



HAL
open science

Financiarisation et travail émotionnel en centre de soins infirmiers : de la défaillance à l'hybridation médico-financière

Audrey Ic

► **To cite this version:**

Audrey Ic. Financiarisation et travail émotionnel en centre de soins infirmiers : de la défaillance à l'hybridation médico-financière. Gestion et management. Université de Limoges, 2024. Français. NNT : 2024LIMO0074 . tel-04882864

HAL Id: tel-04882864

<https://theses.hal.science/tel-04882864v1>

Submitted on 13 Jan 2025

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.

Université de Limoges

**ED 655 - Gouvernance des Institutions et des Organisations (GIO)
CREOP**

Thèse pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université de Limoges
Sciences de Gestion

Présentée et soutenue par
Audrey IC

Le 26 novembre 2024

**Financiarisation et travail émotionnel en centre de soins infirmiers :
de la défaillance à l'hybridation médico-financière**

Thèse co-dirigée par **Christophe Godowski, Professeur des Universités – Université Paul Sabatier Toulouse 3** et par **Isabelle Sauviat, Maîtresse de Conférences – Université de Limoges**

JURY :

Président du jury

Mme. Martine Hlady Rispal, Professeure des Universités – Université de Limoges

Rapporteurs

Mme. Céline Desmarais, Professeure des Universités – HES-SO University of Applied Sciences and Arts of Western Switzerland

Mme. Agnès Mazars-Chapelon, Professeure des Universités – Université de Montpellier

Examineurs

Mme. Célia Lemaire, Professeure des Universités – Université Jean Moulin Lyon 3, Institut universitaire de France

Mme. Nathalie Sampieri-Teissier, Professeure des Universités – Université d'Aix-Marseille

Invitée

Mme. Claire Tresanini, Responsable de services de soins à domicile – Croix-Rouge française



« *Efficienc e sans conscience ne serait que perte de sens* » (Naro, 2015)

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

« *Mais qu'est-ce que je fais là ?* » (Ic, 2020)

« *Je crois que j'ai trouvé ma place.* » (Ic, 2024).

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mes directeurs de thèse, Christophe Godowski et Isabelle Sauviat. Leur bienveillance et leurs conseils avisés ont été essentiels tout au long de ce travail de recherche. Ils m'ont permis de me réaliser personnellement et professionnellement durant ces années de doctorat. Je n'aurais pas pu rêver meilleur encadrement.

Je remercie également Martine Hlady Rispal, directrice scientifique du laboratoire et présidente du jury, pour son soutien et sa confiance.

Mes sincères remerciements vont aussi à Céline Desmarais et Agnès Mazars-Chapelon, rapporteurs de cette thèse. Leurs lectures attentives et leurs retours éclairés seront sans aucun doute d'une grande aide pour affiner mes recherches et les résultats présentés.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement Célia Lemaire et Nathalie Sampieri-Teissier, suffragants, pour leur participation et nos futurs échanges en soutenance.

Je suis très honorée de votre présence et espère que notre collaboration n'en est qu'à ses prémises.

J'ai une pensée pour tous les Henri et Magali de la Croix-Rouge sans qui rien de tout ça n'aurait été possible. Un merci tout particulier à Claire Tresanini, responsable des services de soins à domicile à la Croix-Rouge française, d'avoir accepté de participer au jury. Notre collaboration et nos discussions ont grandement enrichi mes réflexions.

Je remercie chaleureusement mes collègues chercheurs, doctorants, administratifs et infirmiers, pour tous les moments de partage et les riches échanges que nous avons eu ensemble.

Merci à Vincent Jolivet, Directeur de l'IAE, et Alain Menudier, à l'époque Directeur des études, de m'avoir donné ma chance et permis d'intégrer l'IAE, malgré mon parcours professionnel atypique.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à ma famille, de sang et de cœur, mes amis, mes piliers, ma meute, mes soutiens indéfectibles. Merci de me supporter, dans tous les sens du terme. On avance dans la vie ensemble, votre amour est mon moteur.

Seule, je suis une pierre, mais ensemble nous sommes un temple.

Ce travail est notre travail.

C'est à toi Louis qu'il est dédié, pour t'offrir un avenir à la hauteur de ce que tu mérites.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Sommaire

Introduction	8
Partie 1 : Hybridation des pratiques en CSI, travail émotionnel et émotions au travail	18
Chapitre I. La délicate hybridation des organisations sanitaires et médico-sociales et la considération des émotions	19
I.1. Le processus de financiarisation des secteurs sanitaires et médico-sociaux selon les dogmes du NPM.....	20
I.2. De la nécessité d'hybrider les organisations sanitaires et sociales	32
I.3. Une hybridation des pratiques à la lumière des émotions	43
Conclusion du chapitre I	54
Chapitre II. Les émotions au cœur des pratiques des personnels soignants	55
II.1. Des émotions individuelles aux émotions collectives.....	56
II.2. Emotions au travail et travail émotionnel.....	79
II.3. Emotions au travail et travail émotionnel dans la profession infirmière	96
Conclusion du chapitre II	107
Chapitre III. Le travail émotionnel, clé de voûte du processus d'hybridation médico financière.....	108
III.1. Les CSI de la Croix-Rouge au cœur d'un changement de pratiques	109
III.2. La financiarisation à l'épreuve des acteurs : de la colonisation comptable à l'émergence de problématiques organisationnelles	120
III.3. De la financiarisation à l'absence d'hybridation : proposition d'un modèle conceptuel	130
Conclusion du chapitre III	135
Conclusion de la partie 1	136
Partie 2 : Une hybridation empêchée par l'absence de gestion des émotions au travail et spirale de la défaillance.....	137
Chapitre IV. Design méthodologique de la recherche : une étude de cas au service d'une recherche qualitative interprétativiste	138
IV.1. La démarche de recherche	139
IV.2. Le terrain de recherche : les CSI de la Croix Rouge en Haute-Vienne	148
IV.3. Collecte et traitement des données	159
Conclusion du chapitre IV.....	170
Chapitre V. Financiarisation et émotions non régulées : une hybridation empêchée	171
V.1. Récit narratif de la défaillance des CSI	172
V.2. Des CSI soumis au processus de financiarisation.....	210
V.3. Des émotions non régulées source de rejet d'une logique médico-financière	226
Synthèse des résultats	248
Chapitre VI. D'une hybridation avortée à la naissance d'un nouveau levier émotionnel	249
VI.1. Autopsie d'une hybridation avortée : d'un conflit de valeurs à l'émergence d'émotions négatives	250
VI.2. Le travail émotionnel pour hybrider dans le contexte médico-social	258
Synthèse des points de discussion	267
Conclusion de la partie 2	268
Conclusion générale.....	269
Références bibliographiques	276
Annexes.....	332

Introduction

Je suis Audrey, infirmière ayant exercé une dizaine d'années dans différents services de soins. Un jour, j'ai dû lâcher la main d'un vieux monsieur mourant. Je me suis résignée à le faire parce que j'étais angoissée face à une liste semblant interminable d'actes de soins que je devais accomplir. Tenant la main de ce monsieur et tentant de le rassurer, portant le masque de l'infirmière bienveillante et rassurante, au fond de moi, je ne pensais qu'au stress du retard pris sur la tournée de soins et aux risques que ce retard faisait encourir aux autres patients. J'ai donc lâché cette main et le vieux monsieur est mort seul. C'était il y a une dizaine d'années. Depuis ce jour, je me pose sans cesse cette même question : mais qu'est ce qui cloche ? pour tenter de répondre à cette question, j'ai repris les études avec un Master de Management des Etablissements de la Santé et du Social (MESS) et je suis devenue gestionnaire de structures sanitaires.

Je suis Madame Ic, responsable de services de soins à domicile. Un jour, j'ai dû expliquer à mes équipes que nous n'allions plus pouvoir prendre en charge d'astreinte de nuit, et que par conséquent, nous allions devoir nous séparer d'une certaine catégorie de patients. Un autre jour, j'ai dû demander aux infirmiers d'arrêter de prendre en charge des patients pour des distillations de collyre oculaire, un soin qui n'est pas facturable dans le cadre de la tarification à l'acte. Je n'avais pas d'argument autre que financier. Chacune de ces situations a entraîné une vague de colère et d'indignation chez les soignants. Je ne savais toujours pas ce qui clochait et surtout, je me demandais si on pouvait sortir de cette situation. J'ai donc entamé la grande aventure de la thèse de doctorat.

Celle-ci a abouti à la rédaction de la présente thèse. Ces propos introductifs se destinent à la présentation de ces années de travail. Dans un premier temps, nous contextualisons la recherche ayant mené à la problématisation, avant de préciser le cadre conceptuel retenu. Nous évoquons ensuite notre méthodologie de recherche, les intérêts de celle-ci, et enfin l'organisation de ce travail.

Contextualisation de la recherche

Je suis Audrey Ic, doctorante en sciences de gestion. Ma thèse est une CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la Recherche en Entreprise), réalisée en partenariat entre le centre de recherche sur les entreprises, les organisations et le patrimoine (CREOP) de l'université de Limoges et la Croix-Rouge.

Mon histoire avec la Croix-Rouge Haute-Vienne a débuté plusieurs années avant la thèse. Dès 2015, alors infirmière exerçant auprès de populations en situation de précarité, je rejoins l'association en tant que bénévole secouriste, puis équipier secouriste. Je distribue aussi des soupes chaudes et quelques mots de réconfort aux naufragés de la vie rencontrés lors de maraudes. En 2016, je deviens salariée de la Croix-Rouge et à cette occasion infirmière coordinatrice en centre de soins infirmiers (CSI). Si j'ai repris les études en 2014 avec un Master MESS à l'IAE Limoges, je n'ai pas pour autant renoncé à mon engagement auprès de la Croix-Rouge, puisque j'ai poursuivi les missions de bénévolat et réalisé mes deux stages (quatre mois respectivement en Master 1 et en Master 2) auprès des CSI Haute-Vienne.

Dès ma seconde année de Master, je me suis intéressée à la question des émotions en réalisant un mémoire de recherche sur l'impact des modalités de financement sur les émotions du personnel soignant. La réalisation de ce dernier, qui explorait principalement les concepts de financement, d'émotions et de travail émotionnel, m'a quelque peu laissé sur ma faim, dévoilant la nécessité d'explorer un nouveau champ de la littérature relatif au concept d'hybridation. Ce choc abductif a induit, pour la chercheuse en herbe que j'étais, un impérieux besoin de poursuivre une exploration théorique de l'hybridation médico-financière par la réalisation d'une thèse de doctorat. Cela n'a pas été possible immédiatement après le diplôme, faute de financement. Je suis donc revenue au terrain en exerçant cette fois-ci comme responsable de plusieurs CSI en Haute-Vienne, durant une année, le temps de préparer le dossier de CIFRE, qui s'est concrétisé en septembre 2020.

Ma première année de thèse fut marquée par la pandémie COVID-19 appelant un retour terrain, cette fois-ci en tant qu'infirmière. Après des années d'exercice plutôt administratif, je reviens au chevet des patients. Je deviens infirmière référente territoriale pour le pôle bénévole, et concernant les CSI, je pose ma casquette de gestionnaire et choisis de prendre en charge l'ensemble des patients affectés ou suspectés d'être affectés par la COVID, dans l'ensemble du département de la Haute-Vienne. Dans ce contexte anxiogène et très incertain, où on ne savait rien de cette maladie, à part qu'elle décimait des familles entières, j'ai tenu à mettre à l'abris mes équipes (ainsi que leurs familles et les patients qu'elles soignaient). Après plusieurs mois de chaos, des vaccins ont été développés, la gestion hospitalière s'est structurée et les acteurs institutionnels ont fourni des procédures de gestion. Celles-ci ayant été implémentées et adaptées au sein de la Croix-Rouge, les équipes étant vaccinées, j'ai pu libérer mon esprit à la faveur d'une revue de littérature.

L'idée initiale était de questionner les émotions dans un contexte de transition organisationnelle, c'est-à-dire l'implémentation d'outils gestionnaires au sein des centres de soins infirmiers (CSI) de la Haute-Vienne dans le cadre d'un plan de retour à la performance (PRP) impulsé par le siège de l'organisation. Mais les résultats financiers dégradés des CSI, impactés par la pandémie, ont rapidement conduit à une réflexion nationale au sujet de leur devenir, se matérialisant par des groupes de travail impliquant les différents directeurs de structure. Durant ces derniers, forte d'une revue de littérature sur les émotions puis ayant conduit à la mobilisation du concept d'hybridation, j'ai proposé à l'organisation diverses stratégies et songé à étudier *in situ* l'hybridation et ses impacts émotionnels sur les soignants. Cependant, l'annonce d'un projet de cession/transfert des CSI a rebattu les cartes. Dès lors, nous avons observé une dégradation brutale du climat organisationnel, des perturbations en termes de ressources humaines (RH) et des CSI qui fermaient les uns après les autres. Si au début de l'étude, le CSI Haute Vienne comptait six antennes, à ce jour il n'en reste qu'une, en sursis, salariant trois infirmières dont le départ ne sera pas remplacé. Nous nous sommes dès lors centrés sur l'observation des impacts émotionnels, constatant de nombreuses frictions entre les gestionnaires et les soignants, en lien avec les stratégies managériales visant l'efficacité de l'organisation, et occultant toute perspective embryonnaire d'hybridation.

La réorientation stratégique du CSI Haute-Vienne vers une quête d'efficacité n'apparaît pas surprenante au regard du contexte. Depuis le début des années 1990, la France s'interroge sur les missions et modes de fonctionnement de l'Etat. De « programmes pluriannuels de

modernisations » (1998)¹ en « stratégies ministérielles de réformes » (2003)² et « audits de modernisation » (2005)³ puis en Révision générale des politiques publiques (RGPP) (2007), le gouvernement cherche à rationaliser les coûts. « La contrainte budgétaire et les enjeux d'adaptation des politiques publiques obligent sans doute à mener de front deux exercices, distincts mais interdépendants, d'une part, la recherche d'économies afin d'assurer le respect de la trajectoire budgétaire, d'autre part, une rénovation de l'action publique à moyen terme » (IGAS, 2012). Une grande partie de l'effort a porté sur des restructurations et des rationalisations de services et de processus auxquels les établissements sanitaires d'abord, et médico-sociaux ensuite, n'ont pas fait exception.

Dans le domaine sanitaire, une série de réformes inspirées des principes du New Public Management (NPM) a reconfiguré le secteur, entraînant une marchandisation de la santé (Angelé-Halgand et Garrot, 2015). Ce phénomène est notamment porté par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui remplace le financement global des hôpitaux par une rémunération proportionnelle au nombre de patients traités et à leur type. Ce mode de financement a intensifié les logiques économiques et managériales, exacerbées par l'évolution naturelle des dépenses de santé liée au vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Cela a conduit à une baisse des tarifs dans le cadre de l'ONDAM (objectif national de dépenses de l'assurance maladie) hospitalier, obligeant les établissements de santé à faire des choix économiques : augmenter la production de soins, se concentrer sur les pathologies rentables, ou réorganiser les structures pour réaliser des économies de coûts.

Depuis la promulgation de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS) en 2005, les lois de financement de la Sécurité Sociale tendent à resserrer, dans un contexte de finances publiques dégradées, les contraintes financières pour accompagner une logique d'allocation rationnelle des ressources. La diminution des financements s'accompagne aussi d'évolutions concernant les modalités d'attribution des ressources. Depuis 2018, le secteur médico-social est intégré au plan ONDAM, avec des subdivisions pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Cela se traduit aujourd'hui concrètement par une demande d'efforts d'efficacité et de restructuration dans un secteur dont l'activité ne cesse de progresser. De nouveaux outils de gestion financière, comme l'EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses) et l'ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses), ont été mis en place pour accompagner cette évolution, permettant un pilotage basé sur les ressources plutôt que les dépenses, renversant ainsi la logique de financement antérieure. Ces évolutions sont associées à des contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens (CPOM), modulant les financements en fonction de l'atteinte des objectifs définis. Bien que le financement des établissements médico-sociaux ne soit pas encore basé sur une tarification à l'activité, des éléments montrent une trajectoire de convergence vers ce modèle, comme l'étude des coûts pour les soins en SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) et SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile) pilotée par l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation.

Les réformes inspirées du NPM ont introduit une pression accrue à la productivité dans le secteur médico-social, un domaine jusque-là épargné par ces impératifs. Si les impacts du

¹ Circulaire du Premier ministre du 3 juin 1998.

² Circulaire du Premier ministre du 25 juin 2003.

³ Circulaire du Premier ministre du 29 septembre 2005

NPM dans le secteur hospitalier ont été étudiés, les effets émotionnels sur les infirmiers du secteur médico-social restent à explorer. En effet, la littérature n'est que finalement peu documentée sur les impacts de cette pression financière sur les acteurs, notamment dans le domaine associatif où une incertitude croissante quant au financement public des activités associatives a favorisé un processus de marchandisation, et le secteur du domicile n'y fait pas exception (Hély, 2009). Les acteurs qui ne sont pas issus du privé lucratif, pourtant défenseurs du modèle professionnel traditionnel et de l'intérêt primordial du patient, sont contraints, pour ne pas disparaître, d'adopter une organisation efficiente : ces stratégies d'adaptation à la concurrence peuvent conduire les acteurs d'organisations non lucratives à devenir eux-mêmes des acteurs financiers. « *Ces dynamiques professionnelles sont de nature à introduire et à renforcer de nouveaux clivages dans les professions concernées, dont les membres ne partagent plus nécessairement les mêmes intérêts stratégiques ni économiques* » (Bourgueil et Bennamouzig, 2023).

L'évolution des modalités de financement et l'arsenal des dispositifs qui l'accompagne (outils de gestion financière, tableaux de bord...) font que les organisations du médico-social adoptent des stratégies et des cultures issues de normes traditionnelles du marché qui sont contradictoires ou ambivalentes (Lemaire, 2021) aux valeurs animant ces structures. Ce conflit de valeurs peut mener à une évaluation négative de soi, générant des émotions comme la honte et la culpabilité (Lewis, 1993 ; Tangney, 1999), et impactant la capacité de réflexion et de prise de décision (Damasio, 1994).

Les implications émotionnelles des stratégies gestionnaires nous semblent d'autant plus importantes que nous faisons le constat d'une profession infirmière impliquant par nature un travail émotionnel (Hochschild, 1983) et un engagement affectif (Bonnet, 2015). Ce dernier n'est pas nécessairement constant et peut évoluer en fonction des pressions exercées par la hiérarchie et de la nature de celles-ci (Georgescu et Commeiras, 2011). Ces éléments nourrissent notre réflexion sur le concept d'hybridation des logiques soignantes et gestionnaires chez les infirmiers en centres de soins à domicile associatifs en situation de financiarisation, jusqu'ici inexploré en sciences de gestion.

Ces constats nous mènent à poser la problématique suivante :

En quoi le travail émotionnel peut-il influencer l'hybridation médico-financière au sein de centres de soins infirmiers associatifs engagés dans un processus de financiarisation ?

Cette problématique appelle plusieurs questionnements représentatifs des phases de travail ayant contribué à amener des éléments de réponse : en quoi consiste le processus de financiarisation à la Croix-Rouge ? Quel est le rôle joué par l'hybridation médico-financière dans le cadre d'un tel processus ? Quelle est la place des émotions dans l'exercice de la profession infirmière et quelles sont les valeurs des soignants ? Quelles sont les émotions ressenties par les infirmiers dans ce contexte ?

La présente recherche vise à forger des clés de compréhension à ces questionnements.

Cadre conceptuel de la recherche

Les recherches en sciences de gestion négligent les infirmiers salariés des centres de soins à domicile. Peu d'études se concentrent sur le travail émotionnel en structure médico-sociale et, à notre connaissance, aucune ne relie les émotions des infirmiers au mode de financement, notamment d'un point de vue collectif. Nous sommes dans un contexte de crise des vocations infirmières avec des problématiques RH inédites telles que le turn-over élevé, l'absentéisme et les difficultés de recrutement. Il semble donc pertinent de mobiliser le concept d'émotions collectives pour mieux comprendre les mécanismes à l'origine de ces problèmes.

La théorie de l'évaluation cognitive (Lazarus, 1966 ; Garcia-Prieto *et al.*, 2005) nous montre que l'émergence des émotions dépend non seulement de la situation mais aussi de l'évaluation subjective que l'individu en fait, fondée notamment sur son système de valeurs (Rossano *et al.*, 2015). Cela explique pourquoi des individus réagissent différemment face à des contextes apparemment similaires. Cet angle d'analyse nous permet de nous intéresser aux phénomènes déclenchant des émotions collectives chez les infirmiers. Tran (2019) soutient que les évaluations cognitives communes au sein d'une organisation constituent des éléments essentiels de la culture ou du climat d'entreprise. Nous allons donc mobiliser la notion de climat émotionnel, souvent utilisée dans des recherches sur les organisations professionnelles (Eggrickx et Mazars Chapelon, 2012 ; Tran, 2004).

Nous ne considérons pas les émotions comme opposées à la cognition. Conformément aux travaux de Damasio (1995), nous pensons que les émotions favorisent la rationalité. Notre étude portera sur le contexte d'émergence des émotions, en tenant compte de l'identité professionnelle des infirmiers. Nous chercherons à lier les mécanismes émotionnels à l'expérience individuelle et collective des salariés, adoptant une perspective interactionniste (Kemper, 1978 ; Averill, 1976 ; Lazarus, 1966 ; Goffman, 1969 ; Schachter, 1964) cohérente avec la théorie de l'évaluation cognitive. Ce positionnement pourrait enrichir la littérature scientifique en explorant le rôle des évaluations cognitives et les influences contextuelles sur ces évaluations (Garcia-Prieto *et al.*, 2005).

Nous utiliserons le concept de régulation émotionnelle développé par Gross (1998a, 1998b ; Gross et Muñoz, 1995 ; Gross et John, 2003 ; Gross et Thompson, 2007), qui se concentre sur toutes les émotions, positives ou négatives, indépendamment du contexte.

Nous analyserons le processus de financiarisation du système de santé, caractérisé par l'introduction de systèmes de contrôle et de récits financiers (Gleadle et Haslam, 2010 ; Cushen, 2013). Ces narrations visent à inculquer une culture financière aux salariés (Ezzamel, Wilmott et Worthington, 2008 ; Cushen, 2013), comme observé par Gérard et Lemaire (2023). Ces pratiques permettent d'analyser la mutation d'organisations humanitaires vers des pratiques entrepreneuriales dans un contexte de NPM (Gérard et Lemaire, 2023).

La recherche d'équilibre des budgets, les exigences en matière de *reporting*, la pression financière en somme, entre en opposition avec la vision partagée de la mission sociale de ces établissements et la manière dont elle devrait être réalisée (Chenhall *et al.*, 2013 ; Kraus *et al.*, 2017). Il est possible de considérer que cette pression financière puisse être vécue comme une menace à l'instar des travaux de Gilbert (2016) sur l'introduction des outils de gestion de l'organisation marchande et produire de fortes résistances face à l'introduction de contrôles formels (Allain *et al.*, 2021). Le modèle de Boltanski et Thévenot (1991) permet d'analyser les jugements des acteurs en situation, en mettant en évidence les compétences cognitives

nécessaires pour élaborer des jugements moraux. Cela aide à comprendre comment des émotions émergent de situations de discorde sur les valeurs.

Dans le secteur sanitaire, les études de Georgescu (2010) et Georgescu et Naro (2012) montrent que cette pression financière a des répercussions sur les attitudes et comportements des acteurs hospitaliers, notamment les médecins, générant des conflits de rôle entre la pression à l'activité et l'implication dans le métier et le service public. Rivière (2014) a étudié les tensions de rôle chez les cadres de santé, révélant que ces tensions sont perçues comme un processus insidieux de financiarisation de l'hôpital (Angelé-Halgand et Garrot, 2015), rendant difficile l'hybridation des logiques comptables et médicales (Kurunmäki, 2004 ; Kurunmäki et Miller, 2008). Ces difficultés se manifestent par la réification des soignants et des infirmiers, conduisant à des insatisfactions au travail et des situations de *burnout* (Georgescu et Naro, 2012).

Le concept d'*accountability* éclaire la recherche de légitimité des structures via l'adoption d'outils gestionnaires (Westphal *et al.*, 1997). Cependant, cette légitimité "cérémonielle" (Barreda, 2018) acquise par un processus de colonisation comptable entraîne un découplage entre la logique financière et la logique soignante, créant des conflits et des émotions négatives (Abernethy et Stoenwinter, 1995 ; Macinati, 2010). Nous proposons, aux côtés de ceux identifiés par Kurunmäki (2004), la gestion des émotions individuelles et collectives en tant que nouveau levier d'hybridation. Confronté à l'émergence de nouvelles logiques institutionnelles, le professionnel engage sa légitimité auprès de ses pairs ainsi que son identité et ses pratiques (Pache et Santos, 2013). L'hybridation médico financière permet aux soignants de garder un sentiment de cohérence dans leur métier, tout en se conformant aux prescriptions de l'organisation (Grenier et Berdardini-Perinciolo, 2015). L'hybridation est définie, dans la littérature en sciences de gestion, comme la création d'un phénomène nouveau en assemblant des entités préalablement séparées ou qui étaient jusqu'ici disparates (Battilana et Lee 2014 ; Miller *et al.*, 2008 ; Flachere et Habran, 2019). Ce n'est pas un processus unilatéral de colonisation comptable (Flachere et Habran, 2019) : l'hybridation implique des apprentissages par des non financiers (Kurunmäki et Miller 2011, Ostergren 2009 ; Jacobs, 2005 ; Kurunmäki, 2004) mais aussi chez les acteurs financiers (Flachere et Habran, 2019).

Les réformes inspirées du NPM ont introduit une recherche d'efficacité et une pression accrue à la productivité dans le secteur médico-social, un domaine jusque-là épargné par ces impératifs. Si les chercheurs en gestion se sont intéressés aux répercussions du NPM dans le secteur hospitalier (Georgescu, 2010, Georgescu et Commeiras, 2011, Georgescu et Naro, 2012, Angelé-Halgand et Garrot, 2014 et 2015), et médico-social privé à but lucratif (Gérard et Lemaire, 2023), l'impact émotionnel chez les infirmiers salariés du secteur médico-social associatif reste à étudier.

Face aux défis stratégiques posés par un contexte de financiarisation, et aux impacts délétères des pratiques issues du modèle NPM, ce travail a pour destination de présenter le travail émotionnel comme un levier d'hybridation, en but d'assurer une logique médico financière. Si les émotions sont régulées, elles peuvent permettre une nouvelle façon pour les soignants, libérés, de travailler. Le levier du travail émotionnel ainsi mobilisé favoriserait l'acceptabilité de l'hybridation.

A ce jour, les recherches sur l'hybridation ont porté essentiellement sur les médecins, les cadres de santé et peu sur le personnel infirmier ; alors que la profession infirmière a une

forte tonalité émotionnelle, et que les soignants vivent les conséquences du processus de financiarisation au travers des stratégies managériales. Nous les envisageons comme des acteurs à part entière de celles-ci.

Enfin, nous proposons une approche collective des émotions, constatant que le travail émotionnel de régulation nécessite des temps collectifs de régulation des émotions.

Méthodologie de recherche

Nous mobilisons, dans le cadre de nos travaux, un paradigme épistémologique interprétativiste. Selon cette approche, le sujet et l'objet sont interdépendants, car la perception de la réalité est influencée par l'observateur. La réalité sociale est considérée comme unique et dépendante d'un contexte historique singulier (Passeron, 1991). La recherche interprétativiste n'a pas vocation à être généralisable, hormis la « généralisation descriptive » (Guba et Lincoln, 2017) qui se destine à lier des particularités identifiées dans un contexte défini avec des catégories et des concepts abstraits susceptibles d'éclairer des situations multiples (Klein et Myers, 1999 ; Sandberg, 2005 cités par Avenier, 2017). Il s'agit de comprendre la réalité subjective, imaginée par les acteurs, plutôt que d'expliquer une réalité objective. Dans ce cadre, le chercheur doit faire preuve d'empathie car la compréhension résulte notamment de l'identification affective au vécu des acteurs observés (Rappin, 2011). Cette posture épistémologique s'est imposée naturellement, du fait de la sensibilité de la doctorante, en lien avec son expérience professionnelle, aux univers soignant et gestionnaire.

Nous mobilisons un raisonnement de type abductif, entendu comme une interférence logique conférant à la découverte une constance à priori, et permettant de lui donner un statut compréhensif (Charreire-Petit et Durieux, 2014). L'abduction démarre avec un fait surprenant (Dumez, 2012) qui fut dans notre cas le constat de réactions émotionnelles vives liées à la perception des stratégies gestionnaires constatées lors de la rédaction du mémoire de Master. Nous avons dès lors étendu nos recherches au concept d'hybridation, envisageant un lien entre ce concept et celui d'émotions. L'abduction implique la formulation d'explications provisoires pour identifier les causes plausibles des phénomènes observés (Pesqueux, 2000). En ce sens, ce mode de raisonnement nous a permis de proposer un déficit d'hybridation comme une piste de compréhension des problématiques émotionnelles observées.

Nous avons fait le choix de la méthode qualitative, en ce qu'elle permet une observation riche de phénomènes peu ou mal connus mais étudiés dans leur contexte (Giordano et Jolibert, 2016). Cette méthode est la plus idoine pour témoigner de la complexité de la question sociale (Beaud et Weber, 2010), notamment émotionnelle (Pegdwendé Sawadogo, 2021). L'adoption d'une méthode qualitative apparaît en cohérence avec l'abduction dans la mesure où elle offre une flexibilité (Baumard et Ibert, 2014) permettant au chercheur de réadapter sa stratégie en cours de route (Bryman, 1999). La méthode qualitative est cohérente avec notre posture épistémologique interprétativiste car elle permet l'analyse de phénomènes contextualisés et offre la possibilité d'une vision processuelle, reconnaissant le chercheur comme à la fois sujet et objet en interférence avec le phénomène observé (Hlady Rispal, 2002). Ainsi, une recherche sur les processus permet de saisir l'évolution d'un objet dans le temps, dans une vision dynamique (Grenier et Josserand, 2014, Pettigrew, 1992), nous permettant ainsi de mettre en lumière des « *périodes critiques* » (Dumez et Jeunemaître, 2005).

L'étude de cas est une méthodologie adaptée à l'étude d'un phénomène complexe (Hlady Rispal, 2002). Cette dernière constitue en l'espèce une stratégie de recherche à part entière (Yin, 1991 ; Hlady Rispal, 2002) dans la mesure où l'organisation est étudiée sur une longue période et que des processus complexes sont examinés en profondeur (Hlady Rispal, 2015). L'étude de cas est compatible avec l'adoption du paradigme interprétativiste (Yin, 2014), dans ce cas, la contextualisation du phénomène étudié doit être forte (Hlady Rispal, 2002).

En ce sens, profitant d'un statut déjà acquis au sein de l'organisation, nous avons réalisé une observation participante complète par opportunité et non dissimulée (Chanlat, 2005 ; Adler et Adler, 1987). L'observation est dominante (1516 heures), avec des actes de participation en tant qu'infirmière coordinatrice (434 heures) et infirmière (450 heures).

Les données ont été recueillies grâce à un journal de bord, que nous considérons comme un gage de rigueur méthodologique dans la mesure où il se destine à la collecte d'éléments descriptifs contextualisés, de « trucs du métier » permettant ainsi de parer aux errances subjectives du chercheur (Barlatier, 2005). D'autres sources de données complémentaires ont été examinées, telles que des comptes-rendus de réunion, d'audit, des tableaux de données, des articles de presse et divers documents relatifs à l'organisation interne, tels que des notes d'orientation.

Les données recueillies ont été traitées de deux façons.

Dans un premier temps, un codage conceptuel selon la méthode Gioia (Gioia *et al.*, 2013, gage de rigueur méthodologique et de qualité (Gioia *et al.*, 2013 ; Point, 2018), a été réalisé. Cette technique permet d'identifier les idées issues des données recueillies (Point, 2018) et de les lier entre elles pour leur donner du sens (Coffey et Atkinson, 1996). La méthodologie *top-down* a permis de repérer, au sein des données, les éléments empiriques illustrant les concepts mobilisés en revue de littérature (Point, 2018).

Ensuite, nous avons réalisé un codage chronologique entendu comme gage de rigueur de la démarche narrative (Dumez et Jeunemaitre, 2005) et permettant de mettre en évidence plusieurs périodes (un état initial, un élément perturbateur, le nouement...) (Reuter, 1997), en cohérence avec notre approche processuelle.

Nous proposons ainsi nos résultats sous deux formes différentes. La première, originale, est une narration en dialogue entre deux personnages fictifs, l'un gestionnaire et l'autre soignant. Celle-ci est issue du codage chronologique tandis que la seconde forme, plus classique, a été rédigée grâce aux apports du codage conceptuel.

Organisation du travail de recherche

Notre thèse s'articule en deux parties.

La première présente les émotions au travail comme facteurs d'hybridation au sein des CSI. Au sein de celle-ci, nous retrouverons notre cadre théorique articulé comme suit :

Dans un premier chapitre, nous aborderons la délicate hybridation des organisations sanitaires et médico-sociales. Nous analyserons un processus de financiarisation des secteurs sanitaire puis médico-social et présenterons un secteur de soins à domicile dont la financiarisation entraîne la mutation des modes de gouvernance. Nous évoquerons la nécessité d'hybrider, et aborderons les perspectives d'hybridation des pratiques à la lumière des émotions.

Dans notre second chapitre relatif aux émotions, nous verrons que ces dernières sont au cœur des pratiques professionnelles des soignants. Nous nous attarderons sur des précisions terminologiques relatives aux émotions ainsi qu'au travail émotionnel, avant de nous intéresser à ceux-ci au sein de la pratique professionnelle infirmière, et plus spécifiquement en soins à domicile.

Le troisième et dernier chapitre de notre première partie sera consacré à la présentation du modèle conceptuel de notre recherche, réalisé selon la méthode de l'analyse causale de Miles et Hubermann (2003). Ce dernier met en évidence une hybridation empêchée par des émotions négatives liées à un conflit de valeurs résultant de modifications de pratiques professionnelles dans un contexte de financiarisation.

Notre seconde partie mettra en évidence une hybridation empêchée par l'absence d'une gestion des émotions au travail.

Nous y présenterons, dans un quatrième chapitre, le design méthodologique de notre recherche. Nous adoptons une posture épistémologique interprétativiste et une démarche abductive pour une approche qualitative par étude de cas au sein des CSI de la Croix-Rouge en Haute-Vienne.

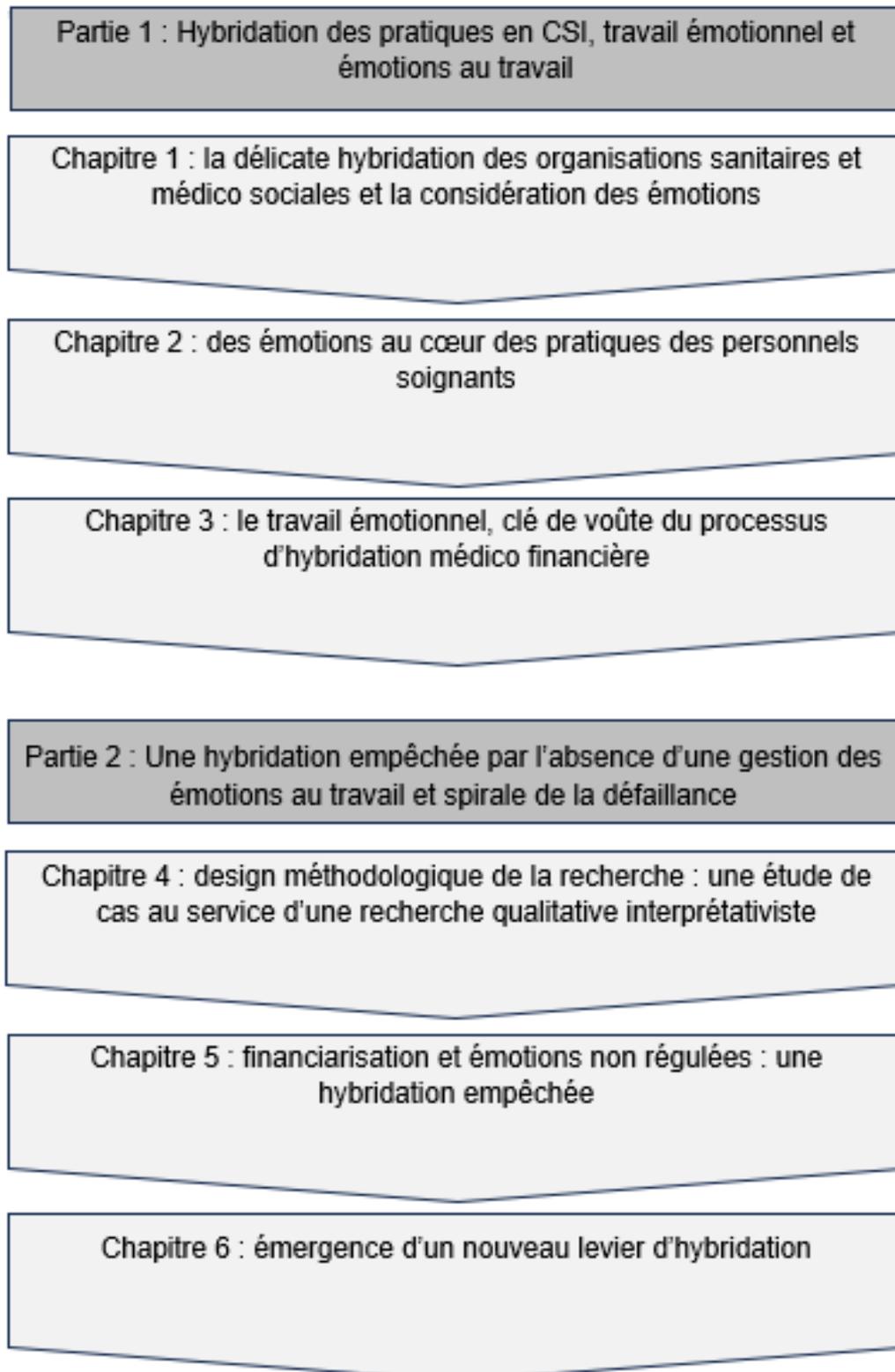
Notre cinquième chapitre se destinera à la présentation des résultats de notre étude. Nous illustrerons le conflit entre les mondes gestionnaire et soignant au travers d'une narration dialogique. Nous proposerons ensuite une analyse du processus de financiarisation des CSI étudiés, faisant le constat d'émotions individuelles et surtout collectives, mal régulées et source de rejet d'une logique médico financière, amenant à un processus de défaillance en spirale.

Au sein de notre sixième chapitre exposant l'émergence d'un nouveau levier d'hybridation, nous discuterons les résultats obtenus à la lumière des apports de la littérature. Nous expliquerons les effets du processus de financiarisation se matérialisant notamment par une *praxis* gestionnaire dont les effets retrouvés en l'espèce sont conformes à notre revue de littérature. Notre analyse révélera les effets délétères d'émotions intergroupes de valence négative occasionnées par un conflit de valeurs entre les groupe soignant et gestionnaire, devenues hors de contrôle dans un contexte de régulation émotionnelle défaillant, et empêchant toute perspective embryonnaire d'hybridation. Le collectif est le principal théâtre de régulation émotionnelle des infirmiers (Cudré, 2008 ; Grosjean, 2001), mais la pièce ne peut se jouer en raison des mêmes mécanismes qui en renforcent le besoin : les stratégies managériales issues du NPM, qui conduisent à la réduction des espaces de discussion au profit du développement de l'activité soignante. Nous proposerons un modèle conceptuel enrichi, matérialisant un processus de défaillance émotionnelle aboutissant à une absence d'hybridation, dans le cadre d'un déficit de travail émotionnel de régulation. Nous soutiendrons l'idée que le travail émotionnel peut être un levier d'hybridation dans le cadre de stratégies de régulation émotionnelle collective, par le brassage de cultures professionnelles au sein d'espaces de discussion, le paradigme du Post-NPM y semblant favorable.

Enfin, nous concluons nos propos. Nous ferons une synthèse des objectifs et de la mise en œuvre de la démarche de recherche, ainsi qu'une synthèse des résultats et des points de

discussion. Nous présenterons nos contributions ainsi que les limites de notre travail et des perspectives pour de futures recherches.

Figure 1: Architecture de la thèse



Partie 1 :

Hybridation des pratiques en CSI, travail émotionnel et émotions au travail

Depuis le début des années 1990, la France examine les missions et le fonctionnement de l'État à travers divers programmes de modernisation et réformes visant à rationaliser les coûts. Ce processus de financiarisation, influencé par le New Public Management (NPM), s'étend du secteur sanitaire vers le médico-social. L'incertitude croissante sur le financement public des activités associatives a favorisé un phénomène de marchandisation, impactant également le secteur des soins à domicile. Les acteurs non lucratifs, malgré leur attachement au modèle professionnel traditionnel et à l'intérêt des patients, sont contraints d'adopter des stratégies d'efficacité pour survivre, parfois devenant eux-mêmes malgré eux des acteurs financiers. Ces dynamiques créent de nouveaux clivages professionnels, introduisant des tensions entre deux mondes de valeurs qui partagent des intérêts stratégiques et économiques différents.

Autrement dit, le processus de financiarisation conduit à l'émergence de nouvelles logiques financières promues par les gestionnaires, au sein de structures dominées par les valeurs humanitaires véhiculées par les soignants. Les professionnels de santé, confrontés aux outils et logiques entrepreneuriales, adoptent des positions de résistance nuisibles aux dynamiques de coopération. La recherche sur l'hybridation des pratiques vise à dépasser ce clivage entre valeurs soignantes et gestionnaires. L'émotion joue un rôle crucial dans ce contexte, le concept de travail émotionnel étant central pour les infirmiers.

Les centres de soins de la Croix-Rouge, initialement destinés aux indigents, conservent des valeurs humanitaires. Cependant, ils ne sont pas épargnés par la financiarisation des structures de soins, créant une situation de clivage entre le personnel gestionnaire et soignant. Les pratiques managériales axées sur la performance financière génèrent des émotions négatives, compliquant le travail émotionnel des infirmiers.

