 2018) sur les bases de données ebsco et cairn avec les mots clés « Ressources » + « Hobfoll » + « qualitative » puis en associant « stress » ou « health ». Sur Ebsco, il n'y a eu qu'un seul résultat : l'article de Lazarus (2001) qu'il a écrit en réponse à Hobfoll dans le dossier sur la COR Theory dans Applied Psychology. Sur cairn, il y a eu 53 résultats que nous avons explorés, beaucoup de travaux citent Hobfoll dans le but de situer le modèle Exigences-Ressources mais sans mobiliser la théorie COR. Pour autant nous ne citons pas ici tous les travaux qualitatifs mobilisant la théorie COR. Et cette recherche bibliographique sert à illustrer le fait qu'il y en a peu.

Chapitre 2. Choix d'un croisement de modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

Ce chapitre a pour objet d'expliquer les différentes méthodes de collectes de données mobilisées dans les trois articles. Les données de chaque article sont issues de terrains différents, leur collecte s'est faite en plusieurs temps. Il y a eu en premier lieu la participation à une recherche-intervention en 2014 dans une collectivité territoriale qui a permis la réalisation de l'article 1. S'en est suivie la participation au projet de recherche AMISSH en 2015-16 dans le secteur de la santé (établissements publics et privés). Nous avons choisi pour l'article 2 de ne mobiliser que les entretiens ayant eu lieu dans le secteur public. Et pour finir une convention a été signée à notre demande avec un établissement hospitalier pour accéder à un service hospitalier dans lequel nous sommes restée un mois début 2018 (article 3). Nous ne détaillerons pas les données dans ce chapitre car elles le sont dans chacun des articles. En revanche nous allons expliquer le choix de ces différentes configurations et méthodes de travail.

Notre processus global de recherche peut être schématisé comme suit :

Chapitre 2. Choix d'un croisement de modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

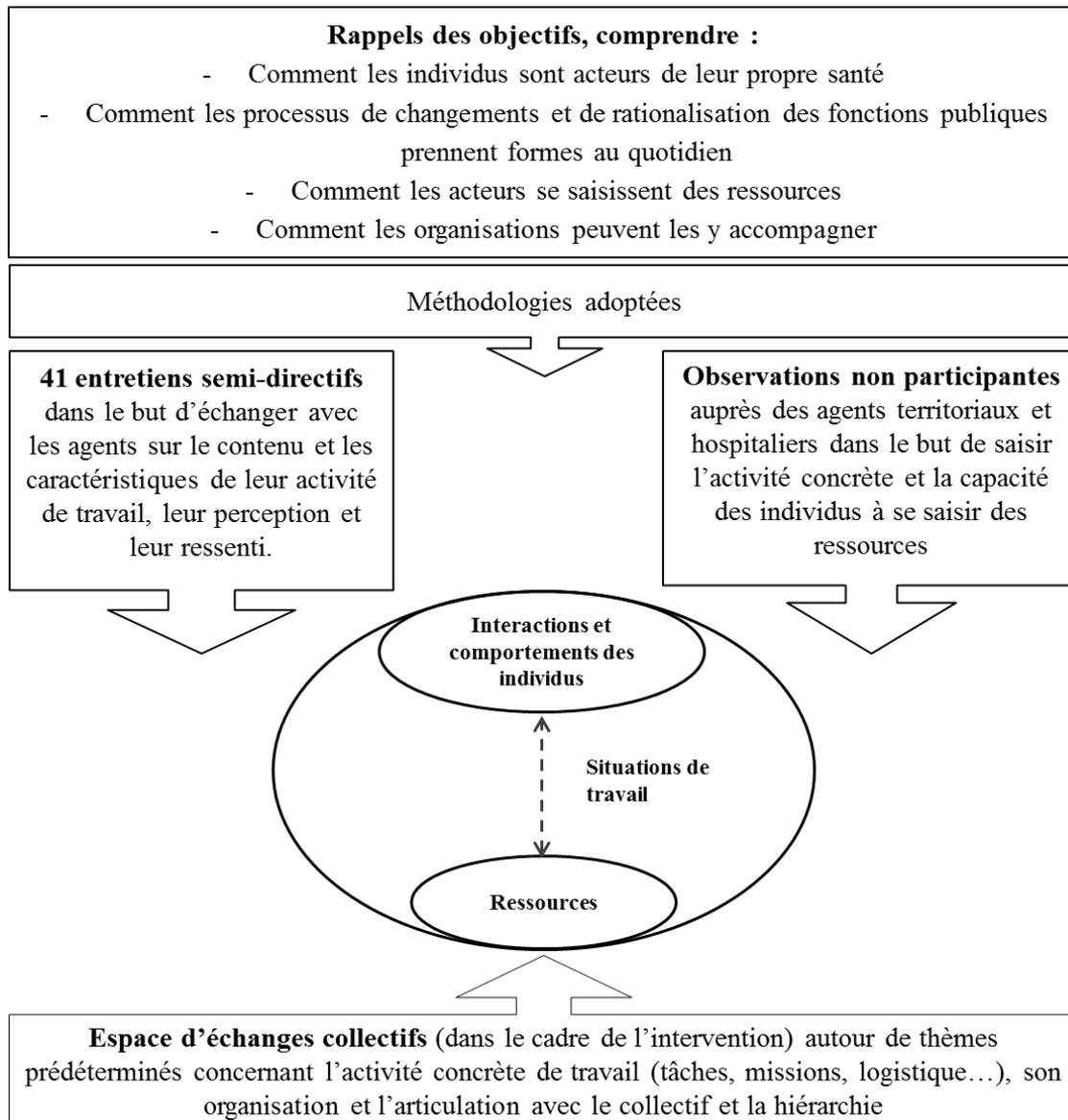


Figure 7: Schématisation du processus global de recherche

L'enjeu de cette approche est de saisir l'interaction entre les individus et les ressources déployées ce par l'analyse de situations de travail, les objectifs étant ceux mentionnés dans la figure ci-dessus. Pour ce faire, nous avons mobilisé différents traitements et sources de données s'inscrivant dans une démarche qualitative globale.

1. Différentes configurations de travail

En 2014, nous avons participé à une recherche-intervention avec Emmanuel Abord de Chatillon et Céline Desmarais, également co-auteurs de l'article publié dans la Revue de Gestion des Ressources Humaines (premier article du présent travail doctoral). Ce cadre a mis en lumière la pertinence de la méthode de l'étude de cas avec multitude des sources de données : entretiens, observations, séances de travail collectives avec l'équipe, restitution et échange avec la hiérarchie. Nous avons également pu découvrir les bienfaits d'un travail de recherche collective. En effet, échanger très régulièrement entre chercheurs sur ce que nous percevions du terrain nous a permis d'obtenir des analyses plus riches.

En 2015-2016, nous avons participé au projet de recherche AMISSH. Des entretiens ont été menés dans le cadre de ce projet auprès de cinq établissements de santé. Nous avons choisi de mobiliser les entretiens des établissements publics. Nous avons pour cet article mobilisé uniquement des entretiens et choisi pour l'analyse d'utiliser le logiciel Nvivo 11. Nous avons pu éprouver les difficultés d'un travail individuel et constaté que le travail de recherche, bien que nécessairement solitaire, se nourrit très bien d'une dynamique collective pour avancer, permettant ainsi de changer de perspective, confirmer ou infirmer des choix.

Les démarche et configuration de travail de l'article 3 était encore d'un autre ordre. Après avoir découvert la recherche-intervention puis le travail au sein d'un collectif-projet, nous souhaitions être à nouveau près du travail des acteurs et de leur vécu. Observer permet d'approfondir l'analyse des discours et d'éprouver, dans la mesure du possible, la réalité des acteurs. Nous avons donc fait la démarche de recontacter le directeur des soins d'un des établissements sollicités pour le projet AMISSH. Il a accepté de nous recevoir et nous a convié à faire une présentation de notre projet lors d'une réunion avec les cadres-supérieurs de l'hôpital. Ces temps d'échanges nous ont permis d'expliquer notre requête, par la mise en lumière de l'objet de ce travail doctoral et les raisons qui nous poussaient à approfondir notre analyse des discours sur la dégradation des conditions de travail à l'hôpital et des difficultés psychosociales qui l'accompagnent. A ce stade de notre réflexion, il était nécessaire pour nous d'aborder un nouveau terrain en vue de confirmer la nécessité de passer d'une perspective pathogénique à une perspective salutogénique. Aussi avons-nous présenté notre projet comme une analyse des conditions de travail et pratiques professionnelles participant à

l'objectif de bien-être des individus au travail. Ce changement d'approche a d'ailleurs été très bien accueilli par les cadres-supérieurs et le directeur des soins présents lors de cette réunion. Nous nous sommes accordée sur les modalités de l'entretien et de l'observation. Nous avons laissé la liberté à la direction de choisir le service observé, tout en précisant qu'un service perçu comme « allant bien » où il ferait « bon travailler » pourrait répondre à notre perspective salutogénique. Le directeur des soins nous a donc recontacté par la suite pour nous donner les coordonnées de la cadre supérieure du service de neurologie qui nous a ensuite mise en relation avec la cadre de santé du service en question. Nous avons eu ensuite quelques échanges de mails pour organiser notre venue (nous reviendrons sur ces modalités avec un peu plus de précisions dans la sous partie 2.2 de la partie suivante). Arrêtons-nous maintenant sur les différents modes de collecte que nous avons mobilisés.

2. Modes de collecte multiples pour tenter de saisir les ressources

2.1 Des entretiens semi-directifs pour chacun des articles

Gavard-Perret et al. (2012) distinguent trois formes d'entretiens : directif, semi-directif et non directif. Nous avons mené des entretiens semi-directifs pour chacun des articles car c'est la méthode de collecte de données la plus mobilisée en sciences de gestion, (Romelear, 2005 ; Gavard-Perret et al., 2012). Cette forme d'entretien offre une certaine souplesse dans les échanges en autorisant l'émergence de nouveaux thèmes et sous-thèmes (Gardet, 2008) et nous semblait la plus appropriée à notre objet de recherche.

Nous avons précisé aux agents le caractère confidentiel des échanges pour chacun de ces entretiens (41 au total²²) et mis en avant que les enregistrements étaient là uniquement pour respecter le justement possible les propos qui nous étaient confiés. Cette précision était

²² 14 pour l'article 1, 17 pour l'article 2 et 10 pour l'article 3

Chapitre 2. Choix d'un croisement de modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

d'autant plus importante que les questions de santé au travail se trouvent à l'interface entre l'individu, l'équipe auquel il appartient, son responsable direct et l'institution pour laquelle il travaille. Des témoignages tels pourraient créer des discordes s'ils venaient à être nominatifs. Il était important pour nous et pour la qualité de cette recherche d'établir au mieux un espace de confiance avec les personnes rencontrées afin qu'elles se sentent libres de se confier sur leur ressenti et sur la perception de leur travail. Ainsi, leur anonymat a été respecté.

Concernant les articles 1 et 2 bien qu'ils aient vu le jour dans des contextes différents, leur objet est sensiblement le même. Il s'agit dans les deux cas d'échanger avec les agents sur le contenu et les caractéristiques de leur activité de travail, la perception qu'ils peuvent en avoir et leur ressenti concernant le contexte. Nous avons guidé les échanges vers ces différents aspects sans négliger l'organisation du travail, définie comme l'articulation entre l'individuel et le collectif ainsi que les relations avec la hiérarchie. De manière plus spécifique nous avons également tenté de les amener à identifier des freins, contraintes et/ou ressources. Une grille a été élaborée préalablement (cf annexes 1 et 4) pour fixer les objectifs de recherche. Néanmoins, nous avons laissé place à la liberté de conversation que permet l'entretien semi-directif.

Dans le cadre de l'intervention se trouvait également la nécessité d'établir une relation de confiance dans la mesure où ces entretiens représentaient notre premier contact avec l'équipe. En effet, nous allions être amenés à les accompagner durant plusieurs semaines dans leur service.

Nous avons, dans le cadre de la recherche-intervention de l'article 1 et du projet de recherche de l'article 2, effectué les entretiens en binôme avec un autre chercheur. En revanche dans le cadre de l'article 3, nous étions seule à réaliser les entretiens. Ils ont tous eu lieu sur le lieu de travail des personnes rencontrées. Nous sommes consciente que ce choix peut représenter un inconvénient selon le rapport qu'entretient la personne avec son travail et l'institution qui l'emploie. Nous n'avons néanmoins pas perçu de gêne ou de retenu dans les discours au moment des échanges.

Pour l'article 3, l'objectif diffère. Bien que notre démarche globale ait eu une visée exploratoire, les entretiens dans ce cas précis ont une visée confirmatoire. Nous les avons menés dans le but de confirmer ce qui avait émergé des observations. Nous avons donc

Chapitre 2. Choix d'un croisement de modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

orienté les échanges sur la perception du rôle de la cadre, sur l'attachement à la réalisation de la tâche et sur l'impression de manque quotidien que nous avons décelé.

Les entretiens ont été accompagnés dans les articles 1 et 3 par d'autres méthodes de collectes dont l'observation non participante.

2.2 Observation non participante

Avec l'envie de saisir l'activité concrète des acteurs et l'appropriation des ressources par ces mêmes acteurs, nous nous sommes tournée vers l'observation. Dans l'article publié dans la Revue de Gestion des Ressources Humaines, chacun des travailleurs sociaux a été suivi une journée dans l'exercice de son métier. Pour l'article 3 nous avons suivi chacune des personnes du service de neurologie, des infirmières aux aides-soignantes jusqu'à la cadre de santé.

La méthode de l'observation mobilisée a connu un essor en sciences humaines et sociales à la fin du XIX^{ème} siècle et début XX^{ème} (Groleau, 2003). Taylor en 1911 et Mayo en 1933 la mobilisaient déjà pour se saisir du travail, de son organisation, et du comportement des acteurs.

L'observation permet en effet d'affiner l'analyse des discours (Arborio, 2007). Elle permet de « *saisir sur le vif l'expérience des individus au quotidien* » (Groleau, 2003, p. 213). La santé au travail fait aujourd'hui l'objet de maintes recherches. L'enjeu pour nous n'était pas de tenter d'appréhender un phénomène peu connu sinon d'adopter une nouvelle approche : saisir le plus finement possible ce que vivent les acteurs. Nous avions à l'esprit plusieurs questions : comment les individus sont acteurs de leur propre santé, comment ils se saisissent des ressources et comment les organisations peuvent les y accompagner. L'observation se révélait alors la méthode la plus appropriée. De plus, notre positionnement interprétativiste et le caractère processuel de notre objet de recherche nous ont confortés dans l'idée que l'observation permettrait de soutenir notre démarche de recherche et son objet.

Par ailleurs, la proximité quotidienne avec les acteurs invite à développer une relation de confiance que ne permet pas nécessairement l'entretien. Même si elle peut également souffrir de biais, comme le reconnaissent certains auteurs, dans la mesure où la présence du chercheur

Chapitre 2. Choix d'un croisement de modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

peut conditionner les comportements des acteurs. Nous avons donc conscience de l'écueil possible que cela représente : la présence constante du chercheur permet-elle à l'observé d'oublier l'observateur ou au contraire le rend-t-elle plus enclin à adopter des comportements stéréotypés ?

Focus sur l'observation dans le cadre de l'article 3

« L'observateur ne reste jamais complètement extérieur à la situation qu'il observe »

(Arborio et Fournier, 2015, p. 30)

Tout d'abord, nous sommes venue une première fois dans le service pour être présentée par la cadre auprès de l'équipe, infirmiers et aides-soignants en tant que « chercheur-observateur ». Nous avons présenté notre démarche, le doctorat en cours et insisté sur le fait que nous étions intéressée par leur santé au travail en tant que personnels paramédicaux. Nous avons dès ce moment précisé que notre approche salutogénique différait des approches pathogéniques majoritairement mobilisées pour aborder la santé au travail. Cette proposition a été très bien accueillie. Un planning a ensuite été fixé avec la cadre et affiché dans le bureau des infirmières pour que tous sachent quels jours et horaires nous serions présente. Nous avons tenté d'élaborer le planning de manière à pouvoir passer du temps avec tous les membres de l'équipe et éprouver les différents horaires (matin 6h30-14h, soir 13h45-21h15 et une nuit 20h45-6h45).

Notons qu'il y a eu peu de résistance à la présence du chercheur. Un aide-soignant seulement a dit clairement qu'il ne voulait pas plus qu'« *échanger [...], juste comme ça, mais pas plus* ». Nous n'avons pas eu d'explications quant à ce refus, autre que « *je n'ai pas envie de plus. Ce serait trop* ». Nous avons bien sûr respecté cette décision, dans la mesure où une personne se sentant observée sous la contrainte pourrait produire des données biaisées. Notons que tous les autres membres de l'équipe ont accepté notre présence sans évoquer de réticence.

Aussi avons-nous suivi leurs horaires de travail. Nous souhaitions éprouver la réalité de leurs conditions et rythmes de travail ainsi que les difficultés qui accompagnent cette réalité :

Chapitre 2. Choix d'un croisement de modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs

quitter sa famille en fin de journée, à l'heure où on se retrouve normalement autour d'un repas, ou encore partir avant que le reste de la famille ne se lève. Cette démarche nous a semblé par ailleurs essentielle pour nous faire accepter dans le service et procurer une légitimité à notre présence.

La première infirmière que nous avons suivie au sein du service nous a donné accès à son travail sans retenue et sans tabou. Cet accès direct à son quotidien de travail nous a en quelque sorte « ouvert la voie » auprès des autres agents du service. Nous avons ensuite été présentée aux différents collègues avec légèreté et simplicité : « *C'est Maryline, elle va te suivre aujourd'hui... comme ton ombre !* ».

Certains acteurs nous ont présenté aux patients systématiquement : « *C'est Maryline, elle travaille sur nos conditions de travail et notre bien-être à nous* », d'autres se sont abstenus de le faire. Nous avons senti quelques regards interrogateurs, mais la blouse blanche aidant, les patients et les familles nous ont assimilé au personnel du service. Le cahier, outil indispensable à notre prise de note quotidienne, nous a conféré le statut de stagiaire aux yeux de beaucoup d'entre eux. Nous avons été interpellée quelques fois et avons systématiquement renvoyé les patients vers les personnes compétentes.

Au sein des personnels, nous avons le rôle défini de chercheur-observateur. Il nous est arrivé cependant d'adopter des gestes de soutien, comme déplacer une chaise pour une infirmière ou une aide-soignante encombrée, aller déposer un prélèvement au laboratoire à un autre étage ou encore descendre en urgence dans un autre service pour aller chercher un brancard avec une infirmière du service à la suite de la chute d'une patiente. L'action à chacun de ces moments était à notre sens nécessaire. L'absence d'action aurait pu être mal interprétée. Comme le précise Arborio (2007) une absence de réaction de notre part, sous couvert de neutralité risquait d'être perçue comme un manque de considération, « *une marque de distance voire de mépris* » (Arborio, 2007, p. 30) et peut-être encore plus particulièrement auprès de personnels soignants attentifs au bien-être d'autrui.

Nous avons ensuite fait une synthèse récursive à l'équipe afin de leur offrir un regard extérieur sur leurs pratiques et organisation du travail en présence de la cadre et du médecin-chef du service.

3. Différentes méthodes de traitements des données

Pour les trois articles nous avons suivi une démarche abductive avec des allers-retours entre le terrain et la littérature afin de nourrir et enrichir nos réflexions et analyses tout au long du processus de recherche. En revanche nous avons fait le choix d'un codage manuel pour les articles 1 et 3 et d'un codage à l'aide du logiciel de traitement qualitatif Nvivo 11 pour l'article 2.

3.1 Un codage manuel pour les articles 1 et 3

Pour l'article 1, nous avons élaboré deux grilles d'analyse des entretiens (cf annexe 3). La première a pour but de définir les caractéristiques des différents contrats psychologiques, leur évolution respective et les sources de brèche et de violation. La seconde a pour but de relever les contraintes et ressources identifiées par les agents, et d'identifier des liens potentiels entre elles. Nous avons ensuite croisé ces grilles avec les éléments que nous avons pu tirer des espaces d'échanges avec les agents.

La recherche-intervention offre l'avantage d'avancer sur « tous les fronts ». Aussi la corrélation entre analyse de la littérature et analyse de terrain nous a permis de saisir la problématique dans sa globalité.

Pour l'article 3, nous avons procédé différemment car notre matériau principal était issu de l'observation. Aussi l'analyse commence dès l'accès puisque comme l'expliquent Arborio et Fournier (2015) « *prendre des notes consiste à sélectionner des éléments qui semblent pertinents à analyser* » (p. 63). Reste la difficulté par la suite d'aborder ce matériau une « deuxième » fois au moment de l'analyse. En ce sens il est fait mention d'une distinction entre « le chercheur observateur » et « le chercheur analyseur » (Arborio et Fournier, 2015, p. 63). La double difficulté que cela représente explique la pertinence du travail en équipe : un regard extérieur permet une prise de recul qu'il peut être difficile d'avoir quand le terrain nous absorbe.

3.2 L'analyse avec Nvivo

Nous avons fait un premier codage et créé (17 nœuds). Nous avons ainsi créé des nœuds liés au contexte, aux conditions de travail que nous avons ensuite subdivisé en sous-nœud selon la catégorie professionnelle. Nous avons également mobilisé la typologie développée par Hobfoll (1988) et reprise par Neveu (2012) et créé les nœuds « type de ressources » accompagné des sous-nœuds : « tangibles », « personnelles », « énergétiques » et « interpersonnelles ». Cette étape nous a permis de faire émerger à la fois l'intérêt et la difficulté d'aborder les ressources par une approche qualitative. Il ne s'agissait pas de demander aux individus de décrire les ressources mais plutôt d'accéder dans leur discours aux éléments qui font ressources sans qu'ils les aient nécessairement identifiés comme tels. L'idée alors était de faire le lien avec d'autres indicateurs tels que la perception du dispositif, les émotions et ressentis associés. Cette étape nous a permis d'être au plus près des situations à travers les discours des individus.

De ce premier codage nous avons repris les synthèses extraites de Nvivo que nous avons recodé. Cette seconde étape nous a permis de nommer les ressources au-delà du type auquel elles appartenaient. Nous avons fait le choix délibéré de ne nous attacher qu'aux ressources énergétiques et interpersonnelles car contrairement aux autres, elles représentent des leviers pour les organisations.

Nous avons pour autant constaté dans la littérature que les atteintes à l'estime de soi (ressource personnelle selon la classification d'Hobfoll) sont significativement corrélées avec la souffrance psychosociale et le burnout. Pour autant la complexité même du concept de l'estime de soi nous a semblé difficile à saisir et à opérationnaliser pour cette recherche à visée organisationnelle.

Nous avons pu confirmer et éprouver que les ressources contextualisées ne sont pas de fait positives ou négatives. En effet le dispositif auquel les ressources correspondent semble devenir positif ou négatif dépendamment de sa rencontre avec l'individu selon qu'il se révèle pour lui comme un gain ou une perte.

Conclusion

Nous avons donc éprouvé différentes configurations de travail. Chacun des articles nous a permis à la fois d'interroger la pertinence et l'intérêt des différentes méthodes de collecte de données et d'analyse. Nous avons ainsi mis au jour la nécessité d'une démarche qualitative, mise en œuvre par les modalités de l'observation et de l'entretien. Par ailleurs, nous avons montré en quoi les trois articles répondent à une problématique commune.

Synthèse du chapitre 2

La théorie de la conservation des ressources est majoritairement abordée par des approches quantitatives. Nous avons choisi une méthode qualitative globale pour être au plus près de ce que vivent les acteurs.

Article 1 *Revue de Gestion des Ressources Humaines*

Rupture du contrat psychologique et risques psychosociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Une recherche-intervention

- 14 entretiens semi-directifs
- Observations non participantes
- Séances de travail collectives avec l'équipe
- Collecte et analyse de documents internes à l'organisation
- Codage manuel avec deux grilles d'analyse

Article 2 *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*

Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital

Un projet de recherche

- 17 entretiens semi-directifs
- Codage et analyse des entretiens avec le logiciel d'analyse Nvivo 11

Article 3 Communication au congrès AGRH

« A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité »

Une immersion dans un service hospitalier

- 90h d'observation non participante
- 10 entretiens semi-directifs
- Analyse des comptes rendus d'observation
- Analyse au prisme de l'organisation liquide

Synthèse de la partie II

Thèse défendue : la santé au travail est un processus dynamique auquel concourent l'individu, le collectif et l'organisation qui s'exprime à travers la relation aux ressources

Une question empirique : comment répondre au constat du développement des difficultés psychosociales des agents dans un contexte de rationalisation ?

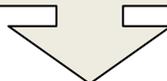


Une recherche qualitative globale qui s'inscrit dans un paradigme épistémologique interprétativiste avec plusieurs objectifs visant à comprendre :

- ✓ Comment les individus sont acteurs de leur propre santé
- ✓ Comment les processus de changements et de rationalisation des fonctions publiques prennent formes au quotidien
- ✓ Comment les acteurs se saisissent des ressources
- ✓ Comment les organisations peuvent les y accompagner

A partir de situations de travail en croisant des méthodes de collectes (entretiens, observations non participantes et co-construction d'outils) et de traitement (manuel et logiciel) de données

Plusieurs sous-questions de recherche traitées dans les articles à savoir :



	Article 1	Article 2	Article 3
En quoi l'analyse des spirales permet de mieux comprendre le processus de dégradation ou de préservation de la santé ?	X	X	
Quelles conditions permettent un rétablissement des ressources ?	X	X	X
Comment se manifeste la liquidité de l'organisation hospitalière ?			X
Quelles conditions permettent la construction ou l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique ?	X		

PARTIE III

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

PARTIE III Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources	91
1. La rupture du contrat psychologique : une spirale de perte de ressources ?.....	97
1.1. Rupture et violation du contrat psychologique.....	97
1.2. La théorie de la Conservation des Ressources (COR).....	99
1.3. Passage de la rupture à la violation du contrat psychologique et spirale de perte des ressources dans le cas de changements liés au nouveau management public	101
2. Méthode	104
2.1. Une recherche-intervention dans un service public à vocation sociale.....	105
2.2. Le processus d'analyse des données.....	110
3. Principaux résultats.....	111
3.1. Les principales ressources mobilisées par les agents du service gérontologie et handicap.....	111
3.2. De la rupture à la violation du contrat psychologique.....	115
4. Discussion.....	123
4.1. Apports méthodologiques et managériaux.....	124
4.2 Apports théoriques.....	125
Conclusion :	127
Synthèse Partie III.....	128

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Breach of the psychological contract and psychosocial risks : conservation of resource theory in intervention-research

Cet article a été coécrit avec Emmanuel Abord de Chatillon, professeur à l'IAE de Grenoble, Université Grenoble Alpes et Céline Desmarais, professeure à la Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud. Une première version a été présentée au colloque AIRMAP en 2014. Il a ensuite été publié dans la *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 2015/1 (n°95).

Résumé

Les organisations publiques contemporaines subissent aujourd'hui de nombreuses transformations, parfois lourdes de conséquences pour les agents publics. Le contrat psychologique (modélisation de la relation d'emploi) qui lie l'agent à son organisation en est bousculé. Cet article se propose d'examiner les processus en jeu afin de comprendre ces changements tout en préservant la santé des agents. Il ambitionne d'apporter des éléments de compréhension du lien existant entre rupture, violation du contrat psychologique et mal-être au travail dans le contexte des organisations publiques.

Cette recherche-intervention examine ainsi les processus par lesquels la rupture du contrat psychologique débouche sur du mal-être, en lien avec des atteintes aux ressources. Cette analyse est réalisée dans le contexte d'un service public en direction des personnes âgées et des personnes handicapées ayant fait l'objet d'une recherche-intervention d'une durée d'une année complète. Ce contexte (les métiers du social) nous permet d'interroger à la fois un contrat psychologique tourné vers le service au public et des contraintes classiques comme l'augmentation de la charge de travail ou la raréfaction des moyens.

Nos résultats montrent l'importance du collectif dans le processus de reconstruction des ressources mais également que la violation du contrat psychologique correspond à une atteinte à des ressources fondamentales qui constituent le cœur de ce contrat. La démarche de cette

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

recherche révèle la pertinence de la méthodologie de recherche-intervention dans le développement de connaissances dans le domaine de la santé au travail.

Mots-clés : Contrat psychologique, recherche-intervention, théorie de la conservation des ressources, management public

Abstract

Public organizations suffer from many transformations with sometimes serious consequences for public officers. The psychological contract (modeling the employment relationship) that binds the agent to his organization is called into question. This article aims to discuss those processes in order to understand these changes and protect health of workers. It aims to provide elements of understanding of the relationship between breach of the psychological contract and suffering at work in public organizations.

This intervention research examines the links between rupture of psychological contract and damage of resources. This research takes place in a public service devoted to elderly and disabled people. This intervention-research covered for a period of one full year. We question both a public specific psychological contract and usual constraints such as increased workload and scarcity of resources.

Our results show the importance of collective resources in the reconstruction process. The violation of the psychological contract primarily concerned basic resources which constitute the heart of the contract. The research approach reveals the relevance of intervention-research methodology in the development of occupational health management theory.

Keywords: Psychological contract, intervention research, conservation of resources theory, public management

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Les organisations publiques contemporaines subissent de nombreuses pressions qui résultent de la raréfaction de leurs ressources avec des conséquences lourdes sur leur organisation, leurs missions, et le travail des agents publics. Ces changements loin d'être anodins, sont susceptibles d'altérer le bien-être au travail des agents (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Il semble ainsi fondamental de mieux comprendre comment ces processus interviennent afin d'accompagner ces changements.

Les transformations en cours et à venir du travail dans les services publics bousculent le contrat psychologique qui lie l'agent public à son organisation. Le contrat psychologique désigne « *la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques* » (Rousseau, 1989, p.123). Le cadre d'analyse du contrat psychologique est un outil permettant l'analyse des réactions des salariés face au changement organisationnel (Cassar et Briner, 2011). La rupture du contrat psychologique, définie par Morrison et Robinson (1997), comme la *perception* par l'employé que « *l'organisation n'a pas tenu une ou plusieurs obligations* » est fréquemment une conséquence du changement organisationnel. Ces mêmes auteurs distinguent la rupture de la violation du contrat psychologique. Alors que la rupture est une évaluation cognitive du non respect du contrat psychologique par l'employeur, la violation en est une évaluation affective et émotionnelle. Elle se traduit par des émotions négatives des individus concernés : déception, frustration, colère et ressentiment.

La littérature foisonnante sur le contrat psychologique évalue l'effet des ruptures et violations perçues du contrat psychologique sur un ensemble de conséquences attitudinales et comportementales. Les effets les plus fréquemment étudiées de la rupture et/ou la violation du contrat psychologique portent sur l'implication organisationnelle, la satisfaction au travail et les comportements de citoyenneté organisationnelle. La souffrance au travail (stress, épuisement, burnout) fait partie des conséquences étudiées dès les premiers travaux sur le concept (Robinson et Morrison, 1995). Cependant, les travaux empiriques portant spécifiquement sur ce type de conséquences sont relativement peu nombreux même si la thématique semble émergente (Nwankwo et al., 2013 ; Jamil et al., 2013).

Le présent article ambitionne d'apporter des éléments de compréhension du lien existant entre rupture, violation du contrat psychologique et mal-être au travail dans le contexte des

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

organisations publiques. La littérature existante, outre le faible accent déjà relevé sur les conséquences de la rupture du contrat psychologique sur la souffrance au travail, tend de surcroît à privilégier une approche causale et statique de ces phénomènes (Conway et Briner, 2002). Ces approches ne permettent pas de comprendre comment le mal-être se développe en conséquence de la rupture du contrat psychologique, ni surtout comment les individus peuvent se protéger, comment un nouveau contrat psychologique peut être construit dans les contextes de changement et susciter l'adhésion des acteurs.

C'est pourquoi nous avons fait le choix de mobiliser la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989, 2002 ; Halbesleben, 2006) ou théorie COR, qui met l'accent à la fois sur la dimension processuelle (avec notamment l'existence de spirales ou de gains de ressources) et sur la capacité de résilience des individus, en mettant le focus sur le concept de ressources. Les ressources sont définies de manière très large. Hobfoll en distingue ainsi quatre types : les ressources tangibles, personnelles, interpersonnelles et énergétiques. Dans ce modèle, la souffrance est le résultat d'une situation où soit l'individu ne peut développer ses ressources, soit il voit ses ressources atteintes ou menacées, soit l'investissement en ressources qu'il a réalisé ne porte pas ses fruits.

Dans cet article, nous examinons ainsi les processus par lesquels la rupture du contrat psychologique, débouche sur du mal-être, en lien avec des atteintes aux ressources. Cette analyse est réalisée dans le contexte d'un service public en direction des personnes âgées et des personnes handicapées ayant fait l'objet d'une recherche-intervention d'une durée d'une année complète. Le choix de ce terrain correspond à un secteur (les métiers du social) où les logiques de métiers sont fortes et la motivation du service au public importante. Ce contexte nous permet d'interroger à la fois un contrat psychologique tourné vers le service au public et des contraintes classiques comme l'augmentation de la charge de travail ou la raréfaction des moyens.

Après une présentation du cadre théorique de la recherche et de la démarche méthodologique retenue, nous examinerons les différentes dimensions des conditions de travail et des ressources en jeu, de manière à proposer une structuration de la compréhension du contrat psychologique comme un élément de ressource énergétique pour l'individu au travail.

1. La rupture du contrat psychologique : une spirale de perte de ressources ?

Le contrat psychologique est un outil théorique permettant de comprendre les réactions négatives des individus quand ils sont confrontés au non-respect des promesses explicites ou implicites sur lesquelles ils avaient fondé leur relation d'emploi. Nous montrerons que la rupture du contrat psychologique, notamment si elle évolue vers une violation, s'inscrit dans le processus de perte des ressources tel qu'il est défini par Hobfoll (1989) dans la théorie de la conservation des ressources.

1.1. Rupture et violation du contrat psychologique

Le contrat psychologique offre un cadre d'analyse des comportements organisationnels à travers une modélisation de la relation d'emploi. Il met ainsi au jour le « processus de construction du lien entre l'individu et l'organisation » (Delobbe, 2005, p. 17). Le terme de « *contrat psychologique* » a été utilisé pour la première fois par Argyris dans les années 60 pour décrire les relations entre des employés et leur contremaître.

Cependant, Rousseau (1989) marque une rupture dans la conceptualisation du contrat psychologique en le situant clairement au niveau individuel (Coyle-Shapiro et Parzefall, 2005, p. 25). Ce concept repose sur les notions de *croyance subjective individuelle*, de *réciprocité*, de *promesse* et d'*engagement*. Il se distingue donc d'un contrat « classique » où les deux parties donnent formellement leur accord.

Il est fondé sur un modèle contribution-rétribution : le salarié met en parallèle son investissement dans l'organisation (sa contribution) avec ce qu'il estime devoir recevoir en échange (sa rétribution).

Quel que soit le contenu du contrat psychologique, il est fréquent que le salarié ait le sentiment que l'employeur ne remplit pas ses obligations. On parle alors de rupture (*breach*) ou de violation du contrat psychologique. Ces deux termes sont parfois utilisés de manière interchangeable. Aussi, Taylor et Tekleab (2004) se sont-ils interrogés sur la pertinence

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

d'aborder ces deux concepts séparément. Cependant, les travaux récents continuent de les distinguer en s'appuyant sur la conceptualisation de Morrison et Robinson (1997) et en mobilisant des mesures plus fiables de ces différents concepts. Par ailleurs, la méta analyse de Zhao et al. (2007) a montré une corrélation finalement modeste entre rupture et violation.

Selon Morrison et Robinson (1997), la rupture procède d'une évaluation cognitive par l'employé selon laquelle l'organisation ou l'employeur n'a pas rempli certaines de ses obligations ou tenu une ou plusieurs promesses. Selon ces mêmes auteurs, la violation se traduit en outre par des émotions négatives des individus concernés. Ils avancent également que le passage du cognitif à l'émotionnel (de la rupture à la violation) dépend du sens que l'employé donne à la rupture. Cette dernière évolue plus probablement en violation si la confiance et le sentiment de justice sont atteints (Robinson, 1996 ; Campoy et Neveu, 2005 ; Dulac, 2005). Par ailleurs, selon Rousseau, la rupture ne devient pas nécessairement une violation. Cette évolution dépend notamment de la nature des promesses non tenues et du fait qu'elles soient considérées comme de faible ou de forte importance (Rousseau, 1995).

L'enjeu pour les organisations serait alors de préserver le sentiment de justice des agents afin de prévenir les violations du contrat psychologique. Morrison et Robinson (2000) ont d'ailleurs montré que l'interaction et la discussion avec des représentants de l'organisation minimisent la perception de rupture du contrat psychologique par l'employé.

La recherche sur le contrat psychologique a été particulièrement intense dans les années 2000. Aujourd'hui, trois thèmes continuent d'être explorés par les chercheurs en raison de leur capacité à expliquer les attitudes et comportements des salariés (Cassar et Briner, 2011) : son rôle comme cadre d'analyse global permettant de comprendre la relation d'emploi et son évolution dans le temps, la mise en lumière des réactions individuelles face aux changements organisationnels et sa puissance explicative pour comprendre les réactions des employés face aux promesses non tenues. Dans le contexte actuel de réduction des dépenses publiques ce concept semble ainsi particulièrement important à explorer pour analyser la capacité du management à faire face à ces transformations en limitant leurs effets potentiellement négatifs sur les agents. En effet, les conséquences des changements en cours risquent d'être lourdes : intensification du travail, perte de sens de l'action voire dégradation de la qualité des services offerts ou de leur étendue. Ces évolutions peuvent avoir pour conséquence une remise en cause du contrat psychologique traditionnel dans le secteur public.

Parmi les différents types de contrats psychologiques délimités par Rousseau (1989), les deux plus étudiés se rattachent à la distinction réalisée par McNeil (1985) entre contrat relationnel et le contrat transactionnel. Le contrat relationnel, centré sur la stabilité de la relation d'emploi, la carrière et la confiance mutuelle correspond à la relation d'emploi traditionnelle dans le secteur public. Mais dans ce secteur, comme cela a été noté depuis plus d'une décennie pour les entreprises (Guerrero, 2003, 2004 ; Herrbach, 2000), le contrat de type transactionnel connaît une montée en puissance. Celui-ci se caractérise par une relation à court terme, basée sur un échange économique et un salaire dépendant des performances. Ainsi, l'évolution d'un ancien contrat psychologique vers un nouveau semble faire consensus (Morrisson et Robinson, 1997 ; Robinson et al., 1994 ; Sharpe, 2003 ; Lemire, 2005). Au-delà de la distinction entre contrat psychologique relationnel et transactionnel, ce *nouveau* contrat psychologique est soutenu par des nouvelles pratiques organisationnelles basées sur la performance, la flexibilité et la réduction des coûts quand l'ancien contrat était basé sur la sécurité de l'emploi et la stabilité (Sharpe, 2003 ; Lemire, 2005).

1.2. La théorie de la Conservation des Ressources (COR)

Hobfoll définit le stress comme une réaction à « *la menace d'une perte des ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources* » (1989, p. 516). La théorie COR (conservation des ressources) se fonde sur la propension des individus à chercher des situations qui leur procurent une certaine forme de *succès* ou de *plaisir*, et à leur capacité à tenter de maintenir les dispositions nécessaires à ces situations. Les ressources deviennent l'élément central permettant d'expliquer et définir le stress. Les changements ne sont pas en soi stressants, ils le deviennent lorsqu'ils sont susceptibles de faire perdre des ressources aux individus.

Au sein des quatre types de ressources qu'il distingue, Hobfoll (2001) en a listé soixante-quatorze (il prend la précaution d'exposer que celles-ci sont liées à la culture occidentale). Toutes ne sont pas du même ordre ni de la même importance, il semble que ce ne soit pas tant la quantité mais la qualité de ces ressources qui importe (Freund et Reidiger, 2001).

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

La théorie de la Conservation des Ressources repose notamment sur deux principes centraux : la primauté de la perte des ressources et l'investissement de ressources.

La primauté de la perte des ressources suppose, selon Hobfoll (2001), que les individus accordent plus d'importance à des informations négatives qu'à des informations positives. Une perte de ressources aura donc un impact plus fort que le gain. « L'impact d'une perte serait cognitivement enraciné » (Hobfoll, 2001, p. 344). Les réactions et ressentis des individus dans un contexte de perte sont selon lui sous l'influence socio-culturelle de leur environnement. En effet, l'impact de la perte d'une ressource dépend de sa valorisation par les individus en lien avec la culture dans laquelle ils s'insèrent et des valorisations collectives réalisées par les groupes. Ainsi la perte ne se limite pas à des ressources objectives, matérielles, mesurables et évaluables, mais aussi à des ressources subjectives, symboliques, des ressources qui participent à la définition de l'identité des individus (Hobfoll, 1989).

L'investissement de ressources est lié à la conception de l'individu comme acteur. Suite à un stress élevé ou à un événement traumatisant, celui-ci tente non seulement de *réparer les dégâts* mais il mobilise aussi des ressources afin de protéger davantage celles qui restent. Il n'est pas seulement réactif, mais proactif, même si ces actions positives peuvent être accompagnées d'un état dépressif ou d'anxiété. Acquérir, maintenir et favoriser les ressources a donc un coût en termes de ressources existantes. Ce *coût* est perçu comme d'autant plus important que l'investissement réalisé ne permet pas d'endiguer le flux de perte (Hobfoll 2001).

Dans certains cas, non seulement les acteurs ne parviennent pas à reconstituer les ressources perdues mais de surcroît un processus d'épuisement des ressources se met en place : la spirale de perte. Cela s'explique en partie par la primauté de la perte sur le gain. Il y aurait un effet exponentiel lorsqu'une perte de ressources survient (« *accelerated negative effect* », Hobfoll, 2001, p. 355). Hobfoll (2001) avance que la perte initiale engendre des futures pertes : un individu ayant vécu par exemple un événement difficile accompagné d'une perte peut développer de la colère et s'aliéner un soutien potentiel, ce qui peut augmenter sa vulnérabilité.

À l'inverse, il existe des spirales de gain, le gain initial de ressources en engendrant de nouveaux. Les individus possédant le plus de ressources sont moins vulnérables et plus à même d'en obtenir de nouvelles. Ils possèdent une plus grande capacité réactive et proactive que les individus ayant peu ou pas de ressources.

La vulnérabilité des individus face à la perte semble donc liée à la quantité et surtout à la qualité des ressources détenues. Mais la perte étant plus significative que le gain, les cycles de pertes auront plus d'impact et seront plus rapides que les cycles de gain. La perte de ressources s'inscrit dans une logique individuelle mais parfois également dans une logique collective : Green et al. (1990 in Hobfoll, 2001) ont en effet montré qu'une communauté ayant expérimenté une perte de ressources ne sera pas ou peu à même de soutenir les individus et pourrait de plus étendre le cycle de perte.

Les pertes de ressources et les spirales de perte en particulier pourraient ainsi jouer un rôle dans le processus d'évolution d'une rupture vers un sentiment de violation du contrat psychologique. Inversement, les spirales positives de gains de ressources semblent indispensables pour permettre la reconstruction et l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique.

La rencontre des théories de la Conservation des Ressources d'Hobfoll et du contrat psychologique prend alors son sens, l'analyse du processus de perte des ressources pouvant expliquer le passage de la rupture à la violation et les réactions émotionnelles violentes qui l'accompagnent.

1.3. Passage de la rupture à la violation du contrat psychologique et spirale de perte des ressources dans le cas de changements liés au nouveau management public

Les changements organisationnels engagés dans les organisations publiques sont largement liés à la compression des moyens dont elles disposent et à la diffusion d'une représentation de l'action publique inscrite dans les théories du nouveau management public (NMP).

Inspiré des théories du *public choice* qui mettent l'accent sur les effets pervers de l'intervention publique et considèrent que la solution aux problèmes sociaux réside plutôt dans le marché, ce mouvement a pris des figures très différentes d'un pays à l'autre. Il existe

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

cependant des composantes majeures du NMP qui se retrouvent de manière systématique dans les réformes publiques et qui renvoient à la recherche d'une performance accrue, tant qualitative que quantitative (Politt, 2002). On peut ainsi estimer qu'il existe trois composantes majeures des réformes liées au NMP qui en sont un dénominateur commun (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012) : le Managérialisme, centré sur la recherche d'une meilleure maîtrise du coût de l'action publique (Kirkpatrick et al., 2005) ; la Responsabilisation qui renvoie à la création de structures autonomes et redevables et à la généralisation des pratiques de management par objectif et de *reporting* ; la Contractualisation qui renvoie à l'insertion des organisations publiques dans des réseaux d'acteurs multiples.

Ces changements ont nécessairement des conséquences sur le contrat psychologique des agents publics. Les pratiques de nouvelle gestion des ressources humaines (Desmarais 2008) qui se traduisent par l'individualisation et la contractualisation de la relation d'emploi sont ainsi susceptibles de conduire à sa remise en cause. Lemire et Martel (2007) précisent que « le nouveau contrat psychologique doit être compris comme élément constitutif du NMP » (p. 116).

L'appartenance au service public donne par ailleurs une coloration spécifique au contrat psychologique des agents publics. En effet, certains auteurs considèrent qu'il existe un contrat psychologique différent dans le secteur public par rapport au secteur privé. Les valeurs et la motivation de service public revêtent une importance plus grande dans ce contexte (Vandenabeele, 2008), les bénéfices personnels attendus y sont moins importants (notamment rémunérations et carrières) (Willem, de Vos et Buelens, 2010). Par ailleurs, certains auteurs émettent l'idée selon laquelle le contenu de l'emploi est plus important pour les agents publics (Houston, 2000). La question de l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle est également un élément fréquemment envisagé comme particulièrement important du contrat psychologique dans le secteur public, en lien avec la forte féminisation des agents publics. Cependant, si une partie de ces différences ont été validées empiriquement en Belgique (l'importance moindre de la carrière et de la rémunération, ainsi qu'une plus importante sensibilité au respect du contrat concernant les autres dimensions, Willem, de Vos et Buelens, 2010), il n'est pas possible d'étendre ces résultats au contexte français, les organisations publiques ayant des caractéristiques sensiblement différentes. En France par exemple pour ce qui concerne la question de la rémunération, les analyses comparées de la motivation de service public montrent une moindre propension que dans d'autres pays à sacrifier son intérêt personnel au profit de l'intérêt de plus grand nombre des agents (Desmarais et Edey-

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Gamassou, 2012). Enfin, les secteurs d'activités peuvent conditionner des contrats psychologiques différenciés.

Pour prendre en compte ces différences entre contrat psychologique dans le secteur public et dans le secteur privé il est intéressant de distinguer le contenu du contrat psychologique en fonction de ses dimensions extrinsèques et intrinsèques :

En ce qui concerne les dimensions extrinsèques (ou conditions de travail), il existe des caractéristiques spécifiques du contrat psychologique dans le secteur public qui justifient en partie le choix des individus pour des emplois publics. L'emploi public est traditionnellement caractérisé par la stabilité de l'emploi, des conditions spécifiques de gestion des carrières ainsi qu'un accent particulier sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (à travers les horaires de travail, l'attribution plus généreuse de temps partiels...). La nouvelle gestion des ressources humaines tend à remettre en cause la plupart de ces aspects à travers la remise en cause du fonctionnariat. Cependant, cette dimension de remise en cause des contrats psychologiques n'atteint que rarement les employés en place dans le contexte français, à la différence de situations en Italie, Suisse ou Etats-Unis par exemple où le statut des employés publics a changé de manière radicale.

En ce qui concerne les dimensions intrinsèques (le travail lui-même), il existe un courant qui met l'accent sur l'attachement des agents publics au service au public (Perry et Wise, 1990) et leur désir de produire un travail de qualité qui concerne en revanche le rapport au travail en général (Clot, 2010). Les changements liés à la limitation des moyens publics peuvent ainsi heurter cette dimension du travail public à travers des conséquences sur la qualité du service rendu, le recentrage sur les prestations obligatoires et sur l'intensification du travail.

Ainsi, les éléments de menace du contrat psychologique traditionnel des agents publics peuvent se traduire par la perte de ressources qui sont plus ou moins centrales pour les acteurs. Cette rupture du contrat psychologique ne débouche cependant pas nécessairement sur une violation. Cette évolution dépend largement du sens que l'employé donnera aux pertes de ressources subies. En effet, la théorie COR comme celle du contrat psychologique mettent l'accent sur la dimension subjective de l'évaluation qui est réalisée de la perte de ressources. Hobfoll (1989) évoque la dimension subjective et symbolique des ressources. Pour Rousseau (1989), le passage de la rupture à la violation dépend de la manière dont l'employé évalue l'importance de la rupture. Tout se passe comme si le contrat psychologique était constitué d'éléments centraux et d'éléments périphériques. Les considérations de Hobfoll (1989) sur la

valorisation des ressources laissent ainsi penser que le caractère périphérique ou central des dimensions du contrat psychologique dépend des cultures nationale et organisationnelle dans lesquelles sont baignés les employés mais également des constructions mentales des collectifs de travail.

Si la rupture du contrat psychologique se produit dès qu'une promesse implicite ou explicite n'est pas tenue, le rapprochement des théories du contrat psychologique et de la théorie COR laisse penser que la violation se produit quand la rupture affecte des ressources centrales, valorisées par les individus, les sociétés et les organisations dans lesquelles ils sont insérés et les collectifs de travail auxquels ils prennent part. Par ailleurs, ce rapprochement conduit à la proposition selon laquelle, dès lors que le sentiment de violation se développe, une spirale de perte de ressources peut s'engager conduisant alors à la souffrance au travail des individus.

L'objet du travail empirique que nous présentons ci-après est alors de valider cette compréhension théorique des effets de la rupture d'un contrat psychologique en univers public. Il s'agit ainsi d'analyser le passage de la rupture à la violation du contrat psychologique en observant les pertes de ressources initiales et les spirales de perte de ressources qui en découlent. Il s'agit également d'évaluer les conditions permettant un rétablissement des ressources et la construction ou l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique.

2. Méthode

Pour analyser les processus qui conduisent de la rupture du contrat psychologique à la violation et l'émergence d'une spirale de perte des ressources nous présentons les résultats d'une recherche-intervention d'une durée de six mois dans un service gérontologie et handicap (que nous appellerons Gerhand) qui dépend d'un département français qui emploie 2300 agents environ. L'équipe de recherche accompagne le service prévention et participe à la réflexion sur l'évolution de cette organisation depuis plus de quatre ans. La recherche-intervention suppose de mettre en relation des finalités divergentes : la génération de savoir scientifique par les chercheurs et celle de savoirs opérationnels par les acteurs de l'organisation. Les projets de connaissance et d'action se complètent et se nourrissent. Le chercheur fait partie intégrante du processus de recherche qui consiste à explorer le champ des

possibles pour inventer de meilleures adéquations « entre la connaissance des faits et les rapports qu'ils rendent possibles entre les acteurs » (Hatchuel, 1994, p. 68). L'objectif de notre intervention était ainsi double : tester les propositions théoriques sur les liens entre contrat psychologique et COR theory et accompagner un service. Cette démarche a été suivie d'une phase de bilan postérieure, réalisée six mois après la fin de l'intervention.

2.1. Une recherche-intervention dans un service public à vocation sociale.

Le service Gerhand est emblématique des évolutions que connaissent certaines organisations publiques, en lien avec la raréfaction des moyens alors que les besoins sociaux ne cessent, eux, d'augmenter.

Ce service, créé il y a une dizaine d'années, regroupe 9 assistantes sociales et infirmières, qui sont placées sous la responsabilité d'un médecin gériatologue mais travaillent également en liaison avec une cadre administrative qui gère le secrétariat. Il s'agit d'un service déconcentré sur un territoire, le département ayant, comme beaucoup de ses pairs, fait le choix de développer ses services au plus près des besoins des usagers. La mission des travailleuses sociales et des infirmières (le service ne comprend que des femmes) consiste à évaluer les besoins (médicaux, matériels, de services...) des personnes âgées et des personnes handicapées afin que le département leur délivre des prestations légales. Il existe un service administratif qui traite les dossiers de demandes de prestations établi par le service Gerhand et qui réalise ensuite les opérations comptables et de contrôle liées à la délivrance des aides octroyées.

Lors de notre intervention, ce service était considéré comme en difficulté par le service de prévention de la collectivité et sa hiérarchie, du fait de difficultés individuelles nombreuses qui étaient remontées, de réclamations collectives portées par le service, de conflits au sein de l'équipe. Ces difficultés touchaient une équipe qui avait longtemps été considérée comme exemplaire par sa hiérarchie du fait de son engagement et son professionnalisme. Elles intervenaient dans un contexte de pression importante, liée à la stabilisation des moyens

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

humains depuis 5 ans alors que l'activité et le nombre de bénéficiaires augmentent de 20 % par an en moyenne.

Nous sommes ainsi intervenus dans ce service dans la durée. Cette intervention a été marquée par de nombreux allers et retours entre des phases d'analyse de la littérature, des phases de collecte de données et des phases de travail collectif. Si la méthodologie globale de l'étude de cas est retenue ici, c'est qu'elle nous permet d'explicitier au mieux la complexité des situations rencontrées et les mécanismes de la recherche-intervention (Yin, 1994, El Abboubi et Cornet, 2012). Il ne s'agit pas de capter ce qui se passe à un moment précis, mais plutôt de saisir des processus caractéristiques de l'évolution de l'organisation et de la souffrance des individus dans le temps. Ce processus de recherche est collaboratif, c'est de l'interaction avec le terrain que vont naître les interprétations avec une visée transformative (Wacheux, 1996, Van de Ven et Johnson, 2006, Noguera, 2010).

Le processus de construction des données intègre :

- des entretiens avec l'ensemble des personnes constituant l'unité de travail ;
- des entretiens avec des acteurs de l'organisation concernés par le fonctionnement de cette équipe ;
- des observations non participantes de l'activité précise des acteurs ;
- des séances de travail collectives avec l'équipe ;
- des séances de restitution et d'échanges avec la hiérarchie ;
- la collecte et l'analyse de documents internes à l'organisation concernée.

L'ensemble de ce dispositif représente 43 jours de collecte de données et d'informations sur le terrain.

Les entretiens réalisés ont concerné l'ensemble des personnes travaillant dans le service à l'exception de l'une d'entre-elles qui était au moment de notre intervention en absence de longue durée mais qui a ensuite été intégrée dans les phases d'observation et a participé aux séances collectives et aux restitutions. Ces entretiens ont donné lieu à une retranscription exhaustive. Les caractéristiques des personnes interrogées sont décrites dans le tableau suivant.

**Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche
intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources**

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

	Poste	Central/ Local ²³	Durée de l'entretien
Bénédicte	Responsable du service administratif APA et ETH	Central	60 min
Christelle	Assistante sociale	Local	91 min
Christy	Conseillère technique	Central	97 min
Coralie	Infirmière	Local	88 min
Fabienne	Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF)	Local	65 min
Julie	Assistante sociale	Local	96 min
Katherine	Médecin	Local (N+1 pour les équipes)	93 min
Marie-Christine	Assistante sociale	Local	101 min
Nicole	Responsable DGH (N+2)	Central	Entretien téléphonique
Monique	Médecin responsable gérontologie	Central	61 min
Roseline	Assistante sociale	Local	71 min
Sandra	Assistante sociale	Local	50 min
Solène	Infirmière	Local	67 min
Sylvie	Assistante sociale	Local	70 min

Au-delà des entretiens formalisés que nous avons réalisés, nous avons eu de nombreux échanges informels avec des acteurs concernés par le fonctionnement du service : agents appartenant au service prévention (médecin, assistantes sociales du personnel, chef de service prévention, agent de prévention) et à la fonction ressources humaines (DRH). Ces entretiens, moins formalisés, ont permis de contextualiser plus précisément les situations de travail, mais également de resituer le fonctionnement du service au regard de l'histoire, de l'organisation globale de la collectivité et de ses enjeux.

Par ailleurs, nos résultats s'appuient sur une démarche d'observation du travail. Chaque personne du service a été accompagnée pendant une journée entière de travail de manière à nous permettre de comprendre précisément l'activité concrète de travail. Cette phase a permis de situer les principales contraintes de l'exercice du métier. Cet accompagnement s'est réalisé aussi bien dans les bureaux, qu'en réunion de service, qu'au cours de visites sur le terrain.

²³ Central : personnes travaillant au siège ; local : personnes travaillant sur le territoire du service Gerhand.

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Chaque accompagnement a été suivi d'un entretien avec la personne concernée sur l'activité et ses contraintes.

Cette phase d'observation a donné lieu à des comptes-rendus exhaustifs se focalisant sur les comportements des acteurs et leurs attitudes par rapport à leur activité concrète de travail. Il s'agissait ici d'observer à la fois le travail (organisation des tâches et déterminants de celles-ci) mais aussi l'activité (variabilité, régulations, perturbations...) (Simonet et al., 2011). Ces données ont ensuite été mobilisées pour éclairer et enrichir les discours des acteurs.

L'ensemble de ces éléments a permis de dresser un premier constat qui a débouché sur une restitution à l'ensemble de l'équipe et à sa direction. A la suite de cette restitution s'est organisée une série de séances de travail collectif autour des difficultés rencontrées, mais également des ressources individuelles et collectives affectées, puis sur les moyens d'améliorer la situation (voir tableau 2). Dix thèmes ont émergé de l'analyse des entretiens et des activités. Ils ont été discutés lors de la restitution de cette première étape de l'intervention. Le débat a débouché sur la sélection de cinq thèmes qui ont fait ensuite l'objet d'échanges collectifs. Chaque séance collective a mobilisé l'équipe dans son ensemble. Six séances d'une durée de trois heures ont été menées. Parfois l'équipe a été divisée en deux permettant des réflexions plus précises sur un thème.

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Tableau 2: Les phases de réflexion collective

Dates	Objet de la discussion	Méthode
T1	Management de proximité	Les équipes ont été divisées en 2 groupes. Détailler une situation de management positive et une négative. Mise en commun des 2 groupes et discussion, avec pour but de formuler leurs attentes sur le sujet.
T2	Analyse du fonctionnement des espaces de discussion : le cas de la réunion de service	Confrontation des attentes et des situations rencontrées au sein des espaces de discussion formalisés. Mise en évidence des dimensions collectives de l'interaction au sein de ces espaces.
T3	Hiérarchie, organisation et fonctionnement de l'équipe médico-sociale	Identification des rapports à l'organisation centrale. Travail en groupes sur les attentes et relations à l'administration centrale.
T4	Missions du service et réflexions sur le métier	Amener l'équipe EMS à réfléchir sur une définition de ce que sont les « situations gérontologiques » afin de clarifier leurs missions (pour elles et pour une meilleure compréhension du central)
T5	Logistique et travail commun avec le secrétariat	Réflexion commune. Identification des besoins matériels à un bon fonctionnement. Échanges entre les équipes sur les différents fonctionnements afin de réfléchir à une optimisation.
T6	Synthèse des propositions	A partir d'un support, élaboration des propositions mises en forme à chaque atelier, discussions et modifications à partir du document préétabli.

Ce travail a ensuite été présenté par l'équipe de recherche accompagnée de l'ensemble du service à sa direction, mais également à la DRH et au service prévention. Une restitution intermédiaire avait déjà été effectuée deux mois auparavant à ces mêmes acteurs. Ces différentes restitutions ont permis de valider, au cours du processus, des hypothèses, des analyses et des propositions. La restitution finale avec l'équipe a également permis une confrontation directe de l'équipe avec sa hiérarchie avec une discussion sur la pertinence de chacune des propositions émises.

Enfin, six mois après la dernière restitution, un bilan a été effectué (à travers 4 entretiens individuels et une réunion collective) de manière à identifier les évolutions les plus importantes ayant fait suite à ce travail.

2.2. Le processus d'analyse des données

L'ensemble des données (plus de 50 heures d'enregistrement, 173 pages de comptes rendus) a donné lieu à des analyses qui ont permis d'en tirer des enseignements, à la fois sur les processus de menace des ressources mais également sur les dispositifs de reconstruction des ressources individuelles et collectives.

Les analyses ont d'abord porté sur le repérage de phases clé dans les récits réalisés par les répondants, ces phases étant centrées sur les différentes étapes de la vie du service. L'analyse de ces phases nous a permis de repérer pour chaque individu la manière dont son histoire personnelle se conjugait avec l'histoire du service. Nous avons également analysé la nature du contrat psychologique et son évolution.

Nous avons par ailleurs réalisé un ensemble d'analyses de contenu en confrontant pour chacune des observations (agents du service) les retranscriptions d'entretiens et les analyses de l'activité

Nous avons dans un premier temps repéré les éléments ayant trait au contrat psychologique en distinguant les obligations de l'employé et celles de l'employeur ; les aspects intrinsèques et extrinsèques ; l'ancien contrat psychologique et le nouveau (voir notamment tableau 3).

Nous avons ensuite codé les ressources mobilisées (voir tableau 4) en reprenant la typologie d'Hobfoll (1989) et en nous appuyant sur le repérage des ressources qu'il a réalisés. Nous avons choisi de ne retenir que les ressources mentionnées par au moins 3 membres de l'équipe.)

Nous avons enfin reconstitué les enchaînements constitutifs de spirales de pertes de ressources. Le repérage de la reconstruction des ressources a lui été réalisé progressivement dans le cadre des bilans réalisés au début de chaque séance de travail collectif.

Nous avons enfin associé certaines des phrases clé aux analyses de contenu réalisées.

De plus, un ensemble de mini cas a été élaboré de manière à structurer l'ensemble des matériaux collectés dans des sous-ensembles de sens. C'est ainsi qu'un de ces cas a été construit autour du fonctionnement de la réunion de service, un autre sur l'impact de l'évolution des règles de traitement des dossiers, un autre sur l'articulation de l'activité des travailleurs médico-sociaux avec le secrétariat ou encore un autre sur la charge de travail et sa perception.

3. Principaux résultats

L'analyse des données produites nous a permis de définir l'ancien contrat psychologique et les ressources qui y étaient associées pour l'équipe de Gerhand. Nous avons ensuite analysé les éléments de rupture et tenté de comprendre comment se développaient le sentiment de violation. Nous avons ensuite mis en valeur les spirales de perte de ressources découlant de la violation. Nous avons enfin mis en lumière les éléments permettant d'inverser en partie le processus de rétablissement des ressources et d'envisager un nouveau contrat psychologique.

3.1. Les principales ressources mobilisées par les agents du service gérontologie et handicap

La grande majorité des travailleurs médico-sociaux qui appartiennent à cette équipe ont fait leur carrière dans cette organisation. Certains sont arrivés il y a dix ans, au moment de la création du service. A cette période, la mise en place des nouveaux dispositifs qu'étaient à ce moment-là l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) puis la PCH (Prestation Compensatoire du Handicap) a été à l'origine de la culture du service, basée sur l'innovation et l'engagement.

- « *La création de la MDPH, ce changement, cette nouveauté, participer à la création, j'étais ravie* » (Julie, AS, ETH)

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

- « *Le service était tout neuf (...) il y avait tout à créer. J'ai fait le choix de travailler à l'APA, ce n'est pas par défaut.* » (Marie-Christine, AS, EMS)
- « *La ressource, c'est l'enthousiasme d'une équipe nouvelle.* » (Coralie, infirmière, EMS)

Il existe ainsi dans ce service une représentation assez largement partagée selon laquelle il y a avait eu un âge d'or durant lequel le travail était agréable. Le contrat psychologique initial (voir tableau 3), tel qu'il ressort des analyses que nous avons réalisées reflétait cet état d'esprit.

Tableau 3: Eléments centraux du contrat psychologique des agents de Gerhand

Obligations de l'Employé	Obligations de l'Employeur
Engagement professionnel	Autonomie/confiance
Qualité du service/ Désir d'apporter son professionnalisme aux usagers	Reconnaissance de l'engagement et des idées innovantes
Respect des consignes et attentes de la hiérarchie	Soutien du supérieur hiérarchique
Ethique professionnelle	Moyens pour exercer le travail (nombre de personnes dans le service permettant un travail de qualité)
Acceptation de travailler en plus	Flexibilité du temps de travail (temps partiels)
	Cadre administratif strict mais faisant l'objet d'échanges

Le contrat psychologique tel qu'il était vécu auparavant reposait ainsi sur l'idée d'un service au public s'appuyant sur un fonctionnement solidaire et autonome de l'équipe, mais également sur une confiance de la hiérarchie et une grande tolérance dans les modalités de conciliation des temps de vie personnelle et professionnelle (temps partiels nombreux, flexibilité des horaires) en contrepartie du déploiement d'un professionnalisme élevé, d'un engagement professionnel très important, d'une rigueur dans la mise en place des dispositifs légaux et réglementaires et d'un grand respect des consignes issues de l'échelon central.

Il est à noter que les dimensions du contrat psychologique évoquées par les agents de Gerhand portaient principalement sur le contenu du travail à l'exception de l'aspect concernant la flexibilité du temps de travail et se rattachent globalement à un contrat centré sur les aspects relationnels. Il s'agit ici du cœur du contrat psychologique, à savoir les éléments essentiels pour les agents, les autres aspects n'ayant pas été évoqués lors des entretiens.

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Ce contrat psychologique apportait aux agents de Gerhand de nombreuses ressources (cf tableau 4) auxquelles s'ajoutait le sentiment d'appartenance à un métier et à une équipe motivée et compétente.

Tableau 4: Les différents types de ressources

**Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche
intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources**

Type de ressources	Ressources citées	Personnes concernées	Illustrations
Tangibles	Véhicules de service Téléphone portable Possibilité d'allouer des moyens aux usagers qui en ont besoin	Christelle, Coralie, Fabienne, Julie, Sandra, Solène, Sylvie Coralie, Fabienne, Julie, Marie-Christine, Sandra, Solène Christelle, Coralie, Fabienne, Julie, Roseline, Sandra, Solène, Sylvie	« Une fois par semaine, je me perds, il faut appeler la personne âgée qui ne répond pas toujours, demander aux collègues par téléphone si elles connaissent... » (Fabienne, CESF, EMS)
Personnelles	Plaisir de créer Temps de travail « contenu » (temps partiels) Autonomie, possibilité d'organiser son travail Professionnalisme	Christelle, Roseline, Sandra Christelle, Fabienne, Roseline, Sandra, Sylvie Julie, Marie-Christine, Roseline Coralie, Marie-Christine, Roseline, Sandra, Solène	« c'était une direction ouverte, il y avait matière à discuter, à être entendu. Les gens se connaissaient, les responsables étaient à l'écoute. C'était une structure accueillante. » (Marie-Christine, AS, EMS).
Inter-personnelles	Crédibilité élevée auprès de la hiérarchie Reconnaissance des usagers, sentiment d'être utile Solidarité et partage dans l'équipe Valeurs partagées	Christelle, Coralie, Roseline Christelle, Coralie, Fabienne, Julie, Marie-Christine, Roseline, Sandra, Solène, Sylvie Fabienne, Marie-Christine, Sandra, Solène Christelle, Coralie, Fabienne, Julie, Marie-Christine, Roseline, Solène, Sylvie	« C'est le côté relationnel que j'aime beaucoup (...) la rencontre avec les personnes, leur apporter une aide en fonction de leurs besoins. (...) Ce qui est important c'est de prendre le temps avec un accès aux gens et à leur entourage. » (Sandra, AS, EMS) « Pratiquer un métier de contact, connaître les gens, leurs parcours » (Marie-Christine, AS, EMS). « Dans cette équipe elles ont un niveau de compétence très élevé, elles font des choses très pointues. Elles ont un vrai savoir-faire et savoir être » (Christy, CT)
Energétiques	Importance de la mission de service public Implication, engagement	Christelle, Coralie, Fabienne, Julie, Marie-Christine, Solène	« J'ai toujours voulu être assistante sociale » (Julie, AS, ETH). « Je fais ce métier par vocation (...) j'ai toujours voulu travailler dans le social » (Christelle, AS, ETH). C'était « une volonté de travailler dans le médico-social (...) de contribuer à une réelle action sociale » (Coralie, infirmière, EMS).

Ce tableau permet de constater que les différents types de ressources recensées par Hobfoll se retrouvent dans cette description de la situation initiale.

3.2. De la rupture à la violation du contrat psychologique

Les discours des personnels du service sont centrés sur l'idée d'un avant où il faisait bon travailler, dans un climat d'échange « *où les gens se connaissaient* », mais dont « *il faut faire le deuil* » et un maintenant beaucoup plus difficile.

L'ancien contrat psychologique a en effet été remis en cause par un ensemble d'évolutions ayant affecté la collectivité et le service. En effet, celle-ci a connu la hausse importante des contraintes de gestion.

D'une lourdeur croissante, les contraintes administratives pèsent sur l'équipe. L'administration centrale demande de plus en plus d'informations et chaque dossier est désormais visé à la fois en local, mais aussi au central sans compter parfois les interventions d'élus demandant des informations complémentaires. Par ailleurs, le renforcement de la direction générale s'est traduit par la multiplication des demandes de *reporting* (permettant à l'échelon central d'avoir une visibilité sur ce qui se fait dans les services) et d'évaluation (permettant d'harmoniser l'action des différentes circonscriptions), ce qui se traduit par un alourdissement des procédures et un traitement administratif chronophage. « *Les principales difficultés, c'est avant tout l'intensification et des procédures administratives non comprises associées à de l'autoritarisme. Je perds confiance dans la direction. C'est le problème de la double tête (distance central-local). Les réunions de travail sont des réunions d'information, pas des réunions de travail* » (Coralie, infirmière, EMS).

Le non remplacement d'un certain nombre de postes lié à la volonté globale de la collectivité de contenir ses coûts se traduit par une augmentation continue du nombre de dossiers traités par personne.

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Pour tenter d'endiguer l'intensification du travail en augmentant le temps de travail effectif la direction a remis en cause les autorisations de temps partiels qui n'étaient pas de droit.

L'ensemble de ces contraintes amènent la direction générale à tenir des discours sur la nécessité de revenir sur le niveau de qualité dispensé dans l'action sociale. « *Les travailleurs sociaux ont tendance à vouloir faire de la sur-qualité* » (Nicole, resp. DGH, N+2). Ce verbatim est significatif des tensions de valeurs qui peuvent opposer les membres de la direction et le terrain : alors que les premiers mettent l'accent sur les contraintes financières et leurs conséquences en termes de renonciation à satisfaire certains besoins du public, les services opérationnels marquent davantage leur attachement à la prise en compte globale des besoins des usagers. Cette tension évolue fréquemment dans les organisations publiques vers une incompréhension réciproque entre les niveaux. En conséquence, loin de renforcer la cohésion interne, les contraintes externes favorisent un sentiment de déni des difficultés par la hiérarchie, qui amplifie les effets de la charge de travail.

La direction tente également d'imaginer de nouvelles règles destinées à permettre aux travailleurs médico-sociaux de gérer la pénurie (limitation des droits des usagers en fixant un délai minimal de 6 mois entre chaque instruction de dossier, demande de baisse du niveau de prise en charge des personnes âgées, évaluations téléphoniques plutôt que physiques...). Mais celles-ci sont souvent perçues comme des entraves supplémentaires au travail bien fait : « *On a revisité la procédure d'APA et on a fixé la règle des 6 mois pour les aider ! Car quand quelqu'un est dans le dispositif, il a droit à tout, ça ne va pas. La règle des 6 mois, c'est pour rendre service aux équipes qu'on l'a adoptée. On essaie de donner des outils aux équipes pour qu'elles ne se sentent pas personnellement engagées.* » (Nicole, resp. DGH, N+2)

A cela s'ajoutent des circonstances propres au service :

Cette équipe est composée à la fois d'assistantes sociales et d'infirmières. La responsabilité managériale est partagée entre un médecin et une cadre administrative qui traite des questions logistiques et administratives. Cette répartition des tâches conduit l'équipe à être séparée de son soutien administratif. Si deux domaines d'action (la vieillesse et le handicap) sont identifiés, la séparation principale est celle qui se situe entre ces professionnelles de l'aide et le reste de l'organisation.

De nombreux conflits existent entre l'équipe et la cadre administrative. Celle-ci considère que l'équipe ne travaille pas assez bien et que les assistantes sociales « *n'en font qu'à leur tête* » (« *elles n'y comprennent rien, et en plus elles veulent décider de tout* », Caroline, cadre

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

administrative). Les tensions ne sont pas seulement organisationnelles, l'équipe se sent parfois agressée par certains propos tenus par cette cadre administrative (« *moi, de toute façon, j'aime pas les vieux !* » propos rapportés par Marie-Christine, AS). L'équipe se sent épuisée par ces tensions. Un clivage supplémentaire s'est installé à l'occasion de l'absence de longue durée de l'une d'entre elles. D'un côté, celles qui devaient travailler avec elle ne supportaient plus de devoir faire son travail (« on a été obligés de reprendre tous ses dossiers ») et celles qui observaient cette exaspération et ne l'acceptaient pas (« *dans notre métier, on peut accepter que quelqu'un soit malade* », Coralie, infirmière). C'est donc une équipe épuisée et éclatée qui souffre de cette situation, avec le sentiment que l'échelon central ne prend pas ses difficultés au sérieux.