Notre premier chapitre visera à présenter la délicate hybridation des organisations sanitaires et médico-sociales au sein d'organisations sanitarisées. Nous verrons, dans un second chapitre, que les émotions et le travail émotionnel constituent une part très importante du métier d'infirmier, notamment à domicile. Dans une troisième partie de notre développement, nous présenterons notre modèle conceptuel attestant de l'importance des émotions pour parvenir à hybrider les logiques soignantes et gestionnaires au sein des CSI de la Croix-Rouge.

Chapitre I. La délicate hybridation des organisations sanitaires et médico-sociales et la considération des émotions

Nous décrivons un processus de financiarisation selon les dogmes du NPM des secteurs sanitaire puis médico-social, qui n'épargne pas le secteur des soins à domicile (I.1).

Les salariés mus par une motivation de service public se trouvent confrontés à un système de valeurs qu'ils n'attendaient pas au sein de leur organisation (Bourgueil et Bennamouzig, 2023). Le clivage s'illustre par deux mondes aux valeurs *a priori* antagonistes : le monde soignant, poursuivant des objectifs humanitaires, et le monde gestionnaire, poursuivant des objectifs financiers. En l'absence d'hybridation des pratiques, une situation de discordance apparaît dans un contexte de pression financière (I.2).

Si les professionnels de santé considèrent que les outils et logiques issus du monde entrepreneurial sont peu compatibles avec leurs pratiques (Martinussen et Magnussen 2011), force est de constater qu'ils y sont de toute façon confrontés. Au sein des structures de soins la situation de discordance entraîne une radicalisation des positions : face à la dominance sur-rationnelle de la direction d'une organisation, les professionnels de santé adoptent une posture de résistance sous-rationnelle nuisible aux dynamiques de coopération (Bernardini-Perinciolo et Bertolucci, 2018). Les recherches sur l'hybridation des pratiques soignantes et financières se destinent à dépasser ce clivage entre les mondes de valeurs soignantes et gestionnaires. Si on ne retrouve pas, en sciences de gestion, de la littérature indiquant une posture hybride chez les infirmiers, il existe cependant des études sur d'autres professionnels de santé qui sont autant de pistes pour notre réflexion (I.3).

I.1. Le processus de financiarisation des secteurs sanitaires et médico-sociaux selon les dogmes du NPM

Le mouvement de réformes visant la rénovation des politiques publiques et la rationalisation des dépenses repose sur un paradigme de gestion publique appelé New Public Management (I.1.1), dont les dogmes ont colonisé, par le biais d'un processus de financiarisation, le secteur sanitaire, puis médico-social (I.1.2). Le secteur des soins à domicile n'en est pas indemne (I.1.3).

I.1.1. Le New Public Management, nouveau paradigme de la gestion publique

Le New Public Management (NPM) est un mouvement de réformes du secteur public qui s'est développé dans l'ensemble des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) depuis les années 1980 (Laufer, 2008). Il s'agit d'une forme de gestion publique basée sur une « *culture du résultat et l'emprunt de pratiques issues du privé* » (Chappoz et Puppion, 2012). Le NPM se présente comme une « *simple recherche d'efficacité, donc transposable dans n'importe quel contexte, au service de n'importe quelle fin* » (Belorgey, 2010). L'objectif est de proposer « *un ensemble de principes et de méthodes [...] qui visent à améliorer l'efficacité de l'État en adaptant mieux l'offre de services publics aux besoins des usagers* » (Delley, 1997).

Il ne semble pas exister de modèle unique applicable au New Public Management (Urio, 1999), mais des applications protéiformes de concepts et de pratiques, répandus sous des formes diverses à travers le monde (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Si certains pays, comme par exemple la Grande-Bretagne, ont appliqué le concept brusquement au début des années 1980, « *d'autres pays comme la France ont plutôt incorporé, de manière incrémentale, des dispositifs de gestion de l'activité publique inspirés de principes de base de ce mouvement général* » (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Le NPM propose ainsi au secteur public d'adopter des idées managériales issues du secteur marchand, notamment la perspective de performance (« *générer des produits et services en évitant de consommer trop de ressources* » (Barreda, 2018)) en se référant à la règle des 3 E « *Economie, Efficacité, Efficience* » (Urio 1998).

Parmi la multiplicité de (tentatives de) définitions du New Public Management, des récurrences sont observées : « *pragmatisme avec ou sans référence idéologique, grande variété de conceptions et d'applications, souci d'efficacité et d'efficience, meilleure adaptation de l'offre de services publics aux besoins de la population, transposition de méthodes de gestion du secteur privé au secteur public* » (Urio, 1999).

Si les adeptes de la méthode se défendent de toute idéologie politique, pour d'autres, il est incontestable que le New Public Management est *a minima* influencé par l'idéologie néo

libérale (Urio, 1999) si cette dernière n'en constitue pas le fondement même (Angelé Halgand et Garrot, 2015)⁴.

Le concept de NPM est ambigu (Morgana, 2012). Bezes (2005) évoque un « *puzzle doctrinal* » à vocation générique, c'est-à-dire susceptible d'être appliqué à tous les services administratifs quels qu'ils soient, et alimentant des conceptions de réforme multiples et parfois contradictoires. Dans cette lignée, Peters (2010) cité par Morgana (2012) spécifie que le NPM est souvent appréhendé en termes de « *management générique* ». « *Le NPM s'intéresse à l'accroissement des capacités managériales par la mise en œuvre de techniques de management issues du secteur privé et tend ainsi à mettre l'accent sur l'aspect managérial, au détriment de l'aspect politique. Le NPM en tant qu'idéologie s'intéresse davantage à la manière dont le gouvernement accomplit ses tâches, qu'à ce que ces tâches devraient être* » (Peters, 2010).

Chappoz et Puppion (2012) énumèrent quelques caractéristiques du New Public Management parmi lesquelles :

- Une séparation de la prise de décision stratégique relevant du pouvoir politique de la gestion opérationnelle relevant de l'administration ;
- L'orientation des activités administratives et l'allocation des ressources en fonction des produits et services à délivrer plutôt qu'en fonction de règles ou procédures ;
- La décentralisation et l'instauration d'agences comme instrument de régulation ;
- L'abandon du statut de fonctionnaire et l'avancement à l'ancienneté des agents pour une rémunération au mérite ;
- L'introduction des mécanismes de marché dans l'offre de biens et services d'intérêt général ;
- La logique de la transparence tant sur la qualité que sur les coûts des prestations ;
- La recherche de l'efficacité dans l'emploi des fonds publics ;
- La participation des usagers dans la définition et l'évaluation des prestations publiques.

Pour Abord de Chatillon et Desmarais (2012), il existe trois caractéristiques majeures des réformes en lien avec le NPM :

- **Managérialisme** : recherche de performance via la maîtrise du coût des actions publiques et recherche constante de réduction des moyens (Kirkpatrick *et al.*, 2005), le postulat de base étant que la recherche de performance peut être déconnectée des moyens alloués (Boyne, 2003) ;
- **Responsabilisation des acteurs et des structures** : autonomisation des managers (Barberis, 1998), pratiques de management par objectifs et *reporting* ;
- **Contractualisations** : reconfigurations organisationnelles pour optimiser les performances, réseaux de partenariats.

⁴ « *Ces principes et méthodes ne découlent pas d'une idéologie néo libérale qui tenterait d'imposer les lois du marché à la sphère publique. Ils résultent plutôt d'expériences réalisées dans de nombreuses collectivités locales et nationales. Point là de modèle préfabriqué à appliquer mécaniquement, mais une démarche visant à concrétiser en fonction des besoins propres de chaque collectivité, de son histoire, de sa culture politique, de ses institutions* » (Delley, 1997).

Emery et Giaque (2005) évoquent des transformations organisationnelles inhérentes au NPM : un système de mesure de la performance et une quantification plus importante des résultats administratifs avec des dispositifs plutôt quantitatifs délaissant ainsi les aspects qualitatifs du travail, l'introduction d'incitatifs ou de mécanismes de marché (compétition marchande y compris privé public), ainsi que les démarches qualité et de certification.

Des chercheurs tendent à discuter l'efficacité réelle du NPM (Boyne, 2003 ; Diefenbach, 2009) en se questionnant sur le coût humain, notamment en matière de facteurs de risques psycho sociaux. Selon certains auteurs (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012), le risque est particulièrement prégnant dans les organisations offrant un service public, lorsque les valeurs ayant trait à la *service public motivation* se heurtent aux impératifs financiers.

Selon les dogmes du NPM, il s'agit d'optimiser les services d'intérêt général grâce à des réformes structurelles déclinant la trilogie du contrôle « *Qualité / Efficience / Concurrence* » (Power, 2004, cité par Malherbe, 2018). C'est en ce sens qu'une série de réformes a, depuis les années 90, contribué à façonner l'organisation des structures de soins.

Si des préoccupations financières en matière de santé ne sont pas nouvelles, c'est le contexte dans lesquelles elles se développent qui est inédit : une explosion des coûts en santé liée au vieillissement de la population, au chômage de longue durée, la réapparition d'un sous prolétariat en emploi, ainsi que l'augmentation des coûts d'infrastructures (Urio 1999) ont entraîné un accroissement des dépenses sociales. Est alors apparu un déséquilibre structurel entre recettes et dépenses creusant un déficit des comptes publics. Dans ce contexte, le NPM se donne pour mission de réguler les ressources destinées au collectif en apportant une solution à ce nouvel impératif d'efficience. Il s'agit de mieux rentabiliser la dépense publique via la recherche d'efficacité et le souci d'économie des deniers publics (Belorgey, 2010).

Ainsi, les réformes inspirées du NPM ont colonisé les structures de soins : évolution du mode de financement, création de nouveaux dispositifs, management par objectifs et autres dispositifs de certification visant à contrôler l'utilisation des fonds publics (Barreda *et al.*, 2018). Celles-ci témoignent d'un processus de financiarisation de la santé.

I.1.2. Une histoire de financiarisation de la santé

Le financement du système de santé français repose sur des mécanismes de solidarité qui sont fondateurs de l'assurance maladie obligatoire (« *chacun contribue selon ses moyens et bénéficie selon ses besoins* » (Bourgueil et Bennamouzig, 2023)).

Le processus de financiarisation est le fruit d'une longue évolution et s'est accélérée au fil des années. Quatre grandes périodes nous apparaissent. La première (1662-1941) correspond à la construction d'un système solidaire qui s'est petit à petit médicalisé. La seconde (1941-1970) est une période pendant laquelle les premières moutures de structuration des dépenses sanitaires sont esquissées. Pendant la troisième période sont à notre sens posées les bases du processus de financiarisation qui s'est accéléré du fait de nombreuses réformes à partir de 2005. Enfin, nous verrons qu'un processus de sanitarisation du secteur médico-social a ouvert les portes à sa financiarisation.

I.1.2.1. D'un système de santé au fondement religieux organisé bâti sur la solidarité publique (1662-1941) aux premières esquisses d'encadrement des dépenses en santé (1941-1970)

Le système de soins français a un fondement médiéval et religieux. Au Moyen-âge, l'assistance aux pauvres, aux malades et aux personnes âgées relevaient de la gratuité et reposait sur du bénévolat, notamment de religieuses. Dès 1662, l'accès aux soins est une préoccupation publique, ainsi Louis XIV ordonne la création dans chaque grande ville d'hôpitaux destinés à soigner les malades, les indigents et les personnes vulnérables (vieillards, enfants). Les hôpitaux seront par la suite nationalisés à la suite de la Révolution (décret du 23 Messidor an II) : ne pouvant faire face à l'augmentation des dépenses hospitalières, l'Etat municipalise la gestion des hôpitaux et les infirmières laïques font leur apparition. Le 7 août 1841 apparaît la notion de service public hospitalier : lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune.

Au début du 19^e siècle, les hôpitaux se médicalisent et le législateur consacrera l'assistance gratuite pour les malades et femmes en couche (loi du 15 juillet 1893) puis aux vieillards, infirmes et invalides (14 juillet 1905).

A la suite de la première guerre mondiale, un « *consensus se réalise autour de l'État-providence démocratique assurant la sécurité sociale de tous les citoyens. L'État doit étendre son action dans les domaines économiques et sociaux, au nom des nécessités publiques, (...) s'efforçant tout à la fois de promouvoir la croissance et l'équilibre économique, de surmonter les oppositions sociales et d'assurer une fonction d'allocation équitable des richesses.* » (Merrien, 2007).

Des premières moutures de structuration du financement sanitaire apparaissent dès 1941 (loi du 21 décembre 1941) avec la fixation d'un prix de journée d'hospitalisation et la consécration de la mission de soins des hôpitaux.

Par la suite, les ordonnances de 1945 créeront la sécurité sociale dont la mission est de garantir à chacun « *qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.* » (Alexandre Parodi, Ministre du Travail, 1945). Ces ordonnances introduisent également le paiement à l'acte pour les médecins libéraux. Les tarifs sont déterminés au plan national et le patient, libre du choix de son médecin, peut alors « *butiner* » à sa guise dans l'offre de soins : ainsi naît la première forme de marché dans le secteur de la santé français (Angelé-Halgand et Garrot, 2015), posant ainsi les bases d'un processus de financiarisation.

I.1.2.2. Les bases de la financiarisation (1970-2005)

Dans les années 1970, les hôpitaux sont rémunérés au nombre et à la durée des séjours des patients. La production d'actes médicaux augmente, les durées moyennes de séjour, variable d'ajustement des recettes, s'allongent : on observe une inflation des dépenses hospitalières. Des méthodes de planification et de régulation visant à rationaliser les choix budgétaires font leur apparition : une réflexion sur le coût et l'efficacité de la santé se met en œuvre et on voit apparaître les prémices d'un management par objectifs. Ainsi, la carte sanitaire instaurée le

31 décembre 1970 permet de conditionner la création de lits d'hospitalisation à un besoin défini par un indice lits/population et d'optimiser la gestion des ressources en les allouant en fonction d'objectifs prioritaires définis. Cette démarche sera renforcée avec l'introduction des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) introduits en 1991, dont la mission est d'évaluer les besoins en santé, l'offre de soins, de déterminer des orientations stratégiques ainsi que l'efficacité du système de santé ; qu'il s'agisse des établissements de santé ou de l'ambulatoire⁵.

Dès 1983 s'organise un encadrement des dépenses hospitalières. Dans les établissements publics, la dotation globale est mise en place, calculée en fonction du nombre de journées réalisées. Cette enveloppe annuelle et limitative attribuée à priori ne permet pas les dépassements de crédit, ni les variations d'activité, ce qui occasionne un étranglement des hôpitaux ayant une politique de soins dynamique, et une rente financière pour les autres. Les établissements privés bénéficient d'une facturation forfaitaire et par acte sur la base de tarifs variables puisque négociés en région. Les forfaits sont encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité.

Les ordonnances Juppé de 1996 viendront créer l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurances maladie), réparti en dotations régionales, ainsi que les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Les ARH sont chargées d'analyser et coordonner l'activité des hôpitaux publics et privés, de déterminer leurs ressources et de décliner en région la politique gouvernementale. Les LFSS ont pour vocation la maîtrise des dépenses sociales et de santé. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) détermine les conditions nécessaires à son équilibre financier en fixant des objectifs de dépense en fonction de recettes. L'ONDAM, enfin, est un outil visant à maîtriser les dépenses publiques, et indique les prévisions de recettes et objectifs de dépense à ne pas dépasser pour la sécurité sociale en matière de soins de ville, établissements publics et privés, mais aussi médico-sociaux et autres prises en charges. L'ONDAM est un indicateur de maîtrise et non un plafond pour les dépenses en matière de santé. Les dépenses publiques n'en demeurent pas moins encadrées. Dès 1996, des conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les différentes branches de la sécurité sociale font leur apparition. D'une durée de 4 ans, elles se déclinent au local en contrats pluriannuels de gestion. Les ordonnances Juppé viennent également créer un nouvel outil majeur de régulation de l'offre de soins hospitaliers : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il s'agit d'un contrat administratif par lequel un ou plusieurs établissements et services relevant d'un même organisme gestionnaire s'engage(nt) auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle pour bénéficier d'allocations budgétaires en fonction d'objectifs d'activité. A la suite d'un diagnostic partagé, le CPOM fixe les obligations respectives et prévoit les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés, sur une durée maximale de cinq années.

Des déficits budgétaires dans les années 1990 et un cadre organique ancien (ordonnance organique du 2 janvier 1959) et peu modifié depuis sa création, dans un contexte de budgétisation axée sur la performance dans l'ensemble des pays de l'OCDE (Woerth et Saint Martin, 2019) ont motivé la promulgation de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finance (LOLF). Cette dernière promeut une culture de la performance basée sur une logique de résultats liés à la définition d'objectifs, tandis que l'ordonnance de 1959 s'orientait plutôt vers une logique de moyens. Ainsi, le projet budgétaire inclut désormais une prévision de solde budgétaire pour l'année à venir. Des projets annuels de performance, évalués l'année

⁵ La carte sanitaire sera supprimée en 2003 au profit du SROS.

suiuante par des rapports annuels de performance sont mis en place. L'article 7 de la LOLF met en place une nomenclature budgétaire par destination des dépenses. Si l'ordonnance de 1959 était critiquée pour sa gestion du budget trop fragmentaire et peu responsabilisante, la nouvelle nomenclature se décline en programmes et actions et permet davantage de liberté de ventilation de crédits, notamment la transformation de dépenses de fonctionnement en dépenses d'investissement.

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), promulguée le 2 août 2005, vient étendre ces changements au domaine de la sécurité sociale. Dans un souci d'amélioration du pilotage des finances, une gestion pluriannuelle est mise en place. Des tableaux d'équilibre font leur apparition dans les lois de finances de la sécurité sociale afin de permettre une analyse plus fine des impacts des politiques budgétaires, et ainsi d'accroître la transparence et la maîtrise des dépenses. Les politiques menées par la sécurité sociale se décomposent désormais en programmes visant qualité et efficience, composés d'un diagnostic de situation, objectifs et indicateurs, moyens mis en œuvre et résultats. La LOFSS signe l'avènement d'une culture de performance dans le domaine des finances sociales.

I.1.2.3. Durcissement du processus de financiarisation et marchandisation de la santé (2005- aujourd'hui)

C'est dans ce contexte de recherche de performance que le 4 septembre 2003 est annoncé le plan Hôpital 2007, un ensemble de mesures visant à moderniser l'offre de soins hospitalière. Parmi celles-ci, la création de pôles d'activité et l'introduction de la tarification à l'activité, instaurée par la loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) du 18 décembre 2003. Les ressources sont désormais calculées, sur la base d'un mode de tarification standardisé et unique pour les établissements publics et privés, à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes (et non plus à partir d'une autorisation de dépenses).

La T2A est, selon le rapport de la Cour des Comptes sur la T2A (2023), la déclinaison pratique de la théorie de la « *concurrence par comparaison* » qui est supposée permettre « *l'allocation efficiente des ressources aux organismes d'une branche d'activité pour laquelle des mécanismes de marché sont inadaptés ou impossibles à mettre en œuvre* » (Schleifer, 1985). Il s'agit de créer un « *pseudo-marché* » destiné à établir ce que seraient les « *tarifs* » des établissements s'ils fonctionnaient dans un cadre non régulé, et donc d'allouer les ressources financières en conséquence. Dans ce modèle de financement, les paiements aux établissements ne sont plus rétrospectifs (remboursement d'une dépense effectuée ou même dotation fondée sur des dépenses antérieures), mais deviennent prospectifs puisque les tarifs sont fixés préalablement à la dépense quel qu'en soit le montant (ainsi le prix de journée est prédéterminé). « *L'objectif principal est d'inciter les établissements les moins efficaces à des efforts de productivité de manière à ramener leur coût de production à cette moyenne - ou en deçà - et de développer l'activité des établissements les plus efficaces, en vue de répondre à l'augmentation des soins en intégrant les innovations techniques et thérapeutiques.* » (Rapport de la cour des comptes sur la T2A, 2023).

L'aboutissement de ce processus de financiarisation s'exprime par un phénomène de marchandisation de la santé (Angelé Halgand, 2015) : « *si l'on garde à l'esprit le fait que les ordonnances de 1996 ont introduit un ONDAM, voté tous les ans par le Parlement en vue de contenir la part des financements collectifs affectés à la santé, les augmentations d'activité*

des uns se font au détriment des autres, publics ou privés : on parle dorénavant de parts de marché » (Angelé-Halgand et Garrot, 2015).

Les objectifs poursuivis par la T2A, qui introduit la notion qu'il existe des malades plus rentables que d'autres (Angelé-Halgand et Garrot, 2015), étaient les suivants : mieux connaître l'activité hospitalière, permettre une allocation plus juste des ressources, améliorer l'organisation de l'offre de soins en favorisant la planification, et enfin, contraindre les établissements à ajuster eux-mêmes leurs charges en fonction des ressources.

Ainsi, le recueil de l'activité est réalisé par les professionnels de santé. Les malades sont classifiés par groupes homogènes de malades (GHM) en fonction de leur(s) pathologie(s), âge, comorbidité(s), durée de séjour et actes associés par le biais d'un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les données sont contrôlées puis anonymisées par le département d'information médicale (DIM) qui peut les transmettre à l'ARS. Pour Angelé-Halgand et Garrot (2015), citant Foucault (2004), ces outils ont comme destination de déterminer *« comment celui qui travaille utilise les ressources dont il dispose »*. Le soignant est considéré comme *« un sujet économique actif »* producteur de soins et le patient, à la fois entrepreneur de lui-même et consommateur de soins, cesse d'être un partenaire de l'échange et se transforme en *homo oeconomicus* (Angelé-Halgand et Garrot, 2015).

Aux GHM sont associés des groupes homogènes de séjour (GHS) qui conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie, le prix de chaque activité étant fixé chaque année par le ministère chargé de la santé. Alors que l'activité hospitalière augmente, notamment entre 2004 et 2016 (+16%), les tarifs sont réduits (-5%) afin de contenir le déficit financier. Le rapport de la Cour des Comptes sur la tarification à l'activité (2023)⁶ indique en effet que *« la volonté de respecter le sous-objectif « dépenses en établissements de santé » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a conduit les pouvoirs publics à modifier les tarifs, non plus en fonction des coûts qu'ils sont censés couvrir, ou d'orientations de santé publique, mais d'un objectif de réduction de dépense »*⁷. Seuls leviers compensateurs laissés aux gestionnaires hospitaliers : *« développer le volume de production et/ou cibler les patients les plus rentables en modifiant la structure de la « clientèle » »* (Angelé Halgand et Garrot, 2015). Le patient, désormais appréhendé comme vecteur de recettes se voit piégé au cœur de stratégies financières visant à augmenter le nombre d'actes de soins (notamment les plus rentables) au détriment de la qualité des soins (Angelé-Halgand et Garrot, 2015 ; Cordier, 2013). Ces pratiques conduisent à un risque d'incitation à la discrimination des patients en fonction de la rentabilité de leur pathologie (Newhouse, 1996). Ces efforts pour développer l'activité avec des moyens constants contribuent au phénomène de marchandisation de la santé dans la mesure où l'attention est focalisée sur la production d'épisodes de soins qu'il s'agit de maximiser, donc sur le chiffre d'affaires (gage de pérennisation des équipes) et non sur plus la pertinence des soins (Angelé Halgand, 2015). Ainsi naît d'un impératif d'efficacité une véritable course à l'activité, largement documentée d'un point de vue des sciences de gestion (Georgescu et Hartman, 2013 ; Angelé-Halgand et Garrot, 2014) ; Angelé Halgand,

⁶ La tarification à l'activité : observations définitives, N°S2023-0851, 3 juin 2023

⁷ A noter que l'adoption tardive des tarifs annuels est fixée au mois de mars, alors que les établissements de santé ont l'obligation réglementaire d'arrêter leur budget à la fin de l'exercice précédent, ce qui aggrave la situation des établissements, placés dans l'impossibilité d'établir des prévisions budgétaires sur des bases solides.

2014, 2015). L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) souligne les effets suivants de la T2A :

- une augmentation soutenue de l'activité hospitalière ;
- une hausse de la productivité (rapport entre la production d'actes et les ressources employées) ;
- un effet de sélection avec un raccourcissement de la durée moyenne de séjour pour les patients âgés ;
- des demandes induites (à titre d'exemple, une hausse de la pratique de l'endoscopie concomitante à la mise en place d'un forfait sécurité environnement encadrant la pratique de l'endoscopie) ;
- une hausse des prises en charge en chirurgie ambulatoires notamment dans le privé.

La tarification à l'activité aurait également pour effet de renforcer les cloisonnements au détriment de la prise en charge transversale que nécessitent les maladies chroniques ; une politique de sélection des patients avant admission, dont les soins seraient les mieux pris en charge ; ainsi qu'une pression financière avec des conséquences sur le personnel, une incitation à augmenter l'activité en réduisant les coûts pour mieux maîtriser les dépenses (Domingo *et al.*, 2018).

Au plan hôpital 2007 succède le plan hôpital 2012, annoncé le 13 février 2007. Ce second plan poursuit l'objectif d'efficacité financière des établissements, notamment en favorisant les regroupements d'établissements ou de services et les partenariats (en soutenant la mise en œuvre des SROS), ainsi que la transparence en développant et modernisant les systèmes d'information. Pour Angelé-Halgand et Garrot (2015), ces derniers, permettant une surveillance continue de l'activité, sont garants de la soumission des professionnels au système, à la façon du Panoptique de Bentham analysé par Foucault : les soignants sont alors « *pris dans une situation de pouvoir dont ils sont eux-mêmes les porteurs* » (Foucault, 1975). Le plan Hôpital 2012 veut également encourager un haut niveau d'investissement notamment immobilier pour moderniser les établissements, ainsi il propose un cofinancement de ces projets de 50% en moyenne.

Dans sa thèse, Barreda (2018) évoque des dépenses croissantes en termes de santé, des progrès en termes de techniques médicales modifiant ainsi l'offre de soins et une demande accrue des usagers (Baret et Robelet, 2010 ; Bonnici, 2007). Barreda (2018) souligne également l'impact des emprunts dits toxiques souscrits par les établissements hospitaliers, sous l'effet de la pression financière engendrée par les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » qui ont contribué à creuser encore davantage l'endettement des hôpitaux puisque la dette a triplé, atteignant près de trente milliards d'euros fin 2013. Les établissements de santé sont confrontés au double défi de gérer à la fois un endettement massif et de poursuivre la modernisation de l'offre de soins afin de faire face aux nouvelles problématiques afférentes à la prise en charge d'une population vieillissante⁸.

Toujours dans un souci d'efficacité, la loi « *Bachelot* » portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 poursuit un objectif de modernisation et de réorganisation notamment territoriale du système de santé. Mesure phare

⁸ Rapport d'information de l'Assemblée nationale par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la dette des établissements publics de santé, 8 juillet 2015

de cette réforme, les ARS viennent remplacer les ARH et ainsi étendre le contrôle de ces dernières aux ESMS. Leur mission consiste à piloter la politique de santé publique et à réguler l'offre de santé, en veillant à la répartition de l'offre de soins sur le territoire et en contrôlant l'utilisation des ressources financières, pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Les ARS coordonnent ainsi les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux en leur attribuant un budget de fonctionnement, autorisent leur création, contrôlent leur fonctionnement et l'utilisation de leurs ressources. Le projet régional de santé (PRS) vient définir de façon pluriannuelle les objectifs de l'ARS. Désormais, la création de nouveau service n'est plus à l'initiative des établissements mais à celle des pouvoirs publics par le biais de l'appel à projet. En ce qui concerne les hôpitaux, la loi HPST vient renforcer le rôle du directeur, ordonnateur des recettes et dépenses et chargé de la définition d'une politique stratégique, qui exerce son autorité sur l'ensemble du personnel y compris médical.

Cette loi réalise une coupure franche entre les secteurs social et médico-social et vient rapprocher les fonctionnements du médico-social et sanitaire. « Sanitarisé », le secteur médico-social, désormais soumis aux mêmes outils de contrôle, est prêt à être « financiarisé ».

I.1.2.4. D'un processus de sanitarisation à la financiarisation du secteur médico-social

On observe un englobement du champ médico-social par le secteur sanitaire (Coron, 2017), aussi appelé mouvement de sanitarisation du médico-social. « *Cette sanitarisation se double d'un mode de régulation par des styles de pilotage qui empruntent à celui du secteur hospitalier (...) et qui prend la forme de modes de cadrage budgétaire, d'indicateurs et d'outils d'évaluation, qui ont une influence sur l'organisation des ESMS.* » (Jourdain et al., 2017).

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réalise un grand tournant dans l'histoire du secteur. Jusqu'ici, à la différence du sanitaire, les secteurs médico-social et social étaient historiquement peu réglementés. La loi du 30 janvier 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales n'imposait que peu d'obligations aux établissements, autorisés de fonctionnement à vie, et somme toute assez généraliste face à une myriade de formes d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). La loi du 2 janvier 2002 poursuit deux orientations majeures : l'amélioration du droit des usagers et la clarification des procédures ainsi que l'amélioration de leur efficacité. Premièrement, cette loi consacre des principes en faveur des usagers des ESMS et impose aux établissements un certain nombre d'outils de gestion visant à garantir l'exercice de leurs droits. Certains consistent en la formalisation de documents administratifs (livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accompagnée, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, projet d'établissement), d'autres sont relatifs à l'organisation du dialogue (conseil de la vie sociale, personne qualifiée). En second lieu, la loi du 2 janvier vise à la clarification et à l'amélioration de l'efficacité des procédures. Cette dernière organise l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements selon un cycle précis d'évaluations internes et externes, dont les résultats devront être transmis aux autorités compétentes et conditionnent le renouvellement de l'autorisation. En termes de gestion financière, les contrôles *a priori* sont allégés (budget prévisionnel) et les contrôles *a posteriori* sont renforcés (bilan et compte de résultat), prédisant ainsi avec quelques années d'avance un revirement des modes de contrôle des tarificateurs, avec une attention déjà capitalisée sur les résultats et non plus sur les besoins. En outre, la loi du 2 janvier 2002 instaure les « CPOM volontaires » dans les ESMS.

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) créée en 2004, est chargée de veiller à l'équilibre financier de la branche et contribue, entre autres, au financement et au pilotage des ESMS.

Dès 2009, comme évoqué précédemment, les établissements médico-sociaux sont placés sous la houlette des ARS, anciennement ARH en charge des établissements hospitaliers.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement, dite « ASV » du 28 décembre 2015, viendra rendre le CPOM, outil sanitaire depuis 1996, obligatoire pour toutes les structures médico-sociales.

Au niveau du financement, la réforme de l'Etat de prévision des recettes et dépenses (EPRD), est entrée en vigueur dans le secteur médico-social grâce au décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 et à un arrêté du 27 décembre 2016. L'EPRD est un outil historiquement destiné à la gestion hospitalière. Son arrivée dans le secteur médico-social bouleverse les logiques de gestion financière. Si le système du budget prévisionnel permettait une logique dite « de charges », ascendante, avec un budget proposé en fonction des charges et dépenses nécessaires de l'établissement, une procédure contradictoire enrichie de discussion avec l'autorité de tarification et de contrôle, l'EPRD signe le passage à une logique « de recettes », descendante : les établissements médico-sociaux passent ainsi d'une logique budgétaire annuelle, où le niveau de dépenses déterminait le niveau de ressources, à une logique d'activité qui va induire un niveau de ressources, autorisant ainsi un niveau de dépenses et de moyens pour les établissements. Autrement dit, le financement est basé sur une détermination des recettes prévisionnelles (et non plus des charges) en fonction d'une prévision d'activité : les paiements sont désormais prospectifs, et non plus rétrospectifs afin de contraindre les établissements à des efforts de productivité.

L'EPRD permet d'appréhender les résultats comptables et financiers sur une durée pluriannuelle correspondant au CPOM. Les établissements ainsi responsabilisés doivent alors démontrer à l'autorité de tarification que les financements qui leur sont alloués permettent non seulement d'équilibrer l'exploitation et financer les investissements mais également de respecter l'équilibre financier global.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé viendra réformer le système d'évaluation des ESMS. Il n'y a plus désormais de distinction entre évaluations internes et externes, l'évaluation doit se faire tous les cinq ans par un organisme indépendant avec un référentiel commun à tous les ESMS et piloté par la Haute Autorité de Santé (HAS), déjà en charge des évaluations hospitalières.

Les modes de tarification dans le secteur médico-social tendent également à se rapprocher de celui du sanitaire. Deux réformes en cours visent l'introduction de modalités de financement basées sur l'activité : Serafin PH, pour le secteur des personnes en situation de handicap, et dans le secteur du domicile, le « recueil national SSIAD SPASAD ».

L'ensemble de ces mesures illustre un processus de financiarisation qui s'est d'abord manifestée par une recherche d'efficience dans le secteur sanitaire puis dans le secteur médico-social. Ce mouvement est renforcé par une particularité du système de santé français, dans lequel coexistent des acteurs publics et privés, une tradition pluraliste donc au sein de laquelle « *l'intervention renouvelée d'acteurs privés donne à voir un déplacement vers des formes de propriété, d'organisation et d'activités susceptibles d'être animées et justifiées par des logiques financières, à but lucratif* » (Bourgueil et Bennamouzig, 2023).

I.1.3. Un secteur des soins à domicile dont la financiarisation entraîne une mutation des modes de gouvernance

Si d'un point de vue historique, les hôpitaux sont les premiers responsables du service public de santé, la loi du 23 juillet 2009 introduit la notion de mission de service public et élargit son exercice à d'autres établissements à but non lucratif, dont les centres de santé, qui se doivent ainsi d'être garants de l'égal accès aux soins de qualité pour les personnes accueillies (Georgescu, 2010). Le secteur des soins à domicile, en France comme à l'étranger, est en pleine expansion et est encore amené à se développer largement (Teiger *et al.*, 2005). Néanmoins, le secteur reste peu organisé et une grande place est accordée à l'initiative privée (Duriez, 2002), notamment associative.

Si les centres de soins infirmiers bénéficient d'un mode de tarification à l'acte, certaines réformes récentes ne sont pas sans rappeler certains traits hospitaliers. Ainsi, la réforme du Bilan de Soins infirmiers menée entre 2020 et 2023 permet une rémunération « forfaitaire » pour les patients dépendants répartis en trois groupes : « légers », « intermédiaires » et « lourds » qui n'est pas sans rappeler les GHM hospitaliers. Cette réforme permet en outre une responsabilisation de l'infirmière en charge de la réalisation du protocole de soins, une non-réponse du médecin à celui-ci valant acceptation.

Avec la tarification à l'activité, nous avons vu que les financements sont accordés en fonction du résultat, soit du nombre de prestations médicales réalisées : c'est aussi une réalité en ce qui concerne la tarification à l'acte. Porter (2010) indique que cette méthode est peu pertinente pour évaluer la valeur perçue par le patient. Elle conduit à une faible création de valeur pour le patient, qui devrait plutôt être associée à l'efficacité des prestations, sinon les économies réalisées sont fausses ou du moins de court terme (Barreda *et al.*, 2018). En effet, Or et Renaud (2009) soulignent que la tarification à l'activité fait baisser la durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital, ce qui augmente la quantité de soins de suite et de soins à domicile. Il y aurait donc un phénomène de vase communicant, avec une augmentation de la charge de travail pour les professionnels du domicile.

Or, le fonctionnement en privé lucratif permet une plus grande capacité d'investissement et donc d'agilité, et évolue plus rapidement que les autres secteurs d'exercice (Bourgueil et Bennamouzig, 2023) qui peinent à s'adapter. Cette situation a favorisé l'intervention d'acteurs et donc de capitaux privés qui a eu pour conséquence un déséquilibre aboutissant à une modification de la répartition de l'offre de soins.

Face aux contraintes budgétaires fortes imposant une professionnalisation accrue des logiques de gestion (ESS-UGE, 2022), le secteur du domicile peine à trouver ses marques. « Notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population » (HCAAM, 2018). Dans la même veine, le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de 2022 indique que malgré de nombreuses mesures, notamment portant sur la rémunération des professionnels, les modèles d'organisation des soins ne répondent plus aux attentes des professionnels. Bourgueil et Benamouzig (2023) évoquent une certaine lourdeur administrative, des difficultés de gestion des ressources humaines et des systèmes d'information et des relations avec les autorités de tarification et de financement chronophages que les professionnels du domicile ne souhaitent pas assumer. Ces derniers peinent donc à faire face à la tension forte qui s'exerce actuellement dans le secteur. « *Quoi qu'il en soit, les objectifs d'efficience, poussés par les*

pouvoirs publics, ainsi que l'accroissement des compétences techniques en lien avec le tournant gestionnaire, poussent à un regroupement des structures dans une logique /de mutualisation et de rentabilité financière » (ESS-UGE, 2022).

En outre, dans les représentations collectives, le monde associatif est synonyme d'amateurisme et de bénévolat. Hély (2009) parle même de « *disqualification professionnelle* » : « *le salariat associatif est particulièrement affaibli et peine à générer à la fois la protection nécessaire pour conjurer l'incertitude de l'avenir et l'estime d'autrui indispensable à l'épanouissement de l'identité individuelle* ». Les associations comme la Croix-Rouge peinent à se défaire de leur image de dispensaire pour indigents, ce qui n'est pas en faveur d'une mixité de patientèle- les patients les plus aisés s'orientant vers les libéraux. Le salariat en CSI est aussi bien souvent un passage obligé pour les jeunes diplômés infirmiers qui souhaitent s'installer à terme en libéral, mais doivent réaliser auparavant quelques années de salariat avant d'être autorisés à le faire, avec le risque qu'ils partent avec la patientèle qu'ils ont fidélisé lors de leur exercice salarié.

On note ainsi une politique de mise en concurrence avec des entreprises à but lucratif (si les infirmiers libéraux n'en sont pas à proprement parler, ils doivent cependant obligatoirement dégager du bénéfice pour pouvoir vivre, alors que les structures associatives visent l'équilibre) (Hély, 2009).

Cette situation favorise l'émergence d'acteurs privés, « *capables de mobiliser rapidement des ressources financières et techniques permettant d'offrir des conditions et des cadres de travail répondant aux attentes des nouveaux professionnels et de prendre en charge les fonctions supports nécessaires au bon fonctionnement d'organisations collectives (...). Ces opérateurs créent ou rachètent des centres de santé* » (Bourgueil et Bennamouzig, 2023).

Si le secteur privé lucratif assume l'idée d'une concurrence dans le secteur sanitaire et médico-social, le secteur associatif serait plutôt dans une posture de déni de celle-ci car elle serait contraire à l'intérêt général, et on observe un décalage entre des discours basés sur la coopération inter organisations et la réalité d'un secteur désormais dans une situation de mise en concurrence entre les offreurs. Le secteur lucratif assume s'intéresser aux riches, le public aux pauvres, « *l'associatif se retrouve dans une position oscillante entre celle du public et du privé lucratif. (...) cette mauvaise conscience recouvre en fait un dilemme entre économique et social* » (ESS-UGE, 2022).

Pour illustrer nos propos, citons le groupe leader de l'hospitalisation privée en France, Ramsay santé, entré en négociations avec la Croix-Rouge en 2022 pour le rachat de plusieurs centres de santé en Ile-de-France. Le groupe a finalement renoncé à ce projet, par manque d'ancrage coopératif des CSI sur les secteurs concernés (Ramsay préfère investir à proximité de ses cliniques). Ce rapprochement aura néanmoins suscité de vifs débats tant médiatiques qu'internes à l'association.

La détention de centres de santé par des investisseurs privés est encore peu répandue en France mais tend à se développer : « *Les investisseurs (...) semblent avoir bien identifié, et souvent mieux que les organisations professionnelles et académiques, l'importance des transformations nécessaires du secteur ambulatoire, massivement privé en France, et l'intérêt des futurs professionnels de santé pour des modalités d'exercice rénovées* » (Bourgueil et Bennamouzig, 2023).

Face à l'exigence de performance financière liée au contexte de NPM, le processus de financiarisation a pour effet une transformation des modes de gouvernance des structures de

soins, qui inquiète les professionnels de santé et les syndicats qui craignent que l'exigence d'efficacité prenne le pas sur l'attention au patient et le service à la population, fondement de l'éthique médicale. En effet, les professionnels soignants peinent à s'approprier les enjeux des transformations du système de santé, occasionnant ainsi des résistances au changement, ce qui contribue à renforcer la lenteur voire l'inertie des adaptations de l'offre de soins à domicile (Bourgueil et Benamouzig, 2023) : le processus de financiarisation semble renforcé par les mécanismes qui avaient initialement pour but de le freiner.

I.2. De la nécessité d'hybrider les organisations sanitaires et sociales

Les réformes en lien avec le NPM imposent des modifications de pratiques professionnelles, et des tensions concernant les valeurs professionnelles émergent : les logiques gestionnaires et les soignantes ne semblent pas naturellement s'hybrider et la littérature indique que la situation était plutôt clivée (I.2.1). Il s'agit d'une situation de discordance liée à un désaccord sur les valeurs : en l'absence d'hybridation, la culture infirmière se heurte à la culture gestionnaire et des dysfonctionnements émergent (I.2.2).

I.2.1. Deux mondes de référence : des disputes de valeurs à l'origine de la discordance

Les valeurs désignent les manières d'être ou d'agir qu'une personne ou une organisation reconnaît comme idéales (Pupion, 2021). Selon Rokeach (1973) « *la valeur est une croyance durable, qui se traduit par le choix d'un mode de conduite ou d'un but de l'existence que l'on préfère, personnellement ou socialement, aux modes de conduites ou aux buts opposés ou contraires* ».

Dans le service public de la santé, les valeurs éthiques comme l'empathie, l'altruisme et la compassion ont une place prépondérante (Pupion, 2021, Péoc'h et Ceaux 2012) ainsi que le respect, la communication et l'interaction (Péoc'h et Ceaux 2012). Selon Emery et Giauque (2005), les agents exerçant pour un service public possèdent des valeurs fortes liées à la défense de l'intérêt général, la collectivité, la « *service public motivation* » (Perry et Wise, 1990).

Les infirmiers, lors de leurs études, ont bénéficié d'une formation fortement influencée par les thèses de Carl Rogers avec son approche centrée sur la personne accordant une primauté au relationnel. C'est là que démarre la construction de leur représentation professionnelle, entendue comme « *une catégorie particulière de représentations sociales* » (Moscovici, 1976), constituée par un ensemble d'éléments cognitifs « *élaborés et partagés par les membres de groupes professionnels à propos "d'objets" de leur environnement de travail* » (Lheureux, 2010). La fonction professionnelle est donc, pour les infirmiers, un objet de représentation composé « *d'éléments de natures scientifique, technique, pratique, relationnelle, organisationnelle et institutionnelle* » (Lheureux, 2010), dont la construction est « *intimement liée aux différents problèmes qui ont à être résolus ou évités dans le cadre d'un exercice professionnel* » (Gonin, 2008).