La crise du management de proximité que connaît l'équipe concerne également la relation avec le médecin chef de service. Celle-ci impose par exemple la règle du secret médical sur les dossiers médicaux des ayants-droits lors des réunions collectives d'évaluation des situations, seul le médecin ayant officiellement accès à cette information. Les travailleurs médico-sociaux se trouvent alors devoir mentionner les maladies, sans en prononcer le nom exact. Une maladie d'Alzheimer par exemple sera nommée maladie dégénérative sans plus de précision. Cette gymnastique lexicale peut sembler anodine, mais elle participe à leur donner un sentiment de dévalorisation de leurs compétences, d'absence de confiance de la part de leur hiérarchie et à dégrader les rapports avec le médecin.

Plusieurs éléments concernant l'exercice même de l'activité leur donnent également le sentiment que la direction n'entend pas leurs besoins même les plus simples.

Par exemple, un changement de répartition des bureaux a été imposé par la direction. Les travailleurs médico-sociaux se retrouvent pour certaines à trois dans un bureau. « *Nous avons parfois des cas plus difficiles, quand j'appelle un usager ou sa famille, je suis obligée de demander à mes collègues de sortir du bureau pour respecter la confidentialité de cet échange. Ce ne sont pas de bonnes conditions de travail...* » (Christelle, AS, ETH)

Lors de la journée d'observation, Coralie a été accompagnée en visite, en plus de ne pas avoir de GPS dans la voiture de service, elle a expliqué être « *obligée d'utiliser [s]on téléphone personnel. Il n'y en a qu'un seul pour tout le service, et il n'est pas utilisable pour appeler des numéros spéciaux en 08, comme celui de la Caisse des Allocations Familiales.* » (Observation, Coralie, infirmière)

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

Il a également été noté lors de la journée d'observation, les difficultés qu'éprouvent les travailleurs médico-sociaux à rédiger un simple mail. L'observatrice a noté un temps effectif de frappe de trois minutes et une durée totale entre le début et la fin de cette tâche de 20 minutes. « *On est continuellement interrompu par des appels des usagers ou de leur famille. Ça fait aussi partie de notre travail de prendre ce temps pour leur répondre et les rassurer mais on a le sentiment de ne jamais pouvoir finir.* » (Marie-Christine, AS, EMS)

Ces éléments affectent profondément le contrat psychologique qui lie les membres de cette équipe à leur métier et à leur organisation. Engagées pour servir les personnes âgées ou handicapés, elles ne sont désormais plus en mesure d'offrir une qualité identique de service, ce qui les amène à remettre en cause leur lien à l'organisation.

Ainsi on passe de la rupture, c'est-à-dire du non-respect des promesses et obligations à la violation, c'est-à-dire à un ensemble d'émotions négatives des agents de Gerhand qui se sentent trahies dans leurs valeurs professionnelles avec le sentiment que l'exercice de leur travail est désormais entravé.

« *J'ai toujours travaillé dans le public mais aujourd'hui c'est la première fois que j'envisage de partir même si ça ne me fait pas plaisir.* » (Julie, AS, ETH)

Il est également notable que ce sentiment de violation est certes individuel mais il est partagé collectivement. La violation du contrat psychologique est aussi une histoire symbolique que le collectif se raconte et qui sert de grille d'analyse pour interpréter toutes les attentes et demandes de la hiérarchie et de l'organisation comme des manquements.

Ces évolutions contraignent progressivement le service à remettre en cause aussi bien la qualité du service que celle des conditions de travail des personnels. Ces deux éléments conjugués sont constitutifs de très fortes émotions négatives.

Les personnels sont tiraillés entre leur désir de satisfaire les attentes de leur hiérarchie (elles ont toujours fonctionné sur une logique d'engagement et d'implication), leur conscience du caractère limité des moyens de la collectivité et leur désir d'apporter une satisfaction la plus élevée possible aux besoins incommensurables des usagers dont elles administrent les situations. La règle imposant par exemple de ne pas rouvrir de dossiers moins de six mois après leur validation est ressentie comme une atteinte aux valeurs de métier et cela contribue à désagréger une ressource profonde : la liberté de proposer des solutions pour chacun en temps réel. Cette règle représente ainsi une atteinte aux ressources en termes d'autonomie. « *Le système est rigidifié par la règle des 6 mois. J'ai l'impression de faire des dérogations à tout bout de champ. Les procédures ne sont pas très adaptées aux besoins réels des gens* » (Sandra, AS, EMS). De plus, atteignant un

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

ensemble de ressources associées comme la reconnaissance de leur hiérarchie et des usagers, elle pèse comme une menace sur le professionnalisme des membres de l'équipe.

La question de la **charge de travail** constitue également une composante majeure du sentiment de violation du contrat psychologique qui débouche sur des pertes de ressources individuelles et collectives. En effet, l'augmentation du nombre de dossiers se traduit à la fois par une intensification du travail et par le sentiment partagé dans le service, de travailler en « mode dégradé ». « *Des fois je me dis que je ne fais pas bien mon travail* » (Julie, AS, ETH), « *j'ai le sentiment de pas faire du bon boulot* » (Sylvie, AS, EMS). Un sentiment de mal faire prend alors forme avec une dévalorisation personnelle : « *je suis lente, je ressens beaucoup de culpabilité* » (Julie, AS, ETH). « *J'ai toujours peur d'avoir oublié quelque chose à faire et qu'une personne me rappelle. (...) On n'a pas vraiment de vision globale. C'est compliqué, je m'éparpille, mais je pense que c'est aussi ma personne.* » (Sandra, AS, EMS).

Certains membres de l'équipe ont par ailleurs vécu comme une trahison la remise en cause de leur temps partiel, qui était un élément central de leur relation d'emploi.

Ainsi, un ensemble d'évolutions ont affecté l'exercice de la mission confiée et la recherche d'un équilibre des temps entre vie professionnelle et vie personnelle. Ces points sont centraux pour les professionnelles de Gerhand, ils constituent le cœur du contrat psychologique et ce constat est partagé de manière générale. Cela explique le passage rapide de la rupture à la violation du contrat psychologique. Les émotions négatives sont d'autant plus importantes que l'équipe a le sentiment que les difficultés qu'elle rencontre à faire face à ses missions ne sont pas entendues par la hiérarchie.

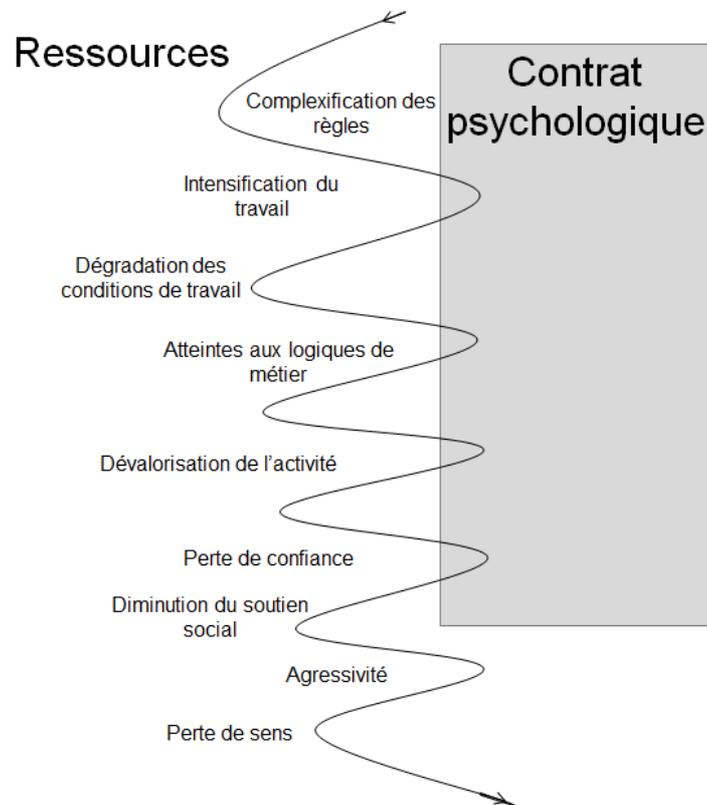
3.2 Après la violation du contrat psychologique : une spirale de perte de ressources.

Ce sentiment de violation crée à son tour une spirale négative dans la perte de ressources. Alors que le bien-être et l'efficacité de l'équipe reposaient sur un collectif de travail soudé et l'engagement de chacun, certains commencent à se désengager, des tensions importantes apparaissent entre des membres de l'équipe, la reconnaissance par la hiérarchie diminue... L'actualisation des perceptions liée au sentiment de violation du contrat psychologique affecte en retour les autres ressources individuelles et collectives des membres du service.

Ces différents éléments permettent de mettre en évidence l'importance de ces atteintes au contrat psychologique et les conséquences de celles-ci sur les ressources des acteurs. La rupture et la

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

violation du contrat psychologique se traduisent par une atteinte aux ressources des individus en situation. La spirale de déplétion des ressources peut être schématisée de la manière suivante :



3.3 La reconstitution des ressources par la reconstruction du collectif de travail

Bien que le contrat psychologique soit par nature idiosyncrasique, nous avons vu que les travailleurs médico-sociaux souffraient d'un sentiment de violation qui s'est construit collectivement, à travers un partage de représentations sur les ressources perdues et les attentes trahies. Ce partage des représentations n'est pas étranger à la spirale de destruction des ressources car le collectif tend à interpréter la réalité selon une grille unique et négative qui empoisonne collectivement le contexte de travail.

Ce constat étant fait, notre intervention s'est donnée comme objectif de donner de nouvelles ressources aux salariées de Gerhand pour qu'elles puissent reconstituer le collectif de travail.

Le processus de mise en débat de l'activité a permis de poser à la fois les difficultés individuelles et collectives, mais aussi ce qui fonctionnait et fonctionnait moins bien dans

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

cette équipe. Progressivement, les échanges sur l'activité, nourris par les apports initiaux (et notamment l'observation de l'activité concrète des membres de l'équipe), ont permis de dégager des principes communs d'action. Progressivement, les représentations des acteurs sur le travail et son organisation ont été confrontées, autorisant alors la construction d'une modélisation du fonctionnement du service.

Ce dispositif qui s'est construit dans le temps grâce à des échanges successifs a également permis d'aplanir bon nombre de malentendus et de conflits. En effet, affectés par les évolutions organisationnelles et l'intensification de leur travail, les membres de l'équipe n'avaient plus ni le temps, ni l'occasion de pouvoir discuter de ces difficultés. À titre d'exemple, l'absence régulière de l'une d'entre-elles pour cause de maladie avait provoqué une fracture entre celles qui pensaient qu'elles se devaient de la soutenir et celles qui ne pouvaient plus supporter de devoir accomplir un travail supplémentaire pour compenser son absence. Le débat qui s'est produit sur ce thème a alors mis en évidence ces différences avant que la discussion ne parvienne quelques temps plus tard à un accord global sur sa place dans l'équipe. Le résultat le plus significatif de ce point de vue a été de constater l'implication de plus en plus importante de cette personne préalablement ostracisée dans le processus collectif.

De la même façon, ces espaces de discussion ont permis un débat et une réflexion collective sur ce qu'est réellement leur métier, les missions du service et ses modalités de mise en œuvre. Ce débat a d'ailleurs donné lieu à des propositions retenues par la direction du service.

Ainsi, cette démarche globale a permis de reconstruire une partie des ressources affectées dont quelques éléments doivent être soulignés.

Un ensemble de ressources a été soit restauré, soit remplacé. Le collectif de travail constitue une réelle ressource concrète que l'on peut qualifier d'énergétique sur laquelle peuvent s'appuyer les acteurs. C'est ainsi que la consolidation de l'équipe a permis de développer la confiance réciproque des acteurs, mais aussi de définir des nouveaux modes de régulation et de fournir du soutien social.

La confrontation des représentations a permis de construire un collectif de travail sur des bases assainies. De fait, c'est un nouveau contrat psychologique collectif qui a été bâti. Les contreparties réciproques ont été réactualisées.

L'affirmation de l'équipe et sa solidité retrouvée a également donné un poids très important aux évolutions élaborées, les remarques et propositions faites se révélant tout à fait

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

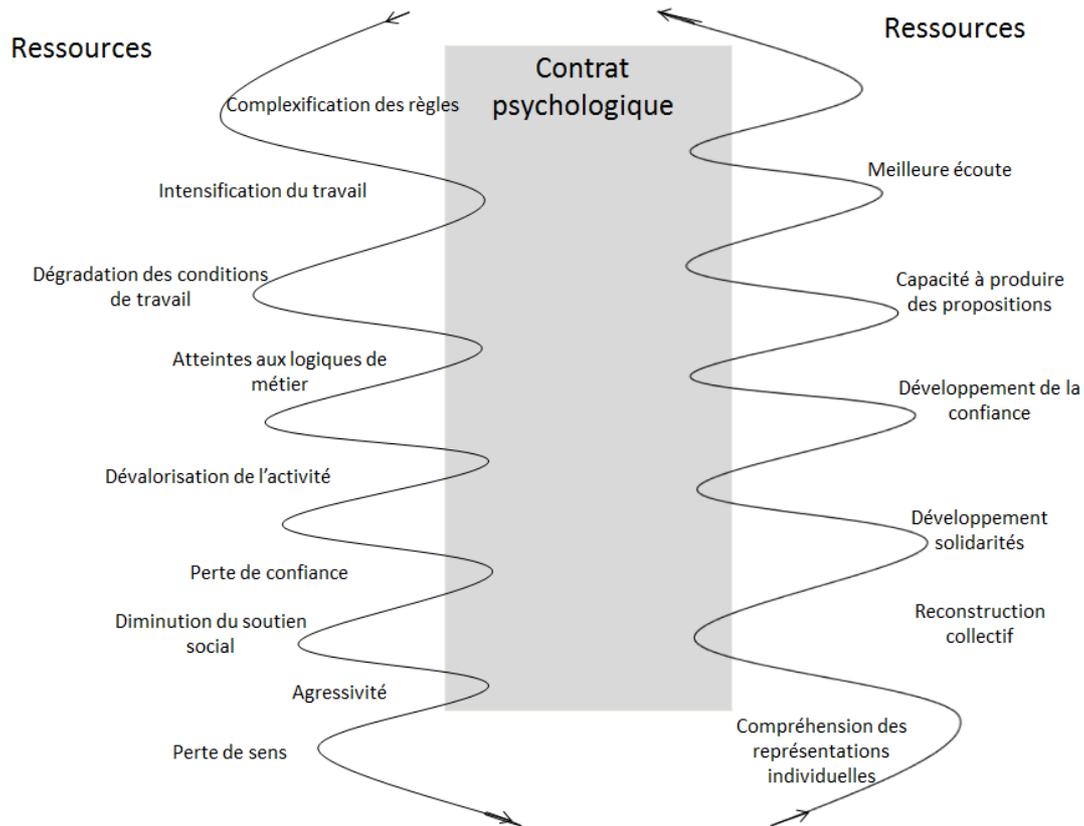
réalisables. D'ailleurs la direction du service en a immédiatement convenu, indiquant que l'ensemble des propositions étaient intéressantes et pourraient être mises en œuvre.

Ce travail a également débouché sur des applications concrètes : validation simplifiée des dossiers, réunion d'échanges de pratiques etc.

Ainsi, à travers la reconstruction du collectif, une spirale de gain de ressources a été engagée. Cette spirale de gain de ressources a permis une renégociation et une acceptation d'un nouveau contrat psychologique prenant en compte les contraintes réelles de la situation. La situation est certes fragile, mais l'équipe semble disposer des outils nécessaires à son évolution positive dans le temps. Certains éléments de l'ancien contrat psychologique ne sont plus accessibles et le sas du collectif a permis aux individus d'en faire le deuil et d'envisager une nouvelle relation d'emploi satisfaisante pour les deux parties en tenant compte du contexte existant.

La spirale positive mise ici en évidence est d'une certaine manière symétrique à celle qui avait conduit à la souffrance des acteurs par des ruptures du contrat psychologique et la désagrégation de l'équipe. Dans le processus de déplétion des ressources, les ruptures du contrat psychologique et l'intensification du travail ont affecté progressivement les ressources à la disposition des acteurs. Cependant, la reconstruction s'est opérée avant tout par l'explicitation du contrat psychologique et de ses limites dans un premier temps, avant que la reconstruction du collectif dans un second temps ne vienne fournir les ressources énergétiques nécessaires à la genèse de nouvelles ressources.

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources



Cette intervention montre ainsi que les éléments de rupture et de violation du contrat psychologique liés aux tensions existant sur les moyens publics peuvent être abordés de manière à éviter l'émergence de souffrance au travail des agents publics et permettre la reconstruction des ressources qu'ils sont amenés à perdre.

4. Discussion

L'analyse réalisée nous a permis :

- d'analyser les conséquences sur les individus des restrictions de moyen à travers le cadre du contrat psychologique,
- de mettre en valeur les processus par lesquels une rupture du contrat psychologique aboutit à un sentiment de violation et débouche sur de la souffrance au travail,
- de montrer la possibilité d'inverser ce processus pour déboucher sur un nouveau contrat psychologique.

Nous aborderons ces résultats en mettant en valeur à la fois leurs apports méthodologiques, managériaux et théoriques.

4.1. Apports méthodologiques et managériaux

Le choix d'une démarche de recherche-intervention nous a permis de mettre en œuvre une démarche itérative entre le terrain et la théorisation. Cette démarche a bien débouché sur une double réalisation : l'accompagnement du changement dans le service Gerhand et la création de connaissances.

La recherche-intervention se justifie de par la nécessité de créer des connaissances actionnables mais aussi de par la complexité des situations. Elle semble ainsi particulièrement adaptée aux recherches portant sur les questions ayant trait à la santé au travail. En effet, cette thématique suppose de mêler intimement des questions ayant trait aux dimensions individuelles, mais aussi organisationnelles et managériales.

L'interaction avec les collectifs de travail permet de reconstruire des espaces de discussion sur le travail (Detchessahar, 2013) qui ont une double fonction : outil de confrontation des points de vue sur le travail et des valeurs mais aussi outil de production de connaissances complexes issues d'une confrontation dialogique. Ajoutée à un retour sur la réalité du travail (observations de l'activité) cette méthode permet la construction de connaissances particulièrement fines en aidant les acteurs à sortir de la confrontation de points de vue figés. En effet, l'observation des activités permet de sortir des justifications partagées entre membres d'une équipe pour accéder de manière directe aux éléments concrets de pénibilité du travail : la mise en relation de ces éléments concrets avec les justifications des acteurs permet ainsi la richesse des analyses. Le dispositif que nous avons élaboré et qui croise trois sources majeures d'information, entretiens individuels, échanges collectifs et observation du travail, permet ainsi de développer des propositions valides à la fois pour la connaissance et pour l'action.

Ce type d'intervention centré sur l'intelligence collective des équipes de travail et la réarticulations des différents discours organisationnels semble particulièrement opportun dans le contexte actuel de changements organisationnels et institutionnels que connaissent de nombreuses organisations publiques.

Cependant notre démarche va au-delà de la construction de connaissances actionnables avec les acteurs : elle se traduit également par une contribution théorique dans le champ du contrat psychologique.

4.2 Apports théoriques

- L'utilité du concept de contrat psychologique pour comprendre les effets des réductions de moyens dans les organisations publiques.

Le concept de contrat psychologique est un outil qui nous a permis de mettre au jour l'impact des réductions de moyens sur les représentations des agents publics et leur sentiment de justice. Il existe peu de travaux, à l'exception de Lemire (2005) et Lemire et Martel (2007) qui se sont penchés sur cette question. Certes l'idée d'attentes ou de promesses peut sembler quelque peu étrangère au secteur public dans lequel la relation d'emploi est réputée unilatérale, cet outil est cependant riche pour expliquer la dégradation de la confiance et de la santé des agents publics que peuvent recéler les conséquences des contraintes financières que vivent les organisations publiques. Par ailleurs, la mise en valeur d'un cœur de contrat psychologique centré sur des éléments intrinsèques liés au métier et au travail est cohérente avec les travaux sur la motivation de service public. Ces analyses n'ont cependant pas de validité externe étant donné le faible effectif étudié et la spécificité du service analysé. En effet, les services sociaux sont centrés sur l'aide à autrui et les agents de ce service sont donc davantage susceptibles de privilégier la motivation de service publique et les dimensions intrinsèques du contrat psychologique.

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

- L'analyse du processus qui va de la rupture à la violation et de la violation à la souffrance.

La nature des interactions entre contrat psychologique et évolution des ressources n'a quasiment pas fait l'objet de recherches (Brown & Roloff, 2011). Et pourtant ces deux approches semblent complémentaires. Ainsi nous avons pu montrer que la violation correspondait à une atteinte à des ressources fondamentales qui constituent le cœur du contrat psychologique. Nous avons également mis l'accent sur le fait que les spirales de pertes de ressources consécutives à la violation expliquaient le lien entre violation du contrat psychologique et souffrance au travail.

- L'impact du collectif de travail : une ressource énergétique fondamentale.

Notre travail montre également l'importance du collectif de travail dans les processus de destruction et de reconstruction de ressources.

C'est celui-ci qui va permettre aussi bien de repenser le contrat psychologique que permettre la valorisation de nouvelles ressources individuelles et interpersonnelles.

S'opère de fait un glissement du contrat psychologique au contrat normatif qui se situe au niveau collectif. C'est « *un contrat psychologique partagé qui émerge quand les membres d'un groupe social, d'une organisation, ou d'une unité de travail développent un ensemble de croyances communes* » (Rousseau, 1995, p. 9). Dans le cadre de cette étude, il convient de remarquer que le contrat normatif se confond avec le contrat psychologique des individus qui partagent des représentations communes sur les obligations de leur employeur, de leurs collègues et d'eux-mêmes. L'accent sur les dimensions intrinsèques du contrat psychologique, autour de l'importance du travail et du métier contribue à favoriser cette confusion.

On voit ainsi que le collectif de travail constitue une ressource énergétique (Hobfoll, 1989) centrale. Sa reconstruction permet de stopper la spirale de perte de ressources et de favoriser l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique. La mise en discussion des contraintes permet de reconstruire de nouvelles attentes et de nouvelles promesses constitutives d'un nouveau contrat psychologique.

Conclusion :

La place de la recherche-intervention semble centrale dans la création de connaissances dans le domaine de la santé au travail. En effet, la création de connaissances dans ce champ suppose des interactions en profondeur avec les différentes dynamiques de l'organisation. Dans le même temps, il existe une demande assez forte des organisations qui sont confrontées à une montée des risques psychosociaux et souvent démunies pour y faire face : la réponse institutionnalisée par l'individu (médecine du travail notamment) trouve rapidement ses limites. De plus, en matière de risques psychosociaux, la méfiance est importante vis-à-vis d'interventions externes qui plaqueraient des solutions prémâchées ou feraient alliance avec l'un ou l'autre des acteurs de l'organisation. C'est pourquoi la conception des dispositifs, son articulation avec la production des connaissances et l'éthique de l'intervention sont des éléments fondamentaux.

Synthèse Partie III

Objectifs de cette étude :

- Comprendre le lien entre rupture, violation du contrat psychologique et mal-être au travail
- Etudier les processus par lesquels la rupture du contrat psychologique débouche sur du mal-être en lien avec des atteintes aux ressources
- Comprendre comment un nouveau contrat psychologique peut être construit dans le contexte de la fonction publique
- Analyser le passage de la rupture à la violation du contrat psychologique en observant les pertes de ressources initiales et les spirales de perte de ressources qui en découlent
- Evaluer les conditions permettant un rétablissement des ressources et la construction ou l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique.

Configuration de travail : Participation à une recherche intervention

Données :

- 14 entretiens semi-directifs avec l'ensemble des personnes constituant l'unité de travail et des acteurs de l'organisation concernés par le fonctionnement de cette équipe ;
- Des observations non participantes de l'activité précise des acteurs ;
- Des séances de travail collectives avec l'équipe ;
- Des séances de restitution et d'échanges avec la hiérarchie ;
- Collecte et analyse de documents internes.

Méthode d'analyse des données : Manuelle avec élaboration de deux grilles dans le but de :

- Définir les caractéristiques des différents contrats psychologiques, leur évolution respective et les sources de brèche et de violation
- Relever les contraintes et ressources identifiées par les agents, et d'identifier des liens potentiels entre elles

Résultats :

- Le contexte de rationalisation a remis en cause certains éléments constitutifs du contrat et participé au sentiment de violation du contrat psychologique (manque de temps, manque de moyens, charge de travail qui augmente, perte de ressources individuelles et collectives, dégradation de la confiance en l'institution...)

Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources

- Les spirales de pertes de ressources consécutives à la violation expliquent le lien entre violation du contrat psychologique et souffrance au travail.
- Définition de l'ancien contrat psychologique (centré sur des aspects relationnels) et identification des ressources associées
- Mise en lumière de la dimension processuelle de la santé et de la capacité de résilience des individus
- Le collectif de travail constitue une ressource énergétique et joue un rôle majeur dans la dégradation et la reconstruction de ressources

PARTIE IV

Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital

PARTIE IV Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital.....	131
1. Des risques psychosociaux à l'hôpital vers une approche par les ressources.....	137
1.1. Conditions de travail, management et santé au travail.....	138
1.2. La théorie de la conservation des ressources.....	140
1.2.1. Les ressources.....	141
1.2.2 Les spirales de perte ou de gain de ressources.....	142
2. Une recherche qualitative et interprétative.....	143
2.1. Méthodologie de la recherche.....	143
2.1.1. Terrains et Données.....	144
2.2.2. Traitement des données.....	145
3. Résultats.....	146
3.1 Identification et illustration de ressources contextualisées.....	147
3.2 Les spirales : un processus fluctuant de ressources.....	151
Conclusion et discussion.....	155
Synthèse de la partie IV.....	159

Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital

Nous sommes seule auteure de cet article. Il a d'abord fait l'objet d'une communication pour le 5^{ième} congrès ARAMOS qui a eu lieu à l'IAE de Grenoble les 23 et 24 novembre 2017. Suite aux retours des évaluateurs, nous l'avons retravaillé puis soumis pour publication au Journal de Gestion et d'Economie Médicale pour un numéro spécial sur le travail suivant ce même congrès. Il a alors été accepté pour publication avec modifications mineures.

Résumé

Les établissements hospitaliers comme beaucoup d'autres organisations subissent les pressions de l'intensification du travail couplée à des contraintes gestionnaires de plus en plus lourdes qui ne sont pas sans conséquence sur la santé au travail des agents. Pendant longtemps cette dernière a été abordée dans une perspective pathogénique, l'objet étant la souffrance ou le mal-être. Une nouvelle dynamique émerge aujourd'hui consistant à aborder ces questions à travers l'angle opposé afin de tendre vers une perspective salutogénique. L'intérêt, non négligeable est de placer l'individu dans une dynamique positive et proactive lui offrant ainsi la possibilité d'envisager une issue favorable à des situations parfois intenable, et de rendre également les organisations potentiellement à même de favoriser des environnements plus propices à ce développement.

Nous avons choisi de mobiliser la théorie de la conservation des ressources d'Hobfoll. Le stress professionnel étant compris comme l'expression d'une relation dynamique entre un individu et son environnement dans laquelle l'individu va agir et réagir de manière proactive afin d'établir ou rétablir une situation qui lui convienne au mieux. Les ressources en sont l'élément central. Cet article se propose d'examiner comment les évolutions et situations actuelles à l'hôpital conduisent parfois à une dégradation des ressources en illustrant d'exemples concrets le processus de spirale de perte et de gain de ressources. L'enjeu serait comme le suggère Hobfoll (1989) de porter notre attention sur le processus et pas seulement sur le résultat.

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative qui s'inscrit dans une perspective interprétative. Il ne s'agit pas de tirer des généralités de ces analyses mais d'inscrire ce travail de recherche dans une visée compréhensive d'un phénomène et de rendre visible un processus

par l'analyse des discours. L'enjeu est alors d'être au plus près de ce que vivent les acteurs et de leur perception. Il s'agit bien de comprendre le processus en œuvre dépendamment du contexte dans lequel il se produit. 17 entretiens ont été menés dans trois hôpitaux publics auprès d'infirmiers, cadres de santé, médecins et psychologues du travail, analysés à l'aide d'un logiciel d'analyse de données textuelles (Nvivo 11).

Par l'identification de ressources associées à des situations de travail et par la caractérisation du processus de spirale nous mettons en lumière le caractère dynamique et processuel de la santé au travail. L'approche par les ressources nous permet également de montrer que le processus de dégradation de la santé ne semble ni irréversible ni inéluctable. Des actions de soutien par l'organisation en fournissant des ressources qui accompagnent les individus dans la préservation de leur santé sont alors possibles à plusieurs moments des différents « épisodes » vécus.

Mots-clés : théorie de la conservation des ressources, santé au travail, risques psychosociaux, hôpital, spirale de perte, spirale de gain

Les établissements hospitaliers subissent les pressions de l'intensification du travail couplée à des contraintes gestionnaires de plus en plus lourdes qui participent à l'émergence de difficultés psychosociales (Durand et al, 2014). Pour autant, la nécessité de rationaliser le système de santé avec « *un cadrage économique auquel on ne peut plus échapper* » (Moisdon, 2008, p. 177) semble nécessaire (Minvielle, 2006) et perçue comme telle par les personnels hospitaliers. En revanche, sa mise en œuvre et ses conséquences sur l'organisation du travail et la santé des agents se révèlent préoccupantes. Aussi les rapports concernant la violence et/ou les Risques Psycho Sociaux (RPS) en milieu de soin se font de plus en plus nombreux (OMS, 2002 ; ONVS²⁴, 2014 ; IGAS²⁵, 2016 ; AMISSH²⁶, 2016 ; liste non exhaustive).

Pour tenter de répondre à ces difficultés la réglementation concernant la prévention des RPS s'est renforcée au cours des dernières années. L'accord-cadre de 2013 impose la mise en place d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS avant fin 2015. Mais pour développer un plan de prévention encore faudrait-il identifier ces risques. En 2011, le rapport de la commission Gollac définit les RPS « *comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Gollac, 2011, p. 31). Nous pouvons constater ici que le champ des risques est vaste et peut finalement recouvrir toutes les dimensions du travail. Il devient alors nécessaire d'avoir une meilleure compréhension du phénomène qui amène les agents à ressentir des souffrances psychosociales.

Les établissements semblent avoir du mal à rendre opérationnelles les démarches de prévention souvent trop éloignées du réel du travail. En effet, pour répondre aux problèmes organisationnels et aux souffrances individuelles, les établissements développent de nouveaux dispositifs de gestion, souvent sources de (nouvelles) contraintes, de tensions voire de contradictions (Detchessahar *et al.*, 2010). Elles se révèlent globalement inefficaces du fait également de ce décalage avec l'activité concrète du travail. L'hôpital semble être dans une impasse, coincé entre la nécessité de rationaliser son fonctionnement et ses conséquences sur

²⁴ Observatoire National des Violences en milieu de Santé

²⁵ Inspection Générale des Affaires Sociales

²⁶ Action Managériales et Influence du Statut (public/privé) sur les conditions de travail et les risques psychosociaux dans le Secteur Hospitalier est une recherche qualitative et quantitative financée par la DARES et la DGAFP dans le cadre du projet « Les conditions de travail dans la crise : post-enquêtes et exploitations secondaires »

la santé au travail des agents. Il semble alors nécessaire de mieux comprendre les mécanismes de la souffrance psychosociale.

Nous avons choisi ici d'aborder la santé au travail à travers la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll. Bien que son point d'analyse soit le stress, son modèle se révèle applicable de manière plus générale aux difficultés psychosociales puisqu'il en rend compte du stress comme d'un processus de dégradation de la santé. Tout se joue à travers la relation aux ressources possédées par l'individu et sa capacité à les maintenir. Aussi le stress est susceptible de prendre forme en réaction à « *la menace d'une perte des ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources* » (Hobfoll, 1989, p. 516). Cette théorie offre ainsi l'avantage d'évaluer le processus qui peut amener parfois les individus à ressentir des souffrances psychosociales. Elle permet une vision dynamique tenant compte à la fois d'aspects internes (psychologiques individuels) et externes (environnementaux et contextuels).

Ce choix théorique nous permet de plus de déplacer notre angle d'approche de la santé au travail. En effet, communément abordée dans une perspective pathogénique, son objet est souvent réduit à la souffrance ou au mal-être vécu par les individus. Une nouvelle dynamique émerge aujourd'hui qui consiste à aborder ces questions par l'angle opposé afin de tendre vers une perspective salutogénique (Abord de Chatillon, 2005 ; Neveu, 2012 ; Richard, 2012). L'intérêt, non négligeable est alors de placer l'individu dans une dynamique positive et proactive mais également de rendre les organisations potentiellement à même de favoriser des environnements plus propices à ce développement. Ce changement de perspective tend ainsi à favoriser les approches préventives couplant les niveaux primaire et secondaire²⁷.

Partant d'une question empirique, à savoir comment répondre au constat du développement des difficultés psychosociales des agents dans un contexte de rationalisation, se pose la problématique suivante : en quoi l'analyse des spirales de pertes et de gains de ressources permet de mieux comprendre le processus de dégradation ou de préservation de la santé au travail ?

Notre échantillon (24 personnes) regroupe différents métiers hospitaliers (infirmiers, agents administratifs, cadres de santé et administratifs, psychologues et médecins du travail). Nous avons fait le choix de ne pas distinguer les statuts dans notre analyse. Nous nous sommes

²⁷ « *Le niveau primaire relève de la prévention, le niveau tertiaire relève du soin, tandis que le niveau secondaire relève à la fois de la prévention (gestion du stress) et du soin (soulagement des symptômes)* » Rapport Gollac (2011, p. 26)

attachée à étudier des « trajectoires » de ressources individuelles liées par des conditions environnementales partagées. Tous les agents hospitaliers vivent, chacun à leur échelle, une transformation du travail dans un contexte de rationalisation. Bien que ne se traduisant pas de manière identique d'une fonction à l'autre (administratifs vs paramédicaux par exemple), les conséquences psychosociales qui accompagnent ce contexte contraint n'en sont pas moins communes.

Par l'identification de ressources associées à des situations de travail et par la caractérisation du processus de spirale nous mettons en lumière le caractère dynamique et processuel de la santé au travail. L'approche par les ressources nous permet également de montrer que le processus de dégradation de la santé ne semble ni irréversible ni inéluctable. Des actions de soutien par l'organisation en fournissant des ressources qui accompagnent les individus dans la préservation de leur santé sont alors possibles à plusieurs moments des différents « épisodes » vécus.

Nous proposons dans un premier temps d'aborder plus en détail les difficultés psychosociales à l'hôpital et l'ancrage théorique mobilisé. Dans un deuxième temps, nous présenterons la méthodologie de cette recherche qualitative, puis les résultats seront discutés dans un troisième temps.

1. Des risques psychosociaux à l'hôpital vers une approche par les ressources

La dégradation des conditions de travail en milieu hospitalier n'est pas nouvelle. En 2004, le rapport de la DREES en faisait déjà état en comparaison avec la situation en 1998. Outre le fait que le contexte de rationalisation des modes de fonctionnement des établissements publics influence parfois négativement et directement les conditions de travail (Raveyre et Ughetto, 2003) en induisant de nouvelles contraintes pour les personnels (Detchessahar et al., 2010 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2012), la démarche de modernisation du système hospitalier n'en est pas non plus seule responsable. Le vieillissement de la population (soignants et soignés) y trouve également sa part (Dutot-Bellouard et Taillandier, 2011).

Selon plusieurs études menées sur les personnels soignants, la dégradation des conditions de travail favoriserait de plus l'intention de départ (Stone et al. 2003 ; Tourangeau et al., 2012 ; Estry-Behar, 2010). Déjà identifiée il y a plus de dix ans par Estry-Behar dans l'étude

PRESST-NEXT (2004) cette intention s'accompagnait aussi du désir de quitter le secteur hospitalier. L'enjeu pour les établissements est alors de faire face et la difficulté réside dans leur capacité d'action : comment en effet préserver les agents dans un contexte contraint ?

1.1. Conditions de travail, management et santé au travail

L'enquête « Conditions de travail 2013 » de la DARES pointe le secteur hospitalier comme le plus touché par une intensification du travail qui se poursuit, en comparaison à 2005 et aux autres secteurs publics, territorial et d'Etat. Beaucoup d'établissements et leurs personnels en subissent en effet les conséquences avec une augmentation de la charge physique, mentale et émotionnelle, (due également à des enjeux démographiques) à moyens constants. De cette intensification émerge des difficultés psychosociales dont les directions s'emparent, parfois sous la contrainte du cadre réglementaire (avec souvent comme enjeu majeur l'absentéisme et ses conséquences sur l'organisation), parfois en conséquence d'une démarche volontaire de développer des pratiques organisationnelles à même de favoriser la santé au travail des agents.

En 2011, un collège d'experts a remis au ministre du travail, de l'emploi et de la santé un rapport sur la mesure des risques et facteurs psychosociaux au travail. Le rapport Gollac (2011) a ainsi permis d'identifier les facteurs de RPS soient : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail.

Comme le soulignent Abord de Chatillon et al. (2016), « *au regard de ces facteurs, les organisations de santé apparaissent comme des organisations vulnérables* » (Rapport AMISSE, p. 23). Voyons plus en détail quels liens sont établis entre ces facteurs et des manifestations de mal-être ou de stress dans le secteur de la santé. Nous nous arrêterons uniquement sur les dimensions qui seront mobilisées par la suite.

L'intensité et le temps de travail recouvrent l'intensité et la complexité du travail, les contraintes de rythme, la durée et l'organisation du temps et la conciliation travail-hors-travail. Les *exigences émotionnelles* correspondent à la relation au public, au contact avec la souffrance, au fait de devoir cacher ses émotions, à la violence externe et à la peur de l'échec. Les manifestations de ces sous-dimensions dans le secteur de la santé ont fait l'objet de plusieurs études. Colle et Moisson (2009) et Estryn-Behar (2010) par exemple font état d'un

lien entre le niveau élevé de stress et le contexte de travail caractérisé par une surcharge, des horaires difficiles et un contact avec la souffrance et la mort auxquels s'ajoutent « *l'imprévisibilité des horaires* » et ses conséquences sur la vie privée (Dutot-Bellouard et Taillandier, 2011).

Les rapports sociaux au travail recouvrent la relation avec les collègues, la coopération, l'intégration dans un collectif, la relation avec la hiérarchie, et avec l'extérieur (reconnaissance des patients, de la famille, valorisation sociale du métier) et l'équilibre effort-récompenses. Les dynamiques sociales et les relations interpersonnelles sur le lieu de travail ont changé (Vickers, 2006). Les incivilités de plus en plus fréquentes, en plus de réduire les possibilités de coopération et de compréhension mutuelle engendrent à la fois un sentiment d'isolement, mais aussi d'injustice. Elles peuvent affecter les individus à plus ou moins long terme aux niveaux émotionnel et cognitif (Vickers, 2006 ; Lim et al., 2008). Colle et Moisson (2009) expliquent de plus que l' « *absence de soutien organisationnel perçu* » (p. 11) serait particulièrement négative.

Les conflits de valeurs correspondent aux conflits éthiques, à la qualité empêchée et au travail inutile. Durand et al. (2014) ont montré qu'il existe notamment un lien entre mal-être et conflits de valeurs. Les logiques financières (avec le déploiement de la T2A par exemple) en sont parfois la cause. Perçues par les soignants comme contradictoires avec les logiques de soins, elles engendrent pour certains professionnels des conflits éthiques et un sentiment de « *qualité empêchée* », du fait d'un décalage « *entre les représentations du travail bien fait et la réalité du travail accompli* » (Durand et al., 2014, p. 12).

Bien qu'offrant un cadre d'analyse, nous pouvons constater que le champ des risques est vaste, ce qui se révèle problématique, notamment lorsqu'il s'agit pour les organisations d'agir en prévention de leur potentiel développement (Rapport AMISSE, 2016). Detchessahar et al. (2010) soulignent d'ailleurs la nécessité de déployer des « *dynamiques discursives* » (p. 69), qui peuvent, si elles sont bien accompagnées se révéler bénéfiques pour la santé au travail mais doivent pour cela être « *soutenue (par le management)* » (p. 70). Le cadre de proximité, ici cadre de santé « *à l'interface entre les logiques médicales, soignantes et économiques* » (Strauss et al., 1985 cité par Feroni et Kober-Smith, 2005) se trouve alors au cœur des questions de gestion de la santé au travail.

Nous voyons ici que les études confirment la réalité de l'intensification et ses conséquences sur la santé mais également les difficultés de leur prise en charge par les établissements de santé. Une des difficultés peut être la motivation des établissements. En effet les démarches

de prévention des RPS font pour beaucoup²⁸ suite à la double contrainte légale (Accord-cadre et HAS). Orientée sur des démarches de prévention tertiaire le point d'entrée est souvent l'absentéisme et en conséquence l'accompagnement des personnes déjà en difficulté et l'identification des facteurs de risques. L'approche salutogénique au-delà des enjeux curatifs semble offrir plus de liberté et de leviers d'action à une démarche positive et préventive de la santé. Les deux approches se révèlent en ce sens assez complémentaires. Si l'identification des risques est essentielle parce que certaines situations sont objectivement à risque (harcèlement ou violence au travail par exemple) (Hobfoll et al. 2018), il est également important de prendre en considération que la santé au travail est aussi l'expression d'une relation entre un individu et son environnement. En ce sens l'approche par les ressources permet de mettre l'accent sur la réponse de l'individu à la situation potentiellement pathogène (Safy-Godineau, 2013). Il s'agit donc d'appréhender la question des souffrances psychosociales vécues par les agents dans ce contexte insécurisant, pas seulement par l'analyse de situations stressantes mais également en interrogeant la capacité des agents à réagir et possiblement préserver leur santé. L'enjeu est alors, comme le suggère Hobfoll (1989) de porter notre attention sur le processus et pas seulement sur le résultat comme le permet la théorie COR.

1.2. La théorie de la conservation des ressources

Etant alors compris comme l'expression d'une relation dynamique entre un individu et son environnement dans laquelle l'individu va agir et réagir de manière proactive afin d'établir ou rétablir une situation de façon à ce qu'elle lui convienne au mieux, le stress selon Hobfoll se définit comme une réaction à « *la menace d'une perte des ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources* » (Hobfoll, 1989, p. 516). Ainsi selon la théorie de la conservation des ressources, le stress survient dans trois cas : « (1) *quand les ressources individuelles sont menacées d'être perdues. (2) Quand les ressources individuelles sont effectivement perdues. (3) Quand les individus échouent à*

²⁸ Cf le rapport AMISSE (2016) dans lequel il est précisé que le respect des obligations légales concernant les RPS se révèle être la principale motivation à la mise en place de plan de prévention ou au moins d'espaces de réflexions autour de ces questions pour 90% des établissements de santé (privés et publics confondus) ayant participé à l'enquête conditions de travail 2013 de la DARES.

obtenir les ressources suffisantes après un investissement significatif de ressources. »
(Hobfoll, 2001, p. 341)

1.2.1. Les ressources

Les ressources sont définies par Hobfoll comme : « *ces objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies qui sont valorisées par les individus et servent à obtenir d'autres objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies* » (Hobfoll, 1989, p. 516). Elles ont une valeur instrumentale mais aussi symbolique (participant à définir l'identité des individus) et concernent aussi bien la vie privée que la vie professionnelle. Halbesleben et al. (2014) proposent de les définir à travers leur fonction. Elles sont alors comprises comme « *toute chose perçue par un individu pouvant l'aider à atteindre son but* » (p. 1338).

Matérielle, sociale ou identitaire, elles peuvent être selon Hobfoll (2001) et Neveu (2012) de quatre types. Les ressources matérielles ou tangibles correspondent à des objets valorisés par les individus (voiture et logement personnels ou de fonction, la superficie du bureau, son emplacement au sein de l'organisation...). Les ressources interpersonnelles se rapportent aux conditions de vie et de travail notamment relationnelles (qualité des échanges interpersonnels, soutien des collègues, des amis, de la famille...). Les ressources personnelles renvoient aux caractéristiques propres à l'individu (compétences, estime de soi, croyances, reconnaissance...). Les ressources énergétiques, particulièrement importantes parce qu'elles permettent l'acquisition et la préservation d'autres ressources, correspondent notamment à l'argent, au temps, aux connaissances **et** au développement des compétences.

La valeur des ressources dépend selon Hobfoll (2001) de l'environnement socio-culturel dans lequel l'individu évolue, elles sont un produit culturel (Carrier-Vernhet, 2012). En effet selon Hobfoll, la construction de l'identité est intimement liée au contexte socio-culturel dans lequel un individu évolue. La perception du stress ainsi que son expression sont directement influencées par la construction identitaire. Ce qui revient à dire que le stress, sa perception et son « expression » ne peuvent être étudiés sans prendre en compte le contexte socio-culturel dans lequel il émerge, d'où l'intérêt de l'étudier dans un contexte professionnel particulier, ici celui de l'hôpital. Un aspect d'autant moins négligeable que le vécu d'une situation stressante a des conséquences sur la vie sociale de l'individu et sera « évaluée » selon des critères partagés par le groupe social auquel l'individu appartient.

Hobfoll (1989, 1998, 2001) précise également que la valeur des ressources est culturellement enracinée et trouvent leur importance au sein du groupe, de la « *tribu* » auquel l'individu

appartient. La théorie COR permet ainsi une « *alternative à l'individualisation des questions de santé au travail (...) en affirmant l'importance de l'évaluation partagée des situations de travail* » (Safy-Godineau, 2013). Le vécu d'une perte de ressource par un individu sera en conséquence également perçu comme telle par les individus du même groupe dans des circonstances équivalentes. La perception de la perte elle-même ou future perte dépendra de plus de la perception des ressources déjà possédées ou que l'individu pense devoir posséder selon ses représentations sociales. Nous pourrions alors supposer que la perception des ressources et de leur valeur pourrait différer selon l'organisation dans laquelle évolue l'individu, selon le service dans lequel il travaille ou encore selon le métier qu'il exerce.

Bien que les ressources constituent l'élément central permettant d'appréhender le stress, c'est dans un contexte de perte ou de menace de perte que celui-ci se déclenche. La santé au travail reposerait alors sur la capacité des individus à maintenir les ressources qu'ils possèdent et à en acquérir de nouvelles ou pour les organisations de développer des environnements de travail à même de sécuriser les réservoirs de ressources des individus.

1.2.2 Les spirales de perte ou de gain de ressources

Le processus de spirale est intéressant à aborder parce qu'il permet de mieux comprendre, d'une part l'enchaînement qui peut mener certains individus jusqu'au burnout, dernière phase d'un long processus d'épuisement des ressources (Carrier Verhnet, 2012) ; et d'autre part pourquoi il est important pour les organisations de prendre en main cette disposition naturelle qui peut à la fois servir ou desservir un individu et l'organisation.

Le processus repose sur un principe simple, un gain de ressource amène un autre gain et suit une spirale à caractère exponentiel, tout comme la perte risque d'en engendrer de futures. La spirale de perte repose sur le fait qu'un individu qui a subi des pertes ou des menaces de pertes en est affaibli matériellement et/ou psychologiquement et se trouve alors moins à même de faire face aux situations qui se présentent à lui.

Hobfoll (1989, 1998, 2001) explique que les spirales de pertes sont plus rapides que les spirales de gains avec un impact plus significatif sur les individus, en raison notamment de la « *primauté de la perte* ». Celle-ci s'explique du fait que la perte d'une ressource est accompagnée par des émotions et sentiments négatifs. Ressenti renforcé par le fait que les individus ont tendance à se focaliser sur leurs pertes et faiblesses. Ils tendent naturellement à leur donner plus d'importance qu'à un gain ou une force avec un impact bien plus significatif

sur leur état (ressenti, humeur, sensation...). La spirale permet ainsi d'expliciter la relation aux ressources que développent les individus et ses effets sur sa santé.

La théorie COR met en avant une disposition des individus à protéger et développer leurs ressources. Comportement humain qu'il explique comme une réaction naturelle, génétiquement ancrée puisque nécessaire à la survie (Hobfoll et al., 2018). Elle s'exprime par une capacité de substitution notamment avec les stratégies d'ajustement ou « *faire face* » (« *coping* »). Il s'agit de faire appel à d'autres ressources pour compenser la perte ou la simple menace. Ainsi le processus à l'œuvre suivant la théorie de la conservation des ressources n'est plus seulement une réponse à un élément « stresser » mais offre à l'individu une capacité proactive et prédictive (Hobfoll, 1989, 1998, 2001 ; Hobfoll et al., 2018). Elle diffère en ce sens des approches classiques de la santé au travail par son caractère motivationnel. Halbesleben et al. (2014) évoquent en ce sens des « épisodes » de vie et des trajectoires de ressources. Un « épisode » désigne le fait pour un individu de tendre vers un but et de chercher selon le besoin à mobiliser, à développer ou investir des ressources pour y aboutir. Une fois le but atteint ou révisé, l'individu entame un nouvel « épisode ».

Nous l'avons vu, les risques peuvent recouvrir toutes les dimensions du travail. Aussi une approche centrée sur les risques peut rendre plus difficile l'apport de solutions. Il semble alors nécessaire d'avoir également une approche positive centrée sur les ressources et les stratégies des acteurs pour en obtenir. Ce qui nous amène à notre problématique : en quoi l'analyse des spirales de pertes et de gains de ressources permet de mieux comprendre le processus de dégradation ou de préservation de la santé au travail ?

2. Une recherche qualitative et interprétative

2.1. Méthodologie de la recherche

De nature abductive de par les allers retours effectués entre terrain et littérature, cette recherche qualitative se situe dans une perspective interprétative. Il ne s'agit pas de tirer des généralités de nos analyses mais de nous inscrire dans une visée compréhensive d'un

phénomène et de croiser la multiplicité des représentations que peuvent avoir les individus de leur santé au travail et de comprendre comment de fait ils en deviennent parfois acteurs.

De cette perspective interprétative, nous « *concevons l'organisation comme une réalité construite socialement* » (Demers, 2003, p. 176). Il s'agit alors de « *tent[er] d'accéder aux représentations des acteurs, de découvrir les différentes significations de l'univers organisationnel qui sont construites localement et collectivement. Ici, l'objectif est la compréhension approfondie de phénomènes organisationnels contextualisés* » (Demers, 2003, p. 176).

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative pour être au plus près de ce que vivent les acteurs et de leur perception, l'idée ici étant de rendre visible un processus par l'analyse des discours. D'autant plus que la simple perception d'une menace de perte de ressources peut générer un stress il s'agit bien pour nous de comprendre le processus en œuvre dépendamment de la perception par l'agent du contexte dans lequel se produit le phénomène sans négliger les liens, corrélations ou causes à effets qui seraient en jeu. Il s'agit comme l'explique Giordano (2003) de « *rechercher les significations, de comprendre des processus, dans des situations uniques et/ou fortement contextualisées* » (p. 16).

2.1.1. Terrains et Données

24 personnes ont été rencontrées au cours de 17 entretiens semi-directifs. D'une durée moyenne de 85 minutes, ces entretiens ont été menés auprès de psychologues et médecins du travail, cadres de santé, administratifs, agents administratifs et infirmiers dans trois hôpitaux publics (voir tableau en annexe 4) intégralement enregistrés et retranscrits. Comme précisé plus avant, nous avons fait le choix de ne pas distinguer les statuts dans notre analyse mais d'interroger leur vision du travail et de ses conditions pour en faire émerger des ressources et leurs trajectoires.

Notre démarche consistait à échanger avec les personnels hospitaliers dans le but de saisir leur perception des situations vécues dans l'exercice de leur travail. Comme le précise Demers (2003), l'objectif d'utilisation des entretiens comme méthode principale « *est de comprendre la réalité organisationnelle telle que se la représentent les acteurs* » (p. 177) dans le cas présent quelle que soit leur fonction. Ces entretiens semi-directifs avaient donc pour objet d'échanger avec les agents sur le contenu et les caractéristiques de leur activité de travail, la perception qu'ils peuvent en avoir (contexte, conditions, relations, identification d'évolutions récentes en matière d'organisation du travail, effet sur les acteurs ...) et leur ressenti. Les

entretiens avec les médecins et psychologues du travail nous ont permis de « prendre une mesure » de leur perception de la santé au travail au sein des établissements visités.

2.2.2. Traitement des données

Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique avec l'utilisation du logiciel d'analyse de données textuelles Nvivo 11. Pour donner forme au processus méthodologique que nous avons suivi, nous avons élaboré la schématisation suivante :

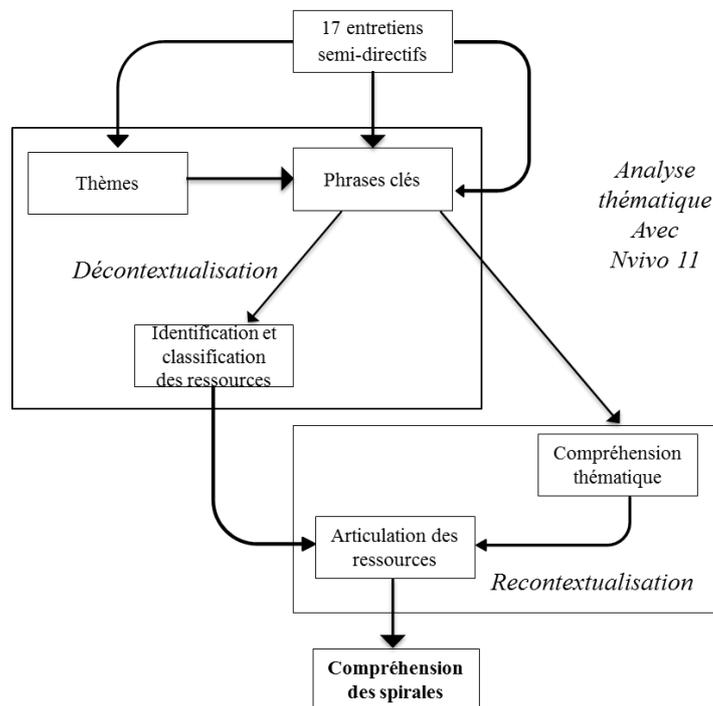


Figure 8: Schématisation du processus méthodologique

L'utilisation de Nvivo 11 suit une démarche de *décontextualisation* et de *recontextualisation*. Dans un premier temps, la *décontextualisation* consiste à sélectionner des extraits du corpus signifiants compte tenu de notre recherche, ici l'identification interprétative des ressources pour les regrouper sous une catégorie, un *nœud* (selon le vocabulaire de Nvivo). La *recontextualisation* consiste ensuite à coordonner les différents nœuds ou catégories décontextualisés pour permettre une vision d'ensemble cohérente afin de rendre visible le processus à l'œuvre. L'objectif de cette utilisation est alors de tendre vers une analyse plus approfondie en établissant des relations entre les différents *nœuds* et les caractéristiques définis préalablement.

24 nœuds ont été définis, certains à partir du cadre théorique, d'autres pour nous permettre d'explicitier le contexte, le ressenti, ou la perception de différents éléments par les acteurs. Il ne s'agit pas de faire une vérité de ces considérations mais de nous aider à comprendre dans quelle perspective se trouvaient les acteurs au moment de nos échanges. Les quatre premiers nœuds ont ainsi été définis à partir du cadre théorique suivant les catégories déjà usitées pour aborder le stress par les ressources au prisme de la théorie COR, à savoir : « matérielles », « personnelles », « interpersonnelles », « énergétiques ». Nous avons ajouté leur statut pour l'individu : « perdues ou atteintes » ou « mobilisées ».

Cette première étape d'identification et de classification des ressources nous a permis d'identifier des situations précises potentiellement génératrices de spirale de perte ou de gain. Nous avons alors défini des nœuds « situations de travail » (« gestion des plannings », « gestion des lits », « transmissions », « relations aux patients ») dont l'effet sur la perception des conditions de travail par les agents est particulièrement significatif qu'elle soit positive ou négative. Cette étape de travail nous a permis de regrouper les éléments associés à ces situations (récits, ressentis, difficultés, solutions...) évoqués par les différents agents d'un établissement à l'autre. Comme il était également question d'aborder le déroulement du travail concret et les conditions dans lesquelles il s'exerce nous avons par la suite ajouté les nœuds : « conditions de travail » et « travail collectif ».

Nous avons donc procédé à une analyse thématique avec une approche horizontale « consist[ant] à repérer les récurrences et régularités d'un document à l'autre à l'intérieur du corpus total » (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2012, p. 291). L'enjeu pour nous était de voir si une certaine récurrence des ressources évoquées et de leur statut pour l'individu (à savoir mobilisées, menacées ou atteintes) faisait jour. La première étape d'identification et classification des ressources sera abordée succinctement dans la partie « résultats », où nous avons fait le choix d'aborder plus en détail des situations concrètes de travail afin d'illustrer le processus de spirale.

3. Résultats

L'analyse des données nous permet de donner une illustration de certains « épisodes » de vie organisationnelle au sens d'Halbesleben et al. (2014) et de la perception des personnels hospitaliers des conséquences de l'intensification du travail sur leur quotidien. Nous avons rencontré des situations singulières dans les trois hôpitaux visités mais également constaté des

similarités dans le ressenti et la perception des personnels hospitaliers des difficultés qu'ils rencontrent. Le manque de personnel, la diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS), l'arrêt des subventions des programmes d'éducation thérapeutique, la Tarification à l'activité (T2A) sont autant de facteurs liés à une forme de pression économique qui participent au ressenti d'une perte de sens du travail pour les personnels mais également d'une forme de distance avec les valeurs des métiers du soin. Nous verrons dans la première partie quelles ressources ont été identifiées puis nous aborderons les processus de spirales que nous illustrerons dans les deux cas à travers des exemples concrets de situations de travail.

3.1 Identification et illustration de ressources contextualisées

Au cours de l'analyse et notamment de la phase d'identification et de classification des ressources, nous avons constaté que les ressources matérielles et personnelles étaient peu évoquées. En effet les ressources matérielles réelles ne font pas partie de la relation d'emploi dans l'hôpital public. Il n'est pas proposé d'avantages en nature au personnel tels que voiture, logement de fonction ou autres. Les ressources matérielles symboliques quant à elles ont été trop peu évoquées pour que nous nous y arrêtions (deux cadres y ont fait référence à propos de la superficie de leur bureau). Quant aux ressources personnelles, seules la reconnaissance et l'autonomie ont été évoquées par plusieurs agents comme faisant défaut. Nous avons fait le choix de centrer notre attention sur les ressources énergétiques et interpersonnelles (cf. tableau ci-dessous) qui sont au cœur des préoccupations et peuvent représenter de véritables leviers pour les organisations.

Ressources interpersonnelles	Ressources énergétiques
Les réunions d'équipe et de pôle	La gestion des plannings
Les échanges entre pairs	Le temps passé sur le lieu de travail
L'analyse de la pratique	Le développement des compétences
Le soutien social professionnel	
La solidarité au sein de l'équipe	
La relation cadre/équipe	

Les valeurs partagées	
La qualité des échanges au sein de l'équipe	

Tableau 5: Les ressources interpersonnelles et énergétiques

Pour mieux appréhender le concept de ressource adapté au contexte étudié, nous allons voir comment les ressources peuvent prendre forme à travers des exemples. Ces exemples permettent d'illustrer à la fois l'enchevêtrement des niveaux individuel, collectif et organisationnel propres aux enjeux de santé au travail mais également comment les organisations peuvent s'en saisir.

Illustration par l'exemple du service des urgences de CH2 de la ressource « valeurs partagées »

Voyons un exemple à CH2. Les locaux sont neufs, le service des urgences a été entièrement repensé, le déménagement a permis d'augmenter la capacité d'accueil. L'objectif était d'être au plus près du flux de patients mais la distance avec les autres centres hospitaliers de la région et le désert médical local font que l'« établissement est rempli pratiquement tous les jours » (Cadre de santé 1, urgences, CH2). Ainsi l'augmentation du nombre de lits a été suivie par une augmentation de la fréquentation. Le cadre nous explique alors que faute de lits dans l'établissement, le service des urgences est contraint d'héberger des patients, « souvent des patients âgés », pendant plus de 24h mais n'a pas été conçu pour cela. Le séjour des patients en son sein est en effet sensé être le plus rapide possible. Il y a un espace dans lequel les patients attendent sur des brancards sans aucune séparation, espace sensé être transitoire, avant d'être envoyés dans le service adéquat à leurs besoins. En conséquence le service n'a pas été non plus équipé de douche ni de tisanerie pour les repas. Mais les patients sont là, nombreux et les conditions de leur prise en charge par les agents « renvoient le soignant à ses valeurs (...). "On m'impose de prendre en charge des patients dans des situations dégradées." Et ça c'est... les plus grandes souffrances. (...) C'est "je fais pas le boulot comme j'aimerais le faire." Je me suis mis des objectifs et ... et je ne peux pas parce que... parce que pour vous c'est intolérable de laisser un patient âgé sur un brancard pendant 24h » (Cadre de santé 1, urgences, CH2). Situation encore plus difficile à vivre lorsque « les services [les] rappellent en disant " [le patient] n'a pas mangé, il n'est pas changé..." Donc ils prennent la double punition » (Cadre de santé 1, urgences, CH2).

Dans ce cas précis assez symptomatique de l'impossibilité de faire correspondre la capacité d'accueil des patients avec la croissance du besoin, le cadre et le personnel soignant se sont sentis démunis face aux besoins des patients avec un sentiment d'insatisfaction accentué par les retours négatifs des autres services. La dégradation des conditions d'accueil des patients a ainsi généré des conflits de valeurs chez les soignants avec le sentiment de ne pas pouvoir bien faire leur travail. Aujourd'hui, l'organisation qui n'avait pas anticipé l'augmentation du flux de patients conséquemment à l'augmentation du volume de l'hôpital a tenté de compenser ces problématiques. Le cadre précise que l'hôpital « *a donné un peu plus de moyens aux urgences pour permettre d'assumer ça dans des conditions humaines* » (Cadre de santé 1, urgences, CH2). Et reconnaît que « *c'est le lot de tous les services d'urgences.* » (Cadre de santé 1, urgences, CH2). Un poste supplémentaire d'aide-soignant de nuit a donc été créé. Des séparations ont été aménagées pour un peu plus d'intimité et des repas peuvent être servis. On peut voir dans ce cas précis que les mauvaises conditions de prise en charge des patients renvoient les soignants aux valeurs qu'ils partagent. Notons que l'atteinte à cette ressource agit d'une part sur leur état émotionnel et leur santé et d'autre part que l'organisation dans ce cas précis a été en capacité d'agir sur la situation.

Illustration par deux exemples à CH1 et CH2 de la ressource « développement des compétences »

Dans un service de cancéro-gynécologie de CH2, une des cadres de santé très attachée au développement des compétences a instauré au sein du service des temps d'échanges au cours desquels le représentant d'un laboratoire va présenter un produit ou du matériel, un membre d'une société de service à la personne va expliquer en quoi consiste la prise en charge des patients à la sortie du service ou encore un médecin du service va expliquer en quoi consiste un geste médical particulier. « *De la formation intra, enfin inter service. Si le médecin fait un cours sur l'angioplastie, par exemple, tous ceux qui veulent venir au cours ils peuvent venir.* » (IDE d'annonce cancérologie et gynécologie, CH2) Elle précise qu'il n'y a pas d'obligation de participation mais que la majorité apprécie d'y participer.

Nous voyons avec cet exemple que l'acquisition de ressources énergétiques et personnelles peut jouer comme renfort positif et venir soutenir les individus avec le développement de

leurs compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances. L'effet d'implication semble assez significatif pour l'infirmière qui nous fait part de ce procédé. Elle se sent valorisée dans l'exercice de son métier, trouve une place en tant que soignant au sein d'une équipe et les connaissances qu'elle acquiert lui permettent de fournir plus d'explications aux patients sur ces sujets spécifiques.

Voyons un autre exemple qui permet d'illustrer comment la ressource « développement des compétences » peut agir comme un outil de gestion de l'absentéisme.

Les compétences spécifiques nécessaires aux IDE pour prendre en charge les patients dans un service d'hémodialyse et la durée de formation longue avant l'autonomie dans les gestes du soin (deux mois) engendrent de réelles difficultés de remplacements. Pour y pallier, CH1 a ajouté une clause dans les contrats des nouveaux IDE avec l'obligation de faire des échanges interservices au sein du pôle (qui regroupe les services d'hémodialyse et néphrologie). Ils sont sept à avoir signé un contrat avec cette obligation. Tous les trois mois ils échangent de service pendant une semaine. Au-delà de l'avantage pour le service d'hémodialyse qui nécessite des compétences spécifiques assez rares dans l'établissement, l'infirmière rencontrée reconnaît apprécier ce temps dans un service de médecine et la pratique des gestes de soins qu'elle « *n'a pas l'habitude de faire* » (IDE R2 hémodialyse, CH1)

Nous constatons avec ces deux exemples que l'approche par les ressources permet de mettre au jour l'articulation et la rencontre des niveaux individuel, collectif et organisationnel. Dans un cas il s'agit bien d'une prise en main par l'organisation avec une nouvelle clause dans les contrats de travail. En revanche dans le second, la mobilisation de cette ressource et sa mise à disposition des agents dépend entièrement de la cadre du service qui a mis en place ces temps d'échanges.

Dans les deux exemples, la mobilisation de cette ressource correspond à une posture préventive. Elle permet le développement et le maintien d'un réservoir de ressources des individus mais se révèle également individu-dépendant. Nous pouvons pressentir l'effet positif sur d'autres agents sans pouvoir généraliser cet effet à une appropriation positive par tous les agents dans des situations équivalentes.

Nous allons maintenant explorer le phénomène des spirales. Phénomène qui permet d'explicitier d'une part la relation entre les ressources et d'autre part l'incidence de ces interactions sur la santé des individus. Les spirales semblent suivre un processus fluctuant plutôt que linéaire. Il semble en effet que les individus au quotidien vivent une succession de situations au cours desquelles ils sont amenés à vivre, ressentir ou percevoir des pertes et/ou des gains de manière irrégulière (Hobfoll et Shirom, 2001). Ces épisodes pris isolément ne sont pas nécessairement impactant. En revanche c'est à travers leur « agrégation » que les incidences sur l'individu seront plus significatives (Safy-Godineau, 2013).

3.2 Les spirales : un processus fluctuant de ressources

Nous avons choisi ici d'illustrer les spirales à travers des situations de travail. Elles nous semblent en effet être plus adaptées pour mettre en lumière le caractère fluctuant du processus à l'œuvre. Plus représentatives de ce que vivent les acteurs, cette approche nous permet d'appréhender la souffrance psychosociale comme un processus lent auquel concourt une somme de ressentis et perceptions plus ou moins intenses.

Prenons comme exemple la difficulté des reclassements des personnels soignants. L'augmentation des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) rend cette question majeure au sein des établissements hospitaliers. Une fois qu'un TMS est reconnu comme pathologie pour un soignant, est en jeu la question d'un aménagement de poste ou d'une potentielle reconversion professionnelle. Pour l'établissement se pose la question de ce qu'il est possible de proposer à cette personne compte tenue d'une contre-indication pathologique et pour la personne la nécessité d'accepter que le métier pour lequel elle a été formée n'est plus praticable.

Voyons un exemple précis pour illustrer le processus de spirale et son caractère fluctuant. Une nouvelle pratique se développe en effet au sein de CH1 avec la création des postes d'Agents de Liaison Médico-Administrative (ALMA).

A l'origine se trouve une aide-soignante avec des difficultés physiques (TMS à l'épaule), un problème récurrent de ce métier. En arrêt maladie depuis plusieurs mois, arrive le jour où il
--

devient clair qu'elle ne pourra pas réintégrer son poste ni exercer le métier pour lequel elle a été formée. Cette situation est psychologiquement difficile à vivre pour elle. Une spirale négative s'amorce, elle subit une perte de ressources personnelles avec une perte de confiance en elle, en ses capacités à remplir ses tâches ne pouvant plus mener à bien ses missions de soins. Elle ressent de la culpabilité vis-à-vis de l'équipe avec un sentiment d'impuissance.

La cadre évoque alors la possibilité de créer ce nouveau poste en maintenant l'agent au sein du service avec à charge les enjeux médico-administratifs des patients (organisation des sorties, accueil dans un autre établissement de soins...). « *En fait, nous avons... en quelque sorte, confié le rôle administratif de l'infirmière à cette ALMA pour remettre l'infirmière dans son cœur de métier* » Cette nouvelle fonction au sein du service permet aux infirmières d'avoir plus de temps pour les soins des patients. L'effet bénéfique se ressent sur l'équipe. « *Elles sont très contentes de ça. (...) Et on a vraiment un recul très positif.* » (Cadre de santé 1, CH1) Cette nouvelle fonction au sein du service permet aux infirmières d'avoir plus de temps pour les soins des patients.

Nous voyons ici qu'il y a dans un premier temps l'amorce d'une phase descendante avec un effet cumulatif de perte de plusieurs ressources personnelles (due aux ressentis négatifs concernant ses propres capacités à mener ses missions avec les incidences que cela comporte sur l'estime de soi) et interpersonnelles. L'aménagement du poste permet ensuite d'amorcer une phase ascendante. L'aide-soignante trouve une nouvelle place au sein du service et vis-à-vis de ses collègues. Elle se sent reconnue dans son travail de soignant avec une fonction d'accompagnement des patients et des familles. Elle soulage les IDE de certaines tâches, qui maintiennent ainsi à leur actif deux ressources énergétique et personnelle que sont le temps et l'autonomie. Dans cet exemple, l'établissement adopte une posture « curative » suite aux difficultés rencontrées par l'aide-soignante.

Nous pouvons voir ici que les ressources sont interdépendantes et que les trajectoires de spirales au sein d'un même service s'entrecroisent. La phase ascendante de l'AS amorcé avec la création du poste a également une influence positive sur ses collègues. Cet exemple est ainsi assez représentatif de la possibilité pour les organisations de s'emparer des processus de spirale de gain en développant et maintenant le réservoir de ressources des individus.

Prenons deux exemples concernant le temps passé sur le lieu de travail et la gestion des plannings qui rejoignent les facteurs de RPS tels que l'intensité et le temps de travail.

A CH1, un infirmier nous raconte préférer également échanger ses jours de repos avec ses collègues pour être sûr de les avoir. La cadre met trop de temps à valider les demandes de RTT (tout juste quelques jours avant la date demandée). Le problème est alors qu'à la fin de l'année tous n'ont pas pu être posés. Mais l'incertitude de la validation pousse les infirmiers du service à la même pratique. Pour lui et sa collègue, il s'agit là d'une mauvaise gestion de la cadre, « *moi je pense que ça c'est un truc de management* », (IDE R2 hémodialyse, CH1) qui ne prend pas en compte les besoins de l'équipe d'équilibrer vies privée et professionnelle. « *Nous on a aussi une vie qu'il faut gérer et moi si je dois aller au médecin avec mes enfants, il faut que je sois de repos. (...) J'ai besoin de mon lundi, tu vas pas me dire si j'ai mon lundi vendredi soir, comme ça m'est arrivé.* » (IDE R3 hémodialyse, CH1)

A CH2, l'infirmière du service des urgences peut travailler en 12h ou en 8h, de jour ou de nuit. Elle est informée de son planning dans la limite légale soit 15 jours à l'avance, ce qui complique l'organisation de sa vie privée. « *On prévoit des rendez-vous, des choses ou... avec les enfants, y a forcément des jours où ça coince* ». Elle ajoute qu'« *heureusement [ils] s'arrange[nt] entre collègues (...) et comptent les uns sur les autres* » parce qu'il y a « *une très, très bonne entente* » au sein du service (IDE urgences, CH2). Mais le travail aux urgences est « *difficile, fatigant et stressant. Parce que nous, en plus, on alterne jour/nuit. (...) Donc physiquement c'est, oui c'est, à 40 ans ça devient compliqué. (...) Vraiment je partirais de mon service à contre cœur parce que c'est une équipe très soudée. (...) C'est une deuxième famille (...) et, je ne suis pas sûre de retrouver ça ailleurs. Mais par contre, d'un point de vue personnel, voilà, les nuits j'commence à avoir du mal. Les Noël au boulot, voilà ça me fait mal. Les fériés, les un week-end sur deux...* » (IDE urgences, CH2)

Concernant le processus de spirale, nous pouvons voir dans le cas de CH1 que des ressources interpersonnelles et énergétiques sont atteintes. Est en cause le délai de validation des RTT par la cadre du service. Très mal vécu par les agents qui considèrent que c'est une « *mauvaise gestion de sa part* » qui les met en difficulté. La ressource interpersonnelle « *relation cadre/agent* » est mise à mal. Il y a également des atteintes à la ressource énergétique « *équilibre vie privée-vie professionnelle* » lié au temps passé sur le lieu de travail. Nous pouvons constater ici que ces atteintes sont contrebalancées par une ressource

interpersonnelle, avec le soutien social et la solidarité entre collègues et les échanges possibles de congés comme c'est le cas à CH2.