Les infirmiers ont coutume de condamner par des commérages les « *techniciens* » ou les « *cadres bureaucratiques* » (Véga, 1997), c'est une tradition de distinction témoignant d'une

périlleuse mais nécessaire gestion de l'émotion. Par ailleurs, les infirmières valorisent les savoirs techniques, assimilés à des pratiques de soins efficaces intégrant l'aspect relationnel et la dimension humaine. « *Ces représentations professionnelles sont construites à partir de notions communes ayant un caractère idéal* » (Véga, 1997). Les infirmiers accordent une place prépondérante au respect de leur autonomie professionnelle, qui apparaît comme un facteur primordial de satisfaction au travail (Bjørk *et al.*, 2007 ; Estry-Behart, et Muster, 2007 ; Estry-Behart *et al.*, 2007 ; Fynn, 2001 ; Weisman, Alexander et Chase, 1980, cités par Lheureux, 2010). La profession est marquée par une culture professionnelle forte (Bourn et Ezzamel, 1986b) au sein de laquelle prédomine le contrôle clanique (professionnel) (Abernethy et Stoelwinder 1995, Tagaki, 2006), autrement dit, ils accordent de la légitimité et acceptent le contrôle de spécialistes du domaine de la santé : des infirmiers ou des médecins (Véga, 2007). Le contrôle professionnel, dominant au sein des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982), est exercé au sein d'un groupe d'experts autonomes ou bénéficiant de ses propres règles professionnelles (Ouchi 1979 ; Abernethy et Stoelwinder 1995) dont il est difficile de comprendre le processus de production et d'en mesurer les résultats du fait de l'expertise des acteurs (Orlikowski 1991) et de l'absence de procédé formalisé (Georgescu et Naro, 2012). Le contrôle professionnel « *caractérise toute profession disposant de règles déontologiques ou de codes d'éthiques et dont les membres ont suivi un processus de socialisation* ». L'ensemble des soignants forme ainsi un collectif « *partageant des valeurs communes et plus précisément un attachement au travail d'équipe et à la qualité des soins au patient* » (Georgescu, 2011).

Georgescu (2011) décrit deux groupes d'acteurs aux intérêts parfois contradictoires évoluant dans l'univers hospitalier : un premier groupe composé de soignants partageant une culture professionnelle médicale, auquel nous venons de nous intéresser, mais aussi un second groupe composé de cadres administratifs partageant une culture professionnelle managériale.

Le processus de financiarisation décrit précédemment a entraîné une montée en puissance des logiques gestionnaires au sein des établissements sanitaires d'abord, qui s'est étendue à l'ensemble des ESMS. Ce processus managérialiste dépeint par Sainsaulieu (2007) a entraîné le passage d'une situation à dominance professionnelle à une ère à dominance managériale (Tagaki, 2006). Le groupe administratif est désormais détenteur d'outils formalisés destinés à évaluer, par les résultats, le travail effectué par le groupe soignant (Georgescu, 2011). Ainsi, la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats émerge dans une organisation déjà dominée par un contrôle professionnel (Georgescu, 2010). Face à l'utilisation de ces outils gestionnaires par le groupe administratif, les soignants résistent en invoquant les risques liés à ces procédures de contrôles qui leur paraissent inadaptées (Cauvin, 1997). En effet, les professionnels de santé considèrent que les outils et logiques issus du monde entrepreneurial sont peu compatibles avec leurs pratiques (Martinussen et Magnussen, 2011) dans la mesure où les tâches médicales sont complexes et difficilement chiffrables (Abernethy et Stoelwinder 1995 ; Comeford et Abernethy 1999).

Désormais, « *deux forces contraires sont à l'œuvre* » (Georgescu, 2011). De cette dualité entre contrôle formalisé par les gestionnaires et contrôle informel professionnel peuvent découler un schisme « *le contrôle par les résultats versus le contrôle des soins dispensés aux patients* » (Georgescu et Naro, 2012).

Boussard (2008) évoque une « *concurrence sur les savoirs* » depuis la professionnalisation du métier de cadre. Les soignants ont des savoirs techniques ou pratiques alors que les cadres ont des savoirs gestionnaires ou académiques. Une rivalité se construit et les deux groupes

sont dans une situation de dispute de territoire professionnel. Abbott (1988) parle de « *juridictions professionnelles* » qui revendiquent la légitimité d'exercer dans un champ d'activité spécifique. Ainsi, chaque groupe, qui a sa propre conception du problème à résoudre, cherche à argumenter pour protéger ou valoriser son travail. Balle et Peaucelle (1972) décrivent dans ce contexte une stratégie défensive des opérateurs : ils font de la rétention d'information pour garder une certaine maîtrise des zones d'incertitudes, afin de stabiliser la répartition du pouvoir. Pavé (1989) a par exemple illustré, dans le domaine ferroviaire, une stratégie des opérateurs visant à jeter le discrédit sur un système de contrôle par indicateurs jugé non fiable : les informations ne sont pas ou mal transmises, avec du retard ou des erreurs.

Boltanski et Thevenot (1991) utilisent la métaphore d'une guerre entre deux mondes pour illustrer les conflits de valeurs. Au-delà de la défense des intérêts particuliers, les individus se réfèrent à des systèmes de valeurs qu'ils nomment « mondes ». Les mondes représentent des ensembles cohérents de valeurs renvoyant à des critères permettant de juger ce qui est bien ou mal, ces derniers sont décrits en annexe 1. Les mondes cohabitent et il n'est pas possible de les hiérarchiser, ce qui fait que lorsque deux personnes issues de deux mondes différents entrent en conflit, il est difficile de trouver un terrain d'entente légitime aux yeux des protagonistes. Il se peut aussi que des conflits portant sur les valeurs communes aient lieu au sein d'un même monde.

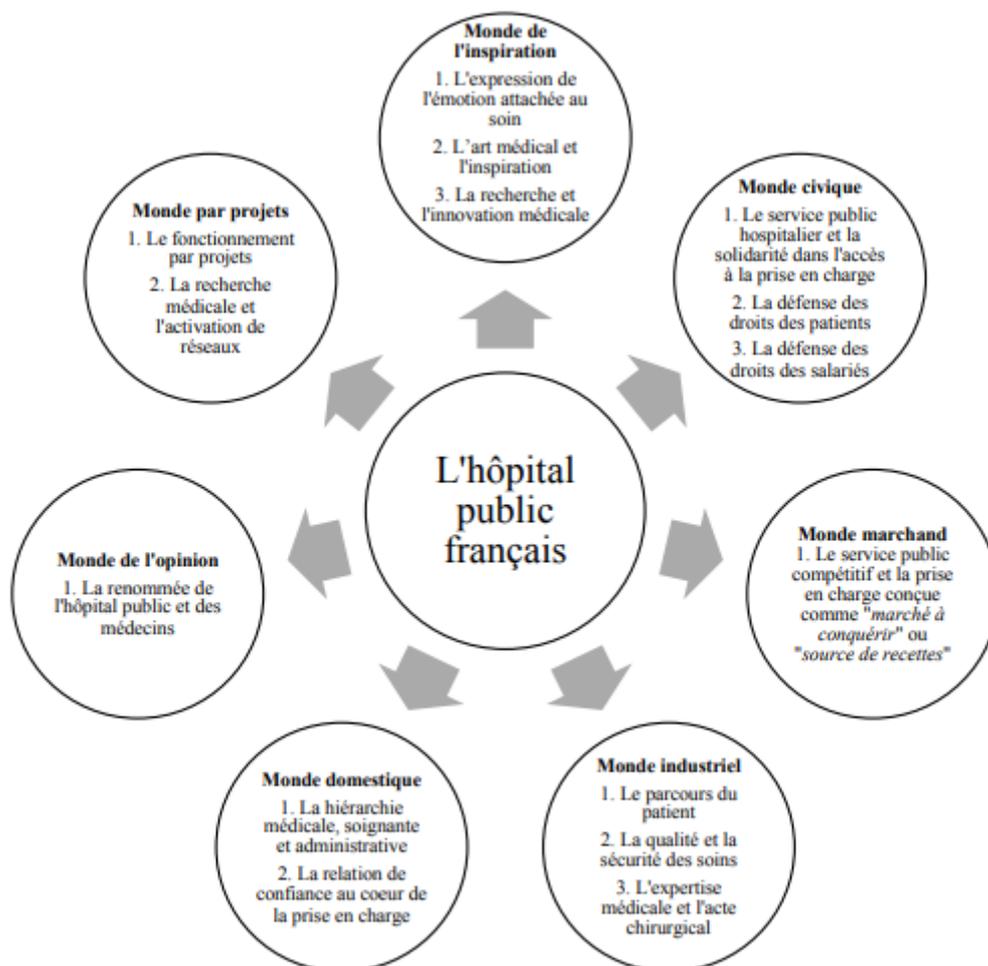
Les mondes fonctionnent grâce à des principes supérieurs communs (état de grand, dignité des personnes, formules d'investissement (sacrifice vs rétribution), expression du jugement...). La cohérence du dispositif doit être probante et suppose un accord des personnes ainsi que la détermination de la qualité des choses cohérentes avec les principes. Le jugement de cohérence ne repose pas sur des paroles mais sur une conviction de soutien et justice. « *C'est le soutien que les êtres en présence donnent les uns aux autres qui consolide la réalité et en apporte la preuve* » (Boltanski et Thevenot, 1991). Il y a contestation quand il y a défaillance des personnes : un constat de désordre, ou d'incohérence entraîne une contestation de la grandeur. Par exemple, un professeur qui perd ses mots, une mère qui pleure alors que son enfant est agité. Cela dit, des compétences d'identification des situations (connaissance) ainsi qu'un sens moral commun sont nécessaires pour établir un jugement. Sans quoi, une discorde peut se produire. « *La mise en cause de la validité de l'épreuve s'appuie toujours sur le dévoilement d'une discordance entre l'état dans lequel se trouve les personnes engagées et la nature des objets qu'elles doivent mettre en valeur* » (Boltanski et Thevenot, 1991). Une dispute a pour objet la relation entre l'importance du sacrifice et la distribution des grandeurs. Il existe deux cas de mise en cause : soit l'objet est valable mais sa mise en œuvre est « *factice* », on parle de « *simulacre* » ou « *défaut d'objet* » ; soit il tient compte d'objets d'autre nature, d'objets étrangers ou devenus étrangers (« *transport de grandeur* » (Boltanski et Thevenot, 1991)). « *On dira que les personnes dont la grandeur a été injustement surévaluée ont bénéficié de privilèges* » (Boltanski et Thevenot, 1991). Les personnes n'ont pas affronté l'épreuve dans des conditions de justice satisfaisantes. Ils sont préoccupés par d'autres objets, extérieurs à leur monde de référence.

Les salariés accordent de l'importance au « *jugement de beauté* » de leur travail, portant sur leur représentation de sa conformité avec les règles de l'art et du métier. Les managers préfèrent pourtant principalement un « *jugement d'utilité* », porté sur l'utilité économique, sociale ou technique du travail, c'est-à-dire, la production d'une plus-value par le salarié (Dejours, 2011).

Rassemblés « *de fait* » dans un univers commun, les salariés et les managers se trouvent dans une situation de dispute de valeurs. Dès lors, un différend s'installe portant sur la remise en question du bien commun : le travail que les grands accomplissent n'est pas utile au bien commun, il n'y a plus d'accord sur la réalité (l'épreuve est dite mystifiée) (Bolstanski et Thevenot, 1991).

Moriniere (2021) propose une modélisation des mondes présents à l'hôpital public :

Figure 2: Modélisation des mondes présents à l'hôpital public français à travers le prisme analytique de Boltanski et Thevenot (1991)⁹

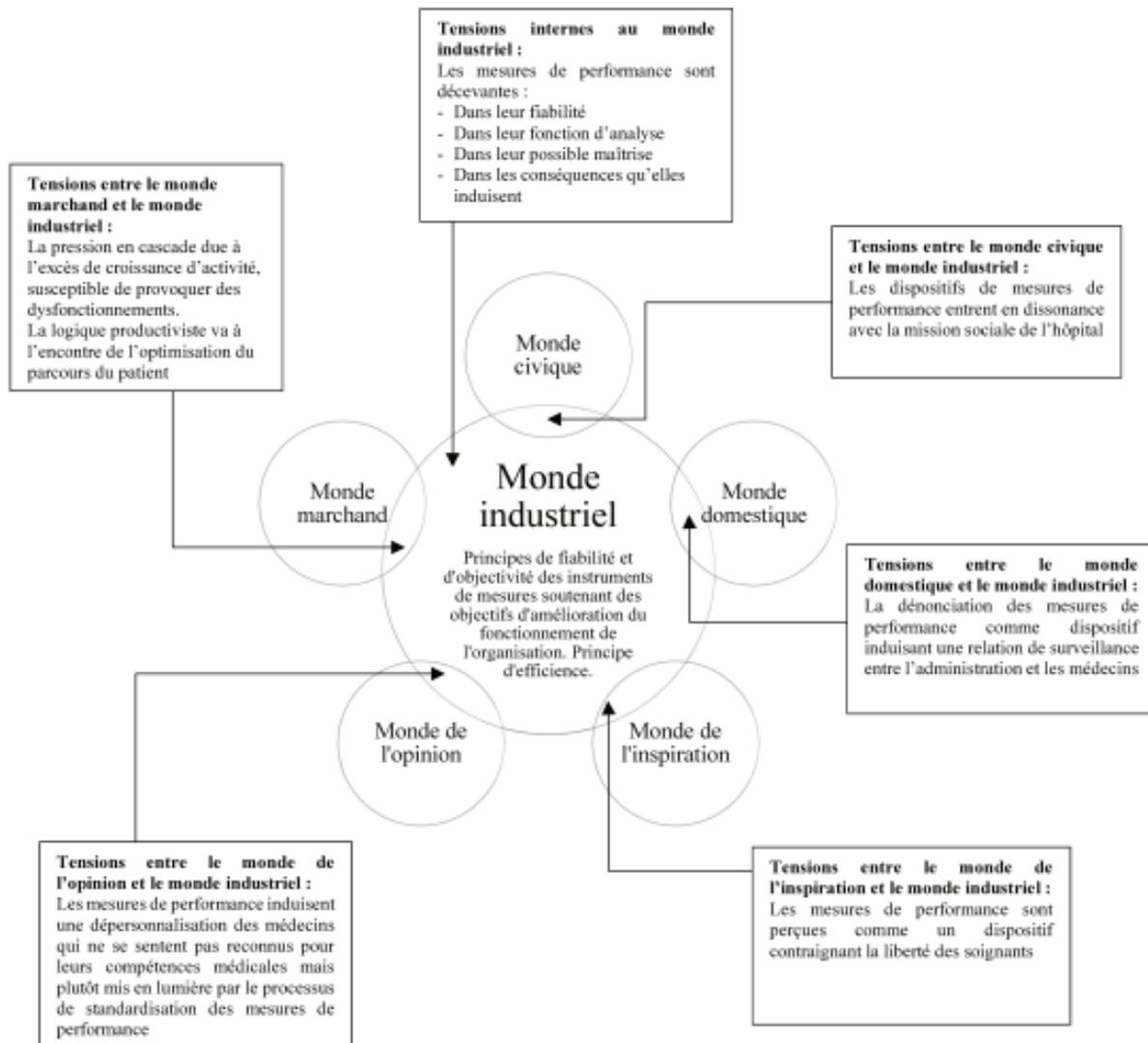


Source : Moriniere (2021)

La nouvelle « *éthique de résultat* » (De Gaulejac, 2006), se superpose, voire se substitue aux valeurs « anciennes » à la manière du « *transport de grandeur* » décrit par Boltanski et Thevenot (1991). Dès lors des tensions émergent. Elles sont notamment générées par des modes de fonctionnement issus du monde industriel, gouverné par le principe d'efficacité, transposés dans les organisations soignantes.

⁹ Le monde « par projets » fut ajouté en 1999 par Boltanski et Chiapello

Figure 3: Tensions entre le monde industriel et les autres, induites par l'utilisation des mesures de performance au sein d'hôpitaux



Source : Moriniere (2021)

Ainsi, la motivation de service public est mise à mal par la logique économique et libérale (Boltanski et Thevenot, 1991 ; Boltanski et Chiapello, 1999. La confrontation aux valeurs et pratiques issues du monde industriel crée de multiples tensions, qui ne sont pas sans conséquence sur le personnel soignant.

I.2.2. Conséquences de la discordance : de la pression financière à l'émergence d'émotions négatives

Le système de financement déployé au sein des organisations par des méthodes gestionnaires issues du monde industriel est pourvoyeur de pression financière avec des conséquences sur le personnel (Domingo *et al.*, 2018).

Notre revue de littérature nous a permis de constater que la pression financière impactait les émotions des soignants de plusieurs manières : elle occasionne une pression temporelle sur les infirmiers, conduisant à un épuisement émotionnel facteur de burn-out, des conflits de rôle, un phénomène de réification, un sentiment de manque de soutien managérial avec un renforcement des cloisonnements et une détérioration du climat organisationnel. Tous ces éléments entraînent la production d'émotions négatives comme la colère, l'anxiété ou le dégoût. Par ailleurs, la pression temporelle entraîne une modification des pratiques professionnelles infirmières, avec pour conséquence une raréfaction des sources d'émotions positives liées à l'aspect relationnel.

I.2.2.1. Pression temporelle

« *L'accroissement des contraintes financières, des réductions des coûts et des demandes d'intensification du rythme de travail conduit à un accroissement du stress chez les professionnels de santé.* » (Barreda *et al.*, 2018). Ce phénomène est lié à la pression temporelle subie et définie comme « *un ressenti cognitivo émotionnel de déficit temporel avéré, supposé ou potentiel, qui peut survenir de façon ponctuelle ou chronique, soit sous l'effet d'une motivation intrinsèque ou extrinsèque à respecter une échéance datée ou non, soit de façon diffuse en lien avec un enjeu ou un mode de fonctionnement plus ou moins généralisé* » (Coeugnet *et al.*, 2011). La motivation est extrinsèque quand elle provient d'injonctions de supérieurs hiérarchiques mais elle peut aussi être intrinsèque lorsque c'est l'individu lui-même qui se l'impose, car elle est associée à un sentiment d'auto-efficacité, ce qui renvoie à la théorie de l'évaluation cognitive (Deci et Ryan, 1985) que l'individu fait de la situation. Ainsi, la pression temporelle est éminemment subjective. Le soignant en situation de pression temporelle doit faire preuve de flexibilité pour optimiser son temps de travail dans la mesure où il doit partager un temps déterminé entre ses différents patients (Coeugnet *et al.*, 2011), ce qui mobilise des activités cognitives complexes, notamment pour des régulations rapides et efficaces (Racheti, 1998). La pression temporelle possède plusieurs caractéristiques relatives aux émotions rappelées par Coeugnet *et al* (2011) :

- La contagiosité inter situationnelle, c'est-à-dire la « *persistance d'un état émotionnel ressenti à un moment donné, par une personne, et dans une situation particulière, sur les situations suivantes vécues par cette même personne* » (Coeugnet *et al.*, 2011).

- L'incertitude associée aux conséquences temporelles : l'individu est préoccupé au sujet de l'incertitude d'atteindre le but dans les limites temporelles imposées, ce qui occasionne du stress qui affecte négativement affecte la performance et les processus décisionnels (Landy *et al.*, 1991). « *Sur le plan émotionnel, une augmentation du niveau d'incertitude entraînerait une augmentation du niveau de détresse notamment caractérisée par de l'agitation et des réactions physiologiques* » (Coeugnet *et al.*, 2011). Ces stratégies d'adaptation inadaptées à l'incertitude entraîneraient à long terme une majoration de l'anxiété et insomnies (Janis, 1982).

Impact inattendu de la pression temporelle, le « *remplissage* » du temps de travail : selon Parkinson (1958), plus on a de temps pour réaliser un travail, plus on va l'utiliser. Le biais constaté par Cœur *et al* (2011) est que les individus peuvent avoir tendance à créer des tâches et du travail pour remplir le temps défini, et fera appel, une fois débordé, à des ressources supplémentaires. Et plus l'individu doit effectuer une tâche rapidement, plus il lui sera difficile de faire une pause ce qui renforce la sensation de pression temporelle (Greiner *et al.*, 1998)

et nuit à la réflexivité. En effet, les décisions prises par les personnes en situation de pression temporelle reposent davantage sur les affects présents sur le moment et non sur les conséquences futures (y compris émotionnelles) de la décision (Shiv et Fedorikhin, 2002).

Georgescu et Naro (2012) évoquent une pression budgétaire au niveau des opérationnels qui ne disposent pas des responsabilités managériales, et qui se définit comme l' « ensemble de pressions associées à l'utilisation du budget en tant que moyen de contrôle des salariés » (Naro, 1998).

Selon Argyris (1952), le sentiment de pression budgétaire est un dysfonctionnement en lien avec la manière dont les supérieurs hiérarchiques présentent les objectifs, qui se présente notamment quand les subordonnés ne sont pas intégrés à la discussion budgétaire. La pression budgétaire occasionne une augmentation des tensions et des émotions telles que la frustration, le ressentiment, la peur, la méfiance et la suspicion pouvant à terme détériorer la performance des acteurs. Pour faire face à ce sentiment de pression, les salariés peuvent former un groupe pour partager leurs émotions et se soutenir mutuellement : ce groupe constitue alors un contrepoids au management qui peut entrer dans des actions de résistance organisée et collective (Argyris, 1952). Dans un contexte de conflit de valeurs entre deux mondes, la pression budgétaire attise donc les braises de la révolte.

Ainsi, l'engagement affectif des soignants n'est pas constant et peut évoluer en fonction des pressions exercées par la hiérarchie et de la nature de celles-ci : par exemple, les médecins voient leur implication affective réduite quand la pression budgétaire est exercée par la hiérarchie administrative (Georgescu et Commeiras, 2011).

L'origine de la pression exercée a également un impact sur l'intensité du travail émotionnel : selon Grosjean et Van de Weerd (2005), l'intensité du travail émotionnel varie selon la représentation de l'individu de l'origine de celui-ci. Le travail émotionnel est mieux accepté quand il vient du cœur de métier que de problématiques organisationnelles. Quand sa source est considérée comme extérieure au travail normal, cela produit des émotions négatives.

Selon Coeugnet *et al* (2011), les déterminants de la pression temporelle sont : les échéances (début et fin activité), la charge de travail (fréquence, intensité, durée de l'effort et dépense d'énergie), le rythme de travail (rapidité de la demande de travail), l'importance de l'enjeu, la présence d'incertitudes inhérentes à la réalisation de la tâche, les marges de manœuvre (permettant ajustements et régulation).

I.2.2.2. Epuisement émotionnel et burn-out

Le modèle exigences- ressources permet de s'intéresser au déséquilibre entre les ressources d'un individu et les exigences potentiellement excessives d'un emploi, et aux conséquences sur les salariés en termes de santé ; les ressources individuelles (nourries par le soutien des pairs et supérieurs hiérarchiques, rétributions...) étant des éléments modérateurs sur les effets des exigences au travail et des coûts associés (Schaufeli et Bakker, 2004). « *Le modèle exigences-ressources suppose que l'épuisement professionnel se développe quand les exigences professionnelles sont élevées et les ressources professionnelles limitées* » (Edey-Gamassou et Lourel, 2008) : ainsi, quand l'intensité de travail augmente, les salariés doivent fournir des efforts supplémentaires dits « *compensatoires* » pour s'adapter, qui ont des coûts psychologiques non négligeables (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Le risque est, à terme, l'épuisement professionnel, non seulement dus à des facteurs physiques et cognitifs,

mais aussi émotionnels (Hobfoll et Shirom, 1993). D'ailleurs, la notion d'épuisement émotionnel constitue la part la plus conséquente du Maslach Burnout Inventory (MBI) (Lee et Ashforth, 1996) développé par Maslach et Jackson en 1981. L'épuisement émotionnel est également une notion commune à la plupart des autres instruments de mesure du burn-out (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). On peut citer par exemple le Shirom-Melamed Burnout Measure (Shirom et Melamed, 2006).

Ainsi, des travaux empiriques mettent en lumière les conséquences négatives du NPM : élévation du stress (Korunka *et al.*, 2003, Kirkpatrick *et al.*, 2005), insatisfaction au travail (Mikkelsen *et al.*, 2000 ; Light, 2002 ; Soni, 2004 ; Farnham, 2003), tensions et fatigue (Korunka *et al.*, 2003).

Les professionnels impliqués dans le travail émotionnel, notamment le *surface acting*, sont plus vulnérables à l'épuisement émotionnel (Hobfoll, 1998 ; Lee et Ashforth, 1996; Buunk *et al.* 1994).

Maslach et Jackson (1981) décrivent le phénomène de *burn-out* auprès des « *personnes impliquées professionnellement auprès d'autrui* ». Ce dernier comporte trois dimensions : un épuisement émotionnel (sentiment de vide, difficultés d'action, d'expression des affects, colère ou au contraire hypercontrôle émotionnel), une dépersonnalisation (détachement, attitudes cyniques vis-à-vis d'autrui, conséquentes d'un sentiment de vide) et un manque d'accomplissement personnel (sentiment d'être dévalorisé dans ses aptitudes au travail, diminution du sentiment d'efficacité et d'estime de soi).

L'épuisement émotionnel est prédictif de turn-over (Wright et Cropanzano, 1998). Une observation de la DREES sur 30 années (entre 1989 et 2019) indique que seulement 54 % des infirmières exercent toujours au bout de dix années d'exercice hospitalier. 21% des infirmiers ont abandonné l'exercice salarié au bout de dix ans de carrière.

Quand les salariés épuisés ne démissionnent pas, soit ils allouent encore des ressources supplémentaires pour augmenter leur productivité, soit ils présentent diverses formes de comportements de retrait (Wright et Cropanzano, 1998) comme le fait de délaisser certaines tâches notamment administratives (Georgescu et Naro, 2012).

I.2.2.3. Conflits de rôles

La pression budgétaire crée des conflits de rôle pour les soignants qui sont pris en étau entre leur implication affective dans l'organisation (*service public motivation*) et la pression à l'activité (Georgescu et Naro, 2012).

Le concept de tension de rôle est bi dimensionnel (Kahn *et al.* 1964, cité par Ruiller, 2012). D'abord, la tension de rôle peut naître à la suite d'un sentiment de contradiction entre les comportements et les buts, notamment une inadéquation entre les valeurs professionnelles et les exigences organisationnelles. Les tâches incompatibles semblent alors impossibles à réaliser. D'autre part, la tension de rôle peut aussi être consécutive à la perception d'informations considérées comme inadaptées à l'exercice des fonctions, un manque de clarté dans l'organisation du travail, ou encore des méthodes, objectifs et responsabilités inadaptées).

La logique comptable cristallise ainsi des craintes et de l'antagonisme dès lors que les personnels médicaux et soignants doivent arbitrer entre les soins et les contraintes budgétaires. Il y a une impression d'injonction à faire de la gestion comptable qui provoque une fragilisation identitaire (Pouvourville, 2010) ou au contraire un renforcement de l'identité professionnelle (Georgescu et Rivière, 2013) conduisant à un rejet de la logique comptable et une conservation de leur rôle traditionnel (Valette et Burelier, 2014).

Ainsi, ayant constaté une « *crise morale* » (Couanau, 2003), dans un secteur hospitalier déçu du processus de rationalisation budgétaire, l'étude de Ruiller (2012) met en lumière « *l'importance de la composante socio émotionnelle et la coexistence d'un soutien "professionnel" et d'un soutien à la sphère "personnelle" de l'individu, dont l'expression se fait par l'ouverture aux autres, par l'empathie et par la transmission d'émotions positives* ».

I.2.2.4. Réification

Dans ce contexte apparaît une réification des soignants et des infirmiers, analysée par Angelé-Halgand et Garrot, 2015, qui citent Honneth (2007) pour définir la réification : il s'agit de « *nier la connaissance, par l'oubli ou la dénégation* » selon deux modèles :

- Soit l'individu se surinvestit tellement dans un objectif qu'il oublie le contexte des événements : c'est « *l'autonomisation d'un but particulier par rapport à son contexte* » (Angelé Halgand et Garrot, 2015). Georgescu et Naro (2012) y voient une stratégie en réaction à la pression budgétaire : les soignants s'orientent vers l'activité à outrance afin d'augmenter les recettes mais en occultant l'importance de la gestion budgétaire. Dans d'autres cas, les données sont manipulées comme dans le cas du surcodage de l'activité (Georgescu et Naro, 2012, Georgescu et Hartman, 2013, Angelé-Halgand et Garrot, 2014), ou certaines tâches notamment administratives ne sont pas accomplies (Georgescu et Naro, 2012) ;
- Soit l'idéologie est rendue forte à tel point qu'elle modifie le comportement de l'individu (jusqu'à lui faire oublier ce qui préexistait) : les professionnels s'investissent tellement dans la production d'actes qu'ils en oublient le sens de ceux-ci, jusqu'à tendre vers un sentiment d'épuisement et de colère vis-à-vis de leur organisation, alors même que la hiérarchie ne leur en demande pas forcément autant. Ce phénomène est décrit par Angelé Halgand et Garrot (2015) comme étant de l'auto-réification, qui conduit à la production d'émotions négatives fortes comme de la colère et du dégoût, ce qui renvoie à l'épuisement émotionnel décrit par Maslach et Jackson (1981).

I.2.2.5. Renforcement des cloisonnements et sentiment de manque de soutien managérial

Dans l'étude d'Angelé Halgand et Garrot (2015), les cadres refusent de s'impliquer dans les affects des équipes, ce qui renvoie à la notion de cercle vicieux émotionnel et bureaucratique développé d'Éggrickx et Mazars-Chapelon (2012). Ils sont en effet pris entre les logiques soignantes et administratives avec pour conséquences des tensions de rôle (Rivière, 2014).

Les infirmiers souffrent d'un sentiment de manque d'accomplissement professionnel et de sens au travail. La charge de travail et la pression à l'activité les privent du sentiment bénéfique de travail bien fait. Cette quête identitaire des infirmiers est peu soutenue par la hiérarchie. Les salariés déplorent ainsi un sentiment de manque de soutien managérial et ont l'impression de ne pas être écoutés et consultés par la hiérarchie. Lorsque des responsabilités leur sont confiées, ils les perçoivent comme des fardeaux ou pièges, et plutôt que d'être source de valorisation, elles sont source de stress et d'anxiété dans la mesure où les infirmiers n'ont pas le sentiment d'avoir le pouvoir nécessaire pour les gérer (Alderson, 2005).

Ruiller (2012) a en effet observé un cloisonnement fort entre les cadres de proximité et les soignants ; ce qui expliquerait le sentiment de manque de soutien managérial des soignants. Dans son étude en soins infirmiers, Haberey-Knuessi (2011), s'inspirant d'Hobfoll (1989), évoque que le sentiment de stress apparaît suite à une perte de ressources, un échec après investissement de ressources en vain, ou une menace prévisible pesant sur les ressources investies. Les effets négatifs du stress peuvent également être diminués conjointement au niveau de soutien perçu (Karasek et Theorel, 1990) : « *Le management de proximité, de par son ouverture à l'expression des affects dans le service de soins, diminue les risques de distorsions communicationnelles non propices à un climat de travail serein* » (Ruiller, 2012).

I.2.2.6. Détérioration du climat organisationnel

Les infirmiers souffrent d'un sentiment de manque de reconnaissance institutionnelle, des patients et de la société en général (Jasseron *et al.*, 2006) mais aussi de leur hiérarchie, de leurs pairs et de l'absence de collectif de travail, dont les tentatives de construction sont mises en échec par le manque de temps et de solidarité au sein de l'équipe (Alderson, 2005). Les travaux de Barreda (2018) ont pourtant permis de souligner l'importance du climat organisationnel comme facteur de satisfaction des infirmiers dans leur emploi, et influençant leur désir de quitter celui-ci. Barreda (2018) cite en effet plusieurs études (Shiverick et Janelle, 2009 ; Hemmelgarn *et al.*, 2006 ; Aarons et Sawitzky, 2006 ; Tschannen *et al.*, 2010) ayant mis en lien le climat organisationnel et l'absentéisme et le *turn over* des infirmiers. D'autres (Liou et Cheng, 2010) évoquent l'importance du climat organisationnel dans l'engagement des infirmiers vis-à-vis de leur profession. Le style de gestion a également un impact puisqu'il est associé, dans certaines organisations, à une démotivation : les infirmiers, se sentant dans l'incapacité d'accomplir les tâches demandées sont démotivés et frustrés (Laschinger *et al.*, 2001).

Des auteurs évoquent une dégradation de la satisfaction au travail en lien avec un déclin de la collégialité (Morley, 2005) et une dureté relationnelle (Diefenbach, 2009). Dans le domaine sanitaire, d'autres soulignent un accroissement important des incivilités dans les relations interpersonnelles au sein de services hospitaliers (Vickers, 2006). Le développement d'un climat de violence psychologique a également été évoqué, en corrélation étroite avec les pratiques de NPM (Ginsbourger, 2008) et plus précisément lié à la perception des changements qui y sont liés, (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012), notamment les réorganisations et restructurations liées aux pressions à la productivité et aux restrictions budgétaires (Neumann et Baron, 1998).

I.2.2.7. Modification des pratiques soignantes

La relation d'aide avec les patients procure du sens au travail, de la reconnaissance et un sentiment de valorisation : « *la relation d'aide et d'accompagnement est au cœur de l'équilibre psychologique des infirmiers, elle ouvre un sens et un plaisir au travail* » (Alderson, 2005). Face à des contraintes temporelles, un manque d'effectif, un faible travail d'équipe (Kalisch, 2006), un sentiment de manque de soutien managérial (Roch *et al.*, 2014), les infirmiers font évoluer leurs pratiques. « *La pression exercée par la logique économique entamerait l'autonomie des professionnels de santé, les conduisant à modifier leurs pratiques cliniques* » (Angelé-Halgand et Garrot, 2014). Klenk et Pieper (2013) évoquent une attention croissante portée à l'administratif au détriment de la clinique. En soins à domicile, Van de Weerd (2016) a indiqué que la pression temporelle déterminait l'activité de soins : dans ce contexte, les infirmiers se concentrent sur les actes techniques, au détriment du relationnel (Kalisch *et al.*, 2009, Aiken *et al.*, 2012), alors que selon Duffy (2008), l'aspect relationnel serait, selon les infirmiers, fondamental pour pouvoir prodiguer des soins de qualité. Les évolutions de rôle des infirmiers en lien avec une pression financière s'accompagnent de stress, d'anxiété (Barreda *et al.*, 2018), d'insatisfaction au travail et de risques quant à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Horner, 2012 ; Jacobson *et al.* 2011).

Ainsi, pour que les soignants puissent exercer leur métier avec un sentiment de travail bien fait, les cadres gestionnaires doivent faire en sorte de créer un environnement favorable à l'accomplissement de la relation d'aide, notamment émotionnelle, autrement dit que la finalité sociale du soin conserve sa place (Carpentier Roy, 2001) sans être occultée par la logique financière.

Sous le prisme du NPM, la culture professionnelle infirmière, éminemment émotionnelle, se heurte à la culture gestionnaire qui empêche la réalisation du travail émotionnel des infirmiers et qui occasionne des émotions négatives. Cette situation aboutit pour les infirmiers à un épuisement émotionnel vecteur de détérioration des indicateurs RH à l'origine de nombreux désagréments organisationnels rencontrés actuellement dans les structures de soins.

« *Dans un contexte managérial favorisant des valeurs professionnelles nouvelles efficacité, flexibilité, goût du risque et de l'innovation les salariés du secteur public se trouvent confrontés à l'obligation de s'adapter* » (Emery et Giauque, 2005). Les salariés du secteur public sont à la recherche d'une nouvelle identité et d'une motivation renouvelée (Emery et Giauque, 2005). Dès lors, la résolution de cette situation conflictuelle passe par un compromis, possible dans la mesure où il ne fait pas renoncer ni à l'un ni à l'autre à son système de valeurs (Boltanski et Thévenot, 1991).

I.3. Une hybridation des pratiques à la lumière des émotions

Face à l'avènement de nouvelles logiques institutionnelles, le professionnel met en jeu sa légitimité vis-à-vis de ses pairs, mais aussi son identité et ses pratiques (Pache et Santos, 2013). La voie de l'hybridation entre les pratiques médicales et financières est une façon de se mettre en conformité avec les prescriptions de l'organisation, tout en gardant un sentiment de cohérence dans son métier (Grenier et Berdardini-Perinciolo, 2015).

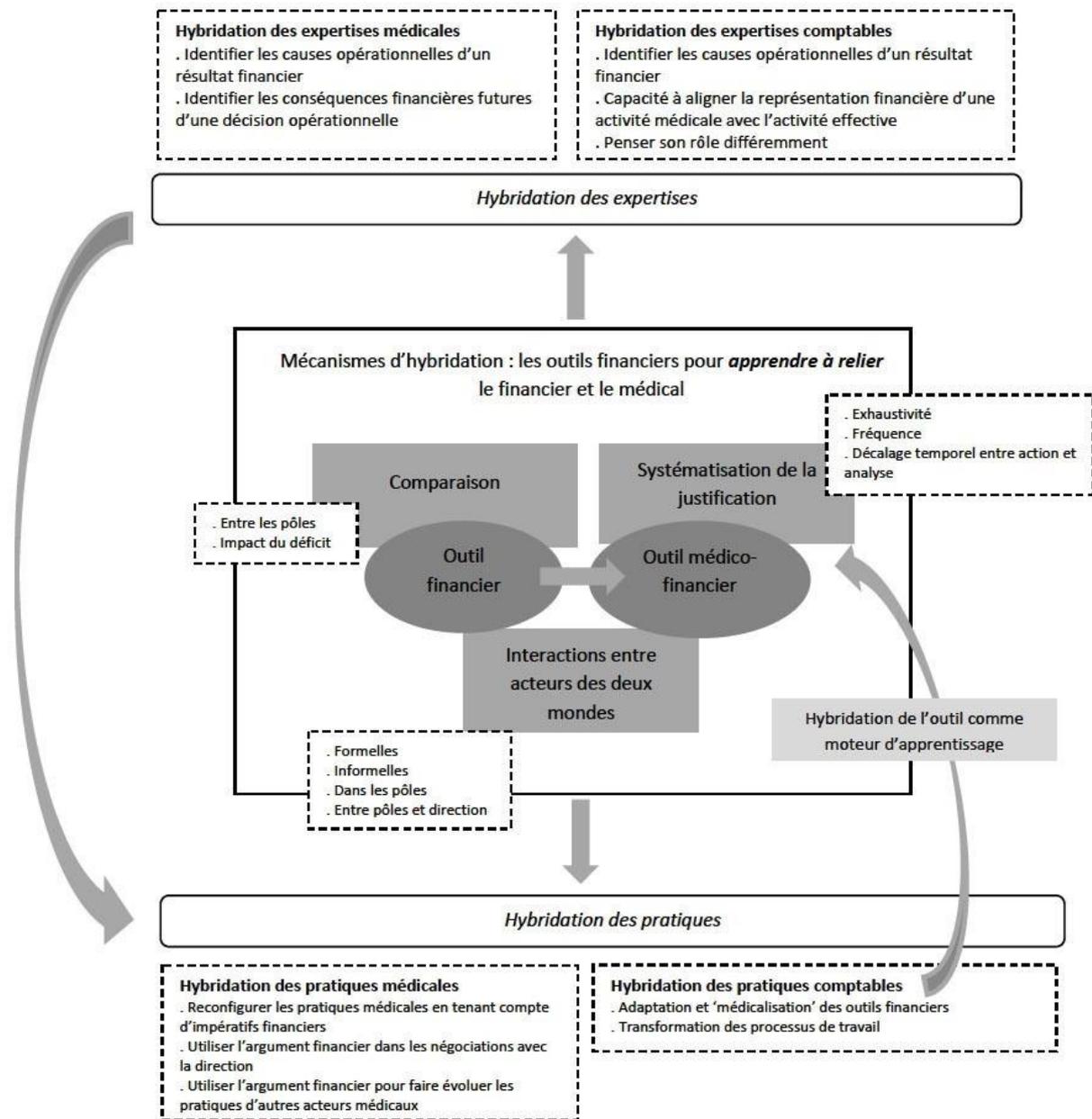
Nous allons dans un premier temps définir l'hybridation (I.3.1) avant de proposer une revue de littérature concernant les cas d'hybridation médico-financière (I.3.2), enfin nous formulerons quelques propositions méthodologiques pour ouvrir la voie à des pratiques hybridées (I.3.3).

I.3.1. Définition de l'hybridation

L'hybridation peut se définir comme la création d'un phénomène nouveau en rassemblant des éléments préalablement séparés ou qui étaient jusqu'ici disparates (Battilana et Lee 2014 ; Miller *et al.*, 2008). « *L'hybridation relie ET transforme des entités préalablement séparées* » (Flachere et Habran, 2019), et se distingue ainsi de *l'accountingization* (colonisation par *l'accountability*) par le fait que « *ce n'est pas un processus unilatéral de colonisation* » (Flachere et Habran, 2019).

La littérature indique que l'hybridation implique des apprentissages par des non financiers (Kurunmäki et Miller 2011, Ostergren 2009 ; Jacobs, 2005 ; Kurunmäki, 2004) mais aussi chez les acteurs administratifs et financiers (Flachere et Habran, 2019). « *L'hybridation n'est pas un processus d'apprentissage et de transformation unilatérale. Les acteurs administratifs et financiers apprennent aussi sur l'activité médicale, ce qui peut les amener à transformer leurs outils et leurs pratiques comptables via la double hybridation* » (Flachere et Habran, 2019).

Figure 4: Le processus de double hybridation



Source : Flachere et Habran (2019)

L'apprentissage seul ne suffit pas, puisque les non financiers doivent pouvoir identifier et comprendre des leviers d'amélioration (Jönsson et Grönlund, 1988). Flachere et Habran (2019) soulignent « l'importance de l'apprentissage des liens entre évaluation financière et activité opérationnelle ». « Il est ainsi nécessaire d'apprendre aussi à relier évaluation financière et activité opérationnelle » (Flachere et Habran 2019). La participation des subordonnés est donc un préalable à toute volonté d'hybridation médico-financière.

Selon Grenier et Berdardini-Perinciolo (2015), le processus d'hybridation dépend de plusieurs facteurs tels que l'éducation, l'expérience professionnelle, mais aussi la manière dont l'organisation facilite le processus (Thornton *et al.*, 2012, Reay et Hinnings, 2009) : socialisation, recrutement (Battilana et Dorado, 2010), mais aussi création d'un sens commun Thornton *et al.*, 2012).

Pache et Santos (2013, cité par Grenier et Berdardini-Perinciolo, 2015) évoquent plusieurs niveaux d'adhésion à la logique institutionnelle : le *novice*, qui ne dispose que peu d'informations, le *familier*, qui comprend la logique mais ne l'applique pas par manque d'implication émotionnelle ou idéologique et enfin *l'identifié*, qui connaît et comprend les logiques, qui y est lié émotionnellement ou culturellement et qui est à la recherche de compromis acceptables par tous.

Une hybridation des expertises réussie se manifeste par : « *la capacité pour un acteur médical ou financier à expliquer un résultat financier par des faits opérationnels* » et « *l'identification des conséquences financières futures d'une décision opérationnelle* » (Flachere et Habran, 2019). Dans ce contexte, cet acteur acquiert une double légitimité à la fois vis-à-vis de ses pairs mais aussi vis-à-vis des gestionnaires (Grenier et Berdardini-Perinciolo, 2015).

En soins à domicile, on pourrait considérer que l'hybridation est opérationnelle quand l'infirmier organise son activité en prenant en compte les contraintes budgétaires, par exemple, lorsqu'il prend l'initiative de réorganiser les tournées soignantes pour limiter les coûts de déplacement.

Autre illustration à l'hôpital : « *L'hybridation des pratiques médicales se manifeste tout d'abord quand les acteurs médicaux reconfigurent l'activité médicale ou son organisation en tenant compte d'impératifs financiers. C'est par exemple le cas lorsque l'élément financier est pris en compte dans les décisions de remplacement et d'allocation des moyens humains sur le pôle.* » (Flachere et Habran, 2019).

Ainsi, des perspectives d'hybridation ont été retrouvées dans la littérature en sciences de gestion.

I.3.2. Des perspectives d'hybridation médico-financière

A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature d'étude démontrant une posture hybride chez les infirmiers. Tout au plus, des auteurs ont montré un processus de colonisation comptable intégré dans les pratiques professionnelles en Italie (Campanale et Cinquini, 2016). Néanmoins, plusieurs chercheurs ont mis en lumière « *un processus confus d'hybridation* » (Emery et Giaque, 2005) voire une hybridation effective des pratiques médicales et financières au sein d'organisations hospitalières.

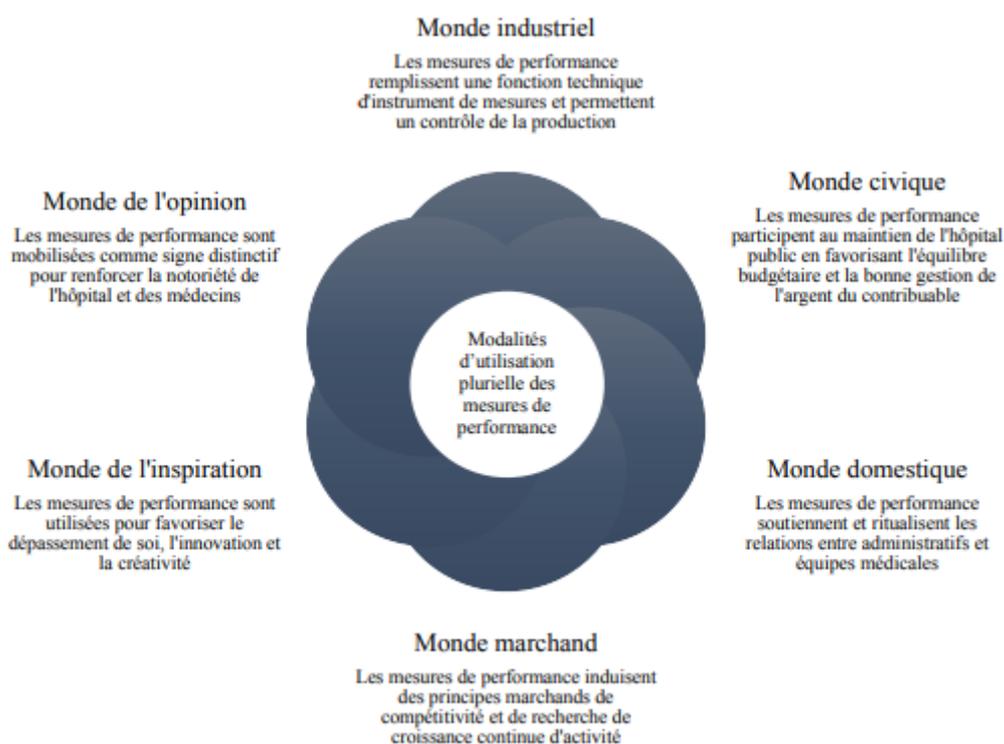
Face à des outils et pratiques comptables, Barreda *et al* (2018) ont repéré trois grands types de réaction chez les médecins :

- Soit les professionnels s'approprient les compétences comptables ;
- Soit des reconfigurations internes sont organisées, avec des personnes chargées de la comptabilité et d'autres centrées sur clinique ;
- Soit des formes de résistance apparaissent quant à la logique et aux outils financiers.

Ainsi, Barreda *et al.* (2018) observent des « *phénomènes d'hybridation et de polarisation* » chez les professionnels de la médecine. L'enjeu de l'hybridation « *paraît se situer dans la possible appropriation des outils comptables et budgétaires par les acteurs des organisations hospitalières* » (Barreda *et al.*, 2018).

Les travaux de Boltanski et Thevenot (1991) n'excluent pas la possibilité d'hybridation des organisations et de leur monde de référence. Moriniere (2021) et Moriniere et Georgescu (2021) se sont intéressées aux conflits de valeurs au sein d'hôpitaux et ont mobilisé les travaux de Boltanski et Thevenot (1991) afin de comprendre comment l'utilisation des mesures de performance facilitait les dynamiques de compromis, ou si au contraire elle créait des conflits moraux entre les acteurs. La particularité de leur étude est d'analyser l'hybridité au regard de sa dimension morale sous-jacente, ce qui nous semble particulièrement intéressant dans notre cas d'espèce, qui est rappelons-le, une association humanitaire promouvant un certain nombre de valeurs. Les auteurs ont remarqué que les différents mondes mobilisent une utilisation de façon plurielle des mesures de performance :

Figure 5: Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance analysées à travers le prisme analytique de Boltanski et Thevenot (1991)



Source : Moriniere (2021)

Cette modélisation met en lumière que la mesure de performance n'est pas seulement une source de pression financière mais peut aussi entraîner des conséquences plutôt positives comme un soutien des relations entre acteurs médicaux et administratifs.

Plusieurs études ont ainsi mis en lumière un phénomène d'hybridation des pratiques avec des médecins qui étaient devenus médecins-gestionnaires (Byrkjeflot et Jespersen, 2014 ; Kurunmäki, 2004 ; Mcgovern *et al.*, 2015). Cette littérature révèle des phénomènes assez contradictoires de compliance et de résistance des médecins vis-à-vis des pratiques financières (Moriniere, 2021), finalement révélateurs d'intégration (Emery et Giaque, 2005) plutôt que de véritable hybridation.

Grenier et Bernardini-Perinciolo (2015) ont montré comment un médecin-chef, pourtant placé « à la frontière d'univers cloisonné » (Bergeron *et al.*, 2013), était parvenu à « faire accepter

la logique médico-économique comme une stratégie de défense contre la seule logique économique ». Ainsi, doté d'une double légitimité interne (envers ses pairs) et externe (envers les gestionnaires dirigeants), il se positionne en rempart contre le phénomène de découplage entre les mondes. Il se positionne aussi en *sensegiver* (Gioia et Chittipeddi, 1991) en permettant un investissement d'un nouvel univers financiarisé via le développement de construction collective de sens.

Dans cette perspective, au-delà d'un seul repli défensif face aux logiques financières, une hybridation des pratiques construite sur les bases d'une volonté de résistance illustre la notion de compromis (Boltanski et Thevenot, 1991) entre deux mondes de référence.

Emery et Giauque (2005) perçoivent des signes d'hybridation montrant que les professionnels s'adaptent : « *Les règles bureaucratiques impersonnelles, qui ont souvent été vécues comme des barrières à l'innovation et à la créativité, s'assouplissent pour laisser plus de place à la créativité des acteurs, à leur sens propre des responsabilités et à leur professionnalisme.* » Ainsi, une place grandissante semble être accordée à la discussion et à la réflexion, permettant ainsi l'émergence de ce que les auteurs appellent « *une nouvelle éthique publique* ». Soutenue par les préceptes du Post-NPM, « *cette nouvelle éthique publique en émergence doit être refondée de sorte à pouvoir réaffirmer la primauté de l'intérêt général, du bien commun, tout en garantissant de nouvelles valeurs professionnelles qui sont en phase avec les nouveaux principes et outils de la nouvelle gestion publique* » (Emery et Giauque, 2005).

Ainsi, il semblerait qu'en réponse au phénomène dualiste provoqué par l'affrontement des mondes médico-soignants et gestionnaires, l'hybridation médico-financière dans un contexte dépassant le modèle du NPM puisse être une solution de compromis permettant à ces deux mondes de ne pas renoncer à leurs valeurs et de coopérer.

I.3.3. Leviers en faveur d'une hybridation des pratiques issus de la littérature en sciences de gestion et du management

Une revue de littérature sur le thème de l'hybridation dans le domaine des sciences de gestion et du management a permis de mettre en évidence plusieurs propositions permettant de construire les bases d'une hybridation réussie des pratiques.

I.3.3.1. Intégrer les subordonnés dans le processus de décision budgétaire

Intégrer les subordonnés dans le processus de décision budgétaire permet d'atténuer les tensions (Argyris, 1952). La participation budgétaire est même qualifiée de « *remède* » contre les effets pervers liés au budget par Sponem et Lambert (2010). La communication sur la question budgétaire se doit d'être sincère, car les « *réentions d'informations constituent un frein à la compréhension et à la mobilisation du financier par les acteurs médicaux dans leurs pratiques* » (Flachere et Habran, 2019).

Cette intégration des acteurs peut aussi être utile pour légitimer les décisions managériales auprès de leurs pairs (Hafferty et Light 1995). « *En sus de constituer un élément de mesure et de pilotage de la performance, la mesure devient un outil de légitimité de l'organisation* » (Barreda et al., 2018).

La participation budgétaire permet également à l'organisation d'avoir une vision globale et d'avoir une meilleure maîtrise des opérations : « *La participation des subordonnés dans le processus budgétaire permet à l'entreprise de détecter les opportunités et les menaces et de garder la maîtrise de l'action* » (Affes et Boujelbene, 2000). Ainsi, l'organisation au sein de laquelle les salariés sont impliqués dans la pratique budgétaire serait plus efficace. En effet, il est communément admis que l'information organisationnelle réduit l'incertitude qui entoure le décideur (Ewusi Mensah, 1981).

La participation des opérationnels à la dynamique budgétaire permet d'améliorer leur implication : la discussion budgétaire doit être faite en lien avec des actions concrètes (éléments opérationnels et stratégiques donc pas seulement basée sur les finances) (Sponem et Lambert, 2010). Gignon-Marconnet (2003) souligne également l'importance des ressources humaines et déclarant que le maintien du budget tient moins à ses rôles économiques qu'à ses rôles humains (orientation des comportements et sécurisation des individus). Le budget peut même être un instrument pour améliorer la satisfaction au travail : « *lorsque le budget est un outil de discussion, d'échange voire de socialisation des individus dans l'organisation, ils [les opérationnels] en sont satisfaits* » (Sponem et Lambert, 2010). Au-delà de la satisfaction, la discussion collective serait même une condition *sine qua non* à l'épanouissement des salariés : « *Le travail collectif devient vital pour pouvoir se reconnaître dans ce qu'on fait comme professionnels* » (Clot et Litim, 2008).

I.3.3.2. Impliquer les managers

« *Les pratiques d'évaluation des budgets, si souvent décriées en particulier dans le contexte hexagonal, peuvent être acceptées à condition d'être associées à une participation dans l'élaboration des budgets et une implication des managers* » (Sponem et Lambert, 2010).

En effet, « *le budget est peu critiqué lorsque la participation des opérationnels et l'implication de la direction sont importantes* » (Sponem et Lambert, 2010).

Chong *et al* (2006), cités par Affes et Boujelbene (2000) évoquent que la participation budgétaire a trois rôles qui affectent comme suit la performance managériale :

- Motivationnel : association positive avec l'engagement organisationnel ;
- Cognitif : réduction de l'ambiguïté du rôle des responsables ;
- Réalisation de valeurs : association positive avec la satisfaction au travail.

Dans une perspective d'hybridation, les managers sont des acteurs clé qui assurent le lien entre les opérationnels et les gestionnaires. En associant tous les acteurs à la démarche, on peut espérer une réduction des conflits de rôle, le manager incarnant alors le compromis permettant l'hybridation des logiques médicales et financières, bouclier contre l'absorption des logiques médicales par les logiques financières (Grenier et Berdardini-Perinciolo, 2015). Si le manager est soignant, il doit, selon ces auteurs, pour faire accepter la logique économique :

- Être à la fois *novice*, *familier* et *identifié* pour soutenir l'hybridation institutionnelle. Il se définit comme *novice* en matière de gestion financière et préférera être considéré pour ses compétences médicales. Il est *familier* dans le sens où il est sensible aux logiques financières, et ambivalent dans son rôle puisque la promotion de la logique médico-financière permet au final de faire intégrer aux soignants une logique économique. Il

est *identifié* par ses pairs comme défenseur des logiques médicales grâce au bouclier d'hybridation médico-financière qu'il brandit.

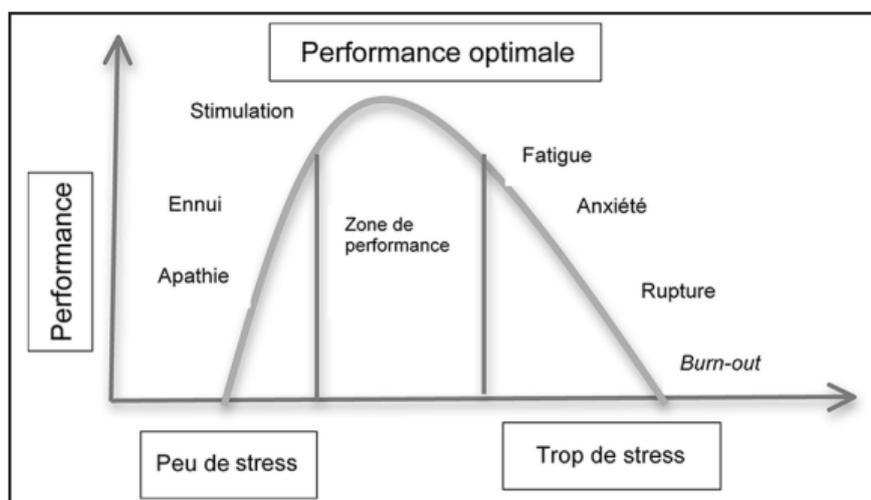
- Être acteur-passeur et acteur-clôture. Il est *passer* (Bergeron *et al.*, 2013) lorsqu'il transmet des informations d'un monde à l'autre voire *traducteur* quand il réussit à combiner les arguments des deux mondes à la faveur de ses projets institutionnels et *transformateur* (Carlile, 2004) quand il fait des ajustements pour réaliser des compromis. Il est acteur-clôture dans la mesure où il défend l'hybridation médico-financière face aux logiques seulement financières.
- « *Être acteur porteur d'une légitimité médico-économique permise par un leadership partagé et hybridé* » (Grenier et Berdardini-Perinciolo, 2015). Si le partage de leadership dans un contexte bureaucratique avec une hiérarchie verticale gouverné par les préceptes du NPM pose question, le contexte de Post-NPM, qui favoriserait la collaboration d'acteurs liés horizontalement par la confiance, semble plus propice.

I.3.3.3. Challenger les salariés

Le niveau de difficulté des objectifs budgétaires n'est pas sans impacter la performance et la motivation. En effet, selon Belkaoui (1989), « *des objectifs spécifiques et difficiles conduisent à une meilleure performance que des objectifs moyens, faciles, lorsqu'on demande de faire de son mieux et qu'on ne fixe pas d'objectif* ». En effet, « la plupart des études et articles (...) suggère que pour maximiser la motivation, les objectifs budgétaires doivent être serrés mais atteignables » (Merchant et Manzioni, 1989). Attention cependant, « *des modèles trop rigides ou trop lâches produisent les uns comme les autres des effets pervers* » (Sponem et Lambert, 2010). Dans cette perspective, ne pas inviter les subordonnés à la participation budgétaire ou les y inviter en fixant des objectifs trop hauts ou trop faciles à atteindre reviendrait donc à les priver d'une source de motivation au travail.

Si l'excès de pression temporelle peut occasionner du stress, une pression modérée peut optimiser un sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1997) de par la motivation liée à la valorisation sociale d'un travail trépidant. La courbe de Yerkes et Dodson (1908) permet d'illustrer ce phénomène.

Figure 6 : La courbe de l'éveil émotionnel



Source : Yerkes et Dodson (1908)

Selon Yerkes et Dodson (1908) il existerait un niveau d'éveil émotionnel optimal permettant de développer la performance des salariés. En deçà, les salariés ont des émotions telles que l'ennui, au-dessus, ils souffrent d'anxiété pouvant conduire jusqu'au burn-out. Dans cette perspective, la pression financière peut être un élément moteur de la performance tant qu'elle n'excède pas un certain niveau d'intensité.

Flachere et Habran (2019) indiquent que pour inciter à relier activité financière et opérationnelle, et mieux comprendre les enjeux, il serait également favorable de faire des comparaisons y compris publiques, et de discuter les résultats.

I.3.3.4. Formaliser des espaces de discussion budgétaire

Il ne suffit pas d'hybrider les pratiques au début et de s'arrêter une fois la machine lancée : la seule « *absorption des connaissances comptables* » (Ostergren, 2009) ne suffit pas car cela n'implique pas forcément une réadaptation des pratiques professionnelles.

Conserver cette hybridation est un travail constant, qui nécessite régulièrement de s'interroger pour réadapter au fil de l'eau les pratiques professionnelles. « *L'hybridation nécessite in fine une reconfiguration des pratiques pour tenir compte des préoccupations nouvelles* » (Flachere et Habran, 2019). Ainsi, la planification régulière de sessions d'analyse des pratiques semblerait être un atout. En effet, la discussion sur le travail permet de mettre en lumière le travail réel (Dejours, 2003) et de discuter les critères de la qualité au travail (Clot et Dejours, 2012) qui peuvent être sources d'incompréhensions entre gestionnaires et salariés, voire de conflits de valeurs.

La littérature souligne effectivement l'importance des réunions en complément des mesures financières (Flachere et Habran, 2019 ; Busco et Quattrone, 2017 ; Jordan et Messner, 2012 ; Hall, 2010 ; Vaivio 1999) elles sont notamment l'occasion pour les acteurs non-financiers d'être éclairés sur des notions budgétaires et ainsi de pouvoir activer des leviers améliorant la performance financière (Flachere et Habran, 2019).

Ainsi, les temps d'échange gagnent à être systématisés, formalisés et à promouvoir la publicité des mesures ; leur composition est également importante, elle doit permettre de mixer les expertises (Flachere et Habran, 2019).

I.3.3.5. Une co-construction d'indicateurs financiers complets

Flachere et Habran (2019) expliquent que lorsque les indicateurs financiers ne sont pas complets, cela peut être problématique dans le sens où les acteurs ne peuvent pas « *comprendre comment agir au mieux* » (Jordan et Messner, 2012). « *Il peut alors être nécessaire de compléter ces indicateurs pour faciliter l'apprentissage des liens entre évaluation financière et activité opérationnelle* » (Flachere et Habran, 2019). Ces pratiques sont stimulantes intellectuellement et peut permettre de rompre avec une routine installée et de réimpliquer l'ensemble des salariés autour d'un challenge commun. Ainsi, co-construire les outils financiers (en tant que réels outils de gestion) peut aussi être un moyen privilégié pour activer de nouveaux apprentissages (Aggeri et Hatchuel, 1997) ; en effet, les salariés pourront dès lors proposer des idées pour perfectionner les indicateurs (Wouters et Wilderom 2008) ou pour en modifier l'usage (Chenhall *et al* 2013). Flachere et Habran analysent qu'il s'agit justement ici de la double hybridation évoquée par Miller *et al* (2008) : « *Les pratiques comptables sont constamment engagées dans un processus de double hybridation : cherchant à rendre visible et calculable les hybrides qu'elles rencontrent, elles s'hybrident elles-mêmes à travers leur rencontre avec d'autres domaines d'expertises* » (Miller *et al.*, 2008).

I.3.3.6. Des outils adaptés

« *En acceptant de s'hybrider et d'amender leurs outils et pratiques, les acteurs administratifs et financiers facilitent l'acceptabilité des valeurs financières qu'ils portent. La question de la légitimité des outils est donc importante à prendre en compte* », évoquent Flachere et Habran (2019), qui ont démontré qu' « *apprentissage et légitimité de l'outil/du financier sont entremêlés* ». Ces auteurs recensent plusieurs critères pour que les outils financiers soient adaptés.

- Des outils « *médicalisés* » : la « *médicalisation* » des outils financiers (Valette et Burrelier, 2014 ; Lehtonen, 2007 ; Llewellyn 2001) favorise l'apprentissage des liens entre évaluation financière et activité opérationnelle et permet d'améliorer la communication entre ces deux sphères ;
- Des outils avec un design particulier (Flachere et Habran, 2019), avec des mesures financières pas trop agrégées (Lind, 2001 ; Jazayeri et Hooper, 1999, Jönsson et Grönlund, 1988) ;
- Des outils produits régulièrement, rapidement, avec une fréquence de production élevée pour garantir réactivité et adaptabilité suivant les évolutions conjoncturelles ;
- Une attitude des concepteurs adaptée, qui « *favorise la légitimation auprès des opérationnels* » (Flachere et Habran, 2019) ;
- Des outils adaptés aux spécificités locales : nous entendons par là, spécificités du territoire, du service et de son historique, et de ses personnels... ce qui nécessite une

certaine gymnastique de la part des acteurs financiers et managers de ce projet. « *L'absence de modification des rôles traditionnels des financiers et administratifs peuvent rendre l'hybridation plus difficile en délégitimant les experts et/ou leurs outils ou en rendant leur acceptabilité moindre* » (Flachere et Habran, 2019).

I.3.3.7. Des changements échelonnés dans le temps

La spontanéité naturelle des émotions crée une préférence du sujet pour le présent (Loewenstein, 1996 ; Elster, 2010), qui conduit à une certaine forme d'impatience. D'autres auteurs soulignent une inaptitude à l'inaction par pression des affects (Bar Eli *et al.*, 2007), notamment l'anxiété, conduisant à des choix irrationnels comme le choix d'un petit gain immédiat plutôt que gros gain futur. Pour résoudre cela, il convient de travailler sur une meilleure maîtrise émotionnelle (Gifford, 2002) et de conscientiser ses émotions sur planification lointaine et présente (Petit, 2004).

Ainsi, il est plus facile d'envisager des sacrifices échelonnés sur le long terme qu'immédiatement. Les changements impliquant l'aspect financier devraient donc être planifiés sur le long terme pour réduire l'impact négatif de leur perception.

I.3.3.8. Jouer la transparence

Les individus jugent et décident de leurs actions en fonction d'images mentales qu'ils se représentent, et auxquelles sont associées des émotions positives ou négatives (Petit, 2015). Finucane *et al* (2000) parlent d'une heuristique d'activité qu'ils décrivent comme suit : « *la perception individuelle du risque et des bénéfices associés à une activité se modifie inconsciemment en fonction des informations que les sujets ont conservé en mémoire ou perçoivent de leur environnement* ». Ce phénomène peut aussi s'expliquer de par la contagiosité des émotions, ainsi, une émotion négative associée à un évènement raconté par un salarié pourrait contaminer ses collègues. Autre cas de figure, une expérience négative liée à des pratiques managériales inadaptées créera un sentiment de méfiance vis-à-vis de la hiérarchie et une propension à ressentir des émotions négatives à son égard.

La transparence dans la communication devrait permettre d'établir un climat de confiance et de mettre fin aux rumeurs (Petit, 2015), d'autant plus si on considère le paradoxe d'Ellsberg (1961) qui exprime une préférence inconscience des sujets pour le connu, ainsi qu'une préférence naturelle pour la transparence liée à l'heuristique de la suspicion. Zajonc (1968) évoque une pratique instinctive, une méfiance vis-à-vis de dangers potentiels et inconnus conditionnant la survie de l'espèce. A l'inverse, les humains ont une aversion naturelle pour l'ambiguïté définie comme l' « *incertitude créée par un manque d'informations pertinentes alors que ces informations pourraient être connues* » (Ellsberg, 1961 cité par Petit, 2015).

I.3.3.9. Encourager l'empathie, resserrer les liens interpersonnels

Des études (Czap *et al.*, 2013, Ovchinnikova *et al.*, 2009) montrent que l'empathie encourage les comportements pro sociaux et moraux. Ainsi, pour créer contexte plus favorable, il conviendrait que le manager soit empathique vis-à-vis de ses salariés, et qu'il encourage ainsi

l'empathie entre les personnes pour promouvoir le bien collectif. La capacité à développer l'empathie dépend de plusieurs critères, notamment, la distance (psychologique, sociale, géographique, culturelle...) qui sépare les individus (Petit, 2015). Des rencontres régulières sont donc souhaitables afin de développer la notion de collectif.

L'empathie a un rôle central dans la promotion des comportements pro sociaux et moraux, notamment l'altruisme individuel (Batson, 1998) : plus une personne est empathique, moins elle est susceptible d'avoir un comportement frauduleux (Calvet *et al.*, 2014). L'empathie tempère aussi la recherche de l'intérêt personnel (Czap *et al.*, 2013) au profit du collectif.

I.3.3.10. Sanctionner les comportements inadaptés

Si les bénéfices du renforcement positif sont souvent évoqués dans les pratiques managériales, la sanction a un rôle majeur à ne pas négliger (Andreoni *et al* 2003). En effet, la sanction des comportements inadaptés permet d'exprimer une désapprobation vis-à-vis d'un comportement jugé incompatible avec le collectif de travail. Dans ce cadre, ce sont les émotions morales qui sont mobilisées. L'expression de désapprobation suite à une conduite déviante des règles organisationnelles évite l'émergence d'émotions morales négatives telles que la colère et le dégoût (Petit, 2015).

Conclusion du chapitre I

Nous avons décrit, au sein de ce chapitre, un processus de financiarisation des établissements sanitaires puis médico-sociaux selon les dogmes du NPM. Cette situation fait émerger de nouvelles logiques amenant une nécessité d'hybridation. En l'absence de quoi, les logiques gestionnaires se confrontent aux logiques soignantes. Les soignants, accoutumés à un contrôle clinique, accordent de l'importance au jugement de beauté de leur travail et ne sont pas acculturés au dialogue financier ni au contrôle gestionnaire préférant un jugement d'utilité (Dejours, 2011). Deux mondes de valeurs émergent alors : le monde gestionnaire, aux valeurs financières, et le monde soignant aux valeurs humanitaires. Les gestionnaires sont préoccupés par des objets extérieurs au monde de référence des infirmiers. Un constat d'incohérence, reposant sur un jugement de manque de soutien et de justice, mène à une situation de dispute mettant en péril la stabilité de l'organisation : il n'y a plus d'accord sur le bien commun (Boltanski et Thévenot, 1991).

Ainsi, un défaut d'hybridation des logiques soignantes et gestionnaires a de multiples conséquences négatives, tant d'un point de vue individuel que collectif. La pression financière subie par les infirmiers dans une logique de colonisation gestionnaire plutôt que d'hybridation entraîne une pression temporelle, une perte de sens au travail, un épuisement émotionnel pouvant aller jusqu'au burn-out, des conflits de rôle ainsi qu'un phénomène de réification. D'un point de vue collectif, la littérature met en évidence des modifications des pratiques professionnelles et un renforcement des cloisonnements aboutissant à la détérioration du climat organisationnel.

La littérature en sciences de gestion pose des arguments en faveur d'une hybridation des logiques soignantes et gestionnaires. Si on ne retrouve pas à ce jour d'étude mettant en évidence de posture hybride chez les infirmières, plusieurs travaux mettent en évidence des perspectives d'hybridation (Campanale et Cinquini, 2016 ; Emery et Giauque, 2005 ; Barreda *et al*/2018 ; Byrkjeflot et Jespersen, 2014 ; Kurunmäki , 2004 ; Mcgivern *et al.*, 2015), voire une hybridation réussie dans le cas d'un médecin (Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015). Forts de ce constat encourageant, nous avons évoqué plusieurs propositions destinées à encourager l'hybridation des pratiques soignantes et gestionnaires, nous permettant d'affirmer que les émotions sont indissociables du processus d'hybridation.

Chapitre II. Les émotions au cœur des pratiques des personnels soignants

Le cheminement réalisé lors de notre premier chapitre nous a permis de constater qu'il était incontournable, dans un contexte de financiarisation, de considérer la question émotionnelle pour éviter une situation de conflit entre deux mondes de valeurs

L'émotion est un concept polysémique. Son étude fait l'objet de nombreux débats et de multiples théories. Nous verrons que les émotions sont multi componentielles : elles impliquent un sentiment subjectif, mais aussi des changements physiologiques, des tendances à l'action ainsi qu'une évaluation cognitive de la situation. Elles peuvent être individuelles ou collectives, et des mécanismes de régulation existent (II.1).

Dans un second temps de notre développement (II.2), nous verrons que les émotions et le travail sont indissociables. Nous mobiliserons la théorie de l'évaluation cognitive afin de comprendre les mécanismes d'émergence des émotions dans un cadre professionnel. Nous verrons que la socialisation émotionnelle au travail est un processus permettant l'intégration de l'individu au sein d'un collectif régissant des normes émotionnelles. Enfin, nous aborderons le concept de travail émotionnel.

Nous verrons, dans la troisième et dernière partie de ce chapitre (II.3), que la profession infirmière est éminemment émotionnelle. L'exercice infirmier est le théâtre d'apparition de multiples émotions, que les soignants régulent selon différentes techniques. Une grande partie de leur travail consiste en effet à adapter les émotions aux situations, ou du moins l'expression de celles-ci, ce qui correspond à du travail émotionnel. L'exercice en soins à domicile présente diverses particularités, notamment en termes émotionnels.

II.1. Des émotions individuelles aux émotions collectives

« En fait, on peut affirmer sans exagération que, scientifiquement, nous ne comprenons absolument rien aux émotions, que nous n'avons pas l'ombre d'une théorie sur la nature des émotions en général ou de telle émotion en particulier. » (Lange, 1885).

Fort heureusement, même si aujourd'hui définir ce qu'est une émotion est toujours une problématique célèbre sur laquelle il n'existe pas de consensus (Scherer, 2005), de grandes avancées ont été accomplies depuis un siècle. Les travaux de James (1884), Lange (1885) et Cannon (1927), fondées sur une approche physiologique, ont notamment eu un impact considérable (Christophe, 1988). Plus récemment, à partir des années 2000, l'étude des émotions emporte l'intérêt des théoriciens : Sander et Scherer (2019) évoquent une véritable « révolution affective » dans la plupart des sciences.

Ainsi dans cette première section, nous présenterons le polysémisme du concept ainsi que le choix de notre ancrage théorique (II.1.1) avant de nous intéresser à la mesure et aux composants de l'émotion (II.1.2) et enfin, nous développerons le concept d'émotions collectives (II.1.3).

II.1.1. Les émotions. Un concept polysémique

« Il semble exister autant de définitions de l'émotion qu'il existe de théories de l'émotion » (Sander et Scherer, 2019) ; à titre d'illustration, Kleinginna et Kleinginna (1981) en ont recensé une centaine. Cette difficulté de définition est liée au fait que le concept d'émotion est variable en fonction de la théorie de référence admise (Van de Weerd, 2003, 2011).

Nous entendons ici l'émotion comme correspondant à un épisode temporel vécu subjectivement par un individu ou un groupe de personnes en lien avec un contexte socio-culturel ou organisationnel donné, qui ressent(ent) alors un ensemble de variations physiques et psychologiques favorables à la rationalité décisionnelle et liées à la naissance d'un sentiment subjectif, des changements psychologiques et des comportements associés, des tendances à l'action, une évaluation cognitive de la situation ainsi que des mécanismes de régulation individuels ou collectifs. Cette définition nous situe dans une perspective interactionniste (Kemper, 1978 ; Averill, 1976 ; Lazarus, 1966 ; Goffman, 1969 ; Schachter, 1964).

Nous argumenterons ce choix au regard des principaux débats et courants théoriques, de plusieurs définitions recensées dans la littérature ainsi que des perspectives d'analyse de celles-ci.

II.1.1.1. Principaux débats et courants théoriques

D'un point de vue historique, si le sujet des émotions avait emporté l'intérêt d'éminents scientifiques comme Darwin par exemple, c'est à partir de 1879, avec la création du laboratoire de psychologie expérimentale de Wundt à Leipzig, que cette thématique est devenue un sujet d'étude majeur en psychologie (Monier, 2017). En effet, si Darwin s'intéressait plutôt aux

aspects expressifs de l'émotion, et c'est à partir de la fin du 19^e siècle que les premières théories scientifiques de la dimension psychologique des émotions voient le jour. Afin de mieux comprendre ce qu'est une émotion, ses fonctions et comment la définir, un survol des grands débats théoriques historiques semble opportun.

Selon la perspective Darwinienne, exprimée notamment dans un ouvrage intitulé « *l'expression des émotions chez l'homme et les animaux* » (1872), les émotions humaines correspondent « à une sorte de comportement rudimentaire, résiduel d'un système comportemental plus complexe qui se serait modifié au fil de l'évolution » (Christophe, 1998). Ainsi, les émotions selon Darwin sont adaptatives, universelles et ont une fonction sociale de régulation des comportements (Durkheim, 1925 cité par Monier, 2017).

Si les théories classiques admettent communément que les manifestations corporelles sont le résultat des réactions émotionnelles, un premier débat historique opposa le psychologue James et l'anatomiste Lange avec deux physiologistes, Cannon et Brand, sur le sujet de la nature de l'émotion.

Tableau 1: Qu'est-ce qu'une émotion ? le débat James-Lange / Cannon-Brand

Qu'est-ce qu'une émotion ?	
James-Lange	Cannon-Brand
<p>La théorie de James-Lange est dite périphéraliste car on considère que la source des émotions provient de la périphérie (les récepteurs des modifications corporelles) : ce sont les comportements et les modifications physio corporelles qui causent les émotions (Channouf et Rouan, 2002).</p> <p>« <i>Nous avons peur parce que nous constatons que nous tremblons</i> » (James, 1948)</p>	<p>La théorie de Cannon-Bard, est considérée comme centraliste car la source de l'émotion est le système nerveux central ; les modifications corporelles n'en étant que la conséquence.</p> <p>L'émergence d'une émotion nécessite la combinaison de facteurs cognitifs et physiologiques.</p> <p>Les émotions sont utiles et sont des réactions instinctives de défense. (Channouf et Rouan, 2002).</p>

Source : adapté de Channouf et Rouan (2002)

Selon plusieurs auteurs contemporains cités par Channouf et Rouan (2002) (Arkin, 1990 ; Ellsworth, 1994 ; Lang, 1994), ce débat historique James-Cannon constitue le point de départ de toutes les conceptions modernes des émotions en psychologie.

Par la suite, des scientifiques comme Dana (1921) ou Maranon (1924) firent des expérimentations réfutant l'une ou l'autre théorie et contribuèrent ainsi à alimenter le débat. Schachter et Singer (1962) intégrèrent une nouvelle dimension à l'émotion : une composante cognitive. Ainsi, deux facteurs sont nécessaires à l'apparition d'une émotion : l'activation physiologique et l'étiquetage cognitif (Channouf et Rouan, 2002). Ces deux composantes de l'émotion (viscérale et cognitive) permettent au sujet d'évaluer la dangerosité d'un stimulus (Monier, 2017). Si Schachter ne s'intéresse pas dans ses recherches à la façon dont

l'activation physiologique se réalise, la conception schachtérienne ouvre cependant de nouvelles voies de réflexion en psychologie sociale et cognitive.

Le second débat majeur opposa le psychologue social Zajonc et le psychologue cognitiviste Lazarus sur la question des liens entre cognition et émotion.

Tableau 2: Emotion et cognition : quelle primauté ? Le débat Zajonc / Lazarus-Mandler

Emotion et cognition : quelle primauté ?	
Zajonc	Lazarus-Mandler
<p>Les émotions sont premières à la cognition (Zajonc, 1980), elles n'ont même pas besoin de la cognition pour se produire. Les systèmes émotionnels et cognitifs sont indépendants au moins en partie, et s'il y a une influence, c'est l'émotion qui prime car le système émotionnel est antérieur au système cognitif : plus tardive, la réaction cognitive découle soit de l'émotion, soit elle est indépendante.</p> <p>L'émotion est une réaction défensive visant la survie de l'espèce</p>	<p>Il y a primauté de la cognition sur l'émotion. La cognition est une condition nécessaire à l'émotion (Lazarus, 1982).</p> <p>Au fondement de l'émotion, l'appréciation de la signification affective (<i>cognitive appraisal</i>) se décline en une évaluation de la situation (analyse des causes) et des conséquences de l'action, suivie d'une analyse des ressources pour y faire face puis des résultats (Lazarus 1992, cité par Cosnier, 1994)</p>

Source : adapté de Channouf et Rouan (2002)

Si ce débat n'est toujours pas résolu, il aura permis de mettre en lumière une perspective d'étude aujourd'hui dominante dans les théories de l'émotion (Monier, 2017) : le concept d'*appraisal*, ou évaluation cognitive.

En fait, les théoriciens cognitivistes (Frijda, Lazarus, Leventhal...) raisonnent pour la plupart en termes de traitement de l'information. Dans la lignée de Schachter (1964), ils considèrent que « *c'est l'interprétation de la situation qui va déterminer l'aspect subjectif et le type d'émotion* » (Cosnier, 1994). En d'autres termes, le sujet va procéder à la qualification d'émotions en fonction de la signification personnelle qu'il attribue à une situation ou à un événement (Lazarus, 1966 ; Scherer, 2001, cités par Monier, 2017) selon la perception de « *stimuli ambigus* » (Garcia-Prieto *et al.*, 2005). Ainsi, l'émergence d'une émotion ne dépend pas d'une situation, mais de l'évaluation que l'on fait de celle-ci (Garcia-Prieto *et al.*, 2005). En effet, pour une même situation, plusieurs scénarii émotionnels sont possibles : le type d'émotion déclenchée ainsi que l'intensité de celle-ci dépendent du processus très subjectif d'évaluation de la situation. « *Ainsi, les émotions se déclenchent grâce à l'évaluation subjective directe, immédiate, intuitive, consciente ou non, en fonction de certains critères situationnels* » (Grandjean et Scherer, 2009, cité par Monier, 2017).

L'évaluation cognitive est liée à une évaluation intra psychique de la pertinence de l'émotion au regard d'une situation, de sa pertinence pour notre bien-être et de notre capacité à faire face aux conséquences de celle-ci (Frijda, 1986 ; Ortony, Clore et Collins, 1988 ; Scherer, 2001). Elle est également liée aux valeurs de l'individu (Rossano *et al.*, 2015, cité par Monier, 2022).

Les apports des théoriciens du cognitivisme ont ouvert la voie à une nouvelle approche plus sociologique, le jugement de l'individu occupant ainsi une place prépondérante dans l'émotion (Bernard, 2015), qui ne se cantonne plus à un phénomène biologiquement déterminé : les théories du constructivisme social ou socio-constructivistes.

Ainsi, pour les tenants du constructivisme, le vécu de l'émotion est relatif aux époques, sociétés, groupes, etc., pour deux raisons : « [D'abord] *parce que la société est l'espace naturel d'apparition et de déploiement des émotions, ensuite parce que le jugement des situations (et des émotions) serait préformé par des dispositions cognitives acquises dans un contexte socioculturel donné* » (Bernard, 2015). L'émotion est donc déclenchée par l'interprétation que le sujet fait d'un évènement ou d'une situation au regard du contexte socioculturel dont il est imprégné. Pour Averill (1980), les émotions résultent de « *constructions sociales* », et dépendent essentiellement du contexte social dans lequel elles naissent : ainsi, « *une émotion serait un ensemble de réponses sociales, constituées de normes et d'attentes partagées au sein d'un groupe, dont la signification est seulement symbolisée par le label émotionnel que le sujet applique à son comportement.* » (Christophe, 1998). Il n'est donc plus question, dans cette perspective, d'envisager d'aspect émotionnel inné ou universel des émotions. Ce sont donc les constructions sociales et culturelles, qui par la socialisation et les rôles sociaux, vont influencer le comportement du sujet (Averill, 1980, cité par Monier, 2017).

Enfin, de récentes découvertes en neurologie ont permis de mettre en lumière le rôle prépondérant des émotions dans la promotion de la rationalité. A contre-courant de la théorie cartésienne¹⁰, Damasio, dans son ouvrage « *l'erreur de Descartes* » (1994) émet l'hypothèse qu'il existe une région du cerveau (le cortex singulaire), dans laquelle les systèmes neuraux sous-tendant l'expression et la perception des émotions, ainsi que ceux relatifs à la mémoire de travail et à l'attention, interagissent de façon particulièrement étroite (Damasio, 1994). Les études démontrent en effet qu'une perturbation lésionnelle dans le cortex singulaire affecte systématiquement à la fois le processus décisionnel et les émotions (Damasio et Franck, 1992). Les victimes étudiées, présentant des lésions dans cette zone, ont complètement changé de « personnalité » après le choc : anciennement très bons éléments au travail, impliqués et empathiques, ils ne parvenaient désormais plus à ressentir la moindre émotion, encore moins la communiquer, alors même qu'ils avaient conservé absolument toutes les autres facultés intellectuelles. En ont résulté des perturbations des processus relationnels, qui ont conduit ces personnes à ne plus pouvoir travailler et à être isolés socialement, car leur comportement n'apparaissait plus rationnel. Damasio (1994) avance également que le cerveau humain est traversé par une série de systèmes neuronaux impliqués de façon étroite à la fois dans le raisonnement (étant entendu comme un processus de pensée orientée vers un but), la décision (l'organisation des réponses à ce processus), l'expression et la perception des émotions. Les émotions sont indispensables à la compréhension du fonctionnement humain. Ainsi, Damasio (1994) montre que leur absence ou perturbation, ainsi que la non prise en compte des émotions des autres conduit à des réelles problématiques au travail.