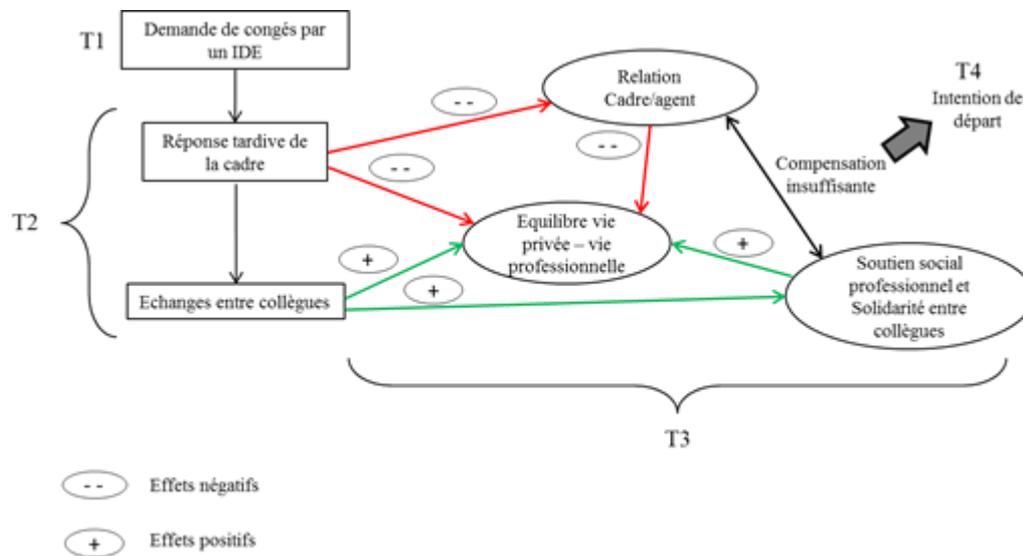


Figure 9: Schématisation générale du processus

Cette schématisation générale du processus illustre le processus de spirale avec l'enchaînement des événements de T1 à T4 et leur incidence sur les individus. Nous voyons qu'une ressource énergétique qui fait défaut avec un délai de visibilité du planning beaucoup trop court pour anticiper des engagements dans la vie personnelle ou simplement permettre une organisation plus « légère » du quotidien de la vie personnelle, est contrebalancé par une ressource interpersonnelle avec le soutien des collègues et les échanges possibles de congés. Mais l'enjeu majeur ici est l'atteinte à la « relation cadre-agent » et le ressenti négatif qui l'accompagne. La combinaison des deux provoque un effet de cumul négatif qui même s'il est compensé en pratique par le soutien des collègues n'est pas compensé à hauteur de la perte ressentie. En effet le principe de la primauté de la perte évoqué par Hobfoll rend l'effet compensatoire moins impactant que la perte de départ. On voit de plus que la compensation si elle vient des collègues après une atteinte par l'organisation (cadre, direction ou conditions de travail dégradées) a également un effet moins significatif sur les agents. Le soutien des collègues peut en effet apparaître comme essentiel dans le quotidien professionnel mais ne peut servir à compenser ce qui est considéré comme de la responsabilité de l'organisation.

Cet écart de perception expliquerait de plus que la bonne entente au sein de ces deux services avec les arrangements qui l'accompagne, les IDE rencontrés envisagent de quitter leur

service. Aussi l'atteinte à cette ressource interpersonnelle et l'incidence sur la relation semble avoir une portée bien plus importante que ne le laisse présager une première lecture des événements. Processus renforcé par la répétition de cette pratique par la cadre. Aussi le processus de dégradation de la santé agit-il dans le temps par accumulation de pertes et répétition de situations délétères.

La gestion des plannings se révèle particulièrement importante dans le processus de spirale parce qu'elle peut influencer directement l'intention de départ. Quatre IDE au sein d'établissements différents nous ont confié envisager quitter leur service à cause de ce qu'ils considèrent être une mauvaise gestion du cadre, ce qui place également les cadres au cœur du processus. Ils ont en effet entre les mains la capacité d'influencer positivement ou négativement la perception des agents de leurs conditions de travail et par la même d'influer sur leur santé au travail.

Conclusion et discussion

Nous avons choisi dans ce travail de nous intéresser aux individus et à leur perception de leur environnement de travail. L'approche par les ressources nous a ainsi permis d'avoir dans un premier temps une approche individuelle avec l'identification et la classification des ressources évoquées. De cette étape, des situations de travail ont émergé comme étant particulièrement illustratives des conditions de soutien ou d'atteinte de la santé au travail. Comme selon la théorie de la conservation des ressources les individus ont tendance à choisir des situations « *à même de leur procurer une certaine forme de succès ou de plaisir* » (Hobfoll, 1989), il nous a semblé pertinent d'étudier le ressenti des individus face aux situations de travail qu'ils rencontrent. L'enjeu était alors de saisir quelles ressources représentent un levier potentiel pour les individus dans l'exercice de leur travail et pour les organisations pour la préservation de la santé au travail des agents. L'analyse réalisée ici nous a ainsi permis d'identifier certaines ressources contextualisées et de caractériser le processus de spirale.

Apport théorique : le processus des spirales

Notre analyse a donc permis d'identifier des pistes interprétatives concernant le processus des spirales. En effet, nous avons ainsi mis en lumière que les différentes ressources à travers le processus de spirales semblent suivre un système interrelationnel. Ce qui confirme le caractère dynamique du processus que la spirale soit de perte ou de gain. Celui-ci se révèle ainsi assez fluctuant, même si les pertes comme l'explique Hobfoll (1989, 1998, 2001) prennent plus d'importance que les gains, il semble que la spirale ne suive pas un processus linéaire mais alterne entre des phases ascendantes et descendantes.

Les ressources énergétiques telles que la gestion du temps et le développement des compétences semblent à la fois participer à une forme de bien-être au travail des agents ou au contraire avoir une incidence négative significative sur celui-ci lorsqu'elles sont atteintes ou mises à mal. Une influence qui peut être contrebalancée par d'autres ressources telles que la solidarité entre collègues ou des échanges interpersonnels satisfaisants. L'analyse du processus de spirale nous a également permis de confirmer l'interdépendance des ressources et la rencontre des trajectoires de ressources d'un individu à l'autre au sein d'une même organisation. Pour autant nous avons également constaté que l'effet de compensation est de moindre importance lorsque l'atteinte est portée par l'organisation et le gain par les collègues. Un effet qui s'explique en partie par la primauté de la perte mais également du fait que les agents considèrent qu'il est de la responsabilité de l'organisation de pallier ces atteintes et non aux collègues qui les subissent également de les compenser.

Apports managériaux : donner forme à une complémentarité des approches par les RPS et les ressources

L'intensification du travail à l'hôpital est bien concrète et les difficultés psychosociales qui l'accompagnent également. L'obligation légale fait son œuvre et les établissements de santé commencent à déployer des démarches préventives. Mais l'approche par les RPS a ses limites. Bien que l'identification des risques soit une étape nécessaire (puisqu'ils sont là), il reste néanmoins la difficulté de dépasser les niveaux secondaire et tertiaire qui sont les principaux niveaux d'entrée. Curatifs plutôt que préventifs, ils maintiennent une approche pathogénique et psychologisante de la santé au travail. Il est vrai que celle-ci pose une réelle difficulté d'articulation entre l'individuel, le collectif et l'organisationnel. Comme le

rappellent Abittan et Frétiigny (2015), la souffrance psychologique au travail est au point de rencontre entre situations personnelles et professionnelles. Il est légitime de se demander jusqu'à quel point l'organisation doit être tenue responsable des souffrances psychosociales ressenties par un individu et à quel moment les dispositions naturelles de l'individu jouent contre lui et ne lui permettent plus de se maintenir en santé dans son environnement de travail. Il reste néanmoins qu'une approche par les RPS peut tendre à enfermer les individus dans la plainte et les couper de leur capacité de résistance (Abittan et Frétiigny, 2015 ; Frétiigny et Cordoba, 2015).

Il semble alors essentiel d' « envisag[er] de façon complémentaire » (Neveu, 2012a, p. 85) les démarches pathogénique et salutogénique. L'objet de la première est la prise en charge personnalisée d'individus déjà en souffrance (prévention tertiaire) et celui de la seconde le « développement des ressources qui favorisent la santé psychologique des salariés » (prévention primaire) (p. 85). Le changement de perspective est loin d'être évident à adopter parce que les risques sont là. Aussi n'est-il pas question de ne plus envisager les niveaux de prévention secondaire et tertiaire parfois nécessaires mais plutôt de favoriser le développement de la prévention primaire. C'est là où l'approche par les ressources se révèle pertinente. Son caractère motivationnel marque la différence. L'enjeu serait alors non seulement d'identifier les ressources motivationnelles pour les agents mais également leur concordance avec les ressources disponibles au sein des organisations (Neveu, 2012b). La santé au travail passerait par cet ajustement.

Émerge alors la question de l'identification des ressources. Nous l'avons vu les ressources énergétiques et interpersonnelles peuvent être à la fois points de tension et potentiels leviers motivationnels. Notons que les ressources identifiées dans ce travail révèlent leur potentialité non pas seulement pour ce qu'elles sont mais pour les effets qu'elles produisent sur les individus. Dans le contexte actuel de rationalisation des organisations de santé ces ressources prennent leur sens à travers le soutien qu'elles offrent aux individus en termes de sens et de valeurs. Le développement des compétences par exemple représente un levier, pour l'apport de compétences mais également dans l'optique de redonner du sens à l'activité et agir comme levier motivationnel. Sens qui fait aujourd'hui défaut en partie à cause du contexte contraint. Ainsi les organisations de santé pour développer un environnement de travail favorable au maintien des ressources se doivent d'être vigilantes à la gestion de ces ressources par les individus, particulièrement des cadres qui se trouvent à l'interface agent et institution.

Plutôt qu'unidirectionnelle cette étude a également permis par la caractérisation du processus de spirale de mettre en lumière le caractère processuel et dynamique de la santé au travail. Point essentiel qui nous apprend qu'il n'y pas de caractère prédéfini à la dégradation de la santé sauf cas critiques (trop avancé sur une tendance négative). D'un point de vue managérial, des actions de soutien en fournissant des ressources qui accompagnent les individus dans la préservation de leur santé sont alors possibles à plusieurs moments des différents « épisodes » vécus. L'alternance de phase de dégradation et de préservation nous montre également que dans la grande majorité des cas il n'y a pas d'irréversibilité ou de caractère inéluctable dans le processus de dégradation.

Limites et difficultés méthodologiques

Comme toute recherche interprétative, nous avons bien conscience que ce travail offre une lecture d'« épisodes » vécus par des agents et de trajectoires de ressources dont l'interprétation est très dépendante de la personne qui analyse les données. Aussi nous répèterons ici, que l'enjeu de cette étude n'est pas de généraliser des connaissances mais d'offrir une lecture compréhensive d'un phénomène.

Synthèse de la partie IV

Objectifs de cette étude :

- Identification de ressources contextualisées à travers les situations de travail
- Caractérisation du processus de spirale
- Etude de « trajectoires » de ressources
- Voir en quoi l'approche par les ressources est pertinente pour aborder la santé au travail

Configuration de travail : Projet de recherche

Données : 17 entretiens semi-directifs (24 personnes)

Traitement des données : Analyse de contenu thématique avec l'utilisation du logiciel d'analyse de données textuelles Nvivo 11

Résultats :

- La santé au travail est un processus dynamique
- La dégradation de la santé ne semble ni irréversible ni inéluctable
- Des actions peuvent être mises en place par les organisations tout au long du processus
- Pertinence d'une perspective salutogénique plutôt que pathogénique avec une complémentarité des approches par les RPS et les ressources.
- L'approche par les ressources permet de favoriser la prévention primaire
- Neutralité des ressources : le caractère positif ou négatif dépend de la rencontre entre la ressource, l'individu et l'organisation, c'est bien à travers la relation à celles-ci que s'exprime l'état de la santé au travail de l'individu.
- Les ressources énergétiques et interpersonnelles sont des leviers pour les organisations

PARTIE V

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité

PARTIE V A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité.....	161
1. Littérature : quelles ressources pour affronter la pénibilité ?.....	166
1.1 Le modèle Exigences-Ressources.....	166
1.2 La théorie de la conservation des ressources.....	167
2. Méthode : un ensemble d'observations non participantes.....	169
2.1. Un service qui « va bien ».....	170
2.2. Une collecte en deux temps.....	171
2.3. Une analyse par le cadre de l'organisation « liquide ».....	173
3. Résultats.....	175
3.1. Une organisation plus liquide que solide.....	175
3.2. Affronter une organisation liquide : une identification des ressources.....	181
4. Discussion.....	187
4.1. Sur le plan méthodologique et interprétatif.....	187
4.2 Sur le plan théorique.....	188
Synthèse de la partie V.....	190

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité

Cet article a été coécrit avec Emmanuel Abord de Chatillon, professeur à l'IAE de Grenoble, Université Grenoble Alpes. Il fera l'objet d'une communication à l'AGRH 2018 à l'IAE de Lyon.

Résumé

L'hôpital va mal. Cependant, il existe des services qui fonctionnent et des personnes qui sont soignées. Manifestement, au-delà des contraintes importantes qui les affectent, les personnels soignants parviennent à trouver des solutions qui permettent de « *sortir la production* » (de Terssac, 1992). Il paraît donc important de comprendre comment les personnels soignants, malgré les contraintes qu'ils subissent, réussissent à mobiliser les ressources suffisantes pour construire un travail de qualité.

Pour comprendre comment les acteurs mobilisent ces ressources, nous avons choisi l'observation afin d'accéder à ce qui se joue derrière les discours (Arborio et Fournier, 2015, p.17). Quatre-vingt-dix heures d'observation auprès des personnels (aides-soignants, infirmières, cadre de santé) d'un service de neurologie ont été réalisées ainsi que dix entretiens semi-directifs.

L'enjeu pour nous est de mettre en lumière comment les individus dans un univers *liquide* prennent en main leur santé au travail en transformant des éléments de leur quotidien en ressources. Nous mobilisons la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989, 1998) comme cadre théorique. Les résultats confirment la capacité proactive des individus à prendre en main leur santé et à se construire des ressources dans des environnements contraints.

Abstract:

Research and medias indicate the work conditions of employees in hospital are not optimal. However, there are units which functions correctly and people who are cared. Obviously, beyond important pressures affecting them, healthcare professionals find solutions “to deliver the production” (de Terssac, 1992). Consequently, it seems important to understand how

healthcare professionals, despite the constraints, succeed in mobilizing adequate resources to make a high quality job.

To understand how they mobilize those resources, we have chosen observation to access to what is behind speeches (Arborio and Fournier, 2015, p. 17). Ninety hours of observations and ten semi-structured interviews have been carried out with team (caregivers, nurses, manager) of neurology department.

The purpose is to highlight how individuals take charge of their occupational health in a liquid environment by transforming elements into resources. We mobilize the conservation of resources theory (Hobfoll, 1989, 1998) as theoretical framework. Findings confirm proactive capacity of individuals to take charge their occupational health and build resources in restricted environments.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

L'hôpital va mal. Cependant, il existe des services qui fonctionnent et des personnes qui sont soignées. Manifestement, au-delà des contraintes importantes qui les affectent, les personnels parviennent à trouver des solutions qui permettent de « *sortir la production* » (de Terssac, 1992). Il paraît donc important de comprendre comment les personnels soignants, malgré les contraintes qu'ils subissent, réussissent à mobiliser les ressources suffisantes pour construire un travail de qualité.

Pour comprendre comment les acteurs mobilisent ces ressources, nous avons fait le choix de l'observation afin d'accéder à ce qui se joue derrière les discours (Arborio et Fournier, 2015) et suivi jour après jour aussi bien le travail des aides-soignantes que des infirmières ou de la cadre de santé. Il s'agissait pour nous de tenter d'accéder non pas à l'analyse des acteurs de leurs pratiques et des liens construits socialement avec leur santé mais d'analyser ce qui ne se donne pas d'emblée à voir, ces ressorts invisibles qui font qu'ils viennent, que le travail est fait, *bien* fait et qu'ils y trouvent un sens. L'enjeu pour nous est alors de savoir comment les individus dans un univers *liquide* prennent en main leur santé au travail en transformant des éléments de leur quotidien en ressources.

La notion de ressources est mobilisée dans différentes disciplines de gestion. Elle sert parfois un modèle théorique de manière explicite comme c'est le cas de l'approche *Resource Based View*. Développée au début des années 80 par Wernerfelt (1984) puis reprise et approfondie par Barney (1991), l'approche par les ressources consiste à aborder la stratégie d'entreprise à partir des ressources dont elle dispose en interne plutôt qu'au regard de son environnement externe (secteur d'activité et place au sein du dit secteur). Une définition semble aujourd'hui faire consensus, les ressources faisant « *référence à des actifs tangibles et intangibles que l'entreprise doit combiner pour construire un avantage concurrentiel* » (Brulhart et Gherra, 2015). Elles recouvrent les ressources financières, humaines, physiques, organisationnelles, technologiques et réputationnelles. On constate ici que les ressources sont envisagées comme des attributs sur lesquels l'entreprise a la capacité d'agir.

Dans une perspective de santé au travail, deux approches par les ressources sont majoritairement mobilisées : le modèle exigences-ressources développé par Demerouti et al. (2001) et la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989). Nous verrons que les définitions des ressources de ces deux modèles se rejoignent et leur modélisation les distingue. Mais ce qui importe n'est pas la nature, le type ou une ressource plutôt qu'une autre, mais la capacité des individus à s'emparer d'éléments au fil de l'eau pour qu'ils fassent ressources. La difficulté principale est alors leur pérennité.

Le projet de cette contribution est donc d'explorer les ressources que parviennent à mobiliser les acteurs dans un contexte pourtant dégradée qui est celui de l'hôpital. Après un examen de la littérature en usage, nous expliquerons comment le dispositif méthodologique a permis de faire émerger le cadre analytique de la « société liquide » (Bauman, 2013). Puis nos résultats montreront comment les caractéristiques d'une organisation liquide peuvent être décrites avant de proposer une compréhension de la mobilisation des ressources dans un tel contexte.

1. Littérature : quelles ressources pour affronter la pénibilité ?

En matière de santé au travail, deux modèles principaux mobilisent d'une manière centrale la notion de ressources : le modèle exigences-ressources et la théorie de la conservation des ressources.

1.1 Le modèle Exigences-Ressources

L'activité de travail selon le modèle exigences-ressources (*job demands-resources*) comporte des facteurs de risques classés en deux catégories : les exigences (*job-demands*) et les ressources. Les exigences se réfèrent aux aspects physiques, sociaux ou organisationnels du travail qui nécessitent un effort physique ou mental significatif pouvant avoir un certain coût physiologique et psychologique (Demerouti et al, 2001). Il peut s'agir de caractéristiques propres au métier exercé (échanges avec un public en difficulté, contact avec la souffrance et la mort...) ou de conditions de travail difficiles (charge de travail, physique ou émotionnelle élevée, horaires décalées, environnement de travail difficile...). Les exigences ne sont pas négatives en elles-mêmes mais peuvent le devenir. Dans la même lignée que le modèle de Karasek et Theorell (1990), ce modèle part du postulat que des exigences élevées peuvent

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

entraîner de la tension au travail et en conséquence des atteintes à la santé, notamment lorsque l'individu ne possède plus suffisamment de ressources pour compenser ces demandes.

Les ressources se réfèrent aux aspects physiques, psychologiques, sociaux, ou organisationnels du travail. Elles sont internes (personnalité, expérience, schémas cognitifs...) ou externes (soutien des collègues ou supérieurs hiérarchiques, sécurité de l'emploi, autonomie, reconnaissance, soutien au développement des compétences...). Elles permettent de « (a) soutenir les objectifs professionnels ; (b) réduire les exigences du travail et les coûts physiologique et psychologique qui peuvent leur être associés ; (c) stimuler le développement personnel et l'apprentissage » (Demerouti et al., 2001, p. 501).

Selon ce modèle, l'accumulation d'exigences trop élevées conduirait l'individu à ressentir de la fatigue qui pourrait l'amener jusqu'à l'épuisement tandis que l'abondance de ressources (de qualité et quantité suffisantes pour répondre aux exigences du travail) jouerait un rôle de levier motivationnel soutenant l'implication et l'engagement des individus dans l'organisation. Aussi les ressources jouent-elles un rôle de soutien de la santé au travail. Le manque de ressources en revanche n'est pas directement associé à des atteintes à la santé mais pourrait en revanche générer un forme de retrait pouvant aller jusqu'au désengagement s'il est accompagné par des exigences élevées. Ce dernier dans le cas où il serait couplé à l'épuisement conduirait selon le modèle Exigences-ressources l'individu au burnout.

Plutôt qu'un processus dual (Edey-Gamassou, 2006) au sein duquel la santé, la motivation et les ressources ne se rencontrent pas directement, la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll aborde la santé au travail à travers la relation des individus aux ressources qu'ils possèdent.

1.2 La théorie de la conservation des ressources

Le stress est défini comme une réaction à « *la menace d'une perte de ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources* » (1989, p. 516). C'est le sentiment de perte ou de menace de perte de ces ressources qui donne naissance au stress. Les individus se trouvent donc en difficulté lorsqu'ils perdent des

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

ressources, qu'ils se sentent menacés d'en perdre ou qu'ils échouent à en gagner suffisamment suite à un investissement significatif (Hobfoll, 1989, 1998).

Les ressources sont définies par Hobfoll comme « *ces objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies qui sont valorisés par les individus et servent à obtenir d'autres objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies* » (Hobfoll, 1989, p. 516). En 2001, Hobfoll propose une typologie reprise par Neveu (2012). Se distinguent les ressources tangibles (moyens matériels, voiture de fonction...), personnelles (compétences, autonomie, pouvoir d'agir, estime de soi...), interpersonnelles (soutien social, confiance mutuelle, valeurs partagées...) et énergétiques (salaire, temps, développement des compétences...). Chaque individu possède un « réservoir » de ressources qu'il tenterait au mieux de préserver. Hobfoll (1989, 1998) met en avant le fait que les individus tendent spontanément vers des situations à même de leur procurer du plaisir ou du succès mais que leur capacité à « investir » leurs ressources dépend de ce fameux « réservoir », de la quantité et de la qualité des ressources qui le composent.

En 2014, Halbesleben et al. dans la perspective de la théorie COR, se proposent de définir les ressources comme « *toute chose perçue par un individu qui l'aiderait à atteindre son but* » (p. 1338). Ils avancent également que la quantité importe moins que la qualité ou la capacité des individus à investir leurs ressources en optimisant l'adéquation avec l'environnement. « *La valeur des ressources peut [alors] varier significativement dépendamment du contexte* » (Halbesleben et al., 2014, p. 1339) dans lequel se trouve l'individu.

Le caractère processuel du stress est expliqué par Hobfoll à travers le concept de spirale de gains ou de pertes. Celui-ci repose sur le fait qu'une première perte de ressources sera suivie par d'autres pertes suivant une spirale exponentielle tout comme un premier gain sera suivi par d'autres suivant le même processus. Notons ici que les spirales de pertes ont un impact bien plus significatif sur les individus que les spirales de gains. En effet, les individus naturellement plus affectés par les informations négatives, les échecs et les menaces qui les affectent que par les informations positives, les succès ou les gains de ressources donnent plus d'importance aux spirales de pertes qu'à celles de gains. Cet effet est renforcé par la vulnérabilité dont vont pâtir les individus ayant peu de ressources ou des ressources peu qualitatives. Hobfoll (1989, 1998) explique en conséquence que ces individus déjà en difficulté tendront à adopter une posture défensive voire de déni pour tenter de se préserver ainsi que leurs ressources. Il explique pour autant que ce choix, même si il semble être le plus stratégique, n'est pas forcément le plus efficace puisqu'un individu risque alors de confirmer

le caractère négatif du cycle de pertes déjà amorcé. Cette théorie permet d'aborder le stress comme un processus dans lequel l'individu peut être en capacité d'agir pour préserver sa santé.

Les définitions des ressources de ces deux modèles se rejoignent. Se référant à des caractéristiques individuelles, interindividuelles ou environnementales, les ressources sont internes (propres à l'individu) ou externes (organisationnelles et sociales) (Haberey-Knuessi, 2011). La différenciation se joue sur leur modélisation. Dans la théorie COR, c'est la relation aux ressources qui influe positivement ou négativement sur la santé au travail des individus tandis que ce sera l'adéquation ou inadéquation entre les exigences et les ressources pour le modèle Exigences-Ressources. Nous nous attacherons ici plus particulièrement à la capacité des individus à agir sur leur santé, aussi, bien que les définitions des ressources de ces deux modèles se complètent, la théorie COR semble se révéler un cadre d'analyse plus approprié pour soutenir notre propos.

2. Méthode : un ensemble d'observations non participantes

Le dispositif méthodologique de cette recherche s'inscrit dans une logique constructiviste. A partir de la question de recherche qui était d'identifier les ressources qui permettent au personnel soignant d'affronter les conditions de travail dégradées de l'hôpital, un premier temps d'observation (2.2.) dans un service « qui va bien » (2.1.) a été réalisé pour tenter de repérer ces ressources. Cependant, ce qui a émergé avant tout, c'est les difficultés considérables rencontrées par ces personnels face à l'insaisissabilité de tout ce qui pourrait leur permettre de conduire leur activité dans les meilleures conditions. Alors a émergé la nécessité de mobiliser un cadre théorique incorporant la liquéfaction de cette organisation (2.3.). C'est à travers cette perspective que les premières hypothèses ont été confrontées une nouvelle fois au terrain par le biais de l'observation.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

Etape	Objectif	Moyens
Examen de la littérature	Comprendre la notion de ressource et ses dynamiques	Revue de littérature puis construction d'une première grille d'observation
Repérage des ressources	Identifier les ressources mobilisées par les acteurs	Observation non participante (60 h)
Structuration des données collectées	Donner du sens à ce qui a été perçu	Réalisation de synthèses Analyse de ces synthèses
Retour sur la littérature	Comprendre le phénomène particulier observé	Revue de littérature puis construction d'une seconde grille d'observation
Repérage des ressources et de leurs conditions de mobilisation	Identifier les ressources mobilisées par les acteurs et les éléments de contexte associés	Observation non participante (30 h)
Mise en perspectives des situations de travail	Comprendre le pourquoi de certaines situations de travail et de mobilisation des ressources	Entretiens semi-directifs (10)
Structuration des données collectées	Donner du sens à ce qui a été perçu	Réalisation de synthèses Analyse de ces synthèses

Tableau 6: Processus de recherche

2.1. Un service qui « va bien »

Le propos initial de la recherche se trouvait dans le repérage et l'identification des ressources que des individus et des équipes étaient en capacité de mobiliser face aux conditions de travail réputées difficiles de l'univers hospitalier.

Le choix a donc été fait de solliciter un grand hôpital régional pour conduire une observation non participante dans un service qui ne pose pas de problèmes et qui est plutôt réputé pour fonctionner d'une manière harmonieuse.

Le service concerné est un service de neurologie qui compte 22 agents (sept Aides-soignants, dix infirmières, la cadre de santé, quatre médecins dont deux assistantes et deux neurologues). Il a une capacité d'accueil de 20 patients. La journée, il y a deux temps de travail distincts (matin et soir) dont les horaires se chevauchent pour les transmissions (pendant 15 min pour

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

les infirmières et 45 minutes ou une heure pour les aides-soignants selon le secteur). Il y a deux binômes (AS/IDE) les matins et soirs répartis sur les deux secteurs, deux médecins par secteur (les deux assistantes d'un côté et les deux neurologues de l'autre) et une IDE seule la nuit qui est accompagnée par une AS à mi-temps sur deux services la nuit. Les deux neurologues se « partagent » la fonction de chef de service, l'un en a la titre et l'autre la charge effective. L'équipe infirmière a entièrement changé en deux ans. Elles sont toutes très jeunes avec assez peu d'expérience professionnelle précédent leur arrivée au sein du service. La plus ancienne est en neurologie depuis 2 ans ½. Le service a connu une période sans cadre de quelques mois qui a été difficile. La cadre de santé qui est présente aujourd'hui est faisant-fonction. Elle est dans le service depuis dix mois et va repartir d'ici quatre mois.

Le rythme de travail est intense et soutenu, de jour comme de nuit. La spécialité de neurologie nécessite une bonne articulation et coordination entre les équipes médicale et paramédicale. En effet au-delà du diagnostic posé par le médecin, le suivi et la prise en charge des pathologies liées au système nerveux exige une « *vision globale* » du patient. Vision que peuvent apporter les infirmières et aides-soignants qui passent plus de temps avec les patients et sont présents dans l'accompagnement des gestes quotidiens (toilettes, repas, capacité à s'exprimer...) qui représentent autant d'informations nécessaires au suivi des pathologies.

2.2. Une collecte en deux temps

La collecte des données s'est déroulée en deux phases. Après soixante heures d'observations, une première analyse a été réalisée. Elle a conduit à envisager un nouveau cadre d'analyse qui a ensuite été soumis à une seconde phase d'observation de trente heures accompagnée de dix entretiens semi-directifs qui avaient pour but de soutenir notre compréhension des phénomènes observés et des éléments de contexte associés.

Observer c'est avant tout voir et écouter (Journé, 2012 ; Arborio et Fournier, 2015 ; Arborio, 2007) mais pas seulement, c'est aussi « *une activité située* » (Journé, 2012, p. 169). Le choix de l'observation laisse à penser qu'au-delà des discours, certaines pratiques fortement contextualisées sont accessibles uniquement *in situ*. L'enjeu pour nous était donc de porter notre « *analyse [sur] le contenu du réel du travail en marge des règles qui l'encadrent* »

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

(Arborio et Fournier, 2015, p. 19) afin de mettre au jour les processus qui sous-tendent le maintien de leur santé au travail par les personnels dans un environnement de travail contraint.

Nous avons qualifié les observations de non participantes parce que nous n'avons pas endossé de rôle professionnel autre que celui de chercheur. En revanche il nous est arrivé de participer à la vie du service par la réalisation de « petites » tâches de soutien aux personnels dans leur activité quotidienne. Ces quelques moments de participation au-delà de servir à nous « *faire accepter comme observateur* » évitait également qu'un refus ou une absence de réaction de notre part, sous couvert de neutralité soit perçue comme un manque de considération, « *une marque de distance voire de mépris* » (Arborio, 2007, p. 30).

La première phase d'observation non participante a été construite autour d'une grille d'observation prenant en compte les dimensions retenues dans la littérature. Nous avons ainsi porté notre attention sur les ressources mobilisées par les acteurs, les conditions d'exercice du travail, ses prescriptions et les interactions sociales (patients, collègues, supérieur hiérarchique, médecin). Nous avons tenu ce qu'Arborio et Fournier (2015) appellent « *un journal de terrain* » et pris en note le plus d'informations possibles (actions, échanges verbaux, détails de l'environnement, posture de l'observé) afin d'essayer de décrire de façon la plus exhaustive possibles les situations observées. Ces notes de terrain constituent pour la suite « *le cœur du corpus de données sur lequel le chercheur analysera son objet de recherche* » (Journé, 2012, p. 198).

Etant désigné comme chercheur dès notre arrivée au sein du service nous n'avons pas eu de difficultés à réaliser cette étape. Nous étions présent « *à découvert* » pour les personnels bien qu'« *incognito* » pour les patients (Arborio, 2001) et les personnels extérieurs au service. La blouse blanche nous conférait pour les non-informés le statut de personnel soignant ce qui justifiait notre présence dans toutes les situations professionnelles. Pour autant, il est vrai que la prise de note s'est révélée plus difficile dans certaines circonstances, notamment quand une personne du service venait parfois se confier à nous à propos d'un fait, d'une anecdote ou d'un ressenti. Moments furtifs, souvent partagés entre deux tâches à réaliser, au détour d'un passage dans une chambre ou d'un couloir, la prise de note exhaustive se révélait inappropriée à maintenir le ton de la confiance. Nous avons dans ces moments-là noté juste quelques mots à la volée pour stimuler notre mémoire a posteriori et être à même de reconstituer le plus fidèlement possible le contenu du discours.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

Toutes ces notes ont été retranscrites et l'élaboration des premières synthèses a conduit à repenser le dispositif de collecte des données au regard de la théorie de l'organisation liquide (Baumann, 2013).

« L'analyse se précise, se systématise après coup. Mais pour être exploitables à ce moment-là, les données d'observation doivent avoir été mises en forme avec précision. La forme la plus évidente est la description détaillée de ce que l'observateur a vu ou entendu. » (Arborio et Fournier, 2015, p. 52)

La notion de liquidité a en effet émergé dès les premières synthèses, du constat des manques (de matériels ou de personnels injoignables) et du caractère « hachée » de la journée (interruptions régulières dans l'exécution des tâches) des observés. Cette phase d'analyse des ressources mobilisées nous a de plus permis de faire émerger la capacité des individus à s'emparer de leur environnement et transformer en ressources certains éléments qui le composent. Nous avons alors élaboré une seconde grille d'analyse centrée sur ces différents éléments, à savoir les relations avec la cadre, les collègues et l'activité (du moins certains de ses aspects). Dans le but de restituer le plus fidèlement possible ce qui nous a été donné à voir par l'analyse de ces situations, nous avons choisi d'intégrer des récits dans notre partie résultats.

2.3. Une analyse par le cadre de l'organisation

« liquide »

Dans « Liquid Modernity » Zygmund Baumann décrit comment peu à peu notre société se liquéfie. Les structures disparaissent, des réseaux se substituent aux organisations. Au nom d'une injonction au progrès, il s'agit d'aller de l'avant en remettant en cause ce qui fait l'histoire de nos organisations. La confiance n'est plus un fait, mais un objet à contractualiser. L'individualisme devient la règle. Le progrès n'est plus une étape entre deux états, mais une condition du fonctionnement de notre société qui se caractérise plus par ses évolutions que par ses points fixes. Dans ce contexte, le travail ne se définit pas comme « *un effort collectif dont chacun doit prendre sa part* » (p. 137). Il n'y a plus de visibilité du sens de l'activité, mais plutôt une suite d'enchaînements que personne ne maîtrise vraiment. L'idée même de

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

continuité disparaît au profit de la mobilité. Le travail devient une sorte de jeu où le joueur ne peut avoir que des objectifs à court terme. Le résultat en est que le travail devient bricolage et un bricolage plus soumis au hasard qu'à la réflexion et à la planification. L'individu compte plus par les liens faibles qu'il entretient que par les liens forts qu'il vit au quotidien (Granovetter, 1973). Dans une société liquide, les individus surfent sur les activités, les relations, les outils de communication sans réellement pouvoir s'y investir. Dans cette société « molle », le leadership est remplacé par le spectacle et la surveillance par la séduction. Le court-termisme, la flexibilité, la précarité et l'incertitude sont les règles. Dans le même temps, l'immatériel prend plus de valeur que le matériel, les idées plus que les objets. Et les idées ne sont produites qu'une fois... elles vont et elles viennent. A la suite de Giddens (1991), Baumann souligne que les choix et les actions individuels remplacent les réponses collectives aux problèmes de société.

Les concepts et les idées de Zygmund Bauman sur l'avènement d'une société liquide et d'organisations liquides ont permis d'éclairer bon nombre de réflexions. A titre d'exemple, Kees de Groot (2006) a utilisé ce cadre d'analyse pour penser les évolutions de l'église et des croyances alors que Steele et al. (2017) ont tentés de penser les mécanismes touristiques à travers ce cadre.

Ces éléments ont permis de mettre en évidence, à la suite des travaux de Bauman, les caractéristiques des organisations liquides. Clegg et Baumeler (2010) et Kociatekiewicz and Kostera (2014) ont ainsi décrit les différentes dimensions de cette liquidité organisationnelle. L'organisation liquide peut être caractérisée par :

- une hybridité des configurations organisationnelles ;
- des identités au travail ambiguës ;
- des missions et des objectifs fluides ;
- un déficit de structuration, les réseaux ont tendance à remplacer les structures ;
- la prévalence d'une logique de court terme ;
- la mise en avant de l'individu au détriment du collectif ;
- le provisoire plus que par le définitif ;
- un état perpétuellement transitoire entre des extrêmes : public / privé, individu / collectif, producteur consommateur, centre / périphérie.

De plus, une des caractéristiques essentielles de l'organisation liquide réside dans le fait qu'elle évolue constamment de la liquidité à la solidité et que ces deux états peuvent cohabiter.

Il s'agit donc ici, en utilisant ce cadre d'analyse, de mieux comprendre les implications potentielles de la liquidité organisationnelle en œuvre à l'hôpital sur les comportements de protection des agents hospitaliers face à la difficulté de leurs conditions de travail. Il s'agit de montrer dans un premier temps comment se manifeste concrètement la liquidité de l'organisation hospitalière avant d'explorer comment les agents réussissent à travailler en univers liquide.

3. Résultats

A partir d'une caractérisation progressive de la liquidité de l'organisation hospitalière (3.1.), les résultats de nos observations permettent de décrire comment les acteurs construisent et reconstruisent sans cesse les ressources dont ils ont besoin pour travailler correctement (3.2.).

3.1. Une organisation plus liquide que solide

Pour mettre en évidence la liquidité de l'organisation hospitalière, nous avons choisi de partir de situations concrètes issues de l'observation de l'activité des personnels soignants. Ces éléments vont nous conduire à mieux caractériser cette organisation pour en inférer une qualification des conditions d'exercice de l'activité dans ce contexte.

Aujourd'hui Aline (IDE) travaille en binôme avec Jeanne (AS). En arrivant ce matin, elles se sont réparties les toilettes des patients et chacune a commencé son tour.

Une sonnette retentit, Aline va voir la patiente qui a besoin d'aller aux toilettes. Elle prend son téléphone pour demander de l'aide à Jeanne, elle ne peut pas installer la patiente

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

seule sur la chaise-pot, mais Jeanne ne répond pas... Aline sort de la chambre et aperçoit Marine l'infirmière de l'autre secteur. Elle lui demande son aide.

Elle repart ensuite consulter le tableau des toilettes pour savoir où elle en est et continuer son tour. Elle arrive dans la chambre d'une autre patiente, déplace une chaise pour pouvoir circuler et mettre la patiente dans un fauteuil pour la doucher. Elle va au chariot pour prendre le matériel dont elle a besoin (serviettes, gants, chemise). Il n'y a pas assez de serviettes. Elle remonte le couloir pour aller en chercher sur l'autre chariot, mais il en manque également. Elle décide de n'en prendre qu'une, normalement elle aurait besoin d'en avoir trois...

Elle commence la toilette. Il manque de la place pour poser l'atèle de la patiente... Elle la pose en équilibre sur le bord du lavabo puis attrape la pomme de douche pour régler la température de l'eau et s'aperçoit qu'elle a oublié d'enlever le bassin sur le fauteuil. Elle le retire et le pose sur les toilettes, elle ira le vider ensuite. Elle sort de la salle de bain pour aller chercher le gel douche de la patiente et revient avec. Elle s'accroupit pour faire les jambes, se relève pour faire le dos, son corps est en tension, penché en avant pour passer sur le bras douloureux de la patiente sans lui faire mal. Elle s'accroupit à nouveau puis l'aide à se rincer. Elle lui explique qu'il manque de serviettes. La patiente lui dit qu' : « [elle] en [a] une dans [s]on placard ». Aline ressort de la salle de bains pour aller chercher la serviette personnelle dans le placard puis revient avec. La toilette se termine. La patiente est réinstallée au fauteuil.

Aline piétine beaucoup, essaye de soulager ses pieds, bouge son dos, s'étire. Elle s'appuie sur l'ergotron, cherche sa position, tripote son téléphone. Elles échangent avec le médecin sur les prescriptions. Quelques échanges informels émergent au milieu du professionnel, des rires aussi. Un patient arrive dans le couloir, il a besoin d'aide pour enlever sa blouse pour qu'il puisse aller se doucher...

Elle reprend sa tournée, reçoit un appel des secrétaires pour préparer la sortie d'un patient. Elle prépare en même temps le Modopar (médicament) qu'« il faut donner à heure fixe sinon les patients ne sont pas bien ». Les infirmières gardent le flacon dans leur poche de blouse pour y penser et l'avoir à portée de main quand c'est l'heure.

Aline repart au chariot pour prendre le nécessaire à toilette avant d'aller dans une autre chambre. Elle déplace encore une chaise pour pouvoir circuler, va chercher le fauteuil, déplace une autre chaise, « c'est toujours trop petit ces chambres »... Elle ramène le

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

fauteuil dans la salle de bain et demande à la patiente « les filles elles font toutes seules ? » pour faire passer la patiente du fauteuil de douche au fauteuil de la chambre. La patiente répond par la négative, « alors on va pas prendre de risques ». Elle va dans le couloir et demande à Marine « je peux te redemander un service s'il te plaît ». Jeanne n'est toujours pas joignable. Marine l'aide à soulever la patiente.

Aline parle aux patients de ce qu'elle fait, de ses gestes, de ses difficultés. Elle est essoufflée. Elle fait faire demi-tour au fauteuil pour installer la patiente, cherche son peigne pour le lui donner. Elle penche le fauteuil en arrière et la réinstalle avec un oreiller sous le bras et un autre derrière la tête. Elle déplace à nouveau la chaise qui la gênait tout à l'heure pour circuler et s'occupe du lit. Elle va ensuite faire un nettoyage de la salle de bains et du fauteuil de douche.

Le même patient que tout à l'heure l'interpelle dans le couloir, il a pris sa douche mais a besoin d'aide pour fermer sa blouse maintenant...

Elle vérifie le tableau des toilettes sur la porte du bureau « Ouh là là, il doit déjà être 10h30, on n'aura pas le temps de faire toutes les toilettes », passe à nouveau au chariot et va dans une autre chambre. Arrivée dans la salle de bains, elle se rend compte qu'elle a oublié le bassin de la patiente précédente et l'emmène au lave-bassin pendant que la patiente va jusqu'à la salle de bains avec son déambulateur. La fatigue commence à se faire sentir. Elle respire fort, semble essoufflée. Elle échange avec la patiente pendant la toilette sur son lieu de vie, ses enfants. Arrive le moment du séchage, Aline annonce qu'il manque des serviettes aujourd'hui, la patiente en a une. Aline sort la chercher dans les affaires personnelles et revient avec. Pendant que la patiente se sèche, Aline fait les parties difficiles à atteindre et continue d'échanger. Elle sourit. Elle lui donne sa chemise, « je vous laisse la mettre, il ne faut pas que je fasse à votre place ». Sur ce temps-là, elle souffle un peu. Il fait chaud. La patiente se tient à la barre pour finir le séchage et mettre la protection avec l'aide de l'infirmière. Elle retourne au fauteuil, Aline lui remet sa montre au poignet, s'assoit sur le déambulateur pour lui enfiler ses bas de contention. Elle lui donne ses médicaments, demande à l'autre patiente si elle a bien pris les siens puis se dirige vers le bureau.

Jeanne passe à ce moment-là, elles font le point sur ce qu'il reste à faire. Aline doit faire un électrocardiogramme. Elle va chercher le matériel dans le service d'à côté avant d'aller dans la chambre du patient. Il en profite pour lui demander de l'aide pour remonter sa chaussette gauche qu'il n'arrive pas à atteindre. La sonnette retentit, Aline me

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

demande d'appuyer sur le bouton vert pour que la sonnerie s'arrête. Elle échange un peu avec le patient le temps de poser les électrodes. Elle lui demande de fermer les yeux le temps de l'examen puis dépose la feuille avec les résultats sur le chariot du médecin. Elle passe à nouveau au bureau pour prendre l'étiquette qui correspond au patient et revient la coller sur la feuille. Elle est interpellée par le médecin à propos d'un autre patient qui a besoin d'un I.R.M. Aline s'assoit (une chaise était là dans le couloir) le temps d'échanger avec elle.

Elle doit « aller aux stupéfiants », le service est 2 étages en dessous. Le bureau est tout petit, il n'y a personne, juste un téléphone avec un petit panneau et les numéros à composer selon le besoin. Aline appelle. Le temps que la personne arrive, elle consulte les documents qu'elle doit laisser et constate que le médecin n'a pas signé, « mince elle ne va pas vouloir. » La personne arrive très rapidement, et prend le document.

De retour dans le service, elle passe un coup de téléphone pour avoir les résultats d'examens d'un patient pour qu'il puisse sortir aujourd'hui comme prévu. Elle rappelle le médecin, la secrétaire a dit qu'elle s'en occuperait.

Commence la tournée des médicaments avec l'ordinateur. Elle prépare les différentes perfusions dans le bureau, se trompe, peste contre elle-même. Elle reçoit un appel des stupéfiants, le document est renvoyé par pneumatique pour signature.

Cette description donne à voir l'activité d'une infirmière pendant une partie de sa matinée de travail. Le constat principal qui peut être émis repose sur l'importante fragmentation de l'activité. Il s'agit pour elle, non seulement de passer d'une chambre et d'un patient à un autre, mais de jongler entre les tâches prévues et un ensemble de difficultés qui apparaissent au fur et à mesure : manque de matériel (ici les serviettes), difficulté à trouver de l'aide, sollicitations des uns ou des autres, acrobaties pour mener à bien les tâches de base dans un univers pas vraiment adapté (taille des salles de bains, adaptation du mobilier...), transitions entre soins et consultations de l'ordinateur, gestion des procédures, réponses aux alertes et demandes etc.

Ce qui apparaît ici est avant tout que cette importante dispersion rend le travail fastidieux. Il semble que l'infirmière observée ici ne fait que passer d'une tâche à l'autre sans qu'une continuité ne puisse être établie. Les contraintes de court terme prennent le pas sur l'activité de long terme. Les objectifs évolutifs condamnent à zapper d'une chose à l'autre.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

L'équipe de travail paraît elle aussi en permanente reconfiguration. La collègue avec laquelle on pense pouvoir collaborer n'est pas disponible et ce sont d'autres, de passage dans le couloir qui vont venir soutenir l'infirmière pour les tâches qui ne peuvent être réalisées seules.

Ces éléments permettent de qualifier l'organisation de ce service de liquide. On y retrouve les éléments essentiels de cette liquidité : une organisation évanescence, plus de provisoire que de tangible, des logiques individuelles qui prévalent et une activité gouvernée par le court-terme. Cependant, ce qu'il convient de noter, c'est que ce service est considéré comme fonctionnant bien. On se doute alors que lorsqu'une situation de ce type est dégradée, ce qui paraît comme un ensemble de contraintes difficilement compatibles devient impossible à traiter.

La liquidité qui émerge de cette situation ressort en permanence. Un court extrait de l'observation du suivi de Lea montre les multiples contraintes qui polluent le cours de son activité régulière.

Elle retourne au bureau, se lave les mains. Elle regarde le tableau des toilettes affiché sur la porte du bureau. Elle croise Paula (AS) dans le couloir qui lui dit qu'il faut penser à dire aux médecins de faire la prescription d'eau pétillante pour la commande parce qu'il n'en reste pas beaucoup, « mais je ne peux pas le faire ? », « non, il faut que ce soit une prescription médicale », « c'est honteux, en tant qu'IDE on ne peut pas prescrire de l'eau pét'. On embête les médecins pour ça. »

Léa cherche des bouchons pour la distribution des médicaments mais n'en trouve pas, elle traverse le couloir pour aller en chercher dans le service d'à côté. En passant elle aperçoit un patient qui a l'air en difficulté, elle passe la tête dans la chambre pour demander si ça va puis va chercher les bouchons dont elle a besoin. Elle échange avec Clémentine (IDE de l'autre secteur) à qui il manque des médicaments mais Léa ne les a pas.

L'adaptation permanente aux contraintes de l'activité conduit les personnels soignants à perdre parfois le fil de ce qu'ils sont en train de réaliser. Les exigences de la situation conduisent les acteurs à privilégier les situations ponctuelles au détriment des tâches de fond à accomplir. La sollicitation individuelle prend le pas sur l'organisation. L'application de règles ou de normes bureaucratiques kafkaïennes contribuent dans le même temps à éloigner les personnels du sens de ce qu'ils ont véritablement à effectuer.

L'efficacité du système global semble reposer sur la capacité des acteurs à surmonter aussi bien le déficit organisationnel que la raréfaction des dispositifs de structuration et de confortation de l'activité.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

Léa croise Florent dans le couloir qui lui demande un coup de main pour relever un patient. « Dac, je prépare ses médicaments comme ça je lui donne en même temps ». Elle échange avec le médecin en passant pour savoir si c'est le moment de faire le point. Léa dit oui mais il faut d'abord qu'elle s'occupe du patient avec Florent. C'est un patient en isolement, il faut une tenue de protection (gants, masque et tablier). Il y a un portique devant la porte de la chambre avec le nécessaire. Ils enfilent tous les deux la tenue en même temps qu'ils entrent. Ils remontent le patient dans son lit en tirant sur les draps. Florent dépose le plateau du petit déjeuner. Le patient dit que « le verre est trop petit », il n'arrive pas bien à boire avec. Florent va en chercher un autre à bord plus large. Le patient demande aussi qu'ils coupent les bordures de sa tartine de pain de mie parce que « ça ne passe pas bien ». Florent demande à Léa de le faire parce qu'il a déjà enlevé ses gants. Elle installe la perfusion, change de gants pour la prise de sang, s'occupe de la tartine. Le patient l'interpelle à nouveau : « vous pouvez me décaler un peu vers la gauche ? », « toute seule, je vais avoir du mal, je suis désolée », Florent est déjà reparti. « C'est pas grave. Et vous pouvez me plier la tartine en deux ? ». Léa s'exécute et sort de la chambre.

Le service fonctionne tant bien que mal par les ajustements successifs que chacun réalise. Dans ces situations où l'organisation disparaît, l'efficacité du service repose sur les compromis successifs qu'opèrent aides-soignantes et infirmières. Ce ne sont plus les règles qui constituent le cadre de l'activité. C'est l'éthique personnelle qui va gouverner les choix de chacun. L'organisation a disparu au profit des arbitrages individuels.

Ces différents éléments illustrent la situation d'une organisation hospitalière qui disparaît derrière les contraintes qu'elle subit. Tout devient liquide... Et les agents doivent trouver les moyens de surnager.

3.2. Affronter une organisation liquide : une identification des ressources

Dans ce contexte de liquidité organisationnelle, les personnels naviguent dans cet univers à la recherche de points fixes qui structurent l'activité. Leurs ressources sont ces « points fixes ». Le déroulé de leur quotidien, montre qu'ils sont tous plus ou moins pris par des tâches logistiques ou ponctuelles plutôt que par une activité structurée. Ils ont une somme de tâches à accomplir (toilettes, repas, soins infirmiers, visites avec les médecins) auxquelles s'ajoutent les « *contretemps* », les « *imprévus* » et les manques qui sont nombreux et déstabilisants. Alors, dès que quelque chose « tient », ils s'y accrochent. « *T'as appris à te débrouiller, ça t'énerve mais tu te débrouilles.* » (Hélène, AS). « *On apprend à s'en sortir plus ou moins judicieusement. Sur le plan institutionnel il y a absolument rien... donc après c'est le réseau* » (Marianne, neurologue). Au moment de notre observation, la cadre, les collègues et certains éléments de l'activité représentent les points fixes du moment, leurs principales ressources. Voyons comment cela se traduit à partir d'une autre situation concrète issue de l'observation.

*Marion (IDE) consulte le tableau et va faire une toilette avec Hélène (AS). Elles échangent avec le patient sur ce qu'elles font, le préviennent quand « ça va être désagréable » ou « un peu froid ». Elles discutent aussi entre elles des difficultés de ces derniers jours (une patiente a « *crisé* » le matin même et il y a eu une chute pendant le week-end). Hélène : « pour un troisième matin, c'était la fête ! », « Moi c'était que mon premier », « ah ton premier, bin, je te souhaite pas ça ».*

La toilette se termine, Marion croise Jeanne (AS) dans le couloir qui lui demande si tout va bien. Elle lui demande d'aller prendre la tension d'un autre patient.

Marion passe au bureau infirmier et croise Emmanuelle (une des assistantes) à qui elle propose d'envoyer un document pour elle pour un patient. Emmanuelle accepte et la remercie.

Commence le cycle de l'après-midi avec Céline (IDE) au bureau infirmier. « Je vais préparer mes médicaments, mais tu vois les filles [du matin] elles m'en ont déjà préparé. Heureusement qu'on a des bonnes équipes, sinon il y a de quoi se pendre ». Elle se confie

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

sur l'organisation du travail. « Nous, on va organiser nos soins infirmiers autour de l'organisation des aides-soignants. Moi je travaille toujours en binôme et c'est vrai que c'est plus sympa ». Elle me parle de la difficulté de prise en charge des toilettes par les aides-soignants selon l'autonomie des patients. « Si on décale leur tour, ça fout tout dans le jus, alors que si on arrive à se câler nous sur leur tour c'est beaucoup mieux pour le travail et pour l'ambiance. Nous de toute façon on finit toujours plus tard. »

Elle part dans une chambre pour préparer l'entrée d'un patient et croise Paule (AS) qu'elle interpelle sur le sujet. Paule confirme « tout se passe bien quand on travaille bien en binômes. (...) Tu te dis je ne suis pas toute seule à gérer toutes ces toilettes. » Paule évoque un épisode récent dont Céline m'a déjà parlé, elles avaient neuf toilettes complètes sur dix à faire. « On avait battu des records. Quand tu t'entends bien avec ton binôme, c'est génial ». Paule est aide-soignante depuis 35 ans et dans le service depuis six. Elle me raconte les difficultés des changements dans le service, du départ de toutes les anciennes infirmières. « Les médecins étaient bien contents qu'il y ait encore l'ancienne équipe d'aides-soignants. En plus, ils nous ont mis des sorties d'école ». Céline enchaîne « c'est sûr que ce n'était pas facile pour elles ». Paule : « ce n'était pas facile pour nous non plus ! Puis ce n'était pas facile la période où il n'y a pas eu de cadre. » Paule regrette qu'à la direction personne ne se soit demandée « pourquoi tout ce personnel est parti en même temps. Il y a forcément une raison ». Pour elle c'est très clair, « c'est à cause de l'ancienne cadre ». Céline confirme « elle ne soutenait pas l'équipe ». Paule évoque ensuite les difficultés d'échanges avec Marianne (une des neurologues) pour les nouvelles IDE à leur arrivée dans le service. Céline enchaîne : « ça, ça fait partie des difficultés dans tous les services. C'est le tempérament des personnes aussi ».

Paule a eu une expérience professionnelle dans le privé mais les conditions de travail et de prise en charges des patients étaient très dégradées. « J'en parlais le soir, j'en étais malade ». Elle me confie de plus avoir eu une expérience personnelle avec sa mère qui est allée dans un établissement privé et dont l'état s'est dégradé en 3 semaines. « Elle appelait pour faire pipi et on lui disait "non, c'est pas l'heure". En arrivant elle se déplaçait avec son déambulateur mais c'est sûr c'est plus long, alors ils la mettaient au fauteuil et après elle n'a plus pu se déplacer. »

En salle de pause, je leur demande ce qu'ils pensent de la présence de la nouvelle cadre. « Entre avant et maintenant je préfère maintenant », (Hélène, AS). Florent (AS qui part à

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

la retraite dans quelques semaines) trouve que pour lui « c'est neutre, ça ne change pas mon travail ». Hélène enchaîne : « on a eu une longue période en dégradée quand même et un gros turnover des infirmières. La cadre [la précédente] elle a poussé vers la sortie. »

De cette situation nous entrevoyons les points fixes dans cette organisation liquide et de quelle manière les individus s'en saisissent pour les transformer en ressources pour maintenir et soutenir leur santé au travail. Voyons plus en détail comment l'encadrement offre ce point d'appui, les collègues apportent du soutien et l'activité fait sens.

L'encadrement

Le rôle positif de la cadre est perçu par toute l'équipe (exception faite de Florent qui semble être déjà prêt à partir). Patricia est dans le service depuis quelques mois seulement. Elle laisse la porte de son bureau ouverte en permanence « *pour montrer sa disponibilité parce que c'est important* ». L'équipe apprécie sa capacité d'écoute et perçoit nettement la différence avec l'ancienne cadre. « *Elle est plus avenante, on peut discuter* » (Hélène, AS). « *Elle est très à l'écoute* » (Natacha, IDE).

Patricia me dit avoir instauré des temps d'échanges les vendredis midi où elle propose un thème puis laisse libre court à la parole. Elle me confie avoir des difficultés à s'y tenir chaque semaine à cause de sa charge de travail mais essaie « *au maximum* ». Toutes les infirmières et certains aides-soignants ont évoqué ce temps d'échange comme étant libérateur. Le dernier notamment leur a permis de partager leur frustration d'avoir à gérer des patients chroniques qui pour certains (deux particulièrement) n'ont plus besoin de soins en neurologie mais ont des « *problématiques sociales* ».

Monsieur G. est là depuis plus d'un an. Il n'a plus besoin de soins depuis longtemps mais n'a plus de logement, sa tutelle a rendu l'appartement dont il était locataire pendant son hospitalisation... Céline passe dans sa chambre pour prendre la tension et la température du patient d'à côté. Monsieur Gui l'interpelle pour qu'on lui prenne aussi la température. Céline refuse elle lui explique à nouveau qu'il est là uniquement en hébergement jusqu'à ce qu'ils trouvent une solution. En sortant de la chambre elle me confie : « on a vu avec Marianne (le médecin) il ne faut plus rien faire. Quand on est chez nous on ne prend pas notre température tous les jours ». Paule (AS) entend la remarque de Céline et ajoute : « il est là en vacances ». « C'est un patient qui est très lourd pour nous psychologiquement. Il

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

nous fait des blagues tout le temps mais ça ne nous fait pas rire. Puis quand il nous voit donner les médicaments, il est demandeur ».

Ces présences pèsent sur le service même si la majorité est consciente « *qu'il faut bien qu'ils soient quelque part* ». Patricia en ouvrant la parole sur le sujet ne s'attendait pas à avoir autant de retours mais trouvait que « *c'était bien qu'elles aient pu s'exprimer* ». Natacha (IDE) me confie qu'elle a conscience qu'« *à son niveau elle peut pas faire trop de choses..* » mais apprécie le fait qu'elle ait « *pris pas mal de temps à nous écouter* ». « *Elle prend vraiment en compte ce qu'on dit et ce qu'on pense* » (Léa, IDE). « *Ça fait du bien d'être soutenue* » (Emilie, IDE).

Patricia prend très à cœur le rôle de traductrice qu'elle a régulièrement entre l'équipe infirmiers/aides-soignants et les médecins. Elle m'explique que chacun parle un langage propre à son métier et que la communication est parfois difficile, ce qu'elle avait déjà constaté quand elle était infirmière aux urgences.

Clémence (IDE) trouve d'ailleurs que depuis qu'elle est là il y a « *moins d'informations perdues. Elle gère des choses qu'on n'a pas le temps de gérer. Elle peut répondre aux médecins quand on n'est pas dispo, c'est une grande aide* ». (Clémence, IDE) « *Elle fait beaucoup le lien entre les médecins et les infirmières et elle s'occupe des gens qui vont rentrer et des gens comme le monsieur qui va partir dans le Nord, tout ce qui est rapatriement, des choses comme ça du coup quand la cadre elle s'implique, ça fait ça de moins pour l'équipe. Elle décharge au niveau du travail* » (Sandrine, IDE) Marianne la neurologue trouve qu'« *il faut un cadre qui cadre. Et là c'est bien on profite que Patricia est là. Elle comprend ce que nous on veut. Tout ce qui est de l'implicite Patricia elle comprend, y a pas besoin d'expliquer* » (Marianne, neurologue).

Au-delà d'un trait caractéristique ou d'une capacité, plusieurs personnels ont mis sa disponibilité, son écoute ou encore le fait qu'il lui est arrivé de faire des soins infirmiers quand un manque d'effectif le nécessitait sur le compte de sa récente prise de fonction.

« Elle est infirmière encore, elle n'a pas eu sa formation, elle n'a pas été formatée »
(Emilie, IDE).

« Elle va vraiment à l'essentiel, peut-être... parce qu'elle est faisant fonction... infirmière elle y est plus depuis pas longtemps, elle sait très bien ce que c'est et comment ça se passe.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

Elle nous laisse gérer, et je trouve qu'elle nous laisse plus notre marge de manœuvre »
(Léa, IDE)

« Elle a mis les mains à la patte, elle est allée poser un cathéter elle a été pour les prises de sang et ça je trouve ça génial. Parce que en soit c'est vrai que les cadres elles sont infirmières et des fois je me dis elles pourraient quand même... des fois... elles ont pleins de choses à gérer mais... c'est bien, pour des petits soins, ça nous aide quand même vraiment beaucoup pour des petites choses, ça montre qu'elle est vraiment investie je trouve. » (Sandrine, IDE)

Les collègues, l'activité et la notion de travail bien fait

Nous avons pu constater tout au long des temps d'observations les attentions qu'ils ont les uns envers les autres. Les moments irréguliers mais significatifs où ils se croisent dans les couloirs et se demandent si « *tout va bien ?* ».

« L'équipe, je pourrai pas rêver mieux. (...) J'étais surprise en arrivant parce que j'ai trouvé que l'équipe elle est vraiment très bien, on s'entraide. » (Natacha, IDE)

« On est solidaires. Quand on râle, c'est un râle général ce n'est pas contre quelqu'un »
(Clémence, IDE)

« Tu viens pour le boulot c'est sûr, mais tu viens essentiellement pour l'équipe avec qui tu bosses, si tu sais que ça se passe bien si y a un couac, tu sais sur qui compter, tu sais que ça va rouler. (...) Après y en a qui oublie qu'on est en équipe mais pas là, pas dans ce service-là » (Emilie, IDE)

Les infirmières apprécient particulièrement d'anticiper le travail, sa charge pour la collègue qui va prendre la suite. L'infirmière de nuit va préparer les tubes et documents pour les prélèvements du matin pour que la collègue qui arrive à 6H15 ou 6h30 n'ait plus qu'à préparer le plateau et faire la prise de sang. Et les médicaments de l'après-midi vont être préparés par l'infirmière du matin quand sa charge de travail le lui permet.

« Je me mets à la place de la personne, ça m'est déjà arrivé qu'on me laisse pas mal de trucs et que je sois débordée et ce n'est pas forcément très agréable, j'en veux pas du tout

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

à ma collègue, y a pas de soucis, ça arrive mais c'est vrai que j'essaie d'éviter de mettre ma collègue dans cette situation... » (Natacha, IDE)

La structuration par l'activité ne va pas se jouer de la même manière selon les métiers. L'ancrage qu'elle permet pour soutenir l'identité professionnelle va faire porter naturellement les deux corps de métier vers les tâches qui caractérisent leur fonction. Ainsi, les AS vont focaliser leur attention sur les toilettes alors que les infirmières vont s'attacher aux soins. Dans les deux cas c'est un point fixe qui va faire sens et répondre au besoin de s'ancrer dans leur travail. Mais le décalage entre leurs points de focalisation va engendrer des tensions.

Les infirmières formées par l'ancienne équipe ont adopté le fonctionnement précédent. Elles reconnaissent l'importance dans l'organisation du travail de faire les toilettes par binôme et les apprécient également comme un moment privilégié avec les patients. *« Les toilettes ça rentre dans notre travail et le jour où j'en fais plus je pense que ça me manquera parce que on a un contact avec les gens qu'on n'a pas, quand on passe juste donner le médicament. (...) C'est un temps qui est privilégié qu'on n'a pas forcément le temps de reprendre dans la matinée. Donc la toilette moi je trouve ça quand même important. »* (Sandrine, IDE) Mais toutes les infirmières ne partagent pas ce point de vue, et Jeanne (AS) me confie à propos des infirmières, *« des fois, elles ne veulent pas faire des toilettes, elles traînent à faire des soins, surtout les jeunes. »* La cadre a été sollicitée pour répondre à cette difficulté d'organisation mais pense qu'il va être *« difficile de faire bouger les choses tant que l'équipe des AS n'aura pas été renouvelée »*.

La répartition des tâches sur la journée semble beaucoup plus structurée pour les AS et la charge de travail plutôt dépendante de l'autonomie des patients et de la disponibilité des infirmières à les soutenir dans leur activité. Elles vont passer selon le secteur 45 minutes ou une heure avec la collègue d'après-midi pour faire leurs transmissions. Elles circulent d'une chambre à l'autre pour aller voir les patients ensemble alors que les infirmières ont quinze minutes pour faire leurs transmissions dans le bureau. La notion de travail *« bien fait »* semble prendre sens dans la continuité de la prise en charge du patient et la capacité à transmettre les bonnes informations aux collègues pour être *« cohérents »*. Aussi les quinze minutes de transmissions des infirmières se transforment souvent en 20 voire 30 minutes. La plupart d'entre elles ne notent les minutes supplémentaires que si l'excédent dépasse le ¼ d'heure voire pour certaines la ½ heure. Patricia consciente de la nécessité des dépassements a défendu le paiement de ces heures auprès de la direction à la fin de l'année dernière.

Ces éléments permettent de mettre en évidence comment les personnels soignants résistent à la liquéfaction de leur environnement. Ce sont les ressources interpersonnelles qui vont combler le déficit perçu de structuration de l'activité. Les failles vont être comblées à chaque fois par une astuce ou un bricolage qui mobilisera l'environnement relationnel du soignant. C'est ainsi la relation avec le patient qui permettra de soulager et de faciliter le travail, la relation avec la collègue qui compensera l'absence de moyens et la relation avec la cadre qui assurera une structuration minimale.

4. Discussion

Ces résultats permettent de dresser un tableau à la fois inquiétant, mais aussi rassurant de la situation des personnels soignants face aux difficultés de l'exercice de l'activité de soins. Si d'un côté, l'organisation hospitalière semble sombrer dans une relative déliquescence, la résilience des personnels parvient encore à compenser parfois ce triste naufrage en mobilisant les ressources relationnelles des personnels concernés.

Cette recherche et les résultats produits amènent à proposer des réflexions qui s'inscrivent à la fois dans une perspective méthodologique, mais aussi dans des perspectives théoriques et managériales.

4.1. Sur le plan méthodologique et interprétatif

Le choix épistémologique avant tout constructiviste retenu dans cette recherche a conduit à mobiliser un dispositif de collecte des données original, mais aussi à accepter de remettre en cause ce dispositif pour le compléter.

Il nous semble ainsi que cette démarche est originale dans le champ du management. L'observation des pratiques réalisée à partir d'un suivi précis des acteurs des situations de travail permet un renouvellement de la compréhension de la préservation des ressources face à une situation de pénibilité. Ce dispositif méthodologique apparaît extrêmement fructueux. La qualité du processus de collecte permet de bénéficier de données situationnelles originales

qui échappent à la traditionnelle médiatisation par l'opinion des acteurs. En comparaison avec d'autres outils méthodologiques comme les entretiens ou les questionnaires, ce type de recueil assure une prise directe sur les comportements et les interactions entre acteurs. L'observation permet ainsi d'échapper aux biais de désirabilité, mais aussi au conformisme naturel des personnes interrogées. Certes, l'observation engendre toujours une évolution des comportements, mais elle permet d'accéder d'une manière pleine et entière aux interactions entre acteurs.

D'un point de vue interprétatif, la modélisation de Bauman permet, de notre point de vue, la constitution d'une grille d'analyse tout à fait riche pour interpréter la situation d'organisations aussi dégradées que le sont les établissements hospitaliers. L'approche par la liquidité rend compte d'une manière efficace de l'état des conditions de travail. Si nous reprenons le raisonnement de Bauman, l'absence de structure rend difficile la construction d'une identité professionnelle. Aussi dès qu'il y a un cadre qui est présent et investi ou une équipe avec qui il fait bon travailler, les individus s'y accrochent. Ça devient alors l'élément qui fait sens, qui fait structure. Là encore si nous suivons le raisonnement de Baumann, le déficit de structure ne doit pas être remplacé par de la structure mais par des principes supérieurs comme la confiance ce qui plaide pour des demandes de structuration qui se construisent au fil de l'eau, individu par individu, binôme par binôme pour arriver au collectif et après seulement reconstruire une forme de structuration.

La mobilisation de ce cadre semble ainsi tout à fait fructueux dans un tel contexte.

4.2 Sur le plan théorique

Plusieurs recherches ont montré comment les individus investissent leurs ressources après des pertes de ressources (Halbesleben et al, 2014 ; Wheeler et al., 2013) ou encore comment les ressources se compensent les unes les autres (Hotchwarter et al., 2007). Ces recherches quantitatives tendent à identifier les liens entre les pertes et les investissements qui les suivent. L'approche qualitative que nous avons choisie tend à démontrer non pas comment les individus investissent des ressources après une perte mais comment ils s'emparent d'éléments de leur quotidien au travail pour en faire des ressources.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

L'individu va assurer son quotidien de travail et développer de nouvelles ressources. Ce que nous pouvons identifier ici, c'est une capacité de résilience des individus dans un environnement appauvri, contraint, et souffrant d'une absence de structuration de l'activité. Résilience qui s'exprime par cette capacité à se saisir d'éléments qui ne sont pas d'emblée « pensés », « définis » ou « perçus » comme des ressources afin qu'ils le deviennent. L'individu loin d'être neutre agit sur son environnement et sur les situations qu'il rencontre. Nous retrouvons ici la capacité proactive évoquée par Hobfoll d'agir sur une situation afin de préserver sa santé. Ces mécanismes masquent d'ailleurs une partie des conséquences des déficits constatés de l'organisation.

Cette étude nous montre également le caractère contingent des ressources. Les observations mettent en évidence comment les individus prennent les devants et s'accrochent aux points fixes qu'ils sont en capacité de saisir à un moment. Dans le cas présent, il s'agit de l'encadrement et de l'activité de travail mais dans un autre contexte, un autre temps, il s'agira d'autres éléments. Là est la difficulté pour les personnels. Les ressources qui accompagnent aujourd'hui leur quotidien ne seront probablement pas celles de demain.

Nous pouvons déjà percevoir cet aspect dans l'activité quotidienne. Nous l'avons vu, les collègues sont parfois source de liquidité (comme dans le 1^{er} cas avec l'impossibilité de rejoindre Jeanne) mais ils représentent aussi une bouée comme l'explique Céline dans le 2nd. Pourtant, le turnover récent va se produire à nouveau, c'est une réalité à affronter. Deux infirmières du service savent déjà qu'elles vont partir, deux autres le souhaitent, deux aides-soignants partent à la retraite sous peu et une souhaite changer de service. Les nouvelles recrues sont honnêtes, si elles ont choisi ce métier c'est aussi pour pouvoir « *bouger facilement* ». Quant à la cadre elle est faisant-fonction. La direction l'a informée du retour de l'ancienne cadre sans en définir la date. A deux reprises, il lui a été annoncé une date qui finalement a été repoussée. Aujourd'hui il semblerait que son départ soit prévue dans trois mois alors elle commence à regarder les postes de faisant-fonction de cadre pour savoir où elle va aller ensuite. Elle reconnaît sans ambages que cette incertitude lui pèse et engendre une forme de désengagement vis à vis du service. Elle « *met sûrement moins de choses en place, parce qu'[elle] ne sai[t] pas si ce sera repris après.* »

Synthèse de la partie V

Objectifs de cette étude :

- Comprendre et mettre en lumière comment les individus dans un univers liquide prennent en main leur santé au travail en transformant des éléments de leur quotidien en ressources.
- d'explorer les ressources que parviennent à mobiliser les acteurs dans un contexte pourtant dégradée qui est celui de l'hôpital
- comment les caractéristiques d'une organisation liquide peuvent être décrites avant de proposer une compréhension de la mobilisation des ressources dans un tel contexte.
- Mener des observations non participantes dans le but d'analyser ce qui ne se donne pas d'emblée à voir ces ressorts invisibles qui font qu'ils viennent, que le travail est fait, bien fait et qu'ils y trouvent un sens.
- Il n'y a plus de visibilité du sens de l'activité, mais plutôt une suite d'enchaînements que personne ne maîtrise vraiment
- Mieux comprendre les implications potentielles de la liquidité organisationnelle en œuvre à l'hôpital sur les comportements de protection des agents hospitaliers face à la difficulté de leurs conditions de travail.
- Etudier comment se manifeste concrètement la liquidité de l'organisation hospitalière avant d'explorer comment les agents réussissent à travailler en univers liquide.

Configuration de travail : Immersion dans un service hospitalier

Données :

90 h d'observation non participante

10 entretiens semi-directifs avec les infirmiers, aides-soignants et la cadre du service

Traitement des données :

Réalisation de synthèses suite à la première phase d'observations, retour à la littérature et construction d'une seconde grille.

Réalisation de synthèses issues de la deuxième phase d'observation et analyse de ces synthèses dans le but de donner du sens à ce qui a été perçu.

A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail par la théorie de la liquidité

Analyse au prisme de l'organisation liquide.

Résultats

Cette étude a permis de :

- Montrer comment la liquidité au quotidien s'exprime essentiellement par le manque (matériels, collègues injoignables...)
- Confirmer la capacité proactive des individus à prendre en main leur santé et à se construire des ressources dans des environnements contraints.
- Confirmer le rôle de l'encadrement comme une ressource, notamment lorsqu'il joue son rôle de traduction et de transmissions des informations entre les différents métiers
- Montrer comment l'activité fait sens et devient une ressource même en univers « liquide », contraint. Elle donne forme au collectif en soutenant l'identité professionnelle.
- Confirmer le caractère processuel de la santé.

PARTIE VI

Discussion

Partie VI Discussion

L'objet de cette partie est de reprendre le cheminement de cette recherche et de mettre en perspective les résultats issus de ces trois études au regard de la littérature et des enjeux empiriques et managériaux qui les sous-tendent.

Nous avons dans la première partie de ce travail situé cette recherche dans le champ de la santé au travail (partie I). Souvent abordée comme un continuum avec le bien-être d'un côté et le mal-être de l'autre, la santé au travail se situerait au point d'équilibre entre les deux. Fréquemment confondue avec tous ces termes qui peuvent servir à la définir (RPS, stress, bien-être...), nous avons pour notre part choisi de l'aborder à partir de la théorie COR qui permet de sortir de cette opposition qui nous semble réductrice. Pour nous, la santé au travail se rapporte à un processus construit d'une alternance de phases positives et négatives auxquelles concourent les individus, le collectif et l'organisation et qui s'exprime à travers la relation aux ressources. Nous avons ensuite situé notre travail dans un paradigme épistémologique interprétativiste et expliqué notre méthodologie de recherche (partie II). Les trois parties suivantes étaient chacune composées d'un article (Partie III, IV et V).