Des débats évoqués ci-dessus sont nés des courants théoriques développant plusieurs éléments de définition de l'émotion.

¹⁰ Descartes, s'intéressant au rôle des émotions dans la détermination du comportement, postule qu'émotions et raisonnement sont deux mécanismes indépendants, et si les émotions ont une influence sur le raisonnement, c'est pour le perturber.

II.1.1.2. Eléments de définition de l'émotion

Les auteurs spécialisés en psychologie des émotions définissent celle-ci comme un épisode temporel (Ekman, 1992 ; Frijda *et al.*, 1991 ; Scherer, 1994), déclenché par un évènement précis, interne (souvenirs, pensées...) ou externe (le comportement des autres par exemple) et qui implique « *un changement visible dans le fonctionnement de l'organisme* » (Garcia-Prieto *et al.*, 2005). « *Aujourd'hui l'ensemble des chercheurs s'accorde sur le fait qu'émotion et cognition interagissent étroitement* » (Ribert-Van de Weerd, 2003). Des preuves scientifiques sont venues étayer ce nouveau positionnement de la recherche, avec notamment les travaux de Piaget (1989), LeDoux (1994), Cahill *et al.* (1996).

Pour Scherer (2001), le terme « émotion » désigne « *un ensemble de variations épisodiques dans plusieurs composantes de l'organisme en réponse à des évènements évalués comme importants par l'organisme* ». C'est « *un processus dynamique d'une durée relativement brève* », l'émotion se référant « *toujours à un objet qui la déclenche* ».

Pour Frijda (1986), les émotions sont « *des comportements non opératoirement finalisés, des traits non instrumentaux de comportement, des changements physiologiques et des expériences évaluatives, reliées au sujet, le tout provoqué par des évènements externes ou mentaux, en premier lieu par la signification de tels évènements* ».

Le concept d'émotion est à distinguer de concepts voisins pourtant parfois utilisés indifféremment dans la littérature organisationnelle (Garcia-Prieto *et al.*, 2005), tels que les sentiments et les humeurs (voir annexe 2).

Selon Hochschild (2003), il existe deux perspectives principales pour étudier les émotions : la perspective organiciste et la perspective interactionniste.

Tableau 3: Perspectives d'étude des émotions

Perspective organiciste Freud, James, Darwin	Perspective interactionniste Kemper, Averill, Lazarus, Goffman, Schachter, Gerth et Mills
<p>Fixité fondamentale des émotions basée sur des données biologiques, comme une réponse réflexe universelle</p> <p>Elles sont secondaires à des pulsions (Freud, 1911)</p> <p>La capacité d'un individu à exprimer ou pas un sentiment est inexistante</p> <p>Les émotions ne sont pas fondamentalement affectées par les relations sociales, leur impact est superficiel</p> <p>Importance de l'origine des émotions : énergétiques ou somatiques (James et Freud), phylogénétique (Darwin)</p> <p>Recherche de points communs entre les humains, ou entre humains et animaux</p>	<p>Importance capitale de l'interface social</p> <p>La perception, la gestion et l'expression des émotions sont des processus qui influent profondément les émotions (notion de construction de réflexes) ; cependant les adultes exempts de handicap psychique ou mental possèdent une grande capacité de contrôle des émotions.</p> <p>Prise en compte des facteurs socio-psychologiques</p> <p>Importance de l'interface d'une situation avec l'expérience</p> <p>Les émotions peuvent être un moyen d'adaptation psychobiologique, mais au même titre que la pensée est elle-même soumise à l'influence des normes ou des situations.</p> <p>Recherche de différences interindividuelles</p>

Source : adapté de Hochschild, 2003

Ces éléments nous font songer que la perspective organiciste appellerait un paradigme épistémologique positiviste, tandis que le paradigme interprétativiste semblerait le plus adapté à la perspective interactionniste.

La question émotionnelle est éminemment complexe, constat ayant invité les chercheurs à établir des classifications des émotions.

II.1.1.3. Des émotions basales aux émotions mixtes

Dans les années 1960, en référence aux travaux de Darwin (1872), Tomkins (1962, 1963) formula l'hypothèse de l'existence d'un certain nombre d'émotions fondamentales.

Pour ses recherches, Darwin utilisa les techniques du questionnaire et de l'observation d'expressions émotionnelles, et réalisa ainsi la première classification des émotions, déterminée par des configurations faciales et corporelles spécifiques.

A sa suite, les théories néo darwiniennes (Tomkins, Plutchik, Izard, Ekman) ont permis de classer les émotions de base par le biais de l'étude d'expressions faciales émotionnelles (Christophe, 1998).

Tableau 4: Liste des émotions fondamentales proposées par les théories de Tomkins, Izard, Plutchick et Ekman

Tomkins	Izard	Plutchik	Ekman
Colère	Colère	Colère	Colère
Dégoût	Dégoût	Dégoût	Dégoût
Joie	Joie	Joie	Joie
Peur	Peur	Peur	Peur
Surprise	Surprise	Surprise	Surprise
"	Tristesse	Tristesse	Tristesse
Mépris	Mépris	"	Mépris
Honte	Honte	"	Honte
Intérêt	Intérêt	"	Intérêt
"	Culpabilité	"	Culpabilité
"	"	Acceptation	"
"	"	Espérance	"
Anxiété	"	"	"
"	"	"	Embarras
"	"	"	Respect
"	"	"	Excitation

Source : Christophe, 1998

Seules cinq émotions sont communes aux quatre auteurs ; la colère, le dégoût, la joie, la peur et la surprise, ce qui montre une disparité dans la littérature, et illustre tout à fait l'absence de consensus sur le sujet des émotions. Ekman (1992) évoque neuf caractéristiques permettant

d'identifier une émotion de base (voir annexe 3). Les émotions de base auraient une fonction socio-adaptative (Cosnier, 2015) en ce qu'elles motivent et organisent l'ensemble des comportements humains (autorégulation, développement de liens, communication) (Izard et Buechler, 1980).

En sus de ces émotions de base, il existe une autre catégorie d'émotions complexes dites « mixtes » qui sont le fruit d'un mélange entre les émotions de base (Ekman, 1989) : la honte, la culpabilité, la jalousie, le mépris, la pitié, la tendresse... Par exemple, la honte réunit la peur et la colère. Si les premières sont qualifiées de « réflexes » les secondes nécessiteraient une élaboration cognitive (Rusinek, 2004 ; Larivey, 2002).

Les émotions peuvent être morales ou sociales : ainsi, une émotion est dite sociale lorsqu'elle implique une évaluation – positive ou négative - du caractère ou comportement d'une autre personne ou de soi-même (Petit, 2015). Les émotions sont morales lorsqu'elles sont liées à une violation morale perçue par un individu (Haidt, 2003). La culpabilité et la honte en sont des exemples

Rick et Loewenstein (2008) distinguent les émotions immédiates des émotions anticipées. En ce qui concerne ces dernières, l'individu ne ressent pas l'émotion au moment de la prise de décision mais anticipe que ça lui procurera plaisir ou insatisfaction (Petit, 2015).

II.1.2. Des émotions multi componentielles

Rusinek (2001) propose de débiter l'analyse en s'intéressant à 6 éléments parmi lesquels la fonction de l'émotion, ses indices visuels, ses mécanismes physiologiques, les conséquences du vécu émotionnel, la situation et le rapport entre les acteurs.

L'émotion est un concept éminemment multi componentiel. L'ensemble des théoriciens contemporains semble s'accorder sur les composantes suivantes de l'émotion (Sander et Scherer, 2019, Frijda, 1994 ; Izard, 1991 ; Scherer, 2000) :

- Un sentiment subjectif ;
- Des changements physiologiques ;
- Une expression motrice /des comportements observables.

Ces trois éléments forment la « *triade émotionnelle* » (Cosnier, 1994) ou « *triade de la réaction émotionnelle* » (Sandler et Scherer, 2019) classique à laquelle d'autres éléments non moins importants mais d'une plus grande variabilité peuvent être intégrés (Cosnier, 1994), notamment dans une perspective d'étude mobilisant la théorie de l'évaluation cognitive :

- Des tendances à l'action ;
- Une évaluation cognitive.

Nous allons présenter chacune de ces composantes.

II.1.2.1. Le sentiment subjectif

Le sentiment subjectif peut aussi être, dans la littérature, appelé affect (Cosnier, 1994) ou expérience subjective de la situation (Rivolier, 1992). Sander et Scherer (2019) se proposent

de définir le sentiment subjectif comme « *l'émotion telle qu'elle est vécue par l'individu ; il s'agit de l'aspect conscient du processus émotionnel* ».

Quelle que soit le courant théorique mobilisé dans l'étude des émotions, on retrouve en général deux méthodes de classification des émotions (Liu *et al.*, 2011) :

- L'approche catégorielle ;
- L'approche dimensionnelle.

II.1.2.1.1. L'approche dimensionnelle

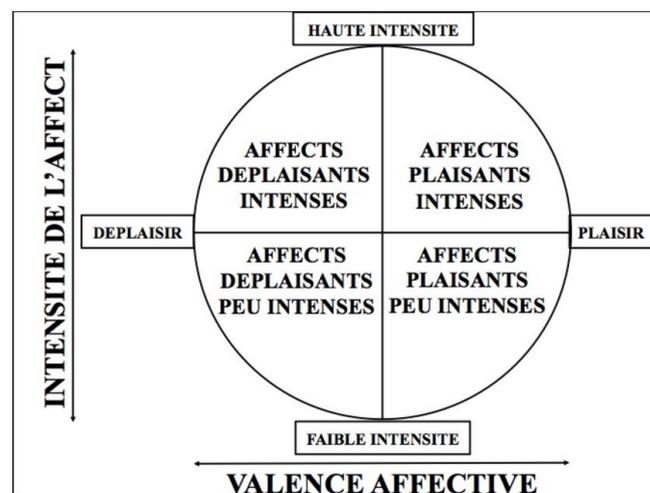
« *Selon la perspective dimensionnelle, les phénomènes émotionnels peuvent se décrire et s'expliquer en faisant appel à un ensemble de dimensions élémentaires qui se combinent pour produire n'importe quel état émotionnel* ». « *Les théories dimensionnelles partagent l'idée que les émotions peuvent être décrites par un nombre limité de dimensions (deux ou trois, suivant la valence et l'excitation subjective ressentie)* » (Sander et Scherer, 2019).

Si les affects peuvent être étudiés en fonction de leur valence (aspects positifs ou négatifs), les avancées majeures de la psychologie au 19^e et 20^e siècle ont permis de réaliser des modèles d'analyse plus complexes, notamment grâce à Wundt (1874) et plus récemment Plutchik (1980) et Russel (1980).

« *Les modèles de l'approche dimensionnelle se différencient de ceux de l'approche catégorielle par le fait que les émotions résultent d'un nombre fixé de concepts représentés dans un espace multidimensionnel* » (Liu *et al.*, 2011 ; cité par Gbehounou *et al.*, 2012) et se caractérisent par leurs coordonnées sur deux axes perpendiculaires (Russel, 1980, cité par Monier, 2019).

Le modèle le plus utilisé est celui de Russell (Gbehounou *et al.*, 2012).

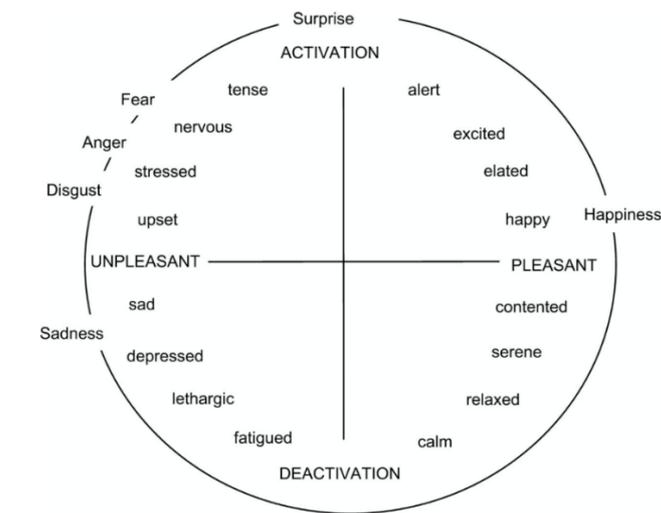
Figure 7: Le modèle circumplex de l'affect de Russel (1980)



Source : Borowick, 2017

A l'origine de la notion de valence, Aristote (cité par Sandler et Scherer, 2019) écrivait : « *les émotions sont tous ces sentiments qui changent l'homme de façon à affecter son jugement et qui sont accompagnés par la souffrance ou le plaisir* ». Cosnier (2015) évoque comme élément de distinction bon-mauvais/bien-mal/plaisant-déplaisant. Ce dernier, en référence aux travaux de Ekman et Friesen (1975), décrit également des émotions positives c'est-à-dire « *qui procurent un éprouvé de plaisir* » une forme de satisfaction. Par opposition, il existe des émotions négatives procurant une forme d'insatisfaction à l'individu qui la ressent. Gbehounou *et al.* (2012) définissent le critère de valence en ces termes : « *la valence représente la manière dont se sent une personne quand elle regarde, par exemple, une image. Cette dimension varie du positif au négatif et permet de distinguer les émotions négatives et les émotions agréables* ». Duffy (1962 ; cité par Sander et Scherer, 2019) définit la dimension d'activation comme « *un continuum allant d'un point bas dans le sommeil à un point haut dans l'effort extrême ou l'excitation intense* », soit un niveau d'excitation corporelle (Gbehounou *et al.*, 2012).

Figure 8: Le modèle circumplex de l'affect de Russel- Version détaillée (1980)



Source : Marinier (2008)

Le modèle de Russell (1980) suggère que la valence et l'activation sont des dimensions bipolaires (à chaque pôle, un affect opposé, par exemple heureux et triste) et indépendantes (la valence et l'activation ne sont pas corrélées) (Posner *et al.*, 2005).

Ainsi, une émotion mixte ne peut pas être composée de sentiments subjectifs qui diffèrent radicalement en valence ou en activation - comme le bonheur et la tristesse. Dans la figure ci-dessus, les expériences émotionnelles mixtes seraient les émotions situées les unes à côté des autres dans le même quadrant.

D'autres modèles bidimensionnels ont été conceptualisés, en fonction :

- d'affects positifs et négatifs (Watson *et al.*, 1999) ;
- de la tension et de l'énergie (Thayer, 1989) ;
- de l'approche et du retrait (Lang *et al.*, 1998).

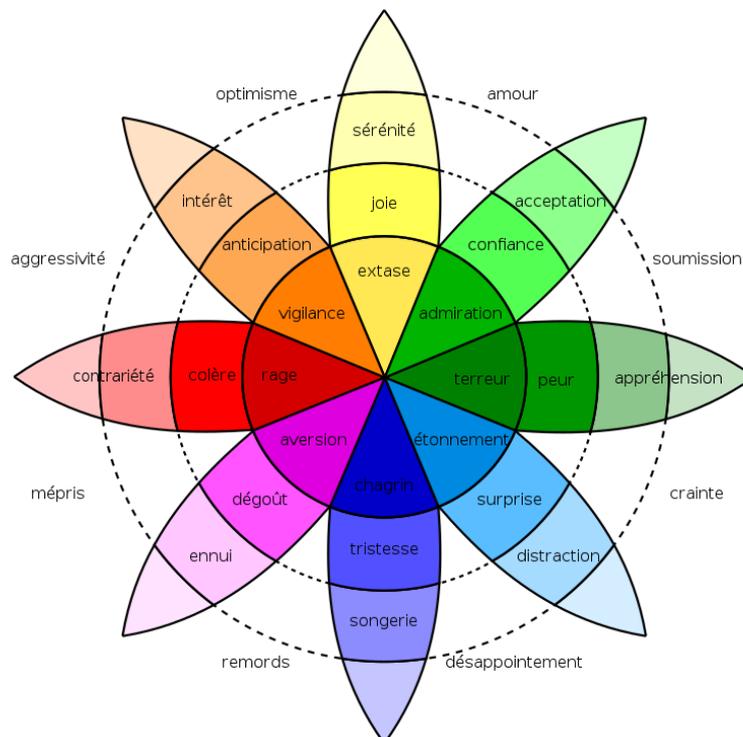
II.1.2.1.2. L'approche catégorielle

« Dans l'approche catégorielle, les processus émotionnels peuvent être expliqués par un ensemble d'émotions basiques ou fondamentales, qui seraient innées et communes à toute l'espèce humaine. Il n'y a pas de consensus quant au nombre et à la nature de ces émotions dites fondamentales ». (Gbehounou et al., 2012). Ainsi, selon l'approche catégorielle, les émotions peuvent être organisées au sein de catégories (Monier, 2019).

Plutchik (1980) a réalisé un modèle composé d'émotions de base opposées deux à deux, et de multiples nuances entre chaque association d'opposés correspondant aux émotions mixtes. Ainsi, dans son modèle, Plutchik répertorie 24 affects dont 16 émotions mixtes et 8 émotions de base reliées selon trois dimensions :

- leur intensité (trois niveaux d'intensité, par exemple : chagrin- tristesse- songerie) ;
- leur degré de similitude (la honte et la culpabilité sont plus proches entre elles que la joie et le dégoût (Véronique, 1998) ;
- leur polarité (l'extase est opposée au chagrin).

Figure 9: La roue des émotions de Plutchik (1980) : modèle éclaté en deux dimensions



Source : Monier (2019)

Ainsi, la combinaison de plusieurs émotions primaires donne naissance à une émotion plus complexe (mixte), à la façon d'une palette de peinture « deux couleurs adjacentes sur le cercle des couleurs forment une nuance intermédiaire » (Plutchik, 1980). Cette émotion plus complexe issue de l'association de deux émotions primaires est appelée dyade. Il existe trois niveaux de dyades dont les règles d'association ont été définies par Plutchik (de Bonis, 1996) : primaires (combinaison d'émotions adjacentes), secondaires (combinaison d'émotions adjacentes voisines à une près), tertiaires (combinaison d'émotions adjacentes voisines à deux près).

Figure 10: Les dyades ou émotions mixtes selon le modèle de Plutchik



Source : Monier (2019)

La figure ci-dessus illustre la palette de dyades ou émotions mixtes créées par l'association d'émotions primaires. Cependant, quatre associations posent problème en se révélant impossibles. Ce modèle, qui permet d'obtenir 24 émotions mixtes, ne permet cependant pas la description d'états émotionnels plus subtils (Russel, 1991).

II.1.2.2. Les changements physiologiques et les comportements observables

Dans la continuité des travaux de Tomkins sur les émotions de base, Izard (1971, 1991) et Ekman (1972, 1982, 1992) se sont intéressés, dans leurs recherches, aux expressions faciales spécifiques. Ainsi, ils défendent l'idée d'un nombre restreint d'émotions universelles caractérisées par des *patterns*¹¹ de réponse expressifs et psychophysiologiques typiques (Sander et Scherer, 2019). A titre d'illustration, citons l'étude d'Ekman, Sorensen et Friesen (1969) en Nouvelle Guinée, qui a montré que les membres d'une tribu isolée du monde extérieur identifiaient très bien des expressions faciales d'occidentaux.

¹¹ Un pattern se définit comme suit : « *Modèle simplifié d'une structure de comportement individuel ou collectif (d'ordre psychologique, sociologique, linguistique), établi à partir des réponses à une série homogène d'épreuves et se présentant sous forme schématique* » (source : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL))

L'expression vocale, tout comme l'expression faciale, aurait au moins en partie des bases biologiques (Frick, 1985), ainsi des biologistes comportementaux ayant retrouvé des tonalités de vocalisation plus fortes et rugueuses dans des états de colère et plus aiguës et faibles dans des états de peur, ce qui semble similaire à la situation humaine (Scherer, 1985).

Lorsque nous avons peur, le rythme cardiaque ainsi que la respiration s'accélèrent : « *une fonction primaire des changements physiologiques est l'apport d'énergie permettant la préparation d'une action spécifique* » (Sander et Scherer, 2019). Nous développerons ce point lorsque nous aborderons les tendances à l'action, dans le paragraphe suivant.

Même si les études empiriques ne manquent pas, le problème se pose de la difficulté méthodologique d'induire à des fins de recherche des émotions fortes et réalistes chez des sujets, cela posant des problématiques pratiques et éthiques. Cependant les travaux réalisés sur des émotions d'intensité faible ont montré des réponses physiologiques discernables/caractéristiques chez les sujets (Sander et Scherer, 2019).

II.1.2.3. Les tendances à l'action

Au quotidien, nous sommes confrontés à différentes situations qui nous touchent plus ou moins. Le déclenchement ou non d'une certaine émotion d'une certaine intensité est lié à une évaluation instinctive que nous faisons de la situation, en fonction d'aspects contextuels, personnels (but, valeurs, besoins) et sociaux, appelés facteurs motivationnels de l'émotion. Si l'évènement produit une réaction émotionnelle, se déclenchera alors un processus émotionnel produisant des tendances à l'action. Les tendances à l'action correspondent à « *la préparation de réactions comportementales appropriées nous permettant de poursuivre un but prioritaire à un moment donné, en tenant compte, à un certain degré, de facteurs contextuels* » (Aue, 2019).

Si Arnold (1960, citée par Philippot, 2011) fut l'initiatrice du concept de tendance à l'action, Plutchik fut le premier théoricien à considérer explicitement les tendances à l'action comme composantes à part entière de l'émotion (Sander et Scherer, 2019). Frijda (1986) en fit le concept central de sa théorie des émotions (Philippot, 2011) et identifia ainsi huit tendances à l'action de base (Frijda *et al.*, 1989) :

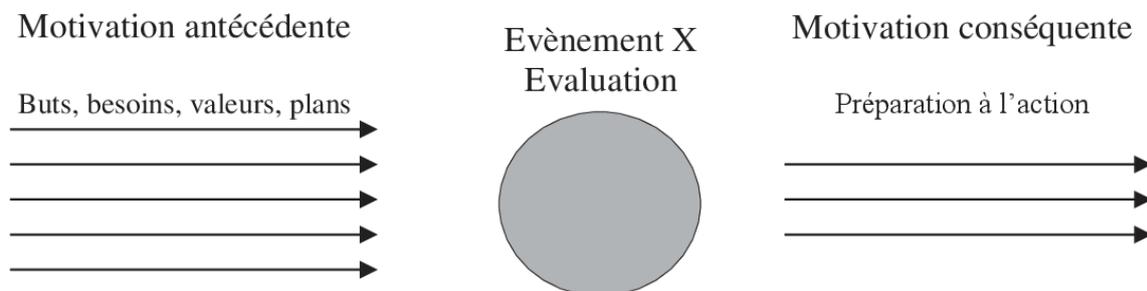
Tableau 5: Les tendances à l'action

Tendance à l'action	Fonction	Emotion
Approche positive	Etablir un contact, permettre une activité de consommation	Désir, tendresse, affection
Agression	Détruire, blesser, écarter/ repousser un obstacle à un but	Colère
Panique	Fuir, écarter un danger potentiel	Peur
Jeu	Apprendre	Joie, amusement
Inhibition/fuite	Eviter la confrontation à une menace	Peur
Rejet	Expulser de l'organisme, des pensées	Dégout
Soumission	Prévenir l'exclusion sociale	Anxiété, embarras, culpabilité, honte
Dominance	Affirmer un statut	Fierté

Source : adapté de Frijda (1986)

Plusieurs auteurs (Darwin, 1872 ; Izard, 1991 ; Izard et Ackerman, 2000 ; Plutchik, 1980, 1994) ; Tomkins, 1984, cités par Sander et Scherer, 2019) considèrent que l'émotion a une fonction de motivation du comportement humain, visant à encourager un comportement particulier visant à la satisfaction des attentes et des besoins du sujet. Scherer (2004) distingue la motivation antécédente et conséquente, la première concernant plutôt la pertinence de l'apparition d'une émotion au regard des buts, valeurs et besoins du sujet ; la seconde visant la satisfaction de ces besoins en fonction du contexte et des priorités du sujet.

Figure 11 : Représentation de la motivation comme antécédente et conséquente du processus émotionnel



Source : Sander et Scherer, 2019

Pour Plutchik également, pour qui les émotions jouent un rôle fonctionnel de protection de l'espèce (humains ou animaux), chacune des émotions de base est associée à un type d'évènement, des cognitions, des réactions physiologiques et des comportements adaptatifs.

Tableau 6 : Modèle psycho évolutif des émotions de Plutchik

Evènement	Cognition	Sentiment	Comportement	Effet
Menace	Danger	Peur, terreur	Courir ou voler au loin	Protection
Obstacle	Ennemi	Colère, rage	Mordre, frapper	Destruction
Potentiel appariement	Possession	Joie, extase	Poursuite, jonction	Reproduction
Perte d'individu de valeur	Abandon	Tristesse, chagrin	Pleurer	Réintégration
Membre de groupe	Amical	Acceptation, avoir confiance	Toilettage, partage	Affiliation
Objet horrible	Poison	Dégout, aversion	Vomir, repousser au loin	Rejet
Nouveau territoire	« Qu'est ce qui est dehors ? »	Anticipation	Examiner, cartographier, organiser	Exploration
Objet inattendu	« Qu'est-ce que c'est ? »	Surprise	Stopper, en alerte	Orientation

Source : Sander et Scherer, 2019

Autrement dit, des typologies d'évaluation émotionnelles déclenchent des tendances à l'action associées (Frijda *et al.*, 1989).

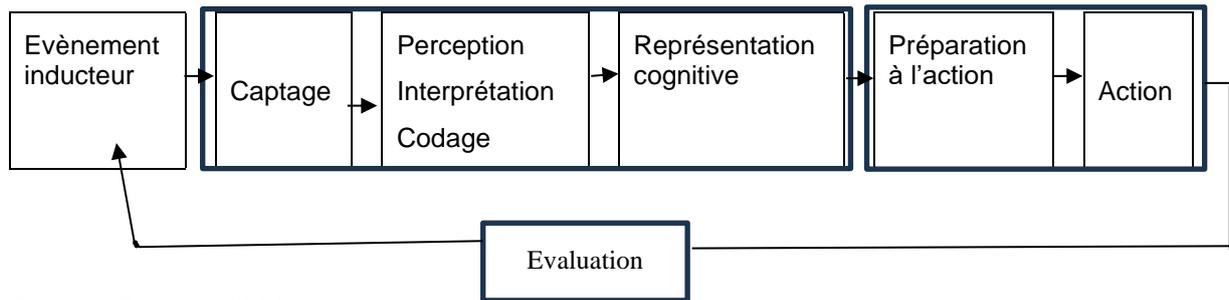
Une tendance à l'action a plusieurs conséquences ou fonctions (Sander et Scherer, 2019) : en premier lieu, faciliter la motricité au travers de réactions physiologiques et musculaires. En second lieu, la tendance à l'action a un rôle social d'expression et de communication, par le biais de postures et expressions faciales (Frijda et Mesquita, 1994).

Si nombre d'études ont été menée sur la thématique des réactions physiologiques et expressions faciales émotionnelles, le sujet des facteurs motivationnels ou tendances à l'action a été plutôt délaissé (Scherer, 2019).

II.1.2.4. L'évaluation cognitive

Cosnier (1994), explique le principe général de l'évaluation cognitive en ces mots : « *Dans une première étape l'évènement inducteur est reçu, interprété, codé, et mis en forme de représentation interne (de « cognition »). Dans une deuxième étape un plan de préparation à l'action (du « faire-face ») est mis en place. Dans une troisième étape, une évaluation de l'adéquation de l'action adaptative est effectuée.* »

Figure 12: Représentation synthétique du mécanisme d'évaluation cognitive



Source : Cosnier (1994)

Frijda (1993) distingue ainsi deux principaux niveaux d'évaluation cognitive lorsqu'un individu est confronté à une situation :

- Evaluation de l'évènement,
- Evaluation des capacités de celui-ci à faire face à la situation (Grosjean (2001) adopte le terme *coping*).

Frijda (1986) propose un modèle séquentiel plus détaillé du processus, qui se veut, selon l'auteur, dynamique et continuellement en activité et dont la représentation inclut, à chaque étape, la possibilité d'une régulation (annexe 4).

II.1.3. Des émotions réglables

La régulation émotionnelle peut se définir comme « *les processus par lesquels les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont et comment ils éprouvent et expriment ces émotions* » (Gross, 2002), c'est-à-dire des « *processus extrinsèque et intrinsèque responsable du suivi, de l'évaluation et de l'adaptation des réactions émotionnelles, notamment en termes d'intensité et de temporalité, pour atteindre les objectifs d'une personne* ». (Thompson, 1994). Elle consiste à atténuer ou accentuer le ressenti émotionnel, par une régulation positive ou négative (Gross, 2014, cité par Monier, 2019). Dans la littérature émotionnelle, on retrouve plusieurs concepts proches de la régulation émotionnelle, qu'il convient de distinguer.

En premier lieu a été développé par Lazarus (1966, cité par Delelis *et al.*, 2011) : il s'agit du *coping*, entendu par son théoricien comme « *tous les efforts cognitifs ou comportementaux déployés successivement par un individu afin de réduire, maîtriser, tolérer ou minimiser les exigences spécifiques internes ou externes perçues par lui comme menaçant ou dépassant ses ressources personnelles* ». Le *coping* représente ainsi « *l'ensemble organisé des efforts cognitifs et comportementaux, que fournissent les personnes pour anticiper et détecter des agents de stress potentiels ou pour aménager (par exemple, prévenir, minimiser ou contrôler) la demande née des transactions entre elles-mêmes et leur environnement* » (Lazarus et Folkman, 1984, cité par Delelis *et al.*, 2011). Dans cette définition, le stress est entendu comme étant généré par des transactions personne-environnement, évaluées comme excédant les ressources dont la personne dispose pour y faire face (Lazarus et Folkman, 1984).

En second lieu on retrouve les mécanismes de défense, terme développé par les théoriciens de la psychanalyse, notamment Sigmund et Anna Freud, désigne les actions mises en œuvre

par le Moi visant à le protéger des expériences affectives incompatibles avec les exigences du Surmoi, dans le but d'éviter l'émergence d'émotions négatives. C'est une stratégie inconsciente visant à éviter l'angoisse résultant du conflit entre un désir et son interdiction (Cosnier, 2015).

Tableau 7: Distinction régulation émotionnelle/ coping

Coping (Lazarus, 1966 ; Lazarus et Folkman, 1984)	Mécanismes de défense (Freud)	Régulation émotionnelle (Gross, 1998a, 1998b ; Gross et Muñoz, 1995 ; Gross et John, 2003 ; Gross et Thompson, 2007.)
<p>Un processus plutôt flexible, spécifique aux problèmes rencontrés et orienté vers la réalité.</p> <p>Centré, de manière prédominante, sur la réduction des affects négatifs</p> <p>Régulation du stress</p> <p>Opération mentale volontaire et consciente (Chabrol, 2005)</p> <p>Concerne aussi les humeurs</p> <p>Inclut des actions non émotionnelles, effectuées pour atteindre des objectifs, eux aussi, parfois, non émotionnels (Delelis <i>et al.</i>, 2011)</p>	<p>Une caractéristique générale et stable des personnes (Delelis <i>et al.</i>, 2011)</p> <p>Régulation de l'angoisse (-et autres affects déplaisants comme le dégoût, la honte...)</p> <p>Processus inconscient</p>	<p>Régulation de toutes les émotions</p> <p>Mise en œuvre en toute situation émotionnelle qu'elle soit positive ou négative</p> <p>Concerne uniquement les émotions</p> <p>Processus conscient ou non</p> <p>Orienté uniquement vers les émotions, indépendamment de la situation dans laquelle celles-ci apparaissent (Gross et John, 2003 ; John et Gross, 2007, cités par Delelis <i>et al.</i>, 2011).</p>
Orienté vers les situations blessantes ou menaçantes		Tous type de situation pourvu qu'elle donne lieu à des émotions

Source : auteur

Gross est le principal théoricien de la régulation émotionnelle. Il existe deux catégories de régulation émotionnelle (Gross, 1998a, 1998b ; Gross et Munoz, 1995) :

La première ajuste les antécédents de la réponse émotionnelle c'est-à-dire les données en entrée du processus de traitement émotionnel (Delelis *et al.*, 2011), ce qui revient à réévaluer les circonstances afin de modifier leur impact émotionnel (ce qui diminue l'expression comportementale et l'expérience subjective). Gross (1998a, 1998b, cité par Delelis *et al.*, 2011) théorise quatre modes distincts de régulation des émotions intervenant de manière séquentielle, consistant à agir sur les antécédents de la réponse émotionnelle, c'est-à-dire pendant le processus d'émergence de la réponse :

- Sélection de la situation ;
- Modification de la situation ;
- Déploiement intentionnel ;
- Réévaluation cognitive.

La seconde ajuste l'une des composantes de l'émotion lors de la réponse émotionnelle (physiologique, comportementale, cognitive) après qu'elle ait été générée, c'est-à-dire inhiber, intensifier, prolonger ou diminuer l'expression comportementale de l'expression (Philippot, 2011). Gross (1998a, 1998b, cité par Delelis *et al.*, 2011) indique que dans ce cas, il s'agit de moduler la réponse émotionnelle. Il s'agit là d'une suppression expressive qui n'amoindrit pas le ressenti subjectif de l'émotion.

Ces deux catégories de régulation se distinguent essentiellement selon leur temporalité : la régulation centrée sur les antécédents s'applique avant que l'émotion n'ait eu lieu, alors que la régulation centrée sur les réponses ne peut avoir lieu que quand celles-ci ont déjà été bien activées (Gross et John, 2003).

Tableau 8 : Précisions terminologiques concernant les modes de régulation émotionnelle - présentation par ordre chronologique

Mode de régulation	Précisions terminologiques
Sélection de la situation	Stratégie préventive visant à contrôler les circonstances déclenchant le processus émotionnel, consistant en le fait d'approcher ou d'éviter certains endroits, contextes ou personnes qui provoquent des émotions. Exemples : aller au cinéma voir un film comique pour se changer les idées quand on est d'humeur maussade, éviter de sortir de chez soi quand on a peur de la foule.
Modification de la situation	Dans ce cas, l'objectif est de changer des paramètres d'une situation d'ores et déjà émotionnelle pour en modifier son impact émotionnel. Exemple : une personne socialement anxieuse se retrouve dans une situation qu'elle ne peut éviter. Elle va alors esquiver les questions personnelles qui lui sont adressées et rediriger la conversation vers des sujets neutres ou vers les autres personnes présentes, évitant ainsi de s'exposer au regard et au jugement de celles-ci.
Déploiement attentionnel	Il s'agit ici pour le sujet de choisir de centrer son attention sur une facette en particulier d'une situation émotionnelle pour ne tenir compte que de certains aspects émotionnels. Exemple : éviter de regarder les visages des gens pour éviter d'être exposé à des messages non-verbaux potentiellement négatifs. Il s'agit en l'espèce de focaliser son attention sur des aspects non-sociaux et non-émotionnels de la situation, en regardant par terre par exemple.
Réévaluation cognitive	Il s'agit pour le sujet de choisir d'interpréter la situation d'une manière en particulier plutôt que d'une autre. Exemple : lors d'une présentation, interpréter des sourcils froncés chez l'auditoire comme étant signe de concentration (émotions positives) ou de désapprobation (émotions négatives, par exemple anxiété sociale).
Modulation de la réponse émotionnelle	Si Gross s'est principalement intéressé à la suppression de l'expression émotionnelle, celle-ci peut aussi être intensifiée, prolongée, raccourcie ou diminuée.

Source : adapté de Philippot (2011)

La réévaluation émotionnelle permet de diminuer l'intensité d'une émotion donnée (Gross, 1998a, Lazarus et Alfert, 1964, Elgoff *et al.*, 2006), mais pas le type d'émotion ressentie (1998a).

Les modes de régulation (ajustant les antécédents de la réponse émotionnelle) sont globalement meilleurs pour la santé que ceux consistant à ajuster l'une des composantes la réponse émotionnelle, notamment la réévaluation cognitive par rapport à la suppression. En effet la réévaluation a des effets positifs sur le fonctionnement affectif et interpersonnel et la suppression des effets (Gross, 1998a).

Les cinq modes de régulation (Sélection de la situation, modification de la situation, déploiement intentionnel, réévaluation cognitive, modulation de la réponse émotionnelle) peuvent être automatiques, contrôlés, conscients ou non (Gross *et al.*, 2006).

Si jusqu'ici, nous nous sommes essentiellement intéressés aux émotions d'un point de vue individuel, nous allons voir dans la partie suivante que les émotions peuvent aussi être collectives.

II.1.4. Les émotions collectives

Les émotions collectives peuvent être propres à un groupe, au sein duquel il se diffuse par un phénomène de contagion émotionnelle : on parle alors de climat émotionnel. Plusieurs groupes peuvent aussi être le théâtre d'expressions émotionnelles collectives, on parle alors d'émotions intergroupes. Enfin, nous verrons que les émotions au sein d'un groupe sont socialement contrôlées.

II.1.4.1. Les émotions intragroupes

Si les émotions ont longtemps été considérées comme individuelles (Garcia Prieto *et al.*, 2005), la notion d'émotion de groupe a été théorisée notamment par Kelly et Barsade (2001) qui la définissent comme « *l'état affectif d'un groupe qui provient d'une combinaison de facteurs affectifs individuels que possèdent les membres du groupe et de facteurs contextuels qui définissent ou forment l'expérience affective du groupe* ». Il convient d'accorder une attention particulière à l'émotion collective (Van Hoorebeke, 2007), notamment dans la mesure où cette dernière, qu'elle soit plutôt positive ou négative, influence les dynamiques individuelles et du groupe (coopération, conflits, performance) et elle est dépendante d'un phénomène appelé contagion émotionnelle (Barsade, 2002, Van Hoorebeke, 2007). La diffusion des émotions dans un groupe est en effet une caractéristique intrinsèque à l'existence même d'un groupe (Sandelands et St Clair, 1993). Jeantet (2018) définit les émotions collectives comme « *des émotions ressenties par les individus mais dont la collectivité est la condition nécessaire* ». Il convient par ailleurs de ne pas opposer émotions collectives et individuelles et plutôt les envisager comme s'emboîtant ensemble (Jeantet, 2018).

Paez *et al.* (1995) définissent le climat émotionnel de la façon suivante : « *un état d'humeur collective, caractérisé par la prédominance de certaines émotions (par exemple joie et colère versus tristesse et peur), par la prédominance de représentations sociales ou croyances que la nation en question a sur le monde (positives avec confiance versus négatives avec méfiance) et sur le futur (optimisme et espoir versus pessimisme et désespoir) partagées par une sous-culture spécifique, et par la prédominance de certaines tendances à l'action qui infiltrent le réseau des interactions sociales* » (traduction de Garcia Prieto *et al.*, 2005). Selon de Rivera (1992), le climat émotionnel ne concerne pas uniquement les sentiments et les

comportements collectifs, mais aussi la manière dont tous les membres d'une société sont reliés émotionnellement. La notion de climat émotionnel présente les caractéristiques suivantes (De Rivera, 1992 ; Paez *et al.*, 1995 ; Garcia Prieto *et al.*, 2005 ; Eggrickx et Mazars Chapelon, 2012 ; Tran, 2019) :

Au-delà d'être un agrégat d'émotions individuelles, le climat émotionnel est un phénomène collectif qui détermine les comportements et les interactions au sein d'un groupe ou d'une organisation. « *Les membres d'une organisation, du fait qu'ils partagent le même environnement social (...) de même que des expériences communes, développeraient ainsi des valeurs, des motivations, des buts, des besoins, des croyances et des attitudes similaires. Ces composantes à leur tour contribuent à l'émergence de dispositions d'évaluations cognitives communes qui produiront des émotions similaires chez tous ou la plupart des individus composant un groupe, en réponse à des événements spécifiques* » (Tran, 2019). Certaines émotions sont prévalentes (par exemple la joie ou l'anxiété) ainsi que certaines attitudes émotionnelles partagées (par exemple l'hostilité ou la solidarité).

Le climat émotionnel « *influence les processus d'apprentissage collectifs et individuels* » au sein d'un groupe (Eggrickx et Mazars Chapelon, 2012). Ce concept est utile pour évoquer des cas d'émotions partagées ou convergentes dans les groupes, les entreprises ou même la société.

Selon Van Hoorebeke (2008), les émotions possèdent une propriété primordiale qui est leur contagiosité : ces dernières peuvent être imitées (processus d'apprentissage ou de socialisation) ou synchronisées (adoption de comportements similaires d'un individu à l'autre).

La contagion émotionnelle est « *un phénomène comportemental* », « *une tendance automatique, non intentionnelle et souvent inconsciente à imiter et synchroniser des expressions faciales, des mouvements du corps et des vocalisations pendant les rencontres avec d'autres individus* ». (Hatfield *et al.*, 1994, cité par Boisard-Castellucia et Van Hoorebeke, 2010). Ce phénomène peut s'expliquer, outre par l'empathie, par une théorie impliquant l'imitation et le feed-back. « *Selon ce mécanisme, les individus tendent à imiter et synchroniser de façon automatique et inconsciente leurs mouvements aux expressions faciales, voix, postures, muscles, rythme et comportements des autres ; cette imitation est dépendante de toute réaction de l'autre. Dans cet ordre, l'individu tend à saisir l'émotion des autres pour atteindre plusieurs objectifs* :

- *ne pas se marginaliser ;*
- *s'identifier à l'autre par contemplation ;*
- *tenter de ressentir ce que l'autre ressent dans une situation ;*
- *se détacher de l'autre.* » (Van Hoorebeke, 2007).

Si les émotions peuvent se disséminer entre les individus au sein d'un même groupe, elles peuvent aussi être examinées dans une perspective dynamique entre plusieurs groupes.

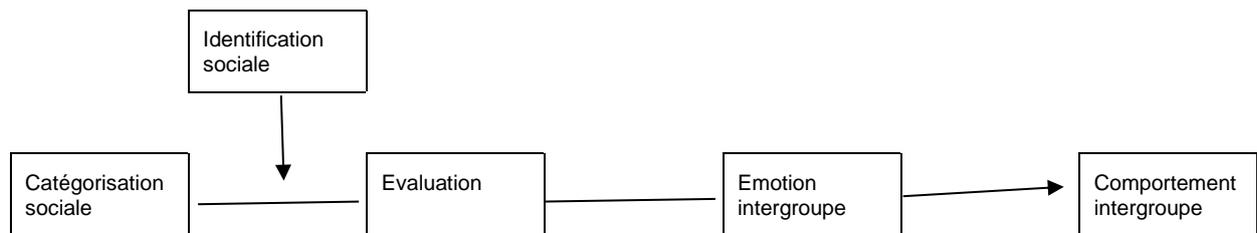
II.1.4.2. Les émotions intergroupes

Les théories des émotions intergroupes s'intéressent à l'impact émotionnel d'évènements non pas sur les individus en tant que tels, mais en tant que membres d'un groupe. Elles permettent de mieux comprendre les émotions en contexte organisationnel (Garcia-Prieto *et al.*, 2005).

C'est Smith (1993) qui a proposé le premier cette théorie, mobilisant ainsi les préceptes de l'évaluation cognitive au bénéfice des relations entre plusieurs groupes.

Smith (1993) puis Mackie *et al.*, (2000) ont ainsi démontré que le vécu émotionnel en tant que membre d'un groupe était tout aussi intense qu'en tant qu'individu. L'émotion intergroupe implique l'évaluation d'un évènement qui concerne l'identité sociale du sujet (Garcia Prieto, 2019). Apparaît alors le concept de « soi » social (identité sociale) plutôt que le « soi » individuel (identité individuelle) (Garcia Prieto *et al.*, 2005).

Figure 13: Mécanisme de l'émotion intergroupe



Source : Garcia Prieto, 2019

Selon ce modèle et selon les explications de Garcia-Prieto (2019), les émotions intergroupes sont :

- déterminées par l'interaction entre la catégorisation sociale et l'identification ressentie par l'individu à cette catégorie dans un contexte donné (Gordijn *et al.*, 2006 ; Yzerbyt *et al.*, 2006) ;
- déclenchées par des événements pertinents pour le bien-être de ce groupe social, indépendamment de la pertinence de l'évènement pour le bien-être de l'individu ;
- un levier de régulation des comportements intergroupes (Mackie *et al.*, 2004).

Le tableau ci-après permet de prédire les aspects négatifs des relations intergroupes liés aux préjugés, aux stéréotypes ou à la discrimination (Garcia Prieto, 2019).

Tableau 9: Prédiction des évaluations cognitives, des émotions et des tendances à l'action dans des contextes intergroupes

Appraisals (Roseman, 1984 ; Frijda <i>et al.</i> , 1989 ; Scherer, 1988)	Emotions	Tendances à l'action (Frijda <i>et al.</i> , 1989)	Conséquences intergroupes
Empêche buts et objectifs, inattendu/incertain, causé par quelqu'un d'autre (ou les circonstances), faible potentiel de maîtrise	Peur	Envie d'éviter, envie de fuir	Les membres des groupes minoritaires (ou sans pouvoir) craignent les groupes majoritaires (ou qui ont du pouvoir)
Empêche buts et objectifs, certain, causé par quelqu'un d'autre (ou les circonstances), va à l'encontre des normes	Dégoût	Envie d'éviter	Les membres des groupes majoritaires (ou qui ont du pouvoir) sont dégoûtés d'être avec des membres du groupe minoritaire (ou sans pouvoir)
Empêche buts et objectifs, injuste, certain, causé intentionnellement par quelqu'un d'autre, faible potentiel de maîtrise	Mépris	Envie d'affronter	Le mépris est ressenti envers les exogroupes
Injuste, certain, causé intentionnellement par quelqu'un d'autre, faible potentiel de maîtrise	Colère	Envie d'affronter	Les membres du groupe majoritaire (ou qui ont du pouvoir) ressentent de la colère envers les membres du groupe minoritaire en cas de demandes ou de menaces

Source : Garcia Prieto (2019), adapté de Smith (1993)

« La recherche sur les émotions intergroupes permet d'identifier certains des mécanismes psychosociaux [...] par lesquels le contexte intergroupe influencerait l'évaluation cognitive des événements, les émotions et les tendances à l'action » ; en cela, elle représente une « avancée majeure pour la compréhension des préjugés et de la discrimination entre groupes sociaux. » (Garcia Prieto, 2019).

Ceci dit, les émotions, qu'elles soient individuelles ou collectives, font l'objet d'un contrôle social par le groupe d'appartenance.

II.1.4.3. Les émotions contrôlées par le groupe social : les « *feeling rules* »

Si tout individu aspire naturellement à la recherche du bonheur, et donc à écarter les émotions désagréables, cette motivation hédoniste ne suffit pas à expliquer totalement le rôle de la régulation. « *Ce que les gens désirent sentir ou exprimer est aussi déterminé par les conséquences négatives que leurs émotions peuvent avoir pour les autres et pour leurs relations avec les autres* » (Krauth Gruber, 2009). Les individus contrôlent donc leurs émotions pour se conformer aux coutumes et normes sociales ; ainsi peut-on discerner l'existence de normes émotionnelles (Krauth Gruber, 2009) permettant de « *civiliser* » les émotions, selon l'expression d'Elias (1939).

Toute société régissant les manifestations pulsionnelles (notamment la sexualité) et les grands moments de la vie de ses membres (naissance, puberté, mariage, mort), le maintien de l'ordre social implique un ordre de l'expression des émotions ainsi que de leur usage, qu'il soit public ou privé (Cosnier, 2015). Pour Elias (1939, cité par Cosnier, 2015) la « *civilisation* » réside dans la manière dont une société traite les émotions ; toute société comportant un réseau d'émotions socialement acceptées ainsi qu'un certain niveau d'autocontrôles attendus (Wouters, 2003). Selon Gordon (1990, cité par Cosnier, 2015), la société exerce un contrôle sur les motivations et les comportements émotionnels afférents selon trois processus :

- La différenciation et la reconnaissance des émotions,
- Leur acceptabilité sociale,
- Leur gestion individuelle.

Weber et Durkheim (cités par Cuin, 2001) reconnaissent le rôle déterminant des émotions dans l'ordre et le changement social. Ces derniers pensent que « *l'ordre social est produit et renouvelé par des émotions collectives puissantes, que cette activité émotionnelle est au principe même du changement social* ». Pour Durkheim, les émotions sont un moteur de changement social ainsi que d'adhésion à celui-ci.

Pour Plutchik (2001), les émotions relèvent d'un processus de régulation sociale. En effet, une des fonctions de l'émotion serait de faciliter les relations sociales notamment par le biais de la distanciation en cas d'émotions déplaisantes (Rafaeli et Sutton, 1990).

Hochschild (1979) évoque les *feeling rules* (règles de sentiment, ou codes émotionnels). Ces dernières impliquent que les membres d'une société s'efforcent de gérer de façon directe leurs expressions émotionnelles, et de façon plus indirecte les affects qu'ils éprouvent (Cosnier, 2015).

Les règles de sentiment ont la particularité d'être implicites et ne s'appliquent plutôt aux éléments précurseurs de l'action qu'à l'action elle-même. La règle de sentiment « *délimite une zone à l'intérieur de laquelle on a le droit d'être libre des soucis, de la culpabilité ou de la honte en ce qui concerne le sentiment en situation. Une règle de sentiment établit un plancher, des murs et un plafond symbolique, délimitant l'espace de mouvement et de jeu à l'intérieur de limites* » (Hochschild, 2003). Certaines règles sont quasiment universelles (on ne doit pas prendre de plaisir à tuer), d'autres propres à des petits groupes sociaux (l'amour libre dans une communauté de hippies). Ainsi, manifester des émotions dans un cadre établi est signe d'appartenance au groupe (Grosjean, 2001) et contribue à en renforcer la cohésion

Dans certains cas, l'émotion est ressentie comme « *due* » par le sujet à l'égard d'autres, en raison d'un contexte particulier. Hochschild (2003) prend l'exemple d'une jeune fille qui se doit

d'exprimer de la joie devant ses parents qui ont financé ses études, lors de la remise des diplômes. Dans d'autres cas, à l'inverse la règle de sentiment n'est pas prise au sérieux et des individus peuvent en jouer en tournant à la dérision des émotions de façon ironique.

Hochschild (2003) évoque une « *marchandisation des sentiments* » dans certains emplois, et évoque des métiers où une expression émotionnelle est attendue : ils comportent « *une tâche qui consiste à créer et maintenir des significations appropriées* ».

Le respect de ces codes émotionnels implique alors un travail émotionnel.

II.2. Emotions au travail et travail émotionnel

La question des émotions au travail a émergé dans les années 1930 avec Mayo et le courant des relations humaines (Jeantet, 2018). La profusion des travaux à cette période fut suivie d'une période plus creuse avec peu de recherches centrées sur la thématique émotionnelle (Tran, 2019). En effet, la période 1950-1970 est essentiellement marquée par le behaviourisme et les émotions sont perçues, de par leur irrationalité, comme des imperfections (Scherer, 1984). Cependant, à partir des années 1970 la sociologie du travail commence timidement à s'intéresser à l'abord émotionnel sous le terme pudique de « vécu » qui désigne la sphère affective au travail (Jeantet, 2018). Ce n'est véritablement qu'à partir des années 1980 que l'engouement pour l'étude des phénomènes affectifs au travail connaît un essor avec la sociologie des émotions, dont les précurseurs sont Hochschild (1983) puis Illouz (2006).

Aujourd'hui, les sciences de gestion abordent aussi la question émotionnelle en étudiant les déterminants de la mise au travail : adhésion, motivation. Les émotions sont souvent conçues comme des outils, des leviers stratégiques au service du leadership (Jeantet, 2018). Souvent segmentées en deux groupes, bonnes ou mauvaises, que le salarié doit gérer, suivant une alternance de prescriptions et proscriptions sur fond d'injonctions paradoxales (Lhuillier, 2006). Ainsi, Goleman développe le concept d'intelligence émotionnelle qui peut se définir comme une « *manifestation concrète de certaines compétences (conscience de soin gestion de soi, conscience sociale et compétences sociales) en temps voulu, de manière adéquate et proportionnée afin d'être efficace dans une situation donnée* » (Boyatzis et al., 2000).

Les émotions au travail seront analysées dans une première partie (II.2.1), puis nous porterons un regard sur le concept de travail émotionnel (II.2.2).

II.2.1. Les émotions au travail

Après avoir défini les émotions au travail, nous mobiliserons la théorie de l'évaluation cognitive afin de mieux comprendre comment dans ce contexte, les émotions émergent et quelles en sont les implications comportementales, puis nous aborderons le phénomène de socialisation émotionnelle au travail.

II.2.1.1. Définition des émotions au travail

Les émotions au travail peuvent se définir comme : « *des états affectifs qui ne sont pas à considérer comme un facteur marginal intervenant de temps en temps, mais bien comme constitutifs de toute activité qui se déploie, dans un flot constant et mouvant d'états émotionnels, qui orientent et impactent l'action, la relation et la réflexion. Ces états émotionnels sont eux-mêmes modifiés par l'activité déployée et le sens que les personnes construisent de la situation* » (Cahour et Van De Weerd, 2016).

Les situations professionnelles, comme toutes autres domaines d'activité de la vie d'un individu, sont la scène de (re)production de différentes émotions (Soares, 2003). Les émotions sont même une pièce maîtresse de notre vie au travail (Fisher, 2000, cité par Tran (2019),

Ainsi, des émotions émergent des relations de travail (Waldron, 2000), et ces dernières influencent les comportements au travail (Weiss et Compranzano, 1996), le comportement des clients (Brotheridge et Zyglidopoulos, 2006) et l'apprentissage organisationnel (Gond *et al.*, 2005), cités par Monier (2017). Les émotions peuvent aussi intervenir, au travail, en tant qu'éléments régulateurs de situations complexes (Grosjean et Van de Weerd, 2005). Fisher (2000) a également montré que la fréquence d'émotions positives au travail (plus que leur intensité) était prédictive de satisfaction au travail. D'ailleurs, des réactions émotionnelles positives sont prédictives d'engagement affectif et de comportement altruiste (Fisher, 2002). Grandey, Tam et Brauburger (2002) évoquent que des prédispositions affectives négatives avaient un impact sur les réactions émotionnelles négatives, avec des conséquences notamment sur l'intention de démissionner. La plus grande source de colère au travail serait des mauvaises relations avec les clients tandis que la principale source de fierté serait la reconnaissance de la performance par la hiérarchie (Tran, 2019).

Dans le cadre du travail, « *les émotions ne sont pas que des effets. Elles sont indispensables à l'élaboration d'un jugement pertinent et d'une action juste, ajustée à une situation donnée, à la résolution de problèmes et à l'élaboration de savoir-faire situés* » (Jeantet, 2018). Nous allons nous intéresser dans le paragraphe suivant au mécanisme de production d'émotions au travail ainsi qu'à ses implications comportementales, à la lumière de la théorie de l'évaluation cognitive.

II.2.1.2. Mobilisation de la théorie de l'évaluation cognitive en faveur de la compréhension de l'émergence d'événements émotionnels au travail et de leurs implications comportementales

L'évaluation cognitive d'événements au travail influence la production d'émotions qui ont des implications comportementales. Le tableau ci-après présenté a été adapté d'un article de Garcia Prieto *et al* (2005) et reprend des événements qui ont été identifiés par les chercheurs comme déclencheurs d'émotions positives ou négatives. Il nous permet de comprendre le mécanisme d'évaluation cognitive à l'origine de l'émotion, et présente le vif intérêt d'explicitier les conséquences potentielles du déclenchement émotionnel.

Tableau 10: Détermination et origine de la réponse émotionnelle

Evènement déclenchant	Evaluation cognitive	Réponse émotionnelle	Conséquences potentielles
<p>Manière de recruter le personnel, évaluations des performances en fin d'année, licenciements, usage du pouvoir par les managers, perception de négligence à l'égard des salariés (Gracia-Prieto <i>et al.</i>, 2005)</p> <p>Façon que peut avoir une autre personne de demander quelque chose, perçue comme insultante (Lazarus et Cohen-Charash, 2001)</p> <p>Agissements personnels : la colère contre soi-même est aussi fréquente que la colère contre les autres (Gracia-Prieto <i>et al.</i>, 2005)</p> <p>Une des émotions les plus fréquentes en contexte organisationnel (Schrerer <i>et al.</i>, 2004)</p>	<p>Sentiment d'offense, d'injustice (Izard, 1991)</p>	<p>Colère</p>	<p>Simule une émotion de contrôle (Gracia-Prieto <i>et al.</i>, 2005)</p> <p>Sentiment de nécessité d'agir pour restaurer les objectifs ainsi menacés (Levine, 1996)</p> <p>La colère peut être positive car peut améliorer la motivation, mais elle peut tout autant être inadaptée et destructrice (Wranick, 2005)</p>
<p>Sentiment de jugement par rapport à son rôle dans l'entreprise, rôle mal défini et peu clair, perspective de changements organisationnels (Lazarus et Cohen-Charash, 2001)</p>	<p>Evaluation de perte de contrôle des évènements (Gracia-Prieto <i>et al.</i>, 2005)</p>	<p>Anxiété</p>	<p>Peut déclencher de la colère en tant que réaction d'adaptation face à la perte de contrôle : la colère simule une reprise de contrôle sur la situation (Gracia-Prieto <i>et al.</i>, 2005), ce qui évite de ressentir de la honte (liée à la conviction que l'on devrait maîtriser la situation)</p>

<p>Conflit de valeurs : impression que les valeurs prônées par la hiérarchie sont incompatibles avec leurs propres valeurs (Lazarus et Cohen-Charash, 2001), leur perception de l'éthique ou des règles déontologiques.</p> <p>Remords au sujet des actions que l'a effectuées, placées en deçà de nos attentes (Tangney, 1999), de celles de la hiérarchie ou des pairs.</p>	<p>Evaluation négative de soi (Lewis,1993 ; Tangney, 1999) en rapport avec des comportements ou actions spécifiques qu'on aurait attendues de nous-mêmes</p> <p>(Baumeister <i>et al.</i>, 1994 ; Lewis, 1993)</p>	<p>Honte et culpabilité</p>	<p>Sentiment d'humiliation, d'incapacité au regard de soi-même et des autres (Lewis, 1993 ; Tangney, 1999)</p> <p>Incapacité temporaire de penser efficacement et logiquement (Izard, 1991)</p>
<p>Gains ou promotions obtenus par les pairs</p>	<p>Désir de posséder ce qu'un autre possède (Lazarus, 1991a) associé à un sentiment d'infériorité (Parrott et Smith, 1993)</p>	<p>Envie</p>	<p>Risque de perturbation des relations sociales si cette émotion se poursuit dans la durée ou si elle est teintée de colère (Lazarus, 1991a).</p>
<p>Gains ou promotions obtenus par les pairs + sentiment que cela constitue une limite à sa réussite individuelle</p>	<p>Envie associée à une autodépréciation (Garcia-Prieto <i>et al.</i>, 2005)</p>	<p>Jalousie</p>	<p>On peut supposer une détérioration de la dynamique collective, ainsi qu'un développement d'un esprit de compétition au sein même de l'équipe.</p> <p>La jalousie pourrait produire de la colère, ou un sentiment d'humiliation.</p>
<p>Pensées tournées vers le futur (Frijda <i>et al.</i>, 1989, de Riviera, 1977)</p> <p>Opportunités de carrière (Gracia-Prieto, 2005)</p>	<p>Evaluation d'incertitude (Lazarus, 1991a ; Roseman, <i>et al.</i>, 1996 ; Smith et Ellsworth, 1985) plutôt optimiste</p>	<p>Espoir</p>	<p>Adaptation ou réadaptation des objectifs au regard des événements attendus (Ketelaar et Clore, 1997)</p> <p>Permet de mieux supporter les restructurations pouvant impliquer des</p>

			licenciements (Lazarus et Cohen Charash, 2001)
Percevoir de la reconnaissance : financière (Promotion, augmentation de salaire...) ou non (compliment, relationnel agréable au travail (Garcia-Prieto, 2005)	Evaluation positive de soi, en rapport avec un comportement jugé satisfaisant pour soi-même ou pour les autres	Joie et bien-être	Motivation, implication Risque d'envie et de jalousie
Perception de reconnaissance alliée à un sentiment d'accomplissement (Garcia-Prieto, 2005)	Evaluation de mise en avant de l'ego (Lazarus, 1991a) et de l'estime de soi (Zammuner, 1996)	Fierté	Motivation, implication Risque d'envie et de jalousie Si la fierté est dénigrée, des comportements contre-productifs peuvent apparaître au travail (Lazarus et Cohen Charash, 2001)

Source : adapté de Garcia-Prieto *et al.* (2005)

Pour aller plus loin au sujet des émotions au travail et de leurs conséquences, Tran (2019) se propose de retenir, à manière de Scherer et Tran (2001), le concept de classe d'émotions. Ainsi, il existe des émotions d'accomplissement, des émotions d'approche, des émotions de résignation et des émotions antagonistes. Ces dernières ont chacune des conséquences comportementales ainsi que des conséquences positives et négatives ainsi que le résume le tableau suivant :

Tableau 11: Implications comportementales générales, positives ou négatives, de chacune des classes d'émotions pour l'individu (I) et le groupe (G)

Classe	Emotions	Comportements	Aspects positifs	Aspects négatifs
Emotions d'accomplissement	Fierté, exaltation, joie, satisfaction	Exubérance, expansivité, excitation Se vanter, s'affirmer Impulsivité Vouloir être avec les autres Activation libre, créativité	Augmentation de l'ego/ de l'identité du groupe (I/G) Impression de vivre pleinement (I) Attention aux autres et participation (I/G) Être généreux, patient, tolérant, encourageant (I/G) Augmentation de la créativité et de la confiance (I/G) Vouloir célébrer avec les autres (G)	Complaisance (I/G) Arrogance (I/G) Risque de s'engager dans des actions de vantardise (I/G) Ralentissement de la performance intellectuelle, manque d'analyse (I/G) Concentration en baisse (I) Stagnation, complaisance (I/G)
Emotions d'approche	Soulagement, intérêt, espoir, surprise	Vigilance, mobilisation, engagement Prêt à augmenter l'effort si nécessaire Approche, exploration Energie, excitation Apprentissage, attention Orientation	Elimination de la détresse (I) Regain d'énergie avant de passer au prochain projet (I/G) Soutien de l'activité du groupe (G) Accroissement de la vigilance (I/G) Amélioration de la créativité et de la curiosité (I/G) Acquisition de nouvelles compétences (I/G) Persistance dans toutes les tâches, même les pénibles (I/G) Contribution à la gestion efficace des événements soudains (I)	Retrait (I/G) Manque d'énergie (I/G) Poursuite de buts irréalistes (I/G) Dispersion de l'énergie et de l'attention (I/G) Focalisation sur des événements potentiellement nuisibles (I/G) Si surprise suivie de peur, alors risque de panique collective (I/G)

Emotions de résignation	Tristesse, peur, honte, culpabilité	Retrait Résignation Evitement, méfiance Se protéger Se cacher ou vouloir se cacher Conscience du moi Pensée Confessions, excuses, actions réparatrices	Possibilité de s'ajuster aux nouveaux événements, revue des objectifs réalistes (I/G) Renforcement des liens sociaux et du soutien (G), réunification du groupe (G) Restriction du comportement agressif (I/G) Penser prudemment aux risques (I/G) Amélioration de la conformité et de la responsabilité sociale (I/G) Amélioration du soi (I) Encouragement à la réconciliation et à l'empathie (G) Encouragement à la conformité aux normes du groupe	Sens de l'échec, comme si rien ne pouvait fonctionner (I/G) Vision limitée (I/G) Se bloquer (I/G) Dououreux (I) Sentiment d'isolation (I) Rumination (I)
Emotions antagonistes	Envie, dégoût, mépris, colère	Mobilisation Attaque potentielle ou réalisée Réjection Agression indirecte Mépris Agression verbale ou symbolique Comportement passif agressif	Effort à encourager l'amélioration de soi ou de l'équipe (I/G) Signalement des membres toxiques (G) Maintien de la conformité au groupe (G) Amélioration de la confiance en soi (I/G) Renforcement des valeurs de l'équipe (G)	A terme, ces émotions peuvent empoisonner les relations avec amis ou collègues (G) Risque de rejet par le groupe (G) Préjudice à l'encontre d'un autre groupe (G) En cas d'attaque, punition, désapprobation sociale ou préparation à la vengeance (I/G)

Source : Garcia-Prieto *et al.* (2005)

Les émotions qui peuvent être observées dans un cadre professionnel sont tout aussi diverses que celles que l'on peut rencontrer dans un cadre domestique. Cependant, elles sont contrôlées par des règles propres au groupe professionnel au sein duquel elles émergent.

II.2.1.3. La socialisation émotionnelle au travail : de la culture émotionnelle aux normes émotionnelles

« A tout univers professionnel, tout métier, correspond une couleur, un registre, une culture, émotionnels. L'activité est déterminante. Mais l'histoire de la profession et sa composition (...) comptent aussi, de même que les formations qui y préparent, l'entrée dans le métier, son sens et ses valeurs ou encore l'espace de travail » (Jeantet, 2018).

La socialisation est un processus impliquant des mécanismes psychiques complexes (Dejours, 2018), multidimensionnel et notamment émotionnel, impliquant non seulement l'apprentissage et la transmission, mais aussi le rôle régulateur et socialisateur d'un collectif (Jeantet, 2018).

La socialisation émotionnelle commence dès l'enfance, d'abord dans le cadre des relations avec les parents. Elle se poursuit avec l'école, où l'enfant entre en contact avec des groupes de pairs et apprend ainsi non seulement des savoirs, mais aussi des codes sociaux relatifs aux affects. L'enfant va rencontrer des affects purement sociaux (embarras, honte...) d'autres plus spécifique au milieu scolaire (curiosité intellectuelle, goût de la compétition, fierté du travail bien fait...) ; dont certains se retrouvent plus tard dans le monde professionnel (plaisir de réussir une activité, émulation lors de la participation à des projets collectifs...) (Jeantet, 2018).

« La socialisation professionnelle est un processus continu d'adaptation à et de personnalisation de son environnement » (Dixon, 2005, cité par Jeantet, 2018). « La socialisation professionnelle est complexe et pluridimensionnelle, cumulant des aspects tant cognitifs qu'affectifs et interactionnel » (Jeantet, 2018). Selon Jeantet (2018), il existe deux moments clé dans la socialisation professionnelle aux émotions : la formation et l'entrée dans le milieu professionnel, qui sont autant d'occasions de « familiarisation à des émotions que l'on apprend à connaître, reconnaître, éprouver, canaliser, exprimer ou supprimer, simuler, transformer, utiliser, etc. » ... Si Hughes évoque une « conversion identitaire » (Hughes, 1955, cité par Jeantet, 2018), Jeantet propose de parler de « conversion émotionnelle ». Traïni (2015, cité par Jeantet, 2018) évoque des « dispositifs de sensibilisation », c'est-à-dire un ensemble de codes construisant les représentations sociales communes et guidant les émotions), « une aptitude à réagir affectivement à certaines situations jugées perfectibles [qui] constitue l'un des ressorts essentiels des processus de l'engagement ».

En formation, les individus apprennent à rechercher certaines émotions, à en banaliser d'autres, et acquièrent ainsi « un langage spécifique et de représentations sociales » via « un détour par des rites et un folklore qui, parce qu'ils bousculent affectivement, sont essentiels à cet apprentissage » (Jeantet, 2018). Dejours évoque même dans certains établissements le développement d'une « pensée d'emprunt » (2001).

La socialisation aux émotions se poursuit tout le long de la carrière, qui commence, à l'entrée dans le service, par une acculturation particulière à des valeurs. Le débutant se trahit par des réactions émotionnelles plus vives, ou déplacées et parfois mais plus rarement, au contraire, par une absence d'émotion là où elle est attendue et considérée comme normale : devenir professionnel ; c'est aussi « passer de l'autre côté du miroir » (Hughes, 1955) et « incorporer les émotions et les sensations qui sont liées à une profession » (Jeantet, 2018).

Considérant que les émotions sont parties intégrantes de la culture de métier, Jeantet (2018) évoque les cultures émotionnelles propres à des groupes professionnels : « *Les émotions relèvent d'une culture de métier, de normes professionnelles, qui s'inscrivent dans une société à une époque donnée [...] ces cultures émotionnelles propres à un groupe professionnel sont ainsi ancrées dans la manière dont celui-ci s'est historiquement constitué* ». Les émotions, certaines prescrites, d'autres proscrites, sont « *des composantes et des marqueurs de l'identité professionnelle* », « *le degré et la qualité de l'implication affective relèvent alors d'une norme commune aux membres d'un groupe professionnel* ». Ainsi, l'affichage d'une émotion dans le cadre établi par le groupe professionnel est signe d'appartenance à celui-ci (Grosjean, 2001 ; Jeantet, 2018), et contribue à resserrer les liens interpersonnels. « *Les émotions sont un signe d'appartenance, elles contribuent à souder un groupe et à le distinguer d'autres* » (Jeantet, 2018). Ainsi, une expression émotionnelle jugée dissonante ou déviante au regard des normes émotionnelles du groupe peut conduire à une sanction par la mise à l'écart de celui-ci (Loriol *et al.*, 2006 ; Arnal, 2015). Il s'agit là d'un mécanisme de contrôle de l'ordre social : les individus coopèrent pour rétablir celui-ci afin de protéger le collectif (Goffman, 1974). Par exemple, le manque d'expression empathique pour un soignant vis-à-vis d'un patient peut être perçu comme un manque de professionnalisme par ses pairs plus expérimentés (Jeantet, 2018). Dejours (1993) évoque une idéologie défensive du métier et des stratégies visant à éviter ou cacher la peur (humour, burlesque voir conduites à risque) notamment observées par Monier (2014) dans sa thèse consacrée à la régulation émotionnelle chez les policiers d'élite. Grosjean (2001) a, pour sa part, analysé les différents processus de régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier, et met ainsi en avant plusieurs stratégies déployées par les infirmiers. « *La régulation est rendue possible par la socialisation, la mise en commun, l'activité déontique qui consiste en la construction de règles qui soutiennent et préservent* » (Jeantet, 2018).

Lorsque nous nous sommes intéressés aux émotions d'un point de vue collectif, nous avons remarqué qu'il existait un contrôle social des sentiments, ou *feeling rules*. Pendant qu'elles interagissent, les personnes jouent des rôles et tentent de donner une certaine image d'elles-mêmes (Goffman, 1959). Dans le milieu professionnel comme personnel ce travail est requis (Jeantet, 2003, Ekman et Friesen, 1992 cité par Dagot et Perié, 2014). Autrement dit, la culture émotionnelle au sein de groupes de travail n'est pas exempte de ces règles de sentiments. « *La culture émotionnelle inclut donc les règles de sentiment mais aussi les croyances à propos de ces derniers [...] ainsi que des savoirs sur les manières d'exprimer, de normer ou de nommer les émotions* » (Jeantet, 2018).

Parfois, des règles de sentiment sont pensées théoriquement et édictées en faveur d'un emploi, en tant qu'attendu du poste, même si ce n'est pas toujours explicité. Dagot et Perié (2014) les nomment « *normes émotionnelles* », Rafaëli et Sutton (1990) des « *display rules* » (règles d'affichage). Ces deux termes désignent la nature des émotions que les employés sont autorisés à afficher/doivent exprimer pour les clients. Pour Hochschild (1983), il s'agit d'un ensemble de règles partagées et souvent tacites qui peuvent varier en fonction des organisations et de différences socioculturelles (les métiers de service sont ceux qui recensent le plus de prescriptions émotionnelles (Ashforth et Humphrey, 1993 ; Dagot et Perié, 2014). Ainsi sont façonnées les expressions émotionnelles des employés, dans le but d'atteindre des objectifs organisationnels (Adelmann, 1995). Quand l'émotion exprimée n'est pas celle attendue avec la situation on parle de déviance émotionnelle (Ashforth et Humphrey, 1993).

Dans ce contexte, les salariés doivent réaliser un travail émotionnel afin de respecter les normes émotionnelles imposées par leur organisation professionnelle.

II.2.2. Le travail émotionnel

Après avoir défini le concept de travail émotionnel et déterminé les facteurs d'influence de celui-ci, nous porterons notre attention sur les limites de celui-ci, ce dernier ayant des conséquences émotionnelles sur le salarié qui l'exerce et pouvant donc comporter certains risques.

II.2.2.1. Définition du travail émotionnel

Le travail émotionnel, c'est-à-dire l'expression des émotions au service du travail (Soares, 2003) se définit comme « *les efforts déployés par l'employé pour exprimer les émotions attendues par son organisation (enthousiasme, intérêt, bienveillance) et à masquer les émotions prohibées (irritation, colère, stress, dégoût, etc.). Le travail émotionnel représente donc une forme de régulation émotionnelle* » (Luminet, 2013). Il s'agit d'un travail exigeant impliquant de « *façonner ses propres émotions pour agir sur les émotions du client-usager* » (Molinier, 2005)

Selon Hochschild (1983), premier architecte de la construction du concept, le travail émotionnel réside en la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions, ainsi que des émotions d'autrui. Ainsi, Hochschild définit trois caractéristiques permettant de déterminer l'existence d'un travail émotionnel :

- Il demande un contact face à face ou, au moins, un échange de vive voix avec le public ;
- Le professionnel produit chez le bénéficiaire des états émotionnels spécifiques de par ses attitudes et expressions (par exemple, bien-être, confiance, collaboration, soumission, sécurité, etc.) ;
- L'employeur exerce un contrôle sur le travail de production des états affectifs, à travers, par exemple, la formation et la supervision.

Certains auteurs se proposent d'élargir la compréhension du travail émotionnel au-delà de ces trois critères. En effet, même s'il est majoritairement étudié dans le cadre de relations entre clients et salariés, le travail émotionnel est aussi important dans les interactions avec les collègues (Tschan *et al.*, 2005). Un autre aspect de la maîtrise des émotions (Thoits, 1996, cité par Soares, 2003) tient au fait que les salariés doivent aussi fréquemment « gérer » les émotions des bénéficiaires ou clients.

Le travail émotionnel est souvent invisible. Par exemple, il est quasiment systématiquement absent dans les demandes des employeurs. A l'oral les premières qualités demandées sont pourtant bien souvent relationnelles, mais sur le papier les attentes sont plutôt professionnelles et dénuées de toute notion affective. Conséquence, le travail émotionnel est souvent sous-évalué alors que ses implications « *sont reconnues dans un grand nombre d'emplois* ». (Pierce, 2003) Cette sous-évaluation conduit à un manque de reconnaissance du travail émotionnel (Steinberg, 1990 ; James, 1898, cités par Pierce, 2003). Le travail émotionnel est rarement formellement prescrit par l'employeur, et se distingue souvent de celui réellement réalisé. Ainsi, Jeantet (2018) clarifie deux notions :

Le travail prescrit est le travail émotionnel demandé au salarié par l'employeur. Il peut s'agir, pour les hôtesses de l'air, d'afficher un sourire radieux. Dans ce cas, les émotions prescrites sont la joie et la sérénité, qui sont supposées mettre le client en confiance (Hochschild, 1983). Dans le cas des infirmiers, il s'agira par exemple d'afficher calme et sérénité devant un patient menaçant et agité. Cependant, « *ce travail requiert d'un individu qu'il déclenche ou refoule une émotion dans le but de maintenir extérieurement l'apparence attendue* » (Hochschild, 1983) pour produire chez les autres un état d'esprit adéquat, ce qui implique coordination de l'esprit et des sentiments. Ce travail est d'autant plus compliqué que les clients sont tous différents, alors qu'il est pensé abstraitement par le manager qui prescrit le travail émotionnel (Jeantet, 2003).

Le travail réel impose une régulation de l'implication relationnelle (Jeantet, 2003). Cela signifie que le salarié, face à une situation atypique devra développer des stratégies d'adaptation pour adopter la bonne attitude émotionnelle. Cette régulation de l'implication mobilise l'organisation du travail et les professionnels, d'un point de vue collectif (Jeantet, 2003).

« *L'une des spécificités des métiers qui s'effectuent au contact d'un public est que le travail émotionnel constitue une part essentielle, fondamentale, du travail prescrit comme du travail réel.* » (Jeantet, 2003).

En tout état de cause, le but du travail émotionnel est de satisfaire aux normes prescrites par l'organisation (Dagot et Perié, 2014), ce dernier pouvant s'exprimer de différentes manières. Ainsi, le travail émotionnel peut consister à faire apparaître ou disparaître une émotion ou bien à automatiser celle-ci.

Tableau 12: Différentes réalisations du travail émotionnel

Moyen de réalisation du travail émotionnel	Définition
Automatisation de l'émotion	Intégration et routinisation d'un ensemble de mimiques, de phrases, de tons (Ashforth et Humphrey, 1993 ; Briner, 1999, cités par Dagot et Perié, 2014).
Suppression de l'émotion	Répression d'une émotion positive ou négative pour paraître neutre (Tschan <i>et al.</i> , 2005 cité par Dagot et Perié, 2014), concerne « <i>un sentiment involontaire initialement présent</i> » (Hochschild, 2003)
Evocation de l'émotion	Vise un sentiment désiré initialement absent (Hochschild, 2003)

Source : auteur

Wharton et Erickson (1993) opèrent une différenciation du travail émotionnel selon l'objectif recherché chez l'interlocuteur. Ainsi, le travail émotionnel peut être :

- « *intégrateur, quand l'accent est mis sur l'expression de l'amabilité, du sourire, de la gentillesse ;*
- *dissimulateur, quand l'expression des émotions doit chercher la neutralité ;*

- différenciateur, quand les travailleuses et les travailleurs cherchent à exprimer l'irritation, la méfiance, l'hostilité pour créer un sentiment de malaise, de préoccupation ou de peur chez le client » (Wharton et Erickson, 1993).

Un même emploi peut mobiliser une conjugaison des différents types de travail émotionnel, comme c'est le cas pour les secrétaires (Wichroski, 1994) ou pour les infirmières (Soares, 2002).

Selon la littérature, on peut distinguer qualitativement deux types de travail émotionnel (Soares, 2003) : le jeu en profondeur (ou *deep acting*), qui implique pour le sujet un travail pour faire émerger une émotion, et le jeu superficiel (*surface acting*), qui consiste à mimer une émotion qui n'est pas réellement ressentie.

Tableau 13: Différents niveau de travail émotionnel

Type de travail émotionnel	Définition
<i>Deep acting</i> / jeu en profondeur	<p>Gestion des sentiments d'où peut découler une expression (Hochschild, 1983, Goffman, 1969)</p> <p>Le salarié cherche à ressentir l'émotion exprimée (Pugh, 2001, Grandey, 2003 cités par Van de Weerd, 2011 ; Soares, 2002)</p> <p>Provocation d'une modification émotionnelle interne dans le but de ressentir l'émotion recherchée dans la situation (Zapf <i>et al.</i>, 1999)</p> <p>Réévaluation cognitive (Gross, 1998) permettant de faire concorder l'émotion affichée avec l'émotion ressentie (Monier, 2014)</p> <p>Gestion des sentiments d'où peut découler une expression (Goffman, 1969).</p> <p>Implique des tentatives pour harmoniser l'affect ressenti avec les règles d'affichage (Dieffendorf <i>et al.</i>, 2011)</p> <p>La forme la plus sincère et la plus « <i>de bonne foi</i> » de gestion des émotions (Rafaeli et Sutton, 1987, cité par Diefendorff <i>et al.</i>, 2011).</p>
<i>Surface acting</i> / jeu superficiel	<p>Gestion directe de l'expression comportementale (Goffman, 1969)</p> <p>Expression d'une émotion différente de celle que l'on ressent (Hochschild, 1983, Briner, 1999)</p> <p>Le salarié feint des émotions qui ne sont pas réellement ressenties (Van de Weerd, 2011 ; Soares, 2002)</p> <p>Implique des tentatives pour changer son expression émotionnelle sans modifier ses sentiments (Diefendorff <i>et al.</i>, 2011)</p> <p>Une approche cynique et de « mauvaise foi » de la gestion des émotions qui ne répond qu'à la lettre, et non à l'esprit de la règle (Rafaeli et Sutton, 1987 cité par Diefendorff <i>et al.</i>, 2011).</p>

Source : auteur

La théorie de la régulation des émotions proposée par Gross (1998b) semble suggérer que *deep acting* se produirait en premier, puis le *surface acting* en cas d'échec du premier.

Le travail émotionnel demande aux salariés de fournir un travail supplémentaire dans la mesure où il est rarement directement prescrit par l'employeur. L'intensité de celui-ci varie en fonction de différents facteurs d'influence.

II.2.2. Facteurs d'influence

Le niveau de travail émotionnel ainsi que les conséquences de celui-ci sont conditionnés par différents éléments, qui peuvent être d'origine extérieure ou propres à l'individu.

II.2.2.1. Facteurs d'influence individuels

Soares (2003) avance que les effets sur la santé d'un même travail sont différents selon le sexe d'un individu. Plus exactement, c'est la division sexuelle des émotions construite socialement, qui, avec le poids des stéréotypes influence le travail émotionnel (Heller, 1980). En effet, Grandey (2000) souligne que les femmes, qui sont émotionnellement plus expressives, peuvent être plus susceptibles de s'engager dans le travail émotionnel. Dans son étude en cabinet d'avocats, Pierce (2003) a observé que les hommes utilisaient plutôt le *surface acting* alors que les femmes avaient une plus grande tendance au *deep acting*. D'ailleurs, les attentes de l'employeur sont différentes selon le genre du salarié. Le travail émotionnel des femmes consiste à sourire, cacher sa colère, apaiser et reconforter, on attend de celles-ci qu'elles soient plus attentionnées (un style plus relationnel, maternant) que les hommes qui doivent montrer plutôt respect et autorité (Pierce, 2003). Ainsi, selon Hochschild (1983), « *le monde se tourne vers les femmes pour se faire mater et un tel constat se retrouve implicitement dans de nombreuses descriptions d'emploi* ».

L'ethnie, et le statut social influenceraient également la nature et le niveau du travail émotionnel, notamment dans le cas où l'individu serait victime de racisme (Soares, 2003). L'âge serait aussi impactant (Jeantet, 2003).

La conciliation entre travail et vie de famille, ou « *travail salarié* » et « *travail domestique* », (Soares, 2003), ou « *emotional work* » et « *emotional labour* » (Hochschild, 1983) est à prendre en compte. « *Il est évident que si l'on est préoccupé par les enfants, il faut accomplir un travail sur soi supplémentaire ou bien avoir la possibilité d'en parler avec la clientèle, ce qui n'est pas toujours possible* » (Soares, 2003). Les salariés ayant des enfants réaliseraient ainsi un travail émotionnel plus important.

La santé psychique serait également un facteur à prendre en compte : en effet, les auteurs ont identifié que les variabilités de travail émotionnel sont à la fois positivement et négativement liées à la santé psychologique (Zapf *et al.*, 1999).

La participation et l'engagement dans le travail influencent le travail émotionnel : les membres « *dévoués* » et autres salariés très impliqués réalisent un travail émotionnel plus intense (Smith et Lorentzon, 2005 cité par Truc *et al.*, 2009).

Les dispositions affectives individuelles influencent également le travail émotionnel (Weiss et Cropanzano, 1996). Par exemple, les soignants sont, lors de leurs études, préparés à vivre des situations émotionnellement complexes (Van de Weerd, 2016), cependant certaines situations peuvent affecter une personne plus qu'une autre en fonction de son parcours de vie (Jeantet, 2003). Cependant, selon Luminet (2002), les éléments contextuels primerait sur les éléments culturels et individuels en termes d'apprentissage social des émotions. Il vient donc désormais à propos de s'intéresser à l'influence des facteurs collectifs et organisationnels.

II.2.2.2.2. Facteurs d'influence collectifs et organisationnels

Une revue des différents éléments en lien avec l'organisation collective du travail et impactant le travail émotionnel retrouvés dans la littérature scientifique est ci-après présentée :

Les paramètres organisationnels : Zapf *et al.* (2001) ont identifié que les variables de travail émotionnel étaient corrélées avec les facteurs et les ressources organisationnels. Les salariés qui interagissent avec des individus extérieurs réalisent un travail émotionnel plus intense que ceux qui travaillent entre collègues (Soares, 2003). Les salariés qui interagissent avec les clients pendant de longues périodes sont plus susceptibles de devoir mettre en œuvre des stratégies de régulation émotionnelle (Grandey, 2000).