Notre étude à travers les trois articles qui la constituent a ainsi contribué à :

- Expliciter le processus de spirale,
- Mettre en évidence de nouvelles ressources organisationnelles,
- Mettre en évidence le mécanisme de sollicitation des ressources et la capacité proactive et résiliente des individus,
- Confirmer le lien peu exploré entre NMP et stress au travail,
- Confirmer l'importance de remettre l'activité au cœur des analyses portant sur la santé au travail (notamment avec la méthode de l'observation).

- **Les spirales : un processus qui permet une approche systémique de la santé au travail**

Au-delà d'illustrer les caractères dynamique et processuel de la santé, les spirales permettent d'aborder la santé de manière systémique. L'intérêt de les explorer réside dans l'explicitation du processus qu'elles mettent au jour, notamment à travers l'inter-relationnalité et l'interdépendance des ressources. En effet, la stratégie de compensation abordée dans le 2^{ième} principe fondateur de la théorie COR explicite le système interrelationnel (Safy-Godineau, 2013) suivi par les ressources. Un individu peut compenser la perte ou l'atteinte d'une ressource d'une catégorie à l'autre. Ce point est essentiel pour notre propos et lié également à l'interdépendance des ressources. Concernant ce deuxième point, Mabire (2017) explique que l'atteinte (perte ou menace) des ressources personnelles aurait le plus d'effet sur la santé mais l'interdépendance laisse supposer que l'accumulation de pertes et de menaces de perte de ressources d'autres catégories pourraient à terme avoir un effet sur les ressources personnelles ou inversement dans le cas de gains.

Soutenir les ressources énergétiques et interpersonnelles par le travail pourrait alors soutenir un processus positif global de cycles de gain pour l'individu. Ainsi des efforts organisationnels pour soutenir les ressources dans le cadre du travail pourraient bénéficier à d'autres aspects de la santé et du bien-être et soutenir ce processus comme un « tout », notamment dans l'équilibre des vies privée et professionnelle (Hakanen et al., 2011, p. 9).

Les spirales représentent une accumulation de pertes ou de gains de ressources avec une alternance de phases positives et négatives (Hobfoll et Shirom, 2001). Les spirales de pertes s'expliquent par l'état émotionnel qui accompagne la perte et l'affaiblissement de l'individu suite à cette perte de ressource. Entre également en jeu le fait que les individus visent avant tout à se protéger de futures pertes (Hobfoll, 1989, 1998, 2001), ce qui les amène à éviter de faire des investissements qui pourraient amorcer une phase positive ou à faire un investissement qui les épuise encore plus. Shirom et al (2005) ont ainsi montré qu'en réaction au stress au travail et donc à des pertes de ressources, les individus réagissent en investissant des ressources énergétiques (passer plus de temps à travailler par exemple) dans le but de protéger les autres ressources (Schaufeli et al., 2009). La stratégie adoptée qui vise à protéger le réservoir de ressources participe alors à induire une spirale de perte en accumulant des pertes supplémentaires et contribue ainsi à mener les individus au burnout (Shirom et al., 2005).

La détresse émotionnelle (état dépressif et colère) qui accompagne l'accumulation de perte (Hobfoll et al., 2003) ne permet donc pas aux individus déjà fragilisés d'avoir une réponse judicieuse vis-à-vis de la situation. Aussi l'affaiblissement de l'individu suite à une perte est soutenu par la stratégie induite : une tendance naturelle à vouloir se protéger de futures pertes (Hobfoll, 1989,1998, 2001). Un des enjeux réside alors dans le développement et le soutien non pas seulement des ressources mais aussi des stratégies développées par les acteurs.

Il y a de plus une certaine inégalité dans le processus de la santé au travail mis en valeur par les corollaires 1 et 4²⁹ de la théorie COR. Les individus avec peu de ressources ont en effet plus de risque de vivre, voire même, de contribuer involontairement à des cycles de pertes (Hobfoll et Shirom, 2001). Un individu déjà fragile avec peu de ressources le sera donc d'autant plus, quand un individu possédant un réservoir de ressources conséquent quantitativement et qualitativement sera plus à même d'investir judicieusement ses ressources et d'induire des cycles de gains.

- **La santé au travail : une rencontre entre l'individu, le collectif et l'organisation**

En prenant comme point d'analyse la relation aux ressources, Hobfoll permet de concilier le subjectif, le collectif, le culturel et l'environnemental. Son approche permet de plus d'expliquer qu'à situation équivalente, deux individus ne réagiront pas de la même façon, l'un ayant plus ou moins de ressources de qualité et une capacité à les ajuster à la situation plus ou moins importante. Le caractère culturellement enraciné de la théorie COR ne perd donc pas les caractères subjectif et individuel du processus mais vise plutôt à les concilier avec d'autres facteurs, notamment environnementaux et culturels. Aussi contrairement à l'approche cognitive et psychologisante de Lazarus et Folkman centrée sur l'individu, l'approche par les ressources laisse de la place à une remise en question de l'organisation du travail.

Lazarus (2001) revendique « *l'intérêt pour les différences individuelles dans le processus d'évaluation* » du stress (Mabire, 2017, p. 77) et met en avant le caractère essentiellement subjectif du processus. Il reproche à la théorie COR une analyse des conditions

²⁹ Le corollaire 1 renvoie à la quantité de ressources et à la vulnérabilité et le corollaire 4 se rapporte à la posture défensive évoquée plus avant.

environnementales qui supposerait une forme d'objectivité partagée qu'il rejette. Mais en abordant la santé au travail uniquement du point de vue de l'individu, certes premier concerné, l'approche cognitive ne laisse d'autre possibilité que la « révision » du comportement de l'individu et de sa perception. La théorie COR avec la centralité de la relation aux ressources permet au-delà de la dimension individuelle d'interroger la relation au travail. Comment elle se construit, qu'elle soit pathogène ou salutogène, dans quel contexte et quelles conditions environnementales. Ce qui nous amène au point suivant : le contexte du NMP et ses incidences sur la santé au travail des agents.

- **Confirmation d'un lien peu exploré entre NMP et santé au travail**

Avec l'adoption brutale de « *pratiques, valeurs, critères d'évaluation qui lui étaient jusque-là étrangers* », le NMP génère des conflits éthiques chez les agents publics (Gollac et Bodier, 2011, p. 158) et contribue à l'intensification du travail et au développement d'un climat de violence psychologique interne (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Il remet en cause certains éléments constitutifs du contrat psychologique et participe au sentiment de sa violation (charge de travail qui augmente, perte de ressources, dégradation de la confiance en l'institution...). Ces tensions s'expriment notamment par la sensation de ne pas pouvoir « bien faire son travail » par manque de temps ou de moyens pour répondre aux besoins des usagers, ce qui est particulièrement mal vécu notamment par les agents qui sont dans une relation d'aide (services sociaux et hospitaliers).

Aussi le contexte contraint instauré par le NMP semble soutenir un processus de spirale de pertes avec l'atteinte aux valeurs que nous avons par ailleurs identifiée comme une ressource (article 2). Cette atteinte à une ressource aussi fondamentale favorisée par le contexte de NMP tend alors à mettre les individus en situation de stress chronique. Ce sentiment d'atteinte aux valeurs semble en effet difficile à estomper parce que nécessitant l'acceptation d'un contexte de travail dégradé, de modes de management qui sont perçus comme allant à l'encontre des missions et des valeurs que se sont fixées les agents publics.

Il semble également que les démarches de NMP et l'intensification qui l'accompagne (faire plus avec moins de moyens) fragilisent les collectifs de travail qui constituent pourtant, nous l'avons vu dans cette recherche, une ressource essentielle pour affronter les difficultés qui

peuvent accompagner l'accomplissement du travail (intensification, gestion de l'imprévu...) (Trentzsch-Joye, 2010). Ce qui est en jeu ici ce sont les contraintes de l'environnement, la réalité du quotidien, l'activité de travail et ses conditions. Scheller et al (2015) font mention d'obstacles « *qui entravent l'activité personnelle et collective* » (p. 12). Obstacles qu'ils assimilent à un pouvoir hiérarchique qui s'oppose « *aux formes d'auto-organisation de l'activité que les professionnels ont pu élaborer* » (Scheller et al., 2015, p. 12). Les acteurs de terrain ont en effet à reconstruire ce que le NMP a « détricoté » au fil des années. Il semble alors nécessaire d'offrir plus de liberté d'action aux individus, liberté qu'ils arrivent parfois à prendre d'eux-mêmes.

- **L'activité et le collectif de travail : ressources ou points d'ancrage ?**

Cette recherche confirme également que le vécu d'une perte semble trouver un sens au sein de la « tribu » (Hobfoll, 2001), ici du collectif de travail. Il semble alors que le partage par la narration de l'évènement traumatique (Hobfoll, 2001) que représentent certaines pertes de ressources peut avoir tout autant un effet positif que négatif. Ce partage peut effectivement suivre ce qu'Hobfoll nomme « un processus culturel » permettant un soutien dans la guérison (Hobfoll, 2001) dans le cas de l'article 1 avec la reconstruction du contrat psychologique et la reconstitution des ressources. Mais nous l'avons vu, le sentiment de violation du contrat psychologique est également soutenu par les discours au sein du collectif de travail. Il était devenu avant notre arrivée, une histoire symbolique qui se partageait et s'était construite collectivement, qu'il a fallu déconstruire afin de reconstituer les ressources perdues. Aussi le partage par la narration (Hobfoll, 2001) avec une visée positive a dû être accompagné par nos soins. Nous voyons donc que le processus de mobilisation des ressources est un processus fragile soutenu par le collectif et sur lequel il est possible d'intervenir. Là est également l'enjeu et l'intérêt d'une recherche-intervention en santé au travail (Article 1).

Les psychologues du travail, de plus en plus présents dans les établissements hospitaliers peuvent soutenir cette démarche. Fretigni et Cordoba (2015) ont proposé des « espaces de réflexion » à l'extérieur des services, réunissant ainsi des professionnels de la santé de services différents pour pallier les difficultés de partager avec ses propres collègues. Les auteurs, toutes deux psychologues du travail, mettent en avant l'importance de faire de l'activité un point essentiel des échanges.

Si l'activité fait sens, notamment en univers « liquide » et contraint, il reste la question de savoir si elle représente véritablement une ressource en elle-même. Le sens et la production offerts par l'activité semblent bien plus représenter des éléments qui permettent d'aller chercher des ressources et de soutenir les discours partagés. L'activité semble permettre peut-être surtout de donner forme au collectif, de soutenir l'identité professionnelle et d'offrir un point de rencontre et d'ancrage au soutien social et relationnel qui représente quant à lui une véritable ressource.

Nous avons ainsi montré dans les trois articles, que le collectif peut être une force à part entière dans le quotidien de travail (article 3), notamment en soutenant la reconstruction du contrat psychologique (article 1). Il peut ainsi jouer un rôle de régulateur avec un soutien significatif dans les situations positives, et renforcer le caractère positif et dynamique d'une situation. Mais il ne suffira pas néanmoins à compenser les effets négatifs d'actions portées par un « représentant de l'organisation » qui auraient pour conséquence une perte ou une atteinte aux ressources et ne suffit pas à maintenir la motivation à rester dans le service (article 2).

Contributions empiriques

- **Une perspective salutogénique pour soutenir la prévention primaire**

Cette recherche permet de soutenir la pertinence d'une perspective salutogénique plutôt que pathogénique avec une complémentarité des approches par les RPS et les ressources, cette dernière permettant de favoriser la prévention primaire.

L'émergence puis l'effectivité de plus en plus inquiétante des RPS a laissé la place à deux approches d'action et d'intervention : restrictive et élargie (Chakor, 2013). La première vise avant tout à « *individualiser le risque, (...) limiter la responsabilité de l'employeur et (...) soigner le travailleur* » (Chakor, 2014, p. 19) et soutient une démarche corrective et curative. La recherche d'outils prédomine souvent dans ces approches et éloigne la réflexion de l'activité même du travail qui se trouve pourtant au cœur du processus. « *Le travail est en effet une activité de production où se concrétisent et s'objectivent l'intelligence et l'ingéniosité humaine où se construit l'identité, l'armature de la santé mentale* » (Carpentier-

Roy et Vezina, 2000, p. 32). Car réfléchir sur la santé au travail c'est avant tout réfléchir sur le travail. Manzano (2010) évoque en ce sens « *l'idée du travail comme opérateur de santé* » (p. 184). La seconde approche tend quant à elle à « appréhend[er] la dimension organisationnelle du risque, étend[re] la responsabilité de l'employeur et soign[er] le travail et son organisation » (Chakor, 2014, p. 19) et soutient une démarche préventive. L'approche par les ressources nous semble permettre de concilier les deux.

Au-delà de cette co-existence d'actions préventives (Chakor, 2014), l'échec des campagnes de prévention des RPS s'explique parfois par la réponse apportée focalisée sur la création de nouveaux dispositifs de gestion qui sont déconnectés de la réalité concrète des agents. Ces dispositifs soutiennent le sentiment d'incompréhension des agents et de perte à la fois de sens mais aussi des valeurs des missions de services publics, là où il faudrait plus de modes de régulations. Aussi, aborder la question de la santé au travail non plus seulement dans l'idée de stopper un processus négatif mais plus dans celle de soutenir les individus dans la préservation de leur réservoir de ressources se révèle plus fructueux et opérationnalisable.

Hobfoll (1998) a identifié 74 ressources. Onze se réfèrent au travail dont cinq (seulement) au contenu du travail. Aussi ces trois études ont permis d'identifier des ressources organisationnelles, qu'elles soient énergétiques ou interpersonnelles, elles sont directement liées au travail, son contenu et à l'activité avec pour objectifs d'ouvrir la possibilité de soutenir des démarches de prévention primaire. Les ressources énergétiques et interpersonnelles se révèlent ainsi essentielles à considérer dans une perspective organisationnelle. Nous l'avons montré au cours de ce travail, elles représentent des leviers « accessibles » et actionnables. Les cadres de proximité jouent de plus un rôle crucial dans le soutien (article 3) et l'atteinte de la santé au travail (article 2) puisqu'ils se trouvent à l'interface entre l'institution et les individus.

Contributions méthodologiques

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative globale pour nous saisir au mieux de ce que vivent les acteurs. Nous avons pour cela mobilisé plusieurs méthodes de collectes et d'analyse de données. La théorie COR est majoritairement mobilisée dans le cadre d'études quantitatives. L'approche quantitative permet de tester l'influence de certaines ressources les

unes sur les autres. Mais si l'influence des ressources entre elles donnent à voir et à penser le stress, une analyse uniquement quantitative nous semble encore loin du travail et de l'activité pourtant essentiel à aborder et questionner. Il nous semblait donc intéressant d'approcher de manière qualitative la réalité des acteurs, les ressources qu'ils s'approprient et leur capacité à s'en saisir notamment en univers contraint, l'observation pour cela s'est révélée particulièrement pertinente.

Il est vrai que le choix d'un positionnement épistémologique interprétativiste ne nous permet de prévaloir d'une validité externe de ces trois études. Ce travail en effet n'a pas vocation à être généralisé, ce n'est pas son objet, il est de plus bien trop contextualisé pour le prétendre. En revanche la posture d'action et de co-construction de la recherche-intervention nous a permis d'accéder à des informations que les entretiens ne permettent pas de saisir. Elle permet en effet de suivre la transformation de l'organisation, la prise en main du et par le collectif de ces transformations et « *s'appuie sur l'idée qu'il n'est possible de comprendre vraiment le fonctionnement d'une entreprise qu'en y pénétrant, en y intervenant et, par conséquent, en la modifiant* » (Moisdon, 2010, p. 213). Même si nous ne sommes pas aussi radicale dans nos propos (il nous semble que d'autres méthodes permettent également d'accéder à une compréhension de l'entreprise), elle nous a semblé particulièrement intéressante notamment quand il est question de santé au travail. Elle permet en effet une temporalité dans la compréhension des phénomènes, des processus et du développement de connaissances qui nous semble essentiel. Notamment parce que la santé au travail nécessite de développer des connaissances actionnables (article 1) qu'il est possible uniquement dans ce cadre-là de construire et développer avec les acteurs.

Limites de cette recherche

A travers notre analyse centrée sur les ressources interpersonnelles et énergétiques, nous mettons en avant la capacité des individus à être résilient, qui peut être vu comme une ressource personnelle que nous avons par ailleurs peu explorée, pourtant considérée comme essentielle dans le processus de préservation et de dégradation de la santé (Hobfoll, 1998). En ce sens, Mabire (2017) met en avant la nécessité de préserver notamment celles qui soutiennent l'estime de soi (confiance en soi, en ses capacités). Mais notre approche qualitative, si elle a bien d'autres avantages, nous laissait peu d'accès aux ressorts de l'estime

de soi. La complexité d'analyse d'une caractéristique psychologique profonde comme celle-ci ne nous a pas semblé accessible compte tenu de nos choix méthodologiques et de notre approche organisationnelle. Il n'est pas pour autant question ici de ramener la prise en charge individuelle de la santé au premier plan, mais plus de préciser qu'il nous a semblé plus adapté à notre propos de ne pas nous y attacher. Par ailleurs, même si ces ressources ne nous semblent pas directement actionnables, le système interrelationnel des ressources nous incite à défendre l'idée qu'elles peuvent être soutenues indirectement avec le soutien des ressources interpersonnelles (soutien des collègues, du collectif de travail, de l'organisation) et énergétiques (soutien au développement des compétences) ou atteintes par des pertes et menaces de pertes de ressources d'autres catégories.

Nous avons également peu abordé les ressources matérielles (autrement que dans les articles 1 et 3 pour mettre en avant le fait qu'elles font défauts) qui peuvent également représenter un point d'accroche pour les organisations. Mais l'univers contraint des fonctions publiques territoriale et hospitalière, terrains de cette recherche, ne les rend ni accessibles ni actionnables, elles permettent essentiellement de caractériser l'environnement de travail.

Perspectives de recherche

Au terme de cette recherche doctorale, des perspectives de recherches et d'intervention futures prennent formes. Il nous semble notamment qu'il serait intéressante de :

- ✓ mener à nouveau des observations sur une plus longue période et de suivre avec les agents les ressources offertes par l'organisation (formations, développement des compétences...), d'étudier les effets sur leur ressenti dans l'exercice de leur travail et de les interroger sur des retentissements potentielles dans leur vie privée ;
- ✓ mener une étude uniquement sur une population d'agents fraîchement recrutés, de voir si le contrat psychologique est fondé sur les mêmes éléments (intrinsèques et relationnels) ou si la nouvelle génération d'agents publics s'est adaptée à un nouveau contrat psychologique induit par une reconfiguration de la relation d'emploi due au NMP ;
- ✓ mesurer l'effet de la menace de perte, plus difficile à aborder que la perte elle-même ;

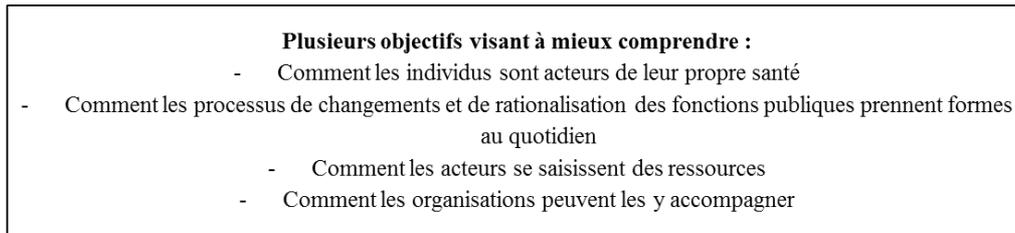
Discussion

- ✓ mener d'autres interventions dans le but d'accompagner la restauration des collectifs de travail mis à mal par un environnement contraint.

Conclusion générale

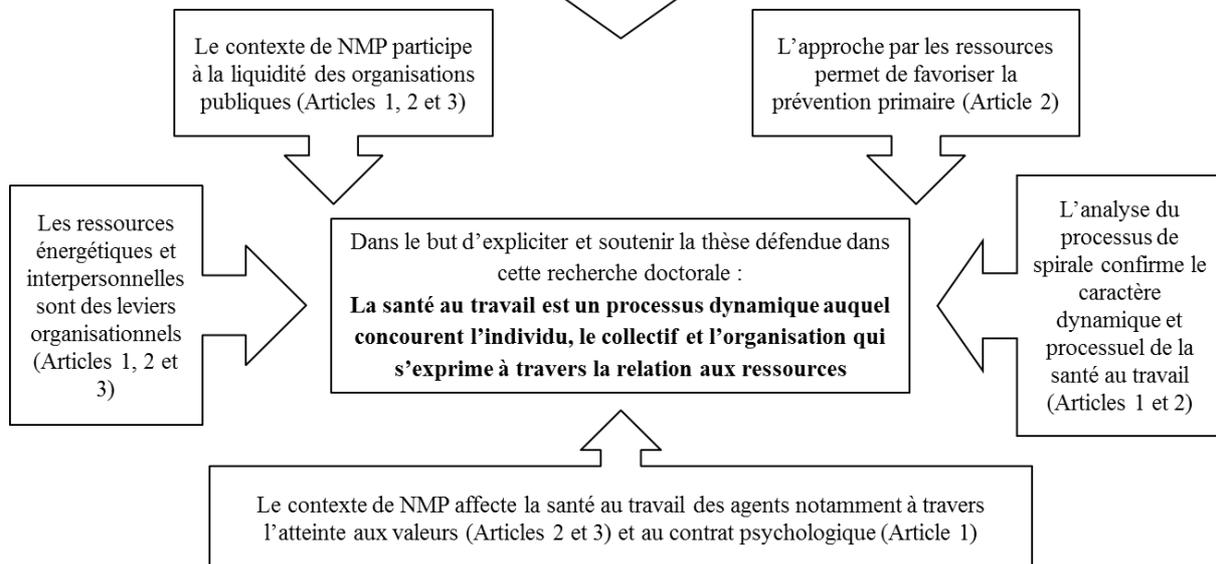
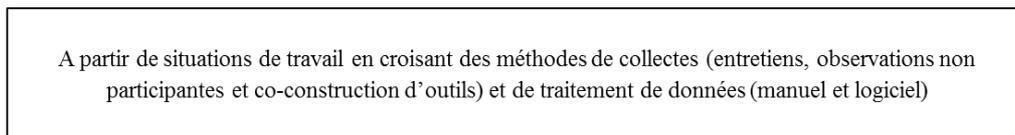
L'analyse que nous avons menée dans ce travail doctoral nous a donc permis de répondre aux différents objectifs définis en introduction ainsi qu'aux sous-questions de recherche. Notre processus de recherche peut être schématisé comme suit :

Conclusion générale



Plusieurs sous-questions de recherche abordées dans les articles

	Article 1	Article 2	Article 3
En quoi l'analyse des spirales permet de mieux comprendre le processus de dégradation ou de préservation de la santé ?	X	X	
Quelles conditions permettent un rétablissement des ressources ?	X	X	X
Comment se manifeste concrètement la liquidité de l'organisation hospitalière ?			X
Quelles conditions permettent la construction ou l'acceptation d'un nouveau contrat psychologique ?	X		



Conclusion générale

Ce travail de recherche a donc permis de confirmer le caractère dynamique et processuel de la santé au travail, assez peu mis en avant par les approches plus classiques, notamment par les RPS. A la fois complexe et inégal, le processus de la santé au travail amène également à interroger la complexité du lien qui lie l'homme à son travail. Nous l'avons vu, « *les relations entre travail et santé ne s'explicitent pas sur une base monocausale et instantanée* » (Volkoff et Thébaud-Mony, 2000, p. 353). Aussi les causes de dégradation de la santé se situent au point de rencontre d'enjeux professionnels et personnels, là se trouve une forme d'inégalité. Due au travail en lui-même, à ses conditions, à l'intensification (temps et rythmes, Volkoff et Thébaud-Mony, 2000, p. 351), l'inégalité prend aussi forme au niveau de l'individu et de ses caractéristiques personnelles. La théorie COR l'explique également indirectement par ses corollaires 1 et 4 (réservoir de ressources peu fourni et capacité d'investissement limitée). Il est alors primordial de prévenir au mieux l'érosion des ressources pour protéger la santé des travailleurs (Mabire, 2017).

Aborder la santé comme un processus permet de plus d'explicitier l'émergence du burnout, non pas comme un événement brutal mais d'en mesurer la dimension temporelle. Il semble en effet qu'il n'y ait pas de point de rupture identifiable qui ferait basculer l'individu dans un cycle de perte qui le mènerait au burnout. Symptomatiques de la société actuelle et de son penchant individualisant, les burnout de plus en plus nombreux rappellent la nécessité d'agir collectivement, de repenser le travail et son organisation pour que chacun y trouve un sens.

Plusieurs leviers vont ainsi permettre de donner une impulsion ascendante au processus de préservation (reconstruction du CP, collectif de travail investi et soutenu, capacité de résilience des individus...). La dégradation de la santé ne semble alors ni irréversible ni inéluctable mais apparaît plutôt comme un processus fluctuant à l'image d'une succession d'épisodes positifs et négatifs. Des actions peuvent donc être mises en place par les organisations tout au long du processus. Les ressources énergétiques et interpersonnelles représentent alors de véritables leviers pour les organisations.

Il reste néanmoins les difficultés contextuelles, notamment avec le NMP. En 2000, Volkoff et Thébaud-Mony mettaient en avant que les « *atteintes indirectes, celles qui restreignent la marge de manœuvre dont chacun dispose pour construire des stratégies de préservation, [étaient] (...) appelées à s'étendre* » (Volkoff et Thébaud-Mony, 2000, p. 359). La multitude de recherches sur la santé au travail de ces deux dernières décennies le confirme et le contexte de NMP les renforce. Et même si les individus arrivent malgré tout à déployer une capacité

Conclusion générale

proactive en se saisissant de leur environnement, il est clair que « *l'intensification rend plus difficile pour chacun de faire face aux exigences d'une tâche en protégeant sa santé* » (Volkoff et Thébaud-Mony, 2000, p. 351). Pour autant, nous avons vu que les individus et particulièrement avec le soutien du collectif de travail peuvent faire preuve d'une capacité proactive salvatrice.

Bibliographie

-A-

Abittan, J., et Fretigny, I. (2015). Les risques psychosociaux à l'hôpital: pour une autre vision du sujet au travail. *Le Journal des psychologues*, (3), 22-22. DOI 10.3917/jdp.326.0022

Abord de Chatillon, E. et Bachelard, O. (Dir.). (2005). *Management de la santé au travail*. Paris : L'Harmattan.

Abord de Chatillon, E., Bachelard, O. et Carpentier, S. (2012). Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale, Paris : Vuibert, Collection recherche AGRH.

Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2012). « Le nouveau management public est-il pathogène ? », *Management International*, Volume 16, numéro 3, printemps 2012, 10-24.

Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2012). Chapitre 11, « Conditions de travail et mal-être des encadrants : peut-on souffrir et dans le même temps apprécier son travail ? », 149-165, in Abord de Chatillon E., Bachelard, O. et Carpentier, S. (2012) (dir.), *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Paris : Magnard-Vuibert, 384 p.

Abord de Chatillon, E. et Richard, D. (2015). Du sens, du lien, de l'activité et du confort (SLAC). *Revue française de gestion*, (4), 53-71.

Allard-Poesi F. et Hollet-Haudebert S. (2012). La construction du sujet souffrant au travail au travers des instruments de mesure. *@grh*, vol 5, n°4, 45-74.

Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et management publics*, 5, 1-14.

Althaus, V., Kop, J.-L., Grosjean, V. (2014). Recension critique des modèles théoriques reliant environnement de travail, stress et santé : vers un méta-modèle/ Critical review of theoretical models linking work environment, stress and health: towards a meta-model : (version française de l'article publié dans la revue *Le Travail Humain*). <hal-00978124>

Bibliographie

Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie: quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 26-34.

Arborio, A.-M. et Fournier, P. (2015, [2005]). *L'observation directe*. 4^{ième} édition. Paris : Armand Colin.

Avenier, M. J. (2010). Shaping a constructivist view of organizational design science. *Organization studies*, 31(9-10), 1229-1255.

Avenier, M.-J. et Gavard-Perret, M.-L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. Dans Gavard-Perret, M-L, Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A. (dir.) *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion, Réussir son mémoire ou sa thèse* (2ième éd., p. 11-62), Paris : Pearson.

Avenier, M. J., & Thomas, C. (2015). Finding one's way around various methodological guidelines for doing rigorous case studies: A comparison of four epistemological frameworks. *Systèmes d'information & management*, 20(1), 61-98.

-B-

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny : Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, vol. 52, 366-380.

Baltes, P. B. et Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : The model of selective optimisation with compensation. Dans Baltes P. B. et Baltes M. M. (dir.). *Successful Aging: Perspectives from the behavioral Sciences* (1-34), New-York : Cambridge university Press.

Barney, J. B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage, *Journal of Management*, vol. 17 (1), 99-120.

Bauman, Z. (2013). *Liquid modernity*. Hoboken : John Wiley & Sons.

Bakker, A. B., Demerrouiti, E., de Boer, E. et Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, No. 62, 341-356.

Bakker, A. B., Demerouti, E., et Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, vol. 43, No. 1, 83–104.

Bernard, N., et Abord de Chatillon, E., (2018). *Du yin et du yang ? Une analyse des représentations du bien-être et de la performance de l'organisation*. Communication présentée au 29^{ième} congrès de l'AGRH, Lyon, France.

Brasseur, M. (2008). Certains types de personnalité sont-ils prédisposés au stress professionnel? L'apport des types psychologiques de Jung. *Humanisme et Entreprise*, (3), 37-49.

Brasseur, M. (2012). L'interaction du chercheur avec son terrain en recherche-action: deux cas d'accompagnement individuel des managers. *Recherches en Sciences de Gestion*, (2), 103-118.

Brown, L. A. et Roloff, M. E. (2011). Extra-role time, Burnout, and commitment : the power of promises kept. *Business Communication Quarterly*, vol. 74, n°4, 450-474.

Bruchon-Schweitzer, M.-L., (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*. n°67, 4-39.

Bruchon-Schweitzer, M., (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

Brulhart, F. et Gherra, S. (2015). Stratégie environnementale proactive, compétences naturelles, performance économique : une approche par la théorie des ressources et compétences. *Management International*, HEC Montréal, vol. 20 (1).

Burellier, F. (2011). *Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire?: étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Grenoble Alpes. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00754966/>

-C-

Carrier-Vernhet A. (2012). *Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Grenoble Alpes. <NNT : 2012GRENA033>. <tel-00770161>

Bibliographie

Carrier-Vernhet, A., Commeiras, N., et Desmarais, C. (2014). Organizational commitment: in sickness and in health? The results of a qualitative study. *Revue de gestion des ressources humaines*, (4), 3-25.

Campoy, E. et Neveu, V. (2005). Perceptions de justice et confiance du salarié comme facteurs explicatifs des réactions individuelles à une violation du contrat psychologique. Actes d'une journée de recherche Stress Burnout et Conflits de rôle, en partenariat avec l'AGRH et le CEROG, Vendredi 27 mai.

Carpentier-Roy, M. C., & Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus: enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Presses Université Laval.

Cassar, V. et Briner, R. (2011). The relationship between psychological contract breach and organizational commitment: Exchange Imbalance as a moderator of the mediating role of violation. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 78.

Chabrol H. et Callahan S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*, 2^{ième} édition, Paris : Dunod.

Chakor, T. (2013). *Les pratiques des consultants dans la gestion des Risques Psychosociaux au travail*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Savoie Mont-Blanc.

Chakor, T. (2014). « Les consultants dans la prévention des risques psychosociaux au travail : proposition d'une typologie de pratiques », @GRH, vol.1 (10), 37-58. DOI 10.3917/grh.141.0037

Chênevert D., Vandenberghe C. et Tremblay M. (2011). Le rôle respectif des différents réseaux d'échanges sociaux associés aux conditions psychologiques à l'égard de l'épuisement émotionnel et de la performance extra-rôle : le cas du personnel soignant. Acte du 22^{ième} congrès AGRH, Marrakech.

Clegg, S., Baumeler, C. (2010). Essai: From iron cages to liquid modernity in organization analysis. *Organisation Studies*, vol. 31 (12), 1713-1733.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur*, Paris : La Découverte, coll. « Cahiers libres », 192 p.

Clot, Y. et Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable ?*, Paris : Armand Colin, 256 p.

Bibliographie

Colle R. et Moisson V. (2009). L'impact du stress professionnel et du déséquilibre effort/récompense sur l'intention de départ des infirmières. *Management et Avenir*, INSEEC/Management Prospective Ed., [<halshs-00520836>](#)

Cotton, P., et Hart, P. M. (2003). Occupational wellbeing and performance: A review of organizational health research. *Australian Psychologist*, 38(2), 118-127.

Coyle-Shapiro, L.M. Shore, M. S. Taylor, et L.E. Tetrick, (2007). *The Employment Relationship: Examining Contextual and Psychological Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 253-283.

Coyle-Shapiro, J. et Parzefall, M-R, (2005). Explorer la théorie du contrat psychologique : questions clés pour comprendre et investiguer la relation d'emploi. Dans Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D. et Mignonac, K. (dir.), *Comportement organisationnel (Vol 1) : Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle*. Bruxelles : De Boeck.

Creusiet, J. (2013). Clarification conceptuelle de la notion de bien-être au travail. Acte du 24^{ième} congrès de l'AGRH. Paris (20-22 novembre).

-D-

Dagenais-Desmarais, V., et Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 659-684.

Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations*, 53(2), 275-294.

Danna, K., et Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.

Deci, E. L., Connell, J. P. et Ryan, R. M. (1989). Self-determination in a work environment. *Journal of Applied Psychology*, 1989, vol. 74, n° 4, 580-590.

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), 227-268.

Bibliographie

- De Groot, C. N. (2006). The church in liquid modernity : A sociological and theological exploration of a liquid church. *International Journal for the Study of the Christian Church*, vol. 6 (1), 91-103.
- Delobbe, N., (2005). Introduction de l'ouvrage Delobbe N., Herrbach, O., Lacaze, D. et Mignonac, K. (dir.), *Comportement organisationnel (Vol 1) : Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle*. Bruxelles : De Boeck.
- Desmarais, C., & Gamassou, C. E. (2012). La motivation de service public à l'aune du service public « à la française ». *Politiques et management public*, 29(3), 393-411.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, vol. 86 (3), 499-512.
- Demers, C. (2003). L'entretien. Dans Giordano, Y. (dir.), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Colombelles : EMS.
- Desmarais, C. (2008). The French research community's perspectives on New Public Human Resource Management. *Public Management Review*, ol. 10 (1), 139-150.
- Desmarais, C. et Abord de Chatillon, E. (2009), « Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du privé et du public ? », *Revue Française d'Administration Publique*, n°128, pp 767-783.
- Desmarais, C. et Edey Gamassou, C. (2012). La motivation de service public à l'aune du service public « à la française ». *Politiques et Management Public*, Vol. 29/3, 393-411.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux: quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, (1), 57-80.
- Detchessahar, M., Devigne, M. et Stimec, A. (2010). Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management. *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 13, n° 4, 39-74.
- De Terssac, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris : PUF.

Bibliographie

Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public administration*, 87(4), 892-909. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01766.x>

Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, vol. 95, 542-575.

Diener E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being : Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*. 54, 403-425. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

Diener, E., Sapyta, J.J. et Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, vol. 9, 33-37.

Diener, E., Pressman, S. D., Hunter J. Delgado-Chase, D. (2017). If, why, and when well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology: Health and well-being*, 9 (2), 133-167. doi:10.1111/aphw.12090

Dolan, S., Gosselin, E. et Carrière, J. (2013). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. 4^{ième} édition. Paris : Broché.

Douillet P. (2014). Dans *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Zawieja P. et Guarneri F. (dir.), Paris : Le Seuil.

Dulac, T. (2005). De la formation à l'évaluation du contrat psychologique : Revue de la littérature et perspective de recherche. Dans Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D. et Mignonac, K. (dir.), *Comportement organisationnel (Vol 1) : Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle*. Bruxelles : De Boeck.

Durand S., Krohmer, C. et Baret, C. (2014). *Les établissements hospitaliers publics soumis aux risques psychosociaux : réalisation d'un diagnostic spécifique des facteurs de risques en vue de la mise en œuvre d'actions de prévention*. Acte du 25^{ième} congrès de l'AGRH, Chester (Royaume-Uni), 6-7 novembre.

Dutot-Bellouard, C. et Taillandier, A.-C (2011). *Impacts du vieillissement démographique sur la santé des personnels soignants hospitaliers*. Communication au colloque La santé, quel travail !? Santé et maladie, entre définitions savantes et pratiques professionnelles, Nantes, 25 et 26 mars.

-E-

Edey-Gamassou, C. (2005). *Epuisement professionnel et implication : un modèle fondé sur les ressources*. 16^{ème} congrès de l'AGRH, Paris Dauphine, 15 et 16 septembre.