Les paramètres situationnels : Soares (2003) souligne les interactions travail émotionnel/ autres dimensions du travail : par exemple, on peut penser à des douleurs dorsales que peuvent ressentir les professionnelles en fin de journée, ce qui augmente le travail émotionnel pour sourire.

La présence, la quantité ou l'intensité des injonctions contradictoires : il faut satisfaire un client, ou un patient, ce qui apparaît complexe lorsque ses desideratas sont en contradiction avec les prescriptions de la direction (Jeantet, 2003).

Le soutien organisationnel : des caractéristiques organisationnelles et personnelles peuvent également agir en tant que modérateurs en affectant les relations avec les conséquences du travail émotionnel. Par exemple, ceux qui perçoivent des niveaux élevés de soutien de superviseur peuvent signaler des niveaux élevés de travail émotionnel, mais pas l'épuisement professionnel parce que le soutien agit comme un « *élément tampon* » contre les facteurs de stress (Grandey, 2000). Selon Tschan *et al.* (2005), une façon de consolider les ressources consiste à rechercher un soutien social. Les travailleurs sont sujets à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation quand les comportements de reconnaissance font défaut. Le manque de réciprocité conduit les travailleurs à réduire leur propre efforts (investissements) pour équilibrer le manque de relations gratifiantes (résultats) (Schaufeli, *et al.*, 1996) ; Tschan *et al.*, 2005). Le manque de reconnaissance alimente ainsi le cercle vicieux du burn-out, en particulier l'épuisement émotionnel (Schaufeli *et al.*, 1996).

La stabilité de l'environnement de travail : les caractéristiques stables de l'environnement sont des éléments modérateurs dans l'apparition d'émotions au travail (Weiss et Cropanzano, 1996) : c'est la fréquence d'occurrence d'expériences affectives plutôt que leur intensité qui impacte les attitudes au travail et le comportement organisationnel (Garcia-Prieto *et al.*, 2005).

La nature du travail : le travail émotionnel est plus important dans les métiers de services (Van de Weerd, 2003). Les exigences émotionnelles élevées résultant des interactions avec les

clients en sont même une caractéristique essentielle (Zapf *et al.*, 2001). « *Les situations vécues par les caissières de supermarché, les infirmières, les coiffeuses, fourmillent d'exemples où la violence de la clientèle doit être tolérée, ce qui impose aussi une surcharge de travail émotionnel* » (Soares, 2000). Les auteurs se sont beaucoup intéressés au travail émotionnel en centre d'appel (Dagot et Perié, 2014 ; Zapf *et al.*, 2003 ; Grosjean et Van de Weerd, 2005). L'une de ces études a permis de mettre en lumière qu'au sein même des métiers de services, le travail émotionnel varie en fonction de la nature des activités ; les salariés du secteur du *care* étant particulièrement exposés aux risques émotionnels de par l'implication affective qu'implique l'activité (Dagot et Perié, 2014). L'intégration à un collectif de travail (Jeantet, 2003) est également une variable à prendre en compte concernant la réalisation du travail émotionnel.

La représentation par l'individu de l'origine du travail émotionnel : l'émotion est une dimension de la compréhension sociale de l'évènement (Mauss (1921/1968). De ce fait, à situation à priori identique, le niveau de travail émotionnel peut différer selon l'origine de la charge de travail. Deux cas de figure sont à examiner :

- Quand le travail émotionnel représente, pour l'individu, un incontournable à accepter, une charge inhérente au cœur de métier, les salariés considèrent que cela fait partie de leur travail, qu'ils doivent la gérer eux-mêmes, la plupart du temps seuls (Grosjean, 2005, Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016, Loriol, 2012), ils sont fiers d'y faire face et cela contribue à construire et renforcer l'identité professionnelle (Zapf, 2002).
- Quand la source du travail émotionnel est considérée comme extérieure au travail « normal » (« *typiquement lorsqu'elle provient de collègues ou du supérieur direct* » (Grosjean et Van de Weerd, 2005), cela augmente le travail émotionnel - et donc la pression émotionnelle. Les individus répondent alors par des émotions négatives, ce qui constitue à terme un facteur de risque pour la santé psychique (Zapf, 2002).

Le travail émotionnel comporte donc certaines limites liées aux risques encourus par l'exercice qu'il convient désormais de développer.

II.2.2.3. Limites du travail émotionnel

Le travail émotionnel, s'il peut entraîner de bonnes performances organisationnelles, peut avoir des conséquences pour la santé des employés, car, par nature, les individus aspirent naturellement à être authentiques (Hochschild, 1983). Quand le sujet doit réprimer ses propres émotions pour en exprimer certaines qu'il ne ressent pas vraiment, il y a un risque de dissonance émotionnelle (Grosjean et Van de Weerd, 2005). Selon Van de Weerd (2001), la dissonance émotionnelle apparaît en cas d'écart entre les émotions prescrites par l'organisation et celles ressenties par le salarié. Autrement dit, la dissonance émotionnelle survient lorsque la situation de travail exige l'expression d'une émotion qui n'est pas celle réellement ressentie par le sujet (Zapf *et al.*, 2003 ; Zapf, *et al.*, 2001, cités par Dagot et Perié, 2011), et résulte d'un conflit entre la personne et le rôle qu'elle tient, entre le sujet et les émotions prescrites par l'organisation (Abraham, 1998 cité par Dagot et Perié, 2014). Selon Soares (2002), la dissonance émotionnelle est liée au *surface acting* dans la mesure où elle provient d'un malaise ressenti par le salarié qui est tenaillé entre des sentiments contradictoires, avec un écart entre ce qui est ressenti et démontré, « *pouvant engendrer un*

sentiment d'inauthenticité ou bien faire monter le niveau d'exigence dans l'accomplissement du travail émotionnel » (Soares, 2002).

La dissonance émotionnelle se définit comme « *la tension psychologique et physique insupportable issue de la confrontation entre normes et émotions* » (Van Hoorebeke, 2005). Cette dernière est facteur de stress (Adelmann, 1995, Erickson et Wharton, 1997), augmente la pénibilité du travail (Grosjean 2001), et occasionne de nombreux désagréments organisationnels (Van Hoorebeke, 2005). Freund (1998) parle de « *stress dramaturgique* ». La dissonance émotionnelle est fréquente dans les secteurs où le relationnel est un élément central (Soares, 2002). Dagot et Perié (2014) évoquent les résultats de différentes études montrant que cette dissonance est positivement corrélée à l'épuisement émotionnel (Abraham, 1998), à l'insatisfaction au travail (Morris et Feldman, 1996) et à l'aliénation au travail (Adelmann, 1995).

Tschan *et al.* (2005) ont constaté qu'il y avait plus de dissonance émotionnelle et moins de bien-être dans les interactions parmi les personnes travaillant auprès des clients, dans le secteur des services. Lorsque les professionnels miment une émotion positive comme l'implique leur travail (*surface acting*), il reste toujours le ressenti d'une émotion négative affectant à terme leur santé (Roschat et Tschan, 2003 ; Zapf, 2005).

« *Les salariés en situation de dissonance émotionnelle doivent produire des efforts plus importants pour répondre à ces exigences émotionnelles, ce qui peut avoir pour effet d'augmenter la charge de travail global. De plus, ce jeu d'acteur peut créer à terme une fatigue importante, voire un épuisement professionnel, des symptômes de stress chronique, une perte de motivation, des tensions psychiques, qui sont parfois à l'origine de pathologies plus ou moins aiguës (troubles gastro intestinaux, troubles du sommeil, dépression) et dans certains cas des troubles psychiques et des perturbations psychologiques de la personnalité.* » (Van de Weerd, 2011). La dissonance émotionnelle est un facteur de risque *burn-out* (Dagot et Perié, 2014). « *L'analyse des effets d'interaction de la dissonance émotionnelle et des facteurs de stress organisationnels et sociaux a montré que pour les professionnels du service, la coïncidence de ces facteurs a conduit à des niveaux exagérés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation* » (Zapf *et al.*, 1999). Les exigences émotionnelles sont un facteur de risque psycho-social (Brillet *et al.*, 2017).

Selon Schaubroeck et Jones (2000), le travail émotionnel est d'autant plus nuisible que le niveau d'authenticité des émotions exprimé est faible. La littérature indique en effet que le *surface acting* est un élément prédictif de *burn-out* bien plus que ne l'est le *deep acting* (Brotheridge et Grandey, 2002 ; Grandey, 2003 ; Totterdell et Holman, 2003, Glomb et Tews 2004, cité par Cheng *et al.* (2013). Plus précisément, l'effort impliqué dans le *surface acting* a un impact plus important sur l'estime de soi des salariés que le *deep acting*. (Hobfoll, 1998 ; Lee et Ashforth, 1996 ; cité par Wright et Cropanzano (1998) , Buunk *et al.*, 1994).

Pour jouer le jeu du *surface acting*, les salariés réalisent une sorte de « *dissociation de soi* » (Jeantet, 2003), technique pour se distancier de la situation, consistant en une scission des deux parties du Moi (personnel et professionnel) au cours de l'interaction, ponctuée de simulations et dissimulations d'émotions. Cette dissociation peut aller jusqu'au clivage et autres formes de décompensation psychique (Jeantet, 2003).

Le *deep acting* présente également des risques ; ainsi Soares (2002) évoque un risque d'aliénation mentale, « *sorte de fusion identitaire où il est difficile de s'identifier à son travail*

sans voir son identité fusionner avec son travail », compromettant ainsi l'expression des « vraies émotions ».

En d'autres mots, selon Hochschild (1983), le travail émotionnel consiste en une mise scène d'émotions qui risque de conduire à une aliénation de soi.

Mais le travail émotionnel n'a pas que des conséquences négatives : il permet d'améliorer la productivité sur le plan des services ou à l'échelle organisationnelle (Pugh, 2002 ; Meier *et al.*, 2006), ainsi que d'autres éléments spécifiques à la profession infirmière qui seront étudiés dans la partie suivante.

II.3. Emotions au travail et travail émotionnel dans la profession infirmière

Le métier d'infirmière est une profession du *care*. Ce concept désigne le souci des autres comme une « *action concrète indissociable d'une dimension morale* », alliant la perception des besoins d'autrui à la responsabilité (Molinier *et al.*, 2009). Plus récemment, il a été utilisé pour désigner des activités ou professions dans lesquelles la dimension non médicale du soin (le souci, l'attention, la réponse aux besoins) occupe une place centrale (Molinier, 2015).

Les métiers du *care* sont le théâtre de discours de professionnalisation (Molinier, 2015) : des injonctions sur la « *bonne distance thérapeutique* », des prescriptions comportementales, et un traitement égalitaire et rationnel des patients, visant à établir des normes émotionnelles : il s'agit d'afficher de la compassion, de l'intérêt et de l'empathie (Hinds *et al.*, 1994) tout en développant un certain détachement (Carmack, 1997 ; Savett, 2000). En somme, il y a une double injonction d'implication émotionnelle et de protection (Jeantet, 2018). Mais cette double injonction est paradoxale : « *les injonctions sont contradictoires puisque l'implication demandée est dans le même temps empêchée* » (Jeantet, 2018). Ainsi, il faudrait s'occuper de tout le monde de la même façon, avec un « *détachement attentionné* », insensé au regard de la singularité des relations humaines. « *Comment bien s'occuper de tout le monde quand il est impossible d'aimer tout le monde de la même manière ?* ». Molinier (2015) met par ces mots en garde au sujet de « *l'illusion d'un professionnalisme qui porterait atteinte à l'éthique du care* ». Ainsi, la gestion des émotions et le travail émotionnel sont plus complexes à gérer pour les professionnelles du soin. « *Les soignantes auraient plus de difficulté que les autres à ne pas être elles même au travail et à devoir simuler leurs émotions* » (Wharton, 2004).

Nous allons voir dans une première sous-partie en quoi et pourquoi la profession infirmière est émotionnelle (II.3.1). En second lieu, nous nous intéresserons aux stratégies de régulation émotionnelle mobilisées par les infirmiers (II.3.2). Enfin, nous aborderons les spécificités, notamment émotionnelles, de l'exercice infirmier à domicile (II.3.3).

II.3.1. La profession infirmière, éminemment émotionnelle

Les infirmiers réalisent un travail émotionnel intense, démontrant, aux yeux du collectif soignant, un travail de qualité (Grosjean et Lacoste, 1999). Peu reconnu d'un point de vue institutionnel (Gray et Smith, 2009), ce dernier vise le bien-être du patient (Truc *et al.*, 2009). Si sa pratique peut avoir des conséquences positives, elle présente néanmoins des risques. En ce sens, le management doit organiser le travail en faveur d'une réalisation du travail émotionnel dans des conditions optimales, permettant sa reconnaissance, son expression et sa régulation.

II.3.1.1. Des émotions au cœur des pratiques

La gestion émotionnelle permanente que réalise les infirmiers n'est pas sans conséquence, et ces dernières varient en fonction de la typologie du travail émotionnel mobilisé.

II.3.1.1.1. Le travail émotionnel intense des infirmiers

Les émotions sont au cœur des pratiques des soignants, cependant ces derniers les cachent face au patient (Van de Weerd, 2016). En ce sens, les infirmiers exercent un travail émotionnel (Teiger *et al.*, 2005). Ils doivent se montrer rassurants face à un patient anxieux, calme face à un patient agité, empathique face à un patient triste, réprimer leur dégoût face à une plaie suintante et malodorante... Les relations avec les patients et leurs familles peuvent aussi causer de la colère. Les infirmiers sont confrontés à nombre de situations émotionnelles, dont des situations où la violence doit être tolérée, ce qui cause une augmentation du travail émotionnel (Soares, 2000). Ainsi, le soignant doit maîtriser ses propres émotions pour agir sur celles du malade, le bien être émotionnel étant considéré comme une clé de la guérison de ce dernier (Loriol, 2013). Les infirmiers réalisent de façon continue une activité de type diagnostic afin d'adapter leur communication verbale et non verbale (ton de la voix, geste et postures) (Teiger *et al.*, 2005). La qualité du travail émotionnel, gage de professionnalisme, est jugé par le collectif de travail : « *l'absence d'expression émotionnelle à propos des malades passe pour un manque de professionnalité, un défaut d'engagement dans le travail témoignant d'un manque d'humanité* » (Grosjean et Lacoste, 1999).

Cudré (2008) met en exergue la place qu'occupent les émotions dans la pratique professionnelle des infirmiers. Ainsi, les émotions sont :

- considérées comme nécessaires ;
- reconnues et régulées : les infirmiers ont expliqué que leur posture professionnelle impliquait de ne pas se laisser déborder par ses émotions ;
- réprimandées : lorsqu'il s'agit de la gestion de leurs propres émotions, les infirmiers emploient le champ lexical de la guerre (« combattre », « lutte » ...).

Les infirmiers réalisent un travail émotionnel intense puisqu'ils mobilisent les trois types de travail émotionnel (intégrateur, différentiateur et dissimulateur) parfois dans un simple changement de chambre (Soares, 2002). Ainsi, les infirmiers produisent du travail émotionnel dans des circonstances très variées : le travail émotionnel est considéré comme étant une partie intégrante de la culture soignante, indissociable du métier, et permet de construire une relation de soins durable avec le patient (Gray et Smith, 2008). Pour autant, le travail émotionnel est souvent « *balayé sous le tapis* » (Gray et Smith, 2009), considéré comme une part naturelle du travail infirmier.

Le travail émotionnel accompli par le soignant demande une dépense d'énergie intense en faveur de l'amélioration de la prise en charge du patient (Truc *et al.*, 2009). « *Le travail émotionnel est un processus d'adoption par l'infirmière d'un « personnage de travail » dans le but de réguler ou d'exprimer ses émotions (profondes ou superficielles) dans ses rapports avec les patients* ». Le professionnel adapte ce personnage en fonction de trois éléments :

- L'organisation de travail : les normes organisationnelles (Grandey, 2005 ; Chu, 2004) ainsi que celles liées au professionnalisme (Ogbonna et Harris, 2004 ; Kramer et Hess, 2002) et le soutien social des collègues, superviseurs (Bono et Vey, 2005) et de sa famille (Boyle, 2005) (un lien a été établi entre soutien social des collègues, travail émotionnel et satisfaction au travail) ;
- Sa personnalité : identification de son rôle, ses aptitudes à la communication, son engagement professionnel et son expérience (les infirmiers chevronnés étant plus

susceptibles de s'engager dans le travail émotionnel (Zammunier *et al.*, 2005 ; Staden, 1998 ; MacKintosh, 2007) ;

- La nature de son emploi : exigences émotionnelles, complexité du travail (Bolton, 2005 ; Gosserand et Diefendorff, 2005 ; Morris et Feldman, 1996) autonomie et engagement au travail (Mann et Cowburn, 2005), les membres dévoués étant plus susceptibles de s'engager dans le travail émotionnel (Smith et Lorentzon, 2005).

Truc *et al.* (2009) indiquent qu'au sein de la profession soignante, le travail émotionnel est associé à la conscience de soi (Kérouac *et al.*, 2003) et à l'identification du rôle infirmier (MacKintosh, 2007 ; Fineman, 2008). Outre les variables personnelles, le système de soutien émotionnel dont l'organisation fait la promotion conditionne le travail émotionnel (McCreight, 2005, Schaubroeck et Jones, 2000).

Le travail émotionnel des infirmiers a des conséquences sur l'organisation et le personnel infirmier. Si les effets négatifs recensés sont sensiblement les mêmes que pour les autres travailleurs exposés au travail émotionnel, des effets positifs du travail émotionnel spécifiques à la profession infirmière ont été recensés :

- Rendre un environnement de soins joyeux (Fineman, 2008 ; Mitchell et Smith, 2003 ; Henning-Thurau *et al.*, 2006) ;
- Se rapprocher du patient grâce à l'engagement émotionnel (Allan et Barber, 2005) ;
- Un sentiment de réussite personnelle et professionnelle et la satisfaction au travail (McQueen, 2004 ; Mann, 2005) ;
- Améliorer la productivité (Truc *et al.*, 2009).

Ces observations laissent à penser que le travail émotionnel, exercé dans des conditions favorables, peut être vecteur d'émotions positives au travail. Il présente néanmoins des risques inhérents à sa pratique.

II.3.1.1.2. *Surface et deep acting* : les conséquences du travail émotionnel

Les effets du travail émotionnel diffèrent selon qu'il s'agit de *deep acting* ou de *surface acting*. Les infirmiers utilisent plutôt l'un ou l'autre en fonction de la situation, des règles d'affichage émotionnel dans le service et de leurs dispositions affectives (Diefendorff *et al.*, 2011). Le *surface acting* est lié à une motivation d'évitement tandis que le *deep acting* est lié à une motivation d'approche (Dahling et Johnson, 2010).

Le *surface acting* aurait un impact négatif sur la qualité perçue des soins : le fait de cacher ses émotions serait un facteur prédictif d'épuisement conduisant à une augmentation du *turn over*. Le climat organisationnel modère la relation entre la dissimulation des émotions et l'épuisement, ce qui peut par la suite influencer l'intention de démission. Les infirmiers qui pratiquent le *surface acting* sont moins satisfaits que les autres de la qualité de soins qu'ils prodiguent au patient, les infirmiers ayant été formés à établir une relation de soins authentique avec le celui-ci (de Raeve 2002, cité par Cheng *et al.*, 2013). La pratique du *surface acting* peut avoir des effets négatifs sur le bien-être et la performance auto évaluée des infirmiers pour le *deep acting* (Cheng *et al.*, 2013). Le *surface acting* est davantage prédictif de *burn-out* que le *deep acting* (Brotheridge et Grandey 2002 ; Grandey 2003 ; Totterdell et Holman 2003 ; Glomb et Tews, 2004). En effet, simuler ou supprimer des expressions émotionnelles est

vecteur de tensions au travail (Grandey *et al.*, 2005). Lorsqu'ils subissent une surcharge de travail émotionnel, ou que son accomplissement paraît impossible, les infirmiers pleurent (Soares, 2000). La suppression émotionnelle peut aussi avoir pour objectif de préserver le collectif de travail. Jeantet (2018) présente l'exemple du dégoût, qui « *suscite alors des sentiments de culpabilité plus ou moins violents, non seulement parce qu'il est éprouvé comme une entorse à un souci éthique personnel mais aussi parce que son expression est condamnée par la hiérarchie hospitalière et les familles. D'où une honte de soi qui incline au silence* ».

II.3.1.2. Le travail émotionnel et ses implications managériales

Les soignants se sentent en manque de reconnaissance institutionnelle, des patients et de la société en général (Estryn Béhar et le Nézet, 2006). Le manque de reconnaissance du travail émotionnel est fréquent et peut expliquer en partie le lien avec l'épuisement professionnel et émotionnel (Naring *et al.*, 2006 ; Mann *et al.*, 2005). En partie seulement, car comme l'indiquent Molinier et Flottes (2012), l'investissement des soignants peut se maintenir malgré un faible niveau de reconnaissance, pourvu qu'elles aient la possibilité de réaliser avec soin leur travail (Galerand et Kergoat, 2008 ; Doniol-Shaw, 2009).

Abordant la psychodynamique du travail, Dejours (2015) rappelle tout le bénéfice de l'impression de travail bien fait pour un salarié, le « jugement de beauté » : « *l'émotion esthétique constitue un critère de jugement professionnel, un élément essentiel de la compétence* » qui contribue à renforcer l'identité professionnelle (Jeantet, 2018). A contrario, l'impression de faire du « *sale boulot* » (Hughes, 1956) peut générer, en plus de conflits moraux, des émotions morales de honte, d'indignité, de culpabilité, avec à terme, une perte de sens au travail.

Lorsqu'un manque de reconnaissance et de pouvoir décisionnel est perçu, les infirmiers perçoivent les responsabilités qui leur sont confiées comme des pièges ou des fardeaux et non comme des sources de valorisation, ce qui produit de l'anxiété et de la souffrance émotionnelle. La relation d'aide avec le patient donne du sens au travail et procure du plaisir et un sentiment de valorisation. Quand la charge de travail les en prive, les infirmiers éprouvent un manque d'accomplissement professionnel, d'autant plus si la hiérarchie ne les soutient ou consulte pas, elles se trouvent ainsi privées du sentiment bénéfique du travail bien fait, et s'égarant dans une quête identitaire (Molinier et Flottes, 2012 ; Alderson, 2005). « *Heureusement qu'on a les patients !* » évoquent les infirmières interrogées par Alderson (2005) : « *la relation d'aide et d'accompagnement est au cœur de l'équilibre psychologique des infirmières, elle ouvre un sens et un plaisir au travail* » (Alderson, 2005).

Le management et la structuration du travail sont plutôt généralement source d'émotions négatives, surtout en l'absence d'un véritable collectif de travail (Alderson, 2005). Ruiller (2012) évoque ainsi un cloisonnement fort entre les cadres et les soignants, qui pourrait expliquer le décalage entre les attentes des soignants et la posture du cadre, notamment en termes de soutien émotionnel. « *Le management de proximité, de par son ouverture à l'expression des affects dans le service de soins, diminue les risques de distorsions communicationnelles non propices à un climat de travail serein* » (Ruiller, 2012).

Au sein d'une équipe infirmière, la réflexion sur le travail émotionnel apparaît incontournable. Pour ce faire, ces derniers ont besoin de soutien hiérarchique, de formation, de temps de réflexion et de régulation émotionnelle (Truc *et al.*, 2009). L'établissement d'un climat organisationnel agréable peut aider les infirmiers à gérer les exigences émotionnelles, promouvoir leur bien-être et réduire le *turnover* (Cheng *et al.*, 2013). Mais le rôle de l'équipe, qui se fait vigie contre l'indifférence, est mis à mal face à la volonté d'interchangeabilité des soignants (Molinier, 2015).

Le sentiment de soutien hiérarchique est bénéfique pour les salariés dans la mesure où il permet la réalisation de haut niveau de travail émotionnel, en les protégeant des sources de stress vectrices d'épuisement professionnel (Grandey, 2000). Autrement dit, les infirmières peuvent réaliser un travail émotionnel même intense sans en souffrir, dans la mesure où elles se sentent soutenues par l'encadrement. Il convient donc pour les organisations d'identifier des moyens de réduire la tension liée aux exigences émotionnelles (Diefendorf *et al.*, 2011) et d'enseigner aux managers à être des éléments « *régulateurs* » (Wilk et Moynihan, 2005).

Une autonomie élevée permet de réduire de diminuer les risques d'épuisement professionnel et d'insatisfaction au travail par le biais de la régulation émotionnelle : la latitude décisionnelle permet de prodiguer des ressources compensatoires pour réduire la tension émotionnelle. (Grandey *et al.*, 2005). Si les infirmiers n'ont pas cette latitude, ils risquent d'être insatisfaits, c'est-à-dire d'avoir une attitude négative envers le travail dans la mesure où les comportements au travail épuisent des ressources qui sont nécessaires dans d'autres domaines de la vie (par exemple, l'énergie : Pugliesi, 1999 ; Wharton et Erickson, 1993 cités par Grandey, 2005).

Les infirmiers qui travaillent ensemble dans le même service partagent les mêmes règles d'affichage émotionnel. Ces règles interagissent avec les dispositions affectives individuelles, elles-mêmes prédictives de l'emploi de stratégies de régulation émotionnelle (Diefendorff *et al.*, 2011).

II.3.2. Des stratégies de régulation émotionnelle spécifiques

« Les recherches en psychodynamique et psychopathologie du travail ont montré qu'existent des défenses individuelles et collectives contre la souffrance dans le travail. Or, ces défenses ont toutes en commun de fonctionner comme des atténuateurs de la conscience de cette souffrance, comme des antalgiques en quelque sorte » (Dejours, 1994).

Afin de moduler les effets négatifs liés au travail émotionnel, les salariés mettent en place des stratégies de régulation émotionnelle (Van de Weerd, 2012). La régulation émotionnelle se définit comme « *le procédé par lequel les individus influencent les émotions qu'ils ressentent, quand ils les ressentent, et comment ils expérimentent et expriment ces émotions* » (Gross 1998b, cité par Grandey, 2005). Il s'agit d'un « *processus extrinsèque et intrinsèque responsable du suivi, de l'évaluation et de l'adaptation des réactions émotionnelles, notamment en termes d'intensité et de temporalité, pour atteindre les objectifs d'une personne* » (Thomson, 1994).

La littérature distingue deux types de mécanismes de régulation émotionnelle : la régulation non interactionnelle et la régulation interactionnelle.

II.3.2.1. Les mécanismes de régulation non interactionnelle

Les stratégies décrites ci-après ont toutes pour finalité pour le salarié de se distancier émotionnellement de la situation.

- Les temps de retrait

Au cours d'une journée de travail, le salarié a besoin de moments à distance des patients. En effet, afin d'éviter l'épuisement émotionnel, des temps de retrait apparaissent nécessaires : « *Les coulisses sont indispensables à tout travail de représentation, elles permettent à l'acteur de tenir son rôle, de composer ou d'ajuster une face, de trier entre ce qu'il doit montrer et cacher de son personnage* » (Jeantet, 2003). Goffman (1969) reprend cette idée de « coulisses » : « *Le travail sur ses émotions en présence d'un public nécessite également une organisation du travail permettant des retraits plus longs [...] les individus ne peuvent être conçus uniquement comme des stratèges qui conformeraient leurs comportements aux normes sociales dans l'objectif de gagner une sécurité dans leurs rapports avec autrui* ».

- La routinisation

Afin de réduire le risque de débordement émotionnel, les infirmiers peuvent aussi mettre en place une routinisation (Merton, 1965), « *pour désaffectiver une situation, de se donner le temps d'encaisser une émotion désagréable ou déstabilisante, de faire bonne figure* » (Jeantet, 2018). Le risque de ce type de stratégie de régulation est de rendre le travail insatisfaisant.

- L'opérativité

Face à des situations difficiles, la réponse par l'action adaptée, aussi appelée opérativité, peut constituer un mécanisme de défense (Grosjean, 2001) : l'individu analyse la situation et compense sa déstabilisation émotionnelle par une action.

Dejours (1993) évoque l'idéologie défensive du métier, c'est-à-dire le développement et la mise en place par l'individu de stratégies pour éviter la peur (humour, burlesque ...). Poussées à leur paroxysme, ces stratégies peuvent mener à des conduites à risque (Grosjean, 2001), par exemple des mises en danger de soi ou des autres, pour prouver que l'on maîtrise, que l'on est expert (ne pas porter de gants pour un prélèvement sanguin par exemple).

- La dissociation de soi

La dissociation de soi procède d'une scission entre deux parties du moi durant le cours même de l'interaction, et, plus globalement, d'une séparation entre un moi personnel et un moi professionnel de par la dissimulation ou la simulation d'émotions (Jeantet, 2003).

Dagot et Perié (2014) évoquent la dépersonnalisation qui se produit lorsqu'un salarié procède à une dissociation de soi : « *Nous proposons d'envisager la dépersonnalisation comme une stratégie de protection, par la distanciation, face aux exigences émotionnelles vécues par les salariés du care* » (Dagot et Perié, 2014). Plus les salariés masquent leurs émotions pour en afficher d'autres qu'ils ne ressentent pas vraiment, plus ils utilisent la dépersonnalisation en tant que mécanisme de défense. La superposition des identités professionnelle et personnelle constitue un facteur de risque psycho social (Jeantet, 2003).

- L'absentéisme

La littérature indique que l'évitement de situations génératrices d'émotions négatives implique pour les infirmiers une conduite de protection afin de maintenir l'équilibre interne (Fox *et al.*, 2001). En effet, Vandenberghe *et al.* (2009) rappelle qu'une réaction émotionnelle négative en rapport avec l'environnement de travail conduit le salarié à adopter des conduites de retrait dont l'absentéisme est l'expression première (Rhodes et Steers, 1990 ; Spector, 1997). L'absentéisme est alors une stratégie d'adaptation visant à gérer la pression provenant du travail (Hackett et Bycio, 1996). En effet, comme le rappelle Vandenberghe *et al.* (2009), le système d'activation du comportement est associé à l'expérience d'émotions positives, alors que l'inhibition comportementale est liée à l'émergence d'émotions négatives et à des comportements d'évitement (Diefendorff et Mehta, 2007 ; Gable *et al.*, 2000, Gray, 1990). Ainsi l'absentéisme a une fonction protectrice et régulatrice des affects (Hackett et Bycio, 1996 ; John, 1997). Une corrélation est observée entre l'émergence d'émotions positives et la diminution de l'absentéisme (Mason et Griffin, 2003). Martocchio (1994) va jusqu'à évoquer une « *culture d'absence* » dans certains groupes professionnels.

Vandenberghe (2009) indique que la latitude de décision au travail et la satisfaction au travail représentent deux variables agissant directement sur le taux d'absentéisme en unité de soins infirmiers. L'épuisement émotionnel ne semble agir qu'indirectement, via la satisfaction.

II.3.2.2. Les mécanismes de régulation interactionnelle

Les mécanismes de régulation émotionnelle interactionnelle peuvent être mis en œuvre de différentes manières :

- La régulation interactionnelle avec les patients

Avec les patients, les modalités de régulation des émotions sont plutôt empathico-mimétiques (Grosjean, 2001). Ainsi, les soignants peuvent mettre en œuvre :

- De la mimétisation vocale, quand les patients ont peur par exemple. C'est une étude empirique sur les émotions des sage-femmes lors de l'accouchement qui a permis de faire ce constat (Grosjean, 1993).
- La banalisation des affects, qui rend l'émotion socialement plus acceptable (Grosjean, 2001)
- Des stratégies de communication non verbale (Grosjean, 2001), par exemple s'asseoir sur le lit, toucher la main... pour témoigner de l'empathie.

- La régulation interactionnelle entre soignants

La régulation des émotions en service de soins infirmiers est très majoritairement interactionnelle et entre pairs (Cudré, 2008 ; Grosjean, 2001). Grosjean (2001) a déterminé que cette dernière peut consister en :

- Une régulation dite « empathico-mimétique »

Il s'agit du partage des émotions et des affects en groupe, lors des transmissions, des pauses ou des séances d'analyse des pratiques professionnelles. L'affichage de l'émotion est un élément pouvant contribuer à développer ou à desservir l'intégration à un groupe. Par exemple, le manque d'expression émotionnelle vis-à-vis des malades peut être perçu comme un manque de professionnalisme pour les salariés anciens (Grosjean, 2001), ce qui peut être vecteur de tensions et de désolidarisation du groupe. Lorsqu'un membre du groupe ne parvient pas à afficher l'émotion attendue, il ressent de la honte (Jeantet, 2018), émotion visant à rétablir l'ordre social. Rappelons-le, le groupe établit des normes sociales, une sorte de « codification » des moments où il est pertinent voire nécessaire de produire des émotions au sein dudit groupe. Manifester des émotions dans ce cadre établi est signe d'appartenance au groupe (Grosjean, 2001) et cela contribue à en renforcer la cohésion. Cela permet aussi à l'individu de réguler ses propres affects. Les individus qui arrivent au sein d'une équipe ont tendance à adopter la même façon de s'exprimer que les plus anciens, voire répéter certaines expressions considérées comme typiques du groupe. En effet, les travailleurs cherchent la maximisation de l'énergie émotionnelle donc la diminution des émotions négatives minimisant ainsi le coût psychique du travail (Collins, 2005).

- Une régulation par mise à distance, selon deux procédés :

- L'humour, qui a à la fois une fonction expressive, défensive et conservatrice (Paton 1992), agit comme régulateur des émotions négatives, tout en créant de l'intimité au sein du groupe. Cependant, les nouveaux doivent s'intégrer d'abord pour pouvoir utiliser l'humour comme moyen de distanciation, sans quoi, l'utilisation de l'humour peut être perçue comme un manque de professionnalisme (Grosjean, 2001).

- La reprise en récit : lors des transmissions, les soignants procèdent, sans nécessairement exprimer d'empathie, à la mise en ordre verbale d'une situation désordonnée en réorganisant verbalement le cours de leur journée et les événements liés, ce qui contribue à obtenir de la reconnaissance pour le travail effectué. La reprise en récit en groupe de situation inconfortable vécue par un salarié permet de lutter contre la peur, le sentiment de solitude et contribue à renforcer le sentiment d'appartenance au groupe (Grosjean, 2001).

- Une régulation par la réassurance mutuelle

La régulation par la réassurance mutuelle intervient lorsque les soignants sont mis en cause par rapport au travail qu'ils ont effectué. Dans ce cas, ils partagent cette expérience avec leurs collègues, réalisant ainsi des réparations verbales : les pairs rappellent les normes en minimisant la faute, réintégrant ainsi la personne au groupe (Grosjean, 2001).

- La disqualification

A la manière des musiciens de jazz étudiés par Becker (1963), qui « *se protègent du jugement profane des auditeurs en leur refusant la légitimité à émettre un avis pertinent* », les infirmiers peuvent être amenés à procéder à une régulation émotionnelle par la disqualification d'autrui. « *La technicité de l'activité offre une possibilité de refuge pour les professionnels* » (Jeantet, 2018). Le processus de régulation émotionnelle par la requalification et disqualification du jugement offre une protection du groupe de pairs contre le jugement d'autrui (la famille d'un patient, un responsable hiérarchique...), soude les liens, et assure couverture mutuelle (Jeantet, 2018).

Nous avons vu que les infirmiers, qui exercent une profession à forte implication émotionnelle en lien avec la charge de travail émotionnel intrinsèque à la profession, mobilisent des stratégies de régulation émotionnelle. Cet exercice, réalisé au domicile des patients, présente des spécificités.

II.3.3. Spécificités de l'exercice infirmier à domicile

Soigner les patients à leur domicile est un exercice particulier dans la mesure où il conjugue un travail de type hospitalier et un travail de type domestique (Teiger *et al.*, 2005). Les liens interpersonnels sont renforcés avec les patients du fait de la présence à leur domicile, qui crée davantage d'intimité. La confusion est fréquente entre soins relationnels et relation affective. « *Pour les patients comme pour les salariés qui trouvent dans cette composante, le principal élément de valorisation de leur travail, pour ne pas dire le seul, il peut se produire un « brouillage » entre les figures du professionnel (technicien du soin et salarié) et celles de la parenté, de l'amitié ou même de la domesticité. D'où la difficulté à tenir la bonne distance* » (Teiger *et al.*, 2005). Les infirmiers sont bien au fait que l'attachement aux patients engendre de la souffrance lorsque la santé de ce dernier se dégrade, et adoptent une stratégie de distanciation appelée « *posture affective* » (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016). Les stratégies de gestion des émotions sont personnelles et dépendent de l'expérience et de la personnalité de l'infirmier (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016). Il arrive que les infirmiers expérimentés bravent cette notion de « distance », considérant les patients comme leur famille, se sentant suffisamment compétents pour assumer les risques éventuels (Teiger *et al.*, 2005). Ainsi, les infirmiers doivent gérer, en plus des émotions des patients, leurs propres émotions induites par les situations de travail.

Les infirmiers à domicile réalisent non seulement des soins techniques, mais également trois autres fonctions moins reconnues : le soutien moral des patients et de leur famille, le lien avec le centre de soins (informations, conseils, gestion des tournées...) ainsi que le suivi de l'état des patients (surveillance, dépistage...). La gestion du temps est « *acrobatique* », l'activité varie en termes de nature et de temporalité (Teiger *et al.*, 2005) sans oublier la gestion du matériel et de planification des soins. Outre la difficile gestion du temps, la variabilité des activités de soin ainsi que l'intrication des dimensions physique, cognitive et affective sont des éléments caractéristiques du travail infirmier à domicile (Cloutier *et al.*, 1998, 2004 ; Rocher, 1990, 1994), de même que des horaires atypiques (travail le week-end, tôt le matin, tard le soir, en coupé...). Si tous ces éléments engendrent du stress, la proximité de la mort est un facteur de pénibilité (Teiger *et al.*, 2005). Le temps de trajet sur les routes est une source de stress supplémentaire (Van de Weerd, 2016, Meissner, 2007) et peut représenter jusqu'à 43% du

temps d'une tournée (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016). Les soignants doivent sans cesse s'adapter à un nouvel environnement, pour chaque patient, un nouvel univers de travail. Ils réalisent de nombreux ajustements sur les tournées qui sont préparées par l'infirmière coordinatrice (notamment en lien avec la réalisation de temps de travail relationnel) ce qui est source de tensions avec la hiérarchie (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016). Les risques professionnels des métiers du domicile sont méconnus et mal maîtrisés (Teiger *et al.*, 2005), en lien avec des facteurs non seulement physiques mais aussi psycho sociaux et organisationnels (Elovainio et Sinervo, 1997, cité par Teiger *et al.*, 2005). Conséquence, la moitié des infirmières à domicile interrogées par Cloutier *et al.* (2004) manquent d'accomplissement personnel et présentent un score élevé de dépersonnalisation.

Selon Hochschild (1983), il y a travail émotionnel quand le travail implique un contact face à face ou vocal, un rôle dans la production émotionnelle chez le bénéficiaire ainsi qu'un contrôle émotionnel chez ce dernier. Ainsi, les infirmiers à domicile réalisent un travail émotionnel intense. Rocher (1990) indique en effet que l'activité soignante à domicile est indissociable d'un travail d'écoute et de soutien psychologique accompli simultanément aux soins infirmiers. Dès l'entrée dans le domicile du patient, les infirmiers évaluent la posture à adopter avec le patient ainsi que le registre de communication qui lui est associé (Teiger *et al.*, 2005). En effet, Ribert-Van de Weerd et Baratta (2016) évoquent que pour les infirmiers les soins techniques sont indissociables des soins relationnels : la part qu'ils consacrent à l'un ou l'autre de ces aspects de leur travail varie selon la situation, le contexte et les caractéristiques du patient. Si le soignant est en retard sur son planning, il privilégiera les soins techniques au détriment de la communication. Le relationnel sera privilégié s'il conditionne la réalisation du soin, et le soignant choisira alors d'assumer un retard de planning. En effet, malgré la pression temporelle, l'infirmier priorise les stratégies visant à favoriser la relation avec le patient. Ces compromis stratégiques sont source de stress, de dilemmes et de culpabilité pour les soignants, qui souffrent d'un manque de reconnaissance de la dimension émotionnelle de leur travail qui est pourtant gage pour eux d'un travail de qualité. S'ils considèrent que le travail émotionnel lié aux patients fait partie intégrante de la nature de leur travail, les infirmiers à domicile ont plus de difficulté à l'accepter lorsque celui-ci résulte de problématiques liées à la prescription ou au management. Ainsi, la pression temporelle restreignant l'activité relationnelle et le manque de reconnaissance de celle-ci par la hiérarchie sont vecteur d'émotions négatives chez les infirmiers à domicile (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016).

Tableau 14: Sources d'émotions des infirmiers en soins à domicile

Sources d'émotions positives	Sources d'émotions négatives
<ul style="list-style-type: none"> • Régression de la maladie d'un patient • Qualité de la relation avec les patients • Sentiment d'utilité • Réussite d'actes techniques sans douleur • Acceptation par le patient de son état de santé et des soins prodigués • Conditions de trajet en voiture • Matériel disponible en quantité suffisante 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation dégradée avec le patient • Mauvaises conditions de réalisation des soins • Pression temporelle • Réduction de la part relationnelle de l'activité • Manque de reconnaissance des contraintes et de la part émotionnelle du travail par l'encadrement

Source : adapté de Ribert-Van de Weerd et Baratta (2016)

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe des règles d'affichage émotionnel, ou *feeling rules* (Hochschild, 1983), construites par l'équipe autour d'objectifs et valeurs communes. Cette construction repose sur une activité réflexive en lien avec le partage d'expériences. En soins à domicile, les soignants pratiquent cette activité le plus souvent de façon individuelle car ils ne disposent que de peu de temps avec leurs collègues (Teiger *et al.*, 2005), ce qui rend complexe la construction d'un collectif. Or, les conflits non débattus collectivement peuvent freiner le processus de régulation émotionnelle des soignants, entraînant alors une surcharge cognitive et émotionnelle pouvant aller jusqu'au *burn-out*. « *La régulation des émotions des salariés est entravée par des conditions de travail néfastes, en raison de déterminants techniques et organisationnels agissant comme des freins [...]. Dans ce secteur, la dimension relationnelle constitue un élément constitutif fondamental de la motivation et de l'engagement au travail* » (Van de Weerd *et al.*, 2017). En outre, « *l'identité professionnelle se construit sur l'image sociale du métier, mais aussi sur les représentations personnelles, alimentées par les connaissances et l'expérience, et par la constitution d'une « posture professionnelle » fondée sur des règles. L'identité et les règles professionnelles sont construites en groupe* ». *La construction de l'identité et des règles professionnelles se fait en groupe de pairs, ce qui suppose l'existence d'un collectif de travail* (Faucheux et Moscovici, 1971). A défaut de règles professionnelles établies, et donc de points de repère pour les salariés, il y a un risque de manque de reconnaissance et d'usure des salariés (Rocher *et al.*, 2005), mais aussi d'entrave du travail même, à cause de difficultés relationnelles (divergences de pratiques) (Van de Weerd *et al.*, 2017). En outre, l'absence de collectifs permettant la régulation émotionnelle des salariés peut entraîner, à terme, chez eux des problèmes de santé (Van de Weerd *et al.*, 2017).