Edey-Gamassou, C., (2017). Le modèle Exigences-Ressources à l'épreuve du temps : les déterminants du bien-être et de la fatigue d'agents territoriaux en France. *Revue économique et sociale*. Bulletin de la Société d'études économiques et sociales, Société d'études économiques et sociales, 75 (4). <hal-01497175>

El Abboubi, M, et Cornet, A. (2012). La gestion de la diversité dans le secteur public : pratiques et conditions de succès. *Revue Gestion*, vol. 4, n°37, 57-66.

Emery, Y. (2005). La gestion par les résultats dans les organisations publiques: de l'idée aux défis de la réalisation. *Télescope*, 12(3), 1-11.

Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, I. J. M., Fry, C., et Hasselhorn, H. M. (2010). Longitudinal analysis of Personal and Work-Related Factors Associated with Turnover among Nurses. *Nursing Research*, 59 (3), 156-177.

Estryn-Behar, M. (2004). Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant, *Etude PRESST-NEXT*.

-F-

Feroni, I. et Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 3, 469-494. DOI 10.3917/rfs.463.0469

Fortier, I. (2013). Ethos public et quête de sens dans cette ère de réforme : le NMP, ses critiques et les luttes pour la reconnaissance d'une spécificité du secteur public. @ *GRH(4)*, p. 157-198

French, J. R. P. Jr., Caplan, R. D. et Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*, Londres : Wiley.

Fretigny, I. et Cordoba, I. (2015). Effets contrastés des rps: favoriser l'identification ou renforcer les résistances?. *Le Journal des psychologues*, (3), 40-45.

Bibliographie

Freund, A. M. et Riediger, M. (2001). What I have and what I do — The role of resource loss and gain throughout life. *Applied Psychology : An International Review*, vol. 50, 370-380.

Freund, A. M. et Baltes, P. B. (2003). Successful development and aging : Selection, optimization and compensation, traduit et adapté par Bouffard L. (2003), Pour un développement et un vieillissement réussis : Sélection, optimisation et compensation. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, n°3, 27-52.

-G-

Gagné, M. et Deci, E.L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331–362. Doi : 10.1002/job.322

Gardet, E. (2008). *Les modes de coordination au sein de réseaux d'innovation*, Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Savoie Mont-Blanc.

Gavard-Perret, M-L, Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion, Réussir son mémoire ou sa thèse* (2ième éd.), Paris : Pearson.

Gavard-Perret, M-L, Gotteland, D., Haon, C., Helme-Guizon A., Herbert, M., Ray, D. (2012). Collecter les données par l'enquête. Dans Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., Jolibert A. (coordonné par), *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion, Réussir son mémoire ou sa thèse* (2ième éd.), Paris : Pearson.

Gavard-Perret M.-L. et Helme-Guizon A. (2012). Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. Dans Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., Jolibert A. (coordonné par), *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse* (2^{ième} édition). Paris : Pearson.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford University Press.

Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative*. Colombelles : EMS.

Girod-Séville, M., et Perret, V, (1999), « Fondements épistémologiques de la recherche », in R.A. Thiétart et coll., *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp. 13-33.

Girod-Seville, M., et Perret, V. (2002). Les critères de validité en sciences des organisations: les apports du pragmatisme.

Granovetter, M. S. (1973). The strenght of weak ties. *American Journal of Sociology*, vol. 78 (6), 1360-1380.

Grevin, A., (2011), *Les transformations du management des établissements de santé et leurs impacts sur la santé au travail : l'enjeu de reconnaissance de dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malade de « gestionniste »*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Nantes. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=ff3a12f6-40ab-449c-a45d-17643676f117>

Groleau, C. (2003). L'observation. Dans Giordano, Y., *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative*. Colombelles : EMS, pp. 211-244.

Grosjean, S. et Bonneville, L. (2007). Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. *Revue française de gestion*, vol. 3, n° 172, 145-157. DOI : 10.3166/rfg.172.145-157. URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-3-page-145.htm>

Guerrero, S. (2003). La nature du contrat psychologique comme cadre d'étude de la relation d'emploi. 14^{ième} congrès de l'AGRH, Grenoble.

Guerrero, S. (2004). Proposition d'un instrument de mesure du contrat psychologique : le PCI. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 53, 55-68.

Guillet, L. (2012). *Le stress*. Bruxelles : De Boeck.

-H-

Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, n°104, 23-29.

Halbesleben, J. R. (2006). Sources of social support and burnout : a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, vol. 91, n°5, 1134-45.

Halbesleben, J.R.B. et Buckley, M.R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*. Vol. 30, n°6. 859-879.

Bibliographie

- Halbesleben, J. R. B., Neveu, J. P., Paustian-Underahl, S. C. et Westman, M. (2014). Getting to the “COR”: understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, vol. 40 (5), 1334-1364.
- Hakanen, J. J., Peeters, M. C., & Perhoniemi, R. (2011). Enrichment processes and gain spirals at work and at home: A 3-year cross-lagged panel study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 8-30.
- Hatchuel, A. (1994). Apprentissages collectifs et activités de conception. *Revue Française de Gestion*, n°99.
- Hellemans, C. et Van De Leemput, C. (2012). Stress. Stress et mal-être au travail. Dans Gilbert P. et Allouche J. (Dir.), *Encyclopédie des Ressources Humaines (3 ed., p. 1428-1434)*. Paris : Vuibert.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*. Paris : Syros.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holohan, C. K. et Cronkite, R. C. (1999). Resource loss, resource gain, and depressive symptoms : A 10-years model. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, 620-629.
- Houston, D. J. (2000). Public-service motivation: a multivariate test. *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 10, n°4, 713-728.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources, A New Attempt of Conceptualizing Stress. *American Psychology*, 44, n°3, 513-524.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New-York: Plenum.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, vol. 50, n° 3, 337-421.
- Hobfoll, S. E. (2002). « Social and psychological resources and adaptation », *Review of General Psychology*, n°6 (4), 307-324.

Bibliographie

Hobfoll, S.E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 84, n°1, 116-122.

Hobfoll S.E., Halbesleben J., Neveu J.-P., et Westman M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, vol. 5, 103-128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>

Hobfoll, S.E. et Shirom, A. (1993). Stress and burnout in the workplace: conservation of resources. Dans Golembiewski, T. (dir.), *Handbook of Organizational Behavior*. (41-61). New York : Dekker.

Hobfoll, S.E. et Shirom, E. (2001). Conservation of resources theory. Applications of stress and management in the Workplace. Dans Golembiewski R.T. (Ed), *Handbook of Organizational Behavior*, (57-80). New-York : Dekker.

Hotchwarter, W. A., Perrewé, P. L., Meurs, J. A. (2007). The interactive effects of work-induced guilt and ability to manage resources on job and life satisfaction. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 12 (2), 125-135.

-J-

Jamil, A., Raja, U. et Darr, W. (2013). Psychological Contract Types as Moderator in the Breach-Violation and Violation-Burnout Relationships. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, Volume 147, Issue 5.

Journé, B. (2012). Collecter les données par l'observation. Dans Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., Jolibert A. (coordonné par), *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse (2^{ième} édition, p. 165-206)*. Paris : Pearson.

-K-

Karasek, R.A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, 285–308.

Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York : Basic Books.

Kellner A., Townsend K., Wilkinson A., Lawrence S. A. et Greenfield D. (2016). Learning to manage: development experiences of hospital frontline managers. *Human Resource Management Journal*, Vol. 26/4, 505-522, doi: 10.1111/1748-8583.12119

Kernaghan, K. (2000). The post-bureaucratic organization and public service values. *International Review of Administrative Sciences*, 66, p. 91-104

Kernaghan, K. (2003). Integrating values into public service: The values statement as centerpiece. *Public administration review*, 63(6), 711-719.

Kociatekiewicz, J., Kostera, M. (2014). *Liquid organization: Zygmunt Bauman and organization theory*. Oxford : Routledge.

-L-

Laguardia, J. et Ryan, R.M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 21, n° 2, 281-304.

Lassagne, M., Perriars, J., Rozan, A. et Trontin, C. (2012). *L'évaluation économique du stress au travail*, Editions Quae France, coll. « Matières à débattre et décider », 72 p., <http://unr-ra.scholarvox.com.sid2nomade-1.grenet.fr/reader/istream/docid/88813328/>

Lazarus, .S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.

Lenay, O., et Moisdon, J. C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue française de gestion*, (5), 131-141.

Folkman, S., et Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Leiter, M.P. et Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. Dans P. Perrewé et D. C. Ganster, (dir.), *Research in occupational stress and well being (Vol. 3, 91-134)*. Oxford, UK: Elsevier.

Bibliographie

Lemire, L., (2005). Le nouveau contrat psychologique et le développement de l'employabilité : chose promise, chose due !. *Revue Multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, vol. 1, n°1, 4-21.

Lemire, L. et Martel, G. (dir.) (2007). *L'approche systémique de la gestion des ressources humaines : le contrat psychologique des relations d'emploi dans les administrations publiques du XXIe siècle*. Québec : Presses de l'Université du Québec. (JF 1601 L554a 2007)

Lim, S., Cortina, L. M. et Magley, V. J. (2008). Personal and workgroup incivility : Impact on work and health outcomes. *Journal of applied psychology*, Vol. 93/1, 95-107.

Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières. *Revue Travail et Emploi*, n°94, 65-74.

-M-

Mabire, C. (2017). *Résistance du monde agricole : aspects psychosociaux du bien-être et du mal-être*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Lorraine. <NNT : 2017LORR0365>. <tel-01848724>

Manzano, M. (2010). Les « risques psychosociaux » et le psychologue du travail... en Service de santé au travail (sst). *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10,(2), 179-193. doi:10.3917/nrp.010.0179.

Maslach, C. et Jackson, S. E., (1986). *MBI: Maslach burnout inventory Manual* (2nde éd.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press

Maslach, C., Jackson, S. E. (1981), The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behavior*, n° 2, 99-113.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2011 [1997]). *Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel*. Les Arènes.

Maringue, C. (2016). Le “virage ambulatoire” ou l'effet masse. *Soins cadres*, n° 97.

Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial organization*. New York: McMillan.

Bibliographie

Mhiri, S., et Teneau, G. (2015). L'emprise du stress chez les cadres supérieurs et intermédiaires. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 21(52), 293-312.

Minvielle, E. (2006). New Public Management "à la Française": The case of the Regional Hospital Agencies. *Public Administration Review*, Vol. 66/5, 753-763.

Miremont, M.-C. (2014). *La dynamique « éthique du care », nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université de Pau et des pays de l'Adour. <https://www.theses.fr/185279406>

Moisdon, J.-C. (2008). Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 39/3, 175-181.

Moser, G. (2009). *Psychologie environnementale: les relations homme-environnement*. Rome : Armando Editore.

Moisdon J.-C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention : l'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, vol.1, n°1-2, p. 213-226.

Morrisson, E. W. et Robinson, S. L. (1997). When employees feel betrayed : a model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, vol. 22, n°1, 226-256.

Moisson, V., Fuhrer, C. et Cucchi, A. (2010a). Les déterminants du stress et de l'épuisement professionnel : le rôle de l'environnement relationnel. Acte du 21^{ème} **congrès de l'AGRH**, Saint-Malo, 17 au 19 novembre.

-N-

Neveu, J.-P., (2007). Jailed resources: Conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 28, 21-42.

Neveu, J.-P. (2012a). Pour repenser la relation travail-santé psychologique : La théorie de la préservation des ressources. Dans Abord de Chatillon, E., Bachelard, O. et Carpentier, S.

Bibliographie

(dir.) *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale* (p. 79-87), Paris : Magnard-Vuibert.

Neveu J.-P. (2012b). La difficile prévention des suicides au travail. *Gestion*, 37(4), 6-14. DOI 10.3917/riges.374.0006

Newman, S. et Lawler, J. (2009). Managing health care under New Public Management. A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of sociology*, Vol. 45/4, 419-432, DOI:10.1177/1440783309346477

Noblet, A. J., et Rodwell, J. J. (2009). Identifying the predictors of employee health and satisfaction in an NPM environment: Testing a comprehensive and non-linear demand-control-support model. *Public Management Review*, 11(5), 663-683. <https://doi.org/10.1080/14719030902798214>

Noguera, F. (2010). Les défis posés par la nouvelle gestion publique à la GRH : cas de la Direction Générale des impôts. *Revue de gestion des ressources humaines*, 78,(4), 32-58. doi:10.3917/grhu.078.0032.

-P-

Perry, J. L. (2000). Bringing society in: Toward a theory of public-service motivation. *Journal of public administration research and theory*, 10(2), 471-488.

Perry, J.L. et Wise, L.R. (1990). The motivational bases of public service. *Public Administration Review*, 367-373.

Poirel, E. et Yvon, F. (2011). Les sources de stress, les émotions vécues et les stratégies d'ajustement des directions d'école au Québec. *Revue des sciences de l'éducation*, 37 (3), 595–615. Doi:10.7202/1014759ar

-R-

Rappin, B. (2011). De l'unité ontologique des épistémologies gestionnaires et de ses conséquences. *Management & Avenir*, (3), 476-489.

Raveyre, M. et Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3.

Bibliographie

Raybois, M. (2010). Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ?, *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, n°10, 71-81. DOI 10.3917/nrp.010.0071

Richard, D. (2012). *Management des risques psychosociaux : une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Grenoble Alpes. <NNT : 2012GRENA022>. <tel-00780951>

Robinson, S. L. (1996). Trust and breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, 41, 574-599.

Romelear, P. (2005). L'entretien de recherche. Dans Roussel P. et Wacheux F. (coordonné par), *Management des Ressources Humaines. Méthodes de recherche en sciences sociales*. Bruxelles : De Boeck.

Rousseau, D.M. (1989). Psychological and implied contract in organizations. *Employee Rights and responsibilities Journal*, 2, 121-139.

Ryff, C. D. et Keyes, C. L. (1995). The structure pf psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, vol. 69, n° 4, 719-727.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.

-S-

Safy, F. (2011). *La relation entre souffrance et implication au travail dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources: le cas d'une organisation medico-sociale*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Paul Valéry – Montpellier III. <https://www.theses.fr/2011MON30108>

Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, n° 3. <https://journals.openedition.org/nrt/1042>

Salanova, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. (2011). “Yes, I can, I feel good, and I just do it!” On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology*, 60(2), 255-285.

Bibliographie

Sassi, N. et Neveu, J.-P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel : le Shirom-Melamed Burnout Measure. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 42, vol. 3, 177-84.

Scheller, L., Druet, L. & Reure, E. (2015). Psychologue du travail à l'hôpital : un métier impossible ou en construction ?. Dans : Yves Clot éd., *Perspectives en clinique du travail* (pp. 11-33). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.clot.2015.01.0011.

Selye, H.A. (1956). *The Stress of Life*, New York: MacGraw-Hill

Selye, H.A. (1974). *Stress Without Distress*, Signet Book, New American Library, New York.

Sharpe, A., (2005). The psychological contract in a changing work environment. *The Work Institute*. Doi:10.1.1.614.9619

Shirom, A. (2005). Special Issue: The conceptualisation and measurement of burnout. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, Reflections on the study of burnout, Vol. 19, n°3, 263-270.

Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. In G. P. Hodgkinson, & J. K. Ford (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 20, pp. 269-309). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Shirom, A. et Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals, *International Journal of Stress Management*, vol. 13, n°2, 176-200.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work : theory, empirical support and implications for prevention, 190-204, in C.L. Cooper, *Theories of Organizational Stress*, New-York : Oxford University Press.

Silveri, F. (2017). Peut-on compenser des conditions de travail nocives ? L'apport du modèle Exigences-Ressources. @*grh*, vol. 3, n° 24. Doi:10.3917/grh.173.0029

Bibliographie

Simonet, P., Caroly, S., et Clot, Y. (2011). Méthodes d'observation de l'activité de travail et prévention durable des TMS: action et discussion interdisciplinaire entre clinique de l'activité et ergonomie. *Activités*, Vol. 8, n°1, 20 p.

Steele, J. et Dredge, D. (2017). The liquid organization of volunteer tourism: Implications for responsibility. *International Journal of Tourism Research*, vol. 19, 715-726.

Stone, P. W., Tourangeau, A. E., Duffield, C. M., Hughes, F., Jones, C. B., O'Brien-Pallas, L. et Shamian J. (2003). Evidence of nurse working conditions: A global perspective. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Vol. 4 (2), 120-130.

-T-

Taylor, F. (1911). The principles of scientific management. *New York: Harper Bros.*

Taylor, M.S., et Tekleab, A.G. (2004). Taking stock of psychological contract research: assessing progress, addressing troublesome issues, and setting research priorities. Dans J. A-M. Vanderbeeke, W., Government calling : Public service motivation as an element in selecting government as an employer of choice », *Public Administration*, vol. 86, n°4, 1089-1105.

Tourangeau, A. E., Thomson, H., Saari, M., Widger, K., Ferron, E. M. et MacMillan, K. (2012). Determinants of nurse faculty intention to remain employed. *Open Journal of Nursing*, 2, 254-261.

-U-

Ughetto, P. (2007). *Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions de travail et management*, Paris : Editions de l'ANACT.

-V-

Van de Ven, A. H., et Johnson, P. E. (2006). Knowledge for theory and practice. *Academy of Management Review*, vol. 31, 802-821.

Van Haerperen, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus?. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 51(2), 83-99.

Vickers M. H. (2006). Writing what's relevant: workplace incivility in public

Bibliographie

administration—a wolf in sheep's clothing. *Administrative Theory & Praxis*, Vol. 28, No. 1, 69–88 R, University of Western Sydney.

Volkoff, S. & Thébaud-Mony, A. (2000). 22. Santé au travail : l'inégalité des parcours. Dans *Les inégalités sociales de santé* (pp. 349-361). Paris: La Découverte.

-W-

Wacheux, F. (1996). *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*. Paris : Economica.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 64, 678-691.

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal Of Occupational Psychology*, 63(3), 193-210.

Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, vol. 5 (2), 171-180.

Wheeler, A. R., Halbesleben, J. R. B. et Whitman, M. V. (2013). The interactive effects of abusive supervision and entitlement on emotional exhaustion and co-worker abuse. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 86, 477-496.

Willem, A., De Vos, A. et Buelens, M. (2010). Comparing private and public sector employees psychological contracts : Do they attach equal importance to generic work aspects ? *Public Management Review*, vol. 12, n°2, 275-302.

-Y-

Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.), Thousand Oaks, CA : Sage Publishing.

-Z-

Zawieja, P. et Guarnieri, F. (2013). Epuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Dans P. Zawieja, et F. Guarnieri, (dir.), *Epuisement professionnel : principales approches innovantes et pluridisciplinaires* (p. 11-34). Paris : Armand Colin. 978-2-200-28772-6. <hal-00848200>

Zhao H., Wayne S.J., Glibkowski B.C. et Bravo J. (2007). The impact of psychological contract breach on work-related outcomes: A meta analysis. *Personnel Psychology*, n°60, 647–680.

Rapports

Abord de Chatillon, E., Blondet, C., Branchet, B., Crambes, C., Commeiras, N., Malaquin, M., Rossano, M., Valette, A. (2016). *La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 »*. CERAG – Chaire Management et Santé au Travail - Université Grenoble Alpes.

Andreoletti, C. (coord.). (2007). La tarification des établissements de santé. Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires. Document réalisé par l'équipe de la Mission Tarification à l'Activité (MT2A) Hôpital 2007 à la demande du ministre de la santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf

Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES). (2013). *Rapport sur l'enquête Conditions de Travail 2013*. <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/conditions-de-travail-edition-2013>

DREES. (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, *Etudes et Résultats*, n°335, août.

Gollac, M. et Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Avril 2011.

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). (2016). *Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge-Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf

Bibliographie

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2002). *Rapport sur la santé dans le monde-réduire les risques et promouvoir une vie saine*, <http://www.who.int/whr/2002/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Rapport sur la santé dans le monde-la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1

Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé (ONVS). (2014). *Rapport annuel 2014 sur les données 2013*, <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs/article/onvs-rapport-annuel-2014-donnees-2013>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien
Article 1 RGRH

Présentation générale : cet entretien a pour objectif de mieux comprendre votre travail, mais surtout ses conditions et ses contraintes. Il ne s'agit pas d'une enquête, mais plutôt d'identifier avec vous les points clés, qu'ils posent particulièrement problème ou au contraire qu'ils apportent une réelle plus-value à votre activité.

Thème	Questions	Relances
Présentation générale	Pourquoi avez-vous choisi ce travail et comment avez-vous effectué ce choix ?	Subi ? choisi ?
Parcours professionnel	Si l'on rend comme point de départ votre formation, comment s'est déroulé votre parcours professionnel ?	Différentes institutions ? Différents postes ? Différents lieux Evolution professionnelle ?
Le poste	Nous allons distinguer deux dimensions : votre poste et votre activité. Le poste correspond aux différents paramètres de votre métier, l'activité correspond à ce que vous faites concrètement. Pourriez-vous me décrire les différentes caractéristiques de votre poste de travail ?	Dimension physique Temps de travail Rattachement hiérarchique Rattachement transversal Rapport client / FRS
L'activité	Quelles sont les différentes activités qui caractérisent votre travail ?	variabilité, différentes tâches, seul ou en groupe, travail sur dossier ou avec usagers, temps réel de travail (en dehors ? à la maison ? quel rapport aux usagers
La mission	Si maintenant on raisonne au niveau de votre mission, comment envisagez-	objectifs perso et hiérarchiques, critères de performance selon vous / hiérarchie, partage dans l'équipe sur les critères de performance,

	vous celle-ci ?	qu'est-ce que vous aimez faire / ne pas faire ? Qu'est ce qui est important, quelles sont vos priorités par rapport à votre travail Critères de quantification de l'activité, lesquels : comment juger de l'importance de celle-ci ?
Dynamique de motivation, implication et d'identification	Aujourd'hui, qu'est ce qui a de l'importance pour vous dans votre métier et son exercice ?	Dimension institutionnelle : intérêt public, valeurs publiques Dimension politique publique : attrait que représente le secteur social Dimension organisationnelle : importance accordée à leur organisation Dimension profession/métier : insertion dans le groupe professionnel, normes et valeurs de métier Dimension rôles et activités : compétences particulières dans un univers relationnel particulier
Difficultés	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre métier ?	violences interpersonnelles, pressions internes / externes, charge de travail, situation des usagers
ressources	Quels sont les éléments à votre disposition qui vous permettent au moins parfois de surmonter ces difficultés ?	EDD, échanges de pratiques, soutien social, management... Eléments personnels...
Contrat psy	Etes-vous satisfait de votre activité de travail ? Comment qualifieriez-vous le lien qui vous uni au conseil général ?	satisfaits rémunérations, carrière, conditions de travail, projets ? impression de promesses de l'organisation, de la hiérarchie, tenues / non tenues ?

Annexe 2 : Grille d'observation
Article 1 RGRH

Propos introductif : Bonjour, merci de nous accueillir. Nous sommes ici pour analyser votre poste de travail, voir ce qui va bien, ce qui pourrait être amélioré. Nous ne sommes pas là pour vous juger mais pour comprendre votre métier. Je vous précise que tout ce que vous nous direz dans le cadre de cet entretien sera anonyme.

Déroulement :

1/ Entretien en face-à-face

Objectif : Appréhender le métier de la personne interrogée

Durée : ½ heure

Matériel : Guide d'entretien (*annexe 1*)

2/ Description physique de l'environnement de travail

Objectif : Recenser très précisément les conditions de travail de l'individu

3/ Gestion du temps et de l'activité

Objectif : Comprendre l'activité de l'individu au cours du temps

A relever :

→ La répartition des activités dans le temps

→ Les déplacements effectués

→ Les différents interlocuteurs

4/ Débriefing sur la journée et questions éventuelles

Objectif : Appréhender la perception des personnes concernant leur poste et poser les questions éventuelles qui n'auraient pas pu être abordées au cours de la journée

Annexe 3 : Grilles d'analyse

Dimension du modèle	Modèle de la théorie de la conservation des ressources, exigences et conséquences du travail
Contraintes	
Ressources	
Souffrance	
Liens contraintes / souffrance	
Liens ressources / Contraintes	
Liens ressources / souffrance	
Liens souffrance / Contraintes	
Capacité des ressources à modérer le lien contrainte souffrance	

Dimension du modèle	Modèle Contrat psychologique
Antécédents au contrat	

Les éléments du contrat	
Les évolutions des modalités du contrat	
Les conséquences de la dérive du contrat	

Annexe 4 : Grille d'entretien
Article 2 JGEM

Thèmes	Questions	Relances
Identité	Quel parcours de formation et professionnel vous a amené à la position professionnelle que vous occupez aujourd'hui ?	Formation ? Expérience privé / publique ?
Poste actuellement occupé	Dans quel service travaillez-vous ? Pourriez-vous décrire votre activité quotidienne ?	Relations avec les membres de votre équipe (infirmières, aides soignante) Temps de travail (le vôtre et celui de l'équipe) Encadrement Cadre de santé : pratique encore des soins ?
Description des conditions de travail	Relations interpersonnelles Temps de travail	Relations avec : - l' équipe - d'autres cadres ? de santé, administratifs ou techniques (d'autres établissements ?) - hiérarchie directe - directeur de pôle - médecins Horaires pour vous ? l'équipe ? Est-ce que vous badgez ? Si vous faites plus d'heures que le stipule votre contrat, pouvez-vous les récupérer ? avec un Compte Epargne Temps ? Est-ce que vous arrivez à prendre tous vos RTT ? Si l'équipe travaille en 12h , quel est votre avis ? celui de l'équipe ? Impact sur la qualité des soins ?
Identification des évolutions récentes	Quelles sont les principales évolutions que vous avez connues et qui ont pu affecter votre fonction de cadre ? Vos conditions de travail ?	Pourriez-vous les décrire ? (enjeux, acteurs, ...) Quel impact sur l'organisation du travail ? votre autonomie au travail ?

		<p>vos responsabilités ? sur vosre charge de travail ?</p> <p>Mutualisation ? Bénéfique ou non ? en termes de compétences ? de qualité des soins ?</p> <p>T2A ? Est-ce qu'on vous demande de respecter des objectifs chiffrés (diminution DMS ou autre) ?</p>
Perception des conditions de travail	Quelle est votre perception des conditions de travail et de leur évolution ?	<p>Avez-vous été sensibilisé aux RPS ? à la prévention des RPS (formation ? autres actions de préventions mises en place ?)</p> <p>Etat de santé de l'équipe ? Appréciation sur les RPS, vous, votre équipe ?</p> <p>Absentéisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles visibilité ? Micro ou longue durée ? - Comment le gérez-vous ? (IDE, AS) <p>Avis sur le DUER ? Existence et pertinence des indicateurs ?</p>
Actions menées pour améliorer les conditions de travail	<p>Avez-vous mis en place ou participé à l'implantation de démarches visant à améliorer les conditions de travail ?</p> <p>Rôle spécifique des encadrants ? des encadrants de proximité ?</p> <p>Quelles sont les solutions que vous utilisez pour réduire les RPS de votre équipe ?</p>	<p>Description ?</p> <p>Difficultés rencontrées ?</p> <p>Solutions mises en œuvre pour les surmonter ? Qui, comment, pourquoi ?</p> <p>Espaces de discussion, échanges de pratiques ?</p>
Impact sur l'organisation	<p>Quel impact sur vos conditions de travail ?</p> <p>Quel impact sur le management de l'équipe ? sur les conditions de travail de l'équipe ?</p> <p>Quel impact sur l'articulation soignant-non soignant ?</p> <p>Quel impact sur la coordination du travail entre les médecins et cadres</p>	

	de santé ? infirmières ? aide soignantes ?	
Impact sur le travail des acteurs, des collaborateurs	Quel impact sur l'activité en général et sur la vôtre en particulier ? et sur celle de vos collaborateurs (équipe) Impacts sur la qualité des soins ?	Modification du rapport à la question des conditions de travail ?
Avenir	Comment voyez-vous l'action future sur l'amélioration des conditions de travail ? Quelle évolution du rôle des encadrants ? des encadrants de proximité ?	Comment vous projetez-vous dans ces évolutions ?
Documentation	Possibilité de récupérer les documents suivants : DUER, Bilan social, Rapport du médecin du travail, PV de CHSCT, Expertises CHSCT Autres documents pertinents ?	

Annexe 5 : Tableaux des entretiens
Article 2 JGEM

CH1

Fonctions	Nombre de personnes	Durée en minutes
Cadre de santé 1	1	118
Cadre administratif	1	114
Cadre de santé 2	1	98
Psychologue du travail	1	81
Médecin du travail	1	68
Infirmier-ère-s	3	112
Agents administratifs	3	78

CH2

Fonctions	Nombre de personnes	Durée en minutes
Cadre de santé 1	1	118
Cadre de santé 2	1	110
Cadre administratif	1	113
Infirmier-ère-s	3	83
Psychologue du travail	1	85
Médecin du travail	1	111

CH3

Fonctions	Nombre de personnes	Durée en minutes
Cadres de santé 1	1	66
Cadre de santé 2	1	50
Infirmière	1	33
Médecins du travail	2	86

Annexe 6 : Liste des nœuds créés dans Nvivo Article 2 JGEM

Nœuds			
Nom	Sources	Références	
● Analyse de la pratique		4	12
● Cohésion et solidarité au sein de l'équipe		8	38
⊕ ● Conditions de travail		10	207
● Développement des compétences		7	11
● DU préventeur CH1 comité RPS		1	24
● Echanges entre pairs		5	10
● Gestion de l'absentéisme		6	16
● Gestion des plannings et congés par le cadre		9	69
⊕ ● Manifestations conséquences difficultés au travail		5	16
● relation cadre agents		10	60
● Réunions d'équipes		7	15
● Soutien social professionnel		5	8
⊕ ● Statut de la ressource pour l'individu		6	146
● Temps passé sur le lieu de travail		9	40
⊕ ● Transformation du travail contexte rationalisation		11	38
⊕ ● Types de ressources		7	153
● Valeurs partagées mission service public		4	7

Table des illustrations

Figure 1: Schématisation de la démarche générale de recherche.....	19
Figure 2: Modèle demandes-contrôle de Karasek.....	32
Figure 3: Schématisation du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman inspiré de Poirel et Yvon (2011)	37
Figure 4: Schématisation du modèle Exigences-Ressources inspirée de Demerouti et al. 2001	42
Figure 5: Modélisation de la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 2001, p. 358)	56
Figure 6: Schématisation de la T2A (source : Andreoletti, 2007)	72
Figure 7: Schématisation du processus global de recherche	79
Figure 8: Schématisation du processus méthodologique	145
Figure 9: Schématisation générale du processus.....	154

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon	107
Tableau 2: Les phases de réflexion collective.....	109
Tableau 3: Eléments centraux du contrat psychologique des agents de Gerhand.....	112
Tableau 4: Les différents types de ressources	113
<i>Tableau 5: Les ressources interpersonnelles et énergétiques.....</i>	<i>148</i>
<i>Tableau 6: Processus de recherche</i>	<i>170</i>

Table des matières

Sommaire	7
Introduction générale.....	9
PARTIE I Situer cette recherche au sein des nombreux modèles théoriques de la santé au travail.....	21
Chapitre 1. Du bien-être au mal-être ou la santé au travail comme un continuum	23
1. Le bien-être : un concept aux contours fluctuants.....	24
1.1. Des conceptions hédonistes ou la recherche du plaisir	25
1.2. Les conceptions eudémonistes vers la réalisation de soi.....	26
1.3. Des modèles spécifiques au travail	27
2. Les différents modèles du stress et de l'épuisement professionnels	29
2.1 Le stress professionnel	29
2.1.1 Aux fondements : les modèles de conception biologiste ou physiologiste	30
2.1.2 Le modèle demande-contrôle de Karasek	31
2.1.3 Le modèle « déséquilibre effort-récompense » de Siegrist	34
2.1.4 Le modèle cognitif de Lazarus et Folkman	35
2.2 L'épuisement professionnel	38
2.2.1 L'approche de Christina Maslach (MBI)	39
2.2.2 Le modèle Exigences-ressources et l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	41
2.2.3 Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM)	43
Synthèse du chapitre 1	45
Chapitre 2. Une approche par les ressources pour une approche dynamique de la santé au travail.....	47
1. Pourquoi le choix d'une approche par les ressources ?.....	47
2. La théorie de la conservation des ressources.....	48
2.1. Vers une définition des ressources	49
2.2. Principes et corollaires pour expliquer la relation aux ressources	51
2.3 Trajectoires, spirales de ressources et incidence émotionnelle	54
3. De l'individu à l'organisation : le concept de "Caravan passageways".....	57

Synthèse du chapitre 2	59
Synthèse de la partie 1	61
PARTIE II Design de la recherche.....	63
Chapitre 1. Un positionnement épistémologique interprétativiste et spécificités du contexte des fonctions publiques territoriale et hospitalière	65
1. Un positionnement épistémologique interprétativiste.....	65
1.1 De la relation chercheur/objet entre subjectivité, neutralité et objectivité.....	67
1.2 La question de la validité des connaissances produites.....	68
2. Le contexte de rationalisation des fonctions publiques territoriale et hospitalière et ses effets sur les agents	69
2.1 Le Nouveau Management Public	69
2.2 Illustration de ce changement de paradigme et de ses effets sur les agents de la fonction publique hospitalière	71
2.3 NMP et santé au travail	73
Synthèse du chapitre 1	75
Chapitre 2. Choix d'un croisement des modes de collectes multiples pour approcher l'activité concrète des acteurs.....	77
1. Différentes configurations de travail.....	80
2. Modes de collecte multiples pour tenter de saisir les ressources	81
2.1 Des entretiens semi-directifs pour chacun des articles.....	81
2.2 Observation non participante	83
3. Différentes méthodes de traitements des données	86
3.1 Un codage manuel pour les articles 1 et 3.....	86
3.2 L'analyse avec Nvivo.....	87
Synthèse du chapitre 2	89
Synthèse de la partie II	90
PARTIE III Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources.....	91
1. La rupture du contrat psychologique : une spirale de perte de ressources ?	97
1.1. Rupture et violation du contrat psychologique	97
1.2. La théorie de la Conservation des Ressources (COR)	99
1.3. Passage de la rupture à la violation du contrat psychologique et spirale de perte des ressources dans le cas de changements liés au nouveau management public.....	101

2.	Méthode.....	104
2.1.	Une recherche-intervention dans un service public à vocation sociale.	105
2.2.	Le processus d'analyse des données	110
3.	Principaux résultats	111
3.1.	Les principales ressources mobilisées par les agents du service gérontologie et handicap	111
3.2.	De la rupture à la violation du contrat psychologique	115
4.	Discussion	123
4.1.	Apports méthodologiques et managériaux.....	124
4.2.	Apports théoriques	125
	Conclusion :	127
	Synthèse Partie III	128
	PARTIE IV Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital	131
1.	Des risques psychosociaux à l'hôpital vers une approche par les ressources	137
1.1.	Conditions de travail, management et santé au travail.....	138
1.2.	La théorie de la conservation des ressources	140
1.2.1.	Les ressources	141
1.2.2.	Les spirales de perte ou de gain de ressources	142
2.	Une recherche qualitative et interprétative.....	143
2.1.	Méthodologie de la recherche	143
2.1.1.	Terrains et Données.....	144
2.2.2.	Traitement des données	145
3.	Résultats	146
3.1.	Identification et illustration de ressources contextualisées	147
3.2.	Les spirales : un processus fluctuant de ressources	151
	Conclusion et discussion	155
	Synthèse de la partie IV	159
	PARTIE V A quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité	161
1.	Littérature : quelles ressources pour affronter la pénibilité ?.....	166
1.1.	Le modèle Exigences-Ressources	166
1.2.	La théorie de la conservation des ressources	167
2.	Méthode : un ensemble d'observations non participantes.....	169

2.1. Un service qui « va bien ».....	170
2.2. Une collecte en deux temps	171
2.3. Une analyse par le cadre de l'organisation « liquide »	173
3. Résultats	175
3.1. Une organisation plus liquide que solide	175
3.2. Affronter une organisation liquide : une identification des ressources.....	181
4. Discussion.....	187
4.1. Sur le plan méthodologique et interprétatif.....	187
4.2 Sur le plan théorique	188
Synthèse de la partie V	190
PARTIE VI Discussion	193
Conclusion générale	205
Bibliographie.....	209
ANNEXES	232
Annexe 1 : Grille d'entretien Article 1 RGRH.....	233
Annexe 2 : Grille d'observation Article 1 RGRH.....	235
Annexe 3 : Grilles d'analyse	236
Annexe 4 : Grille d'entretien Article 2 JGEM	238
Annexe 5 : Tableaux des entretiens Article 2 JGEM.....	241
Annexe 6 : Liste des nœuds créés dans Nvivo Article 2 JGEM	242
Table des illustrations.....	244
Table des tableaux	245
Table des matières	246