Les infirmiers à domicile cachent leurs émotions négatives face aux patients pour éviter une contamination émotionnelle négative (Hochschild, 1983). Ils les expriment à leurs pairs généralement en rentrant de tournée (Rimé, 2005). Plus le travail émotionnel est intense, plus le besoin de partage est important (Ribert-Van de Weerd *et Baratta*, 2016).

Les soignants à domicile sont animés par un principe éthique d'humanité, qui les conduit, au-delà des aspects techniques des soins, à réaliser des activités qui vont delà de leurs attributions d'infirmier qui ne sont pas prévues aux protocoles (Teiger *et al.*, 2005), et qui sont pourtant indissociables de leur activité de travail émotionnel. Par exemple, apporter un petit déjeuner au lit à une personne à qui l'on vient d'annoncer une mauvaise nouvelle, ou bien, dans le cadre d'une aide à la toilette, réaliser pour une patiente une jolie coiffure pour lui remonter le moral. L'évaluation par l'infirmière de la nécessité de ces activités complémentaires se fait au moment de l'entrée dans le domicile du patient et par conséquent difficilement prévisible. Ces activités qui nécessitent un investissement de temps supplémentaire impliquent une disponibilité d'écoute, une certaine latitude dans la gestion du temps (Teiger *et al.*, 2005) donc une « réserve » de temps disponible dans l'organisation de la tournée. Les infirmiers à domicile déplorent disposer de trop peu de temps pour le relationnel avec les patients alors qu'ils considèrent que c'est le cœur même de leur métier (Estryn-Béhar *et al.*, 2007). Ainsi, on retrouve des « *écarts entre les tâches prescrites et l'activité [qui] créent des émotions négatives chez les intervenants à domicile, qui considèrent que leurs compétences ne sont pas employées à bon escient et les amène à se questionner sur leur rôle et le sens de leur travail* » (Van de Weerd *et al.*, 2017).

Conclusion du chapitre II

Notre premier chapitre nous a permis de souligner un processus de financiarisation au sein des structures sanitaires et médico-sociales. La nécessaire hybridation des pratiques soignantes et gestionnaires était, dans ce contexte, empêchée au regard d'une situation de pression financière semant la discorde entre deux groupes en situation de dispute de valeurs. Cette première partie de notre revue de littérature a permis d'envisager le travail émotionnel comme un levier d'hybridation à part entière.

Lors de ce second chapitre, nous avons souligné que les émotions étaient un sentiment subjectif, à l'origine de modifications physiologiques impulsant des tendances à l'action relevant d'une évaluation cognitive de la situation. Le sujet évalue l'évènement, et par le biais d'un processus d'interprétation au regard de sa représentation cognitive, agit. En ce sens, les émotions promeuvent la rationalité du processus décisionnel (Damasio, 1994). Les émotions peuvent être individuelles, mais aussi se disséminer par un phénomène de contagiosité émotionnelle et devenir des émotions collectives. Ainsi naît, au sein d'un groupe de travail, un climat émotionnel.

Nous avons vu que les émotions occupaient une place prépondérante au sein de la profession infirmière. Elles ne sont pas simplement des conséquences : elles permettent de structurer les liens interpersonnels et constituent un gage de professionnalisme, contribuant au jugement de beauté du travail (Dejours, 2015).

Les infirmiers adaptent leur travail émotionnel à partir d'un diagnostic situationnel, en entrant chez le patient (Teiger *et al.*, 2005). En situation de pression temporelle, l'infirmier privilégie les soins techniques tout en se mettant en quête de stratégies visant à maintenir l'aspect relationnel malgré tout. Cette situation occasionne du stress, des dilemmes et de la culpabilité pour les infirmiers qui déplorent, par la même occasion, un manque de reconnaissance de la dimension émotionnelle de leur travail, pourtant pour eux gage de qualité de celui-ci (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016). L'organisation de collectifs permettant la régulation émotionnelle est nécessaire (Van de Weerd *et al.*, 2017). En ce sens, le management doit s'investir dans la gestion du travail émotionnel des infirmiers (Alderson, 2005 ; Ruiller, 2012 ; Truc *et al.*, 2009), tout en leur laissant des marges de manœuvre temporelles et une certaine autonomie dans l'organisation de la tournée (Van de Weerd et Baratta, 2016 ; Teiger *et al.*, 2005).

Le travail émotionnel des infirmiers à domicile correspond rarement au travail prescrit, et cet écart avec le travail réel (Dejours, 2015) est source de confits de rôle, de perte de sens au travail et d'un sentiment de manque de reconnaissance hiérarchique, vecteurs d'émotions négatives (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016 ; Van de Weerd *et al.*, 2017).

Guidés par des principes d'humanité, les infirmiers à domicile réalisent un travail émotionnel intense (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016) qu'ils estiment être au cœur de leur métier (Estryn-Béhar *et al.*, 2007). Si le travail émotionnel lié aux patients est un attendu du poste, les infirmiers l'acceptent mal quand il est lié au management (Ribert-Van de Weerd et Baratta, 2016).

Chapitre III. Le travail émotionnel, clé de voûte du processus d'hybridation médico financière

Notre démarche abductive, entreprise depuis plusieurs années et en amont de la convention CIFRE, a permis de constater, grâce aux croisements d'éléments de littérature et d'observations de terrain, que l'étude de la profession infirmière était indissociable d'une approche émotionnelle.

En effet, infirmière et cadre au sein de la Croix-Rouge depuis plusieurs années, la doctorante avait réalisé un mémoire de recherche en Master MESS sur l'impact des modalités de financement sur les émotions des infirmiers salariés en CSI. Lors de la rédaction de celui-ci, elle avait donc été amenée à mobiliser des cadres théoriques et conceptuels, qui, confronté au contexte, a fait émerger le concept d'hybridation, qui fut dès lors inclus dans les recherches doctorales.

Ce troisième chapitre a ainsi vocation à présenter le résultat d'un choc abductif. Il s'articule en trois sections.

Nous présentons, au sein d'une première section, notre positionnement théorique afférent aux émotions et appelant une contextualisation de celles-ci. Les éléments de terrain font état d'un processus de financiarisation des CSI de la Croix-Rouge (III.1).

Au sein d'une seconde section, nous procédons à un retour à la littérature en décrivant le processus de financiarisation aboutissant, en l'absence d'hybridation, à un processus de colonisation comptable dont nous décrivons les impacts sur les acteurs (III.2).

Les allers-retours entre le terrain et la théorie mettent en évidence des valeurs financières infusant au sein des pratiques soignantes éminemment émotionnelles et empreintes de valeurs humanitaires. Un croisement de ce terrain particulier et complexe avec la littérature nous permet de proposer un modèle théorique issu de choix conceptuels et destiné à considérer les variables et leur intensité, à l'instar du modèle causal de Miles et Huberman (année) dans une perspective d'analyse de l'influence des émotions sur d'hybridation des pratiques pour le personnel infirmier à domicile (III.3).

III.1. Les CSI de la Croix-Rouge au cœur d'un changement de pratiques

Ayant constaté la place prépondérante des émotions au sein de la profession infirmière et notamment en soins à domicile, nous précisons désormais nos choix théoriques (III.1.1) eu égard aux éléments relatifs aux émotions identifiés dans le second chapitre. Nous proposons de mobiliser la théorie de l'évaluation cognitive (Lazarus, 1966 ; Garcia-Prieto *et al.*, 2005), soulignant que l'émergence d'émotions est liée à une situation et à une évaluation subjective faite par l'individu de celle-ci, en lien notamment avec son système de valeurs (Rossano *et al.*, 2015). Afin mieux comprendre les liens entre les émotions et les éléments contextuels, nous nous positionnons alors dans une perspective d'étude interactionniste (Kemper, 1978 ; Averill, 1976 ; Lazarus, 1966 ; Goffman, 1969 ; Schachter, 1964).

Selon ces choix conceptuels et théoriques, les émotions se devant d'être étudiées de façon contextualisée, nous présentons la Croix-Rouge, une association qui promeut des valeurs et pratiques humanitaires (III.1.2) dans laquelle s'inscrit les CSI. Si cette association était pendant longtemps constituée uniquement de bénévoles, les pratiques se sont petit à petit structurées, jusqu'à ce qu'une nouvelle gouvernance gestionnaire axée sur la performance émerge il y a une dizaine d'années. Celle-ci vise la performance de ses structures de soins, conduisant à des pratiques financiarisées dans des établissements historiquement gouvernés par des valeurs humanitaires (III.1.3).

III.1.1. Des émotions dont l'étude est indissociable de leur contexte

Notre revue de littérature a mis en évidence un interstice dans la littérature en sciences de gestion, qui mobilise peu le concept d'émotions collectives. Nous sommes pourtant dans un contexte de crise des vocations infirmières et avons fait le constat que les organisations telles que la Croix-Rouge rencontraient des problématiques RH inédites comme et sans prétendre à l'exhaustivité un important *turn-over*, un fort absentéisme ou des difficultés de recrutement. Il nous a donc semblé opportun de proposer le concept d'émotions collectives qui pourrait nous aider à mieux comprendre les mécanismes entraînant ces phénomènes.

Si le socio-constructivisme a le mérite d'introduire l'aspect socio-culturel dans l'étude des émotions, il manque cependant d'appui empirique (Christophe, 1998). Averill (1980) lui-même y voit également quelques limites, notamment le manque de référence aux états psychologiques en tant que tels, c'est pourquoi nous ne la mobiliserons pas dans le cadre de notre thèse. Le socio-constructivisme a le mérité toutefois de mettre en évidence l'importance du contexte organisationnel dans l'émergence d'émotions.

La mobilisation de la théorie de l'évaluation cognitive nous permet de comprendre que l'émergence d'émotions n'est pas uniquement liée à la situation mais aussi et surtout à l'évaluation subjective qu'un individu fait de celle-ci. Cette évaluation se fonde sur différents éléments et notamment le système de valeurs (Rossano *et al.*, 2015), ce qui nous permet de comprendre pourquoi, à contexte *a priori* similaire, les individus réagissent émotionnellement différemment. Etudiant une association humanitaire porteuse de valeurs, il nous semble donc intéressant de mobiliser la théorie de l'évaluation cognitive afin de comprendre les émotions ressenties par les salariés et leur mode d'émergence.

C'est le concept de régulation émotionnelle tel que développé par Gross (Gross, 1998a, 1998b ; Gross et Muñoz, 1995 ; Gross et John, 2003 ; Gross et Thompson, 2007) que nous allons

mobiliser dans le cadre de cette thèse. En effet, c'est celui qui nous semble le plus adapté pour nous intéresser uniquement aux émotions. Nous n'avons pas retenu le concept de *coping* (Lazarus, 1966 ; Lazarus et Folkman, 1984) car il concerne aussi les humeurs voire des situations non émotionnelles (Delelis *et al.*, 2011). En outre, le *coping* et les mécanismes de défense freudiens sont des instruments de lutte contre les émotions négatives et sont de ce fait orientés uniquement vers les situations blessantes ou menaçantes. Le concept de régulation émotionnelle inclut la régulation de toutes les émotions, dans une situation émotionnelle tant positive que négative (Gross et John, 2003 ; John et Gross, 2007, cités par Delelis *et al.*, 2011).

Pour étudier ces émotions, nous proposons de mobiliser la conception dimensionnelle qui permet, à partir des émotions de base, d'étudier une infinité d'affects. Quand l'approche dimensionnelle des émotions permet de s'exprimer en termes de valence (positif/négatif) et d'intensité, l'utilisation du modèle catégoriel n'offre qu'une palette de 24 émotions mixtes. La pertinence de l'utilisation de ce modèle a été questionnée à plusieurs reprises (Ortony, 1990 ; Panksepp, 1982), l'approche catégorielle paraissant insuffisante pour la description d'états émotionnels subtils (Russel, 1991). Les modèles dimensionnels considèrent les expériences affectives comme un continuum d'états fortement interdépendants et souvent ambigus. Cette perspective permet de s'intéresser aux intercorrélations entre les émotions, ce qui est plus difficile lorsqu'on se réfère aux émotions de base (Posner *et al.*, 2005). Cela semble pourtant nécessaire puisque, par exemple, selon Watson et Clark (1992), les sujets décrivent rarement ressentir une émotion positive spécifique sans prétendre également ressentir d'autres émotions positives associées.

Nous avons fait également le choix de ne pas mobiliser le concept d'intelligence émotionnelle. En effet, ce dernier implique une vision de maîtrise, de contrôle, avec une idée de gestion des émotions via les compétences émotionnelles (Jeantet, 2018), avec des « bonnes » et des « mauvaises » émotions, en somme une vision quelque peu manichéenne. Certaines valeurs doivent être mobilisées au service de l'organisation, ainsi l'intelligence émotionnelle : « recouvre la maîtrise de soi, l'ardeur et la persévérance, et la faculté de s'inciter soi-même à l'action » (Goleman, 1997). De plus, ce concept n'intègre pas suffisamment la notion de contexte social (Chanlat, 2003) alors que nous considérons ici les émotions comme contagieuses et empruntées d'un contexte socio-culturel. Jeantet (2018) pointe ainsi une responsabilisation émotionnelle des travailleurs qui accroît leur vulnérabilité : « *le management brise les collectifs en imputant aux individus la responsabilité de leur épanouissement, convergeant avec leur réussite professionnelle, ou de leur mal-être* ». Ce n'est pas l'orientation que nous souhaitons donner à ce travail, c'est pourquoi ce concept n'y sera pas développé.

Nous n'opposons pas, dans cette thèse, les émotions à la cognition et considérons, conformément aux travaux de Damasio (1995), que les émotions jouent un rôle de promotion de la rationalité. Dans nos travaux, nous portons un regard particulier sur le contexte d'émergence des émotions et prenons en compte des éléments liés à l'identité professionnelle des infirmiers. Considérant les mécanismes de perception, de gestion et d'expression des émotions qui peuvent être régulées et contrôlées sous l'influence de facteurs individuels et sociaux, nous nous efforçons de lier les mécanismes faisant émerger les émotions avec l'expérience individuelle et collective des salariés au regard du contexte. C'est ainsi que nous nous positionnons dans une perspective d'étude interactionniste qui nous apparaît tout à fait conforme et cohérente au regard de la mobilisation de la théorie de l'évaluation cognitive. Ce positionnement est même susceptible d'apporter des compléments théoriques dans la

littérature scientifique dans la mesure où l'on considère que si les théoriciens se sont intéressés à la question du lien entre émotions et comportement organisationnel, « on sait peu de choses sur le rôle joué par les évaluations cognitives et sur la manière dont les différences interindividuelles ou les aspects contextuels agissent sur ces évaluations » (Garcia Prieto *et al.*, 2005).

Ce constat de contextualisation nécessaire des émotions nous amène à nous intéresser à l'histoire de la Croix-Rouge et à l'impact de ses mutations organisationnelles, association dans laquelle s'inscrit l'activité des CSI.

III.1.2. La Croix-Rouge, une association née de valeurs humanitaires

La Croix-Rouge française est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique depuis 1945. En 2020, cette dernière employait 16 703 salariés et 65 450 bénévoles au sein de 1 056 implantations locales, 481 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et 12 instituts de formation sanitaire et sociale. La Croix-Rouge promeut des valeurs humanitaires qui sont liées à son histoire : cette association a été créée dans un contexte de guerre avec pour objectif de secourir sans discrimination les blessés de guerre ainsi que les civils impliqués malgré eux dans les conflits. Les actions de la Croix-Rouge se sont poursuivies au fil des années en faveur des indigents. L'association poursuit une mission d'humanité, au travers de trois principes de comportement et trois principes d'organisation diffusés au sein des structures.

III.1.2.1. Une histoire de conflits armés

24 juin 1859 : dans le cadre d'un conflit entre l'Empire Autrichien et la coalition franco-sarde guidée par Napoléon III, éclate la bataille de Solferino ; plus de 330 000 soldats autrichiens, sardes et français combattent. La légende veut que celle-ci ait été particulièrement difficile, sanglante, avec plus de 30 000 blessés, prisonniers ou disparus.

Témoin de ce combat, Henry Dunant, un citoyen suisse qui passait par là pour affaires, fut choqué par tant de souffrances, et décida d'agir : dès lors, il va mobiliser les civils locaux et ensemble, ils vont porter secours, sans discrimination aucune, aux soldats des deux camps.

Illustration 1 : Henry Dunant soignant les blessés dans l'église de Castiglione après la bataille de Solferino



Source : image tirée du film D'homme à homme, de Christian Jacque, 1948

Hanté par le souvenir des dégâts humains de cette bataille, Henry Dunant publie quelques années plus tard, en 1862, « un souvenir de Solferino », ouvrage considéré comme fondateur du droit humanitaire moderne, dans lequel il propose la création d'une organisation permanente en faveur de l'assistance aux blessés de guerre.

Dans la continuité des propositions d'Henry Dunant, et avec sa participation, est créé l'année suivante, le Comité International de la Croix-Rouge (CICR). En quelques mois, ce dernier parvient à réunir 16 états lors d'une conférence diplomatique qui aboutira, le 22 août 1864, à la signature de la première convention de Genève. C'est la même année que fut créée la Croix-Rouge française.

La Croix-Rouge française fait aujourd'hui partie du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, fondé en 1919, organisme mandaté pour agir dans les pays souffrant de conflits armés.

La Croix-Rouge s'est illustrée dès sa création en 1870 dans la guerre franco-prussienne, puis de façon plus importante et structurée, lors de la Première Guerre mondiale : à cette occasion, environ 1400 hôpitaux militaires sont créés, 68 000 infirmières formées et encadrées, des systèmes d'ambulances, sanatoriums, cantines et autres aides aux soldats sont organisés.

Les infirmières font figure de réconfort et d'espoir pour les soldats blessés. Elles ont les faveurs de l'opinion publique : surnommées « anges blancs », elles se font objet de propagande sur carte postale.

Illustration 2 : Des infirmières lors de la première guerre mondiale



Source : cartes postales

En 1915, Le Dr Fromaget, directeur de l'École d'infirmières de la Croix-Rouge décrit les qualités d'une bonne infirmière : « *La femme est prédestinée à ces fonctions si délicates de garde-malade... elle est l'infirmière-née, elle l'est sans le savoir. Elle doit être propre et en bonne santé car la profession est pénible, dévouée, obéissante « comme un soldat à l'égard de ses chefs », discrète, calme, ordonnée, de sang-froid et de moralité irréprochable. Elle doit assurer le confort moral et matériel des malades* »¹².

Henriette Rémi fait partie de ces infirmières de guerre et œuvre dans un dispensaire durant la première guerre mondiale. Elle raconte ainsi : « *J'insiste pour qu'on laisse la fenêtre ouverte, car l'odeur des blessures et des pansements m'est pénible à supporter* ». Elle exprime un sentiment de dégoût face aux gueules cassées : « *... ce que j'ai vu de plus atroce de ma vie ! (...) Mon premier mouvement est de fuir (...). Il ne faut pas qu'ils voient ce que je ressens, il ne faut pas aggraver leur misère en leur montrant l'effet qu'ils me font.* » (Rémi, 1942). L'infirmière doit lutter pour ne pas montrer ses émotions aux malades.

L'entre-deux guerre sera l'occasion, pour les infirmières de la Croix-Rouge, de s'illustrer dans des activités de lutte contre les épidémies, notamment la tuberculose et la grippe espagnole. Des actions en faveur d'une diminution de la mortalité infantile sont mises en place.

Lors de la seconde guerre mondiale, la Croix-Rouge se structure afin d'améliorer la coordination des interventions en faveur des prisonniers de guerre mais aussi des populations civiles : création de postes de secours, distribution de colis alimentaires, aide et soins aux malades....

¹² <https://information.tv5monde.com/terriennes/les-femmes-et-la-1ere-guerre-mondiale-les-infirmieres-des-gueules-cassees-3403>

Illustration 3 : émoi lors de la libération de Paris au poste de secours de la Comédie-Française : Un lieu emblématique où volontaires illustres et anonymes portent secours, côte à côte, aux victimes des combats



Source : <https://www.croix-rouge.fr/notre-histoire/la-liberation-de-la-france>

Par la suite, la Croix-Rouge s'est illustrée dans les guerres de décolonisation, notamment la guerre d'Algérie. Les actions, bien que comportant toujours une activité de secours aux soldats, s'axent de plus en plus sur l'aide sanitaire et sociale à destination des civils.

III.1.2.2. Une association humanitaire porteuse de valeurs

Sept principes fondateurs de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge furent proclamés par la conférence internationale de Vienne en 1965. Ces derniers, inscrits dans les statuts du mouvement international depuis 1986, « *fixent son orientation, son éthique, sa raison d'être et sa nature particulière ; garantissent la cohésion interne du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge dont le rayonnement est universel ; et constituent la charte du Mouvement et sa spécificité, voire son caractère réellement unique* »¹³.

La Croix-Rouge poursuit une mission, née de sa vocation première de secourir sans discrimination les blessés de guerre : l'humanité, ce qui signifie que le Mouvement « *s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. [Ce principe] tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Il favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.* ».

¹³ <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/7-principes-fondateurs>

Trois principes de comportement et trois principes d'organisation fixent son orientation et son éthique :

Les principes de comportement :

- L'impartialité : « *Il ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique. Il s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détreesses les plus urgentes.* »
- La neutralité : « *Afin de garder la confiance de tous, le mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux et idéologique.* »
- L'indépendance : « *Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leurs pays respectifs, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement.* »

Les principes d'organisation :

- Le volontariat : « *Il est un Mouvement de secours volontaire et désintéressé.* »
- L'unité : « *Il ne peut y avoir qu'une seule société de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.* »
- L'universalité : « *Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, au sein duquel toutes les sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.* »¹⁴

La Croix-Rouge revendique son indépendance tout en se présentant comme auxiliaire des pouvoirs publics. Ainsi celle-ci se doit :

- D' « *apporter son aide dans toutes les calamités publiques.* »
- De « *s'engager auprès des pouvoirs publics dans des missions de secours lors de situations d'exceptions nécessitant des moyens humains et logistiques importants.* »
- D'agir en « *médiateur entre les personnes assistées et les services compétents de l'État, des municipalités et des organismes spécialisés.* »¹⁵

Cette ambiguïté de rôle n'est pas sans poser question : même si la Croix-Rouge se revendique indépendante, elle perçoit néanmoins, pour le fonctionnement de ses centres de soins, des produits issus du financeur public. Il n'en demeure pas moins que les pratiques professionnelles des soignants salariés de l'association doivent être guidées par les valeurs promues.

¹⁴ <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/7-principes-fondateurs>

¹⁵ <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/La-Croix-Rouge-francaise/En-bref>

III.1.3. La financiarisation des CSI de la Croix-Rouge

Les centres de soins, anciennement dispensaires, furent destinés lors de leur création en priorité aux indigents et les pratiques des professionnels sont encore aujourd'hui empreintes des valeurs humanitaires qui avaient motivé leur création. Pour autant, la Croix-Rouge ne fait pas exception au mouvement de financiarisation des structures de soins. Nous décrivons une nouvelle gouvernance en quête d'efficience qui tente d'incrémenter de nouvelles valeurs entrepreneuriales.

III.1.3.1. Des CSI aux pratiques professionnelles empreintes des valeurs humanitaires

C'est en tant que dispensaires avec une forte connotation sociale que les CSI de la Croix-Rouge furent créés et ils en sont toujours très empreints aujourd'hui. En effet, lors de leur embauche, les nouveaux salariés sont sensibilisés aux valeurs de l'association et se voient remettre divers documents dont parmi eux plusieurs évoquent une intervention des salariés dans le respect des valeurs de la Croix-Rouge, et en priorité auprès des personnes vulnérables.

Le règlement intérieur des CSI stipule : *« la Croix-Rouge française agit conformément aux sept principes fondamentaux établis par le Mouvement Croix-Rouge, en orientant ses actions vers le soulagement de toutes les souffrances humaines avec une priorité en faveur des plus vulnérables »* ; *« le personnel du centre agit conformément aux sept principes fondamentaux du mouvement Croix-Rouge : Humanité, impartialité, indépendance, volontariat, unité et universalité »*.

Le règlement de fonctionnement de la filière Domicile, en son préambule, indique : *« les valeurs de la Croix-Rouge française s'appuient sur les sept principes fondamentaux établis par le mouvement Croix-Rouge, en orientant ses actions vers le soulagement de toutes les souffrances humaines, avec une priorité en faveur des plus vulnérables. »*

Une fiche intitulée « repères déontologiques » dans laquelle on peut lire que : *« la Croix-Rouge française intervient auprès de publics vulnérables dans le respect des sept principes qui organisent son action depuis son origine : unité, humanité, impartialité, universalité, neutralité, volontariat, indépendance. Parmi ces sept principes, quatre en particulier éclairent et encadrent l'action des professionnels à domicile »*.

- *« Le principe d'unité est le socle d'une déontologie commune à tous les intervenants, quelle que soit la spécificité de leur action. Au sein de tous les services de la Croix-Rouge française et jusqu'aux antennes, les professionnels interviennent dans une préoccupation commune de respect de la personne, afin que la confiance envers l'emblème de la Croix-Rouge soit honorée de la même façon, avec un souci de professionnalisme identique, indépendamment des spécificités de territoire et d'activité.*
- *Dans le respect du principe de neutralité, les intervenants, qui sont amenés à agir dans la sphère privée, veillent à ne porter aucun jugement de valeur sur les habitudes de vie, les actes et la culture des personnes accompagnées. Ils font preuve de respect, réserve et discrétion et ne prennent pas parti dans les éventuels conflits intrafamiliaux*

ou privés, sauf lorsque le devoir de protection des personnes vulnérables est directement en jeu. Dans ce cas, conformément aux règles institutionnelles de la Croix-Rouge française concernant le signalement des actes de maltraitance, le service veille à transmettre les informations recueillies par les intervenants aux autorités compétentes pour agir et protéger les usagers.

- *Dans le respect du principe d'humanité, les intervenants recherchent tous les moyens de personnaliser leur approche auprès de la personne accompagnée et selon une logique d'ajustement continu de leur intervention aux besoins et attentes de la personne. Ils respectent son identité, son histoire, sa singularité, ses habitudes de vie. Ils respectent également tout ce qui fait l'univers familial de la personne, son environnement, ses objets, ses animaux. Le principe d'humanité a des conséquences pratiques qui engagent les intervenants, en particulier :*
 - *Respecter la personne quel que soit son niveau de dépendance, à la fois dans l'approche, les modalités d'échange et la recherche d'une coopération pour tous les actes réalisés.*
 - *Atténuer le plus possible le caractère intrusif de l'intervention au domicile, en portant le plus grand soin au respect de l'intimité de la personne, de ses biens et en veillant à préserver la confidentialité des informations recueillies (qu'elles soient transmises verbalement ou par écrit).*
 - *Rechercher le consentement de la personne avant de prodiguer les soins ou d'apporter une aide, et garantir au mieux le respect des droits fondamentaux.*
- *Dans le respect du principe d'impartialité, la relation entre la personne vulnérable et l'intervenant fait l'objet d'une régulation de la part du service. Là où la relation suivie entre professionnel et personne accompagnée (ou son entourage) peut conduire à des excès (de rapprochement ou de conflit), le service est le garant d'une triangulation : il s'interpose chaque fois que c'est nécessaire et fait primer les valeurs et la culture institutionnelles sur les réflexes individuels. Cette régulation assurée par le service est un gage de protection à la fois pour la personne accompagnée et pour les intervenants au domicile. D'une part, elle permet d'assurer un niveau de vigilance nécessaire pour la personne ; d'autre part, elle est garantie de la responsabilité institutionnelle et facilite l'action du professionnel dans la recherche de la juste distance. »*

Attachés à un modèle traditionnel promouvant l'intérêt supérieur du patient, les soignants se retrouvent désormais face à une nouvelle réalité économique impliquant des mutations organisationnelles nécessaires pour la survie du service.

III.1.3.2. Les valeurs associatives au défi des réalités financières : la nouvelle gouvernance de la Croix-Rouge

Si la Croix-Rouge s'est historiquement illustrée en tant qu'organisation porteuse de valeurs et vectrice d'actions humanitaires, ses établissements n'échappent cependant pas à « *l'évolution éolibérale des régulations publiques* » (Chaire de l'économie sociale et solidaire UGE, 2022)¹⁶.

¹⁶ Chaire de l'économie sociale et solidaire UGE (2022). L'ESS dans la petite enfance et le grand âge à l'heure néo libérale : premiers résultats d'une étude exploratoire comparative, cahier de recherche chaire ESS-UGE, numéro spécial 2022

Sur le site internet de l'association, on peut ainsi lire : « *Dans la tradition du Mouvement Croix-Rouge, la Croix-Rouge française est d'abord une association de bénévoles. Elle est aussi devenue une entreprise non-profit de services dans les secteurs humanitaire, sanitaire, social, médicosocial et de la formation. Pour mener à bien ses missions, cette association-entreprise à but non lucratif, compte sur son réseau de bénévoles et de salariés, qui agissent chaque jour selon un même principe inaltérable de solidarité, en privilégiant les actions de proximité qui apportent des réponses concrètes et durables.* ». Le concept d'entreprise associative fait, selon Hély (2009) référence à une association employant au moins un salarié, et permet de souligner la tension forte « *entre ce qu'est l'association (son projet fondateur) et ce qu'elle fait (la production de services.* » ; autrement dit, elle est soumise à un double contrat, à la fois associatif (loi 1901) et de travail. Conséquence : « *l'entreprise associative oscille perpétuellement entre une rationalité de valeur où le projet éthique importe plus que l'ajustement des moyens matériels et une rationalité instrumentale où seul le calcul guide l'action* » (Hély, 2009).

« *Partant du constat que les modèles socio-économiques hérités du XXème siècle montrent leur incapacité à répondre aux défis du présent, [...] la Croix-Rouge française accélère son processus de transformation pour être en mesure de répondre à des besoins en constante augmentation, partout où elle intervient. Forte de sa tradition d'acteur pionnier et novateur, l'association souhaite ainsi ouvrir la voie, aux côtés de ses partenaires publics et privés, en faisant preuve de courage et d'agilité [...]. En effet, alors que les chiffres de l'urgence, de la pauvreté et de l'exclusion ne cessent de croître, nous avons le devoir et la responsabilité de nous adapter afin de continuer à répondre à l'appel de toutes les personnes en situation de vulnérabilité. C'est pour cela qu'une « nouvelle Croix-Rouge » émerge, plus solide, plus innovante, plus ouverte et surtout plus efficiente.* »¹⁷.

L'organisation se professionnalise, des Directeurs issus de grands groupes privés s'installent à la tête de la Croix-Rouge et mettent en route un mode de management usant de pratiques empruntant au secteur privé.

La « nouvelle » gouvernance est désormais structurée en 5 pôles distincts :

- Urgence et opérations secouristes : organisation de dispositifs de secours aux personnes et collaboration avec les services publics dans le cadre de missions d'urgence ;
- Action sociale : maraudes, distributions alimentaires, boutiques de vêtements d'occasion et autres recycleries ;
- Métiers sanitaires, sociaux et médico sociaux : les établissements et services de la Croix-Rouge française se répartissent en six domaines : personnes âgées, domicile, sanitaire, personnes en situation de handicap, enfants et familles, lutte contre les exclusions ;
- Formation : instituts de formation sanitaires, sociaux et médico sociaux ; formations secourisme dispensées aux bénévoles et au grand public ;
- Action internationale : actions humanitaires d'urgence et de renforcement de la résilience des populations

¹⁷ <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/La-Croix-Rouge-francaise/Transformation-et-RSO/La-transformation-de-la-Croix-Rouge-francaise>

En 2018 est créé le « campus Croix-Rouge », aussi appelé par les salariés « siège national » où sont regroupés différentes fonctions support en appui des régions ainsi que la direction nationale de l'association.

Si les salariés de l'association étaient plus accoutumés à une organisation mettant en évidence des valeurs humanitaires, et souvent gérée ou cogérée de façon assez hétérogène selon les territoires par des élus bénévoles, ils ont désormais affaire à des directeurs et autres cadres professionnels et formés dans des écoles de management ou de commerce. Ces derniers, conjointement à une dynamique de standardisation des pratiques, tentent de gérer le divorce tumultueux entre le pôle action sociale et le pôle salarié : les deux ayant fonctionné dans une sorte de symbiose durant des décennies, les professionnels renoncent difficilement à leur identité sociale. Travailler à la Croix-Rouge, c'est souvent - du moins c'était- une vocation humanitaire.

Aujourd'hui, c'est désormais clair et assumé, la Croix-Rouge entend « [se] redonner les moyens financiers de ses ambitions », ainsi peut-on lire sur leur site web : « *La raréfaction des financements publics et la transformation de la générosité du public nous obligent à repenser nos modèles économiques et canaux de collecte pour renforcer notre autonomie financière, et être en mesure de garantir la pérennité de nos actions. Après avoir pris des mesures pour redresser l'exploitation et accélérer l'optimisation des fonctions support, nous mettons en place un « Plan de performance, de simplification, de déconcentration et de développement ». « Celui-ci passe par la gestion de la dette de l'association et la création de nouveaux outils de pilotage financier. De plus, nous nous attelons à la diversification de nos ressources financières et à la valorisation de nos actifs immobiliers. Pour compléter ces dispositifs, nous procédons à l'analyse des modèles économiques de chacun de nos métiers, en vue de renforcer notre autonomie, d'améliorer la qualité de service et de valoriser notre plus-value auprès des usagers »*¹⁸.

En outre, pour promouvoir une qualité de service digne de la concurrence des grands groupes, la Croix-Rouge s'engage dans des certifications (AFNOR) dès 2010 pour ses centres, qui doivent donc standardiser leurs pratiques afin de permettre transparence et contrôle qualité, ce qui signifie aussi renoncer à certains aspects de leur singularité.

Cadre réglementaire strict, gouvernance complexe, professionnalisation des logiques de gestion, contraintes budgétaires fortes, structuration centralisée avec des fonctions support nationales, standardisation des pratiques... le sceau gestionnaire semble bel et bien avoir frappé la Croix-Rouge française, qui assume désormais sa posture entrepreneuriale. Le processus de financiarisation se met en œuvre grâce à un arsenal d'outils et de pratiques gestionnaires dans un univers qui en était jusqu' à récemment épargné.

¹⁸ <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/La-Croix-Rouge-francaise/Transformation-et-RSO/La-transformation-de-la-Croix-Rouge-francaise>

III.2. La financiarisation à l'épreuve des acteurs : de la colonisation comptable à l'émergence de problématiques organisationnelles

Depuis l'application des dogmes du NPM, et plus précisément la promulgation de la LOLFSS le 2 août 2005, les associations sont de plus en plus nombreuses à adopter des pratiques gestionnaires issues initialement du monde de l'entreprise pour améliorer leur performance. La Croix-Rouge, « association-entreprise à but non lucratif », « *entreprise non-profit* »¹⁹, n'y fait pas exception.

La multiplication d'outils gestionnaires au sein des structures de soins pose cependant une problématique relative à la gestion émotionnelle et au choix des méthodes d'évaluation du travail (III.2.1), et illustre une crise de légitimité organisationnelle dont l'*accountability* se voudrait gardienne (III.2.2). Cependant, les outils d'évaluation du travail peinent à passer l'épreuve du réel, en négligeant l'investissement émotionnel du salarié dans son travail. Ainsi, le processus de colonisation comptable est à l'origine d'une situation clivée (III.2.3).

Les concepts développés au sein de cette section constituent des éléments théoriques d'ordre secondaire, que nous mobilisons dans un but compréhensif afin de décrypter un processus dont le point de départ est la financiarisation et qui aboutit à un échec de l'hybridation.

III.2.1. De l'implémentation d'outils de gestion au double écueil du management bureaucratique et gestionnaire

Selon Boussard (2008), la gestion est une forme sociale de conduite des organisations qui combine des modalités d'organisation, et de division du travail, d'obéissance et de conformité, de surveillance et de sanction tout à fait originales par rapport aux modalités antérieures. La gestion inclut des productions orales (discours), écrites (règles principes), techniques (standards, procédures, tableaux, grilles...) et se réfère à des abstractions et principes impersonnels. La gestion est consubstantielle du capitalisme industriel moderne dans le sens où sa « diffusion [...] s'entend comme la réussite d'une forme économique particulière : elle produit des résultats permettant aux entreprises de répondre aux exigences du marché » (Boussard, 2008).

Boussard (2008) distingue deux composantes du management gestionnaire. Le « *logos* » gestionnaire est basé sur trois principes qui « *fondent une rhétorique, mettant en scène une forme des conduites des organisations présentées comme universelle et évidente* » (Boussard, 2008) : la maîtrise, la performance et la rationalité. La gestion a pour objectif de ramener le fonctionnement de la structure à un ensemble cohérent de connaissances mesurées, organisées et maîtrisées et obéissant à des lois afin de gagner en efficacité. La notion de « *praxis* » gestionnaire renvoie à l'ensemble des outils et méthodes utilisés en lien avec le « *logos* ». Le contrôle de gestion se réfère à une « *entreprise machine* », réglée comme un thermostat (Morgan, 1989), au sein de laquelle la conformité des opérateurs aux règles édictées par les experts serait gage d'expertise. La conformité à l'ordre théoriquement déterminé est cruciale et la surveillance des écarts avec les modèles théoriques est surveillée de près, ce qui implique une absolue transparence pour permettre la mesure. La finalité est d'objectiver l'organisation et de la décomposer en éléments permettant de la comprendre et la maîtriser en détail afin de se rapprocher d'un idéal organisationnel abstrait. L'objectivation

¹⁹ <https://indreetloire.croix-rouge.fr/la-croix-rouge-francaise/>

de l'organisation a pour but de « donner à voir » aux managers professionnels, qui ne sont pas nécessairement « du métier » afin qu'ils puissent comprendre, maîtriser, contrôler le travail et établir des prévisions.

Les différents plans de réformes successifs (Hôpital 2007 puis 2012), ont eu pour objectif de moderniser et cela concerne notamment les systèmes d'information. Ruckenstein et Stüll (2017), évoquent un contexte de *datification* du secteur de la santé qui trouve son expression dans la modélisation d'une image d'un « patient statique » à des fins de pilotage d'indicateurs chiffrés. Cette quantification « impose la preuve en tant qu'elle est un outil de gouvernement et de contrôle, en créant des objets stables supposés permettre l'action. Cette démarche de gestion d'entreprise rigoureuse, analytique et méthodique recommandée par Fayol au travers de tableaux synoptiques pour la gestion d'entreprise implique une fonction de surveillance pour accroître la productivité. Ainsi, la nouvelle forme sociale, dans l'univers médico-social associatif, tend vers la recherche de plus-value par coopération des travailleurs au sein de l'organisation (Boussard, 2008) : c'est en transformant les procédés techniques et les combinaisons sociales que le gestionnaire peut espérer produire plus avec moins de force de travail.

Le fonctionnement gestionnaire d'un centre de soins pose une double problématique, relative d'une part, à la gestion de la particularité de la composante émotionnelle du travail infirmier, et d'autre part, à l'écart entre le travail pensé abstraitement et celui réellement réalisé.

Si le fonctionnement de l'hôpital peut être interprété en tant que bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982, cité par Barreda, 2018) (un pouvoir centralisé, une spécialisation horizontale importante, regroupement en unités par fonctions (Makhloufi *et al.*, 2012). Les associations, qui emploient de plus en plus de salariés et dont la professionnalisation est croissante, revêtent également désormais un caractère bureaucratique (Bériot, 1985 ; Kaltenbach, 1996, cités par Hély, 2009). En référence à l'idéal type de la bureaucratie de Weber, les règles de gestion doivent être impersonnelles afin de garantir pour les membres de l'organisation de pouvoir agir en toute situation avec neutralité et objectivité, sans affect et selon des textes précis régissant les compétences de chacun²⁰. Les maîtres mots de la bureaucratie mécaniste de Weber sont : contrôle des émotions, neutralité, objectivité (Eggrickx et Mazars Chapelon, 2012). La recherche de rationalisation dont les méthodes gestionnaires sont symptomatiques se manifeste donc par une domestication émotionnelle (Boussard, 2008), une maîtrise rigoureuse de l'affectivité, de la modération et de la retenue (Elias, 1939). En centre de soins à domicile, Teiger *et al.* (2005) évoquent une « obsession gestionnaire » du gain de temps et décrivent des erreurs managériales consistant à favoriser la mobilité du personnel pour éviter l'attachement affectif. Une problématique relative à l'efficacité du New Public Management sur une organisation de type bureaucratie professionnelle se pose. Urio (1999) indique que le NPM entend « débureaucratiser » pour combattre les effets négatifs de la bureaucratie, faisant ainsi référence à Crozier (1963), qui explique que les bureaucraties corrigent leurs dysfonctionnements en renforçant les caractéristiques bureaucratiques qui sont justement à l'origine du problème : c'est le cercle vicieux bureaucratique. Une des illustrations du cercle vicieux bureaucratique se fonde sur la gestion (ou tentative de gestion) du « risque émotionnel » dans une bureaucratie professionnelle exerçant un service public. L'idéal type de la bureaucratie est sensé pouvoir contrôler toute passion pour assurer un niveau de performance (Eggrickx et Mazars-Chapelon, 2007). « L'organisation hiérarchique constitue un

²⁰ Citons à ce sujet le décret de compétences des infirmiers qui liste de façon exhaustive les actes que le professionnel a le droit de faire ou non

garde-fou émotionnel, indispensable pour prévenir les comportements non maîtrisables, contrôler la nature des émotions et ce faisant contribuer à la performance » (Thiétart et Mazars, 2003 cité par Eggrickx et Mazars-Chapelon, 2007). Selon Eggrickx et Mazars-Chapelon (2007), la bureaucratie tente de maîtriser les « dysfonctionnements émotionnels » en intensifiant les cloisonnements pour éviter la propagation d'affects négatifs et en multipliant les règles visant à limiter les dérives émotionnelles ; ceci entraînant d'autres dysfonctionnements émotionnels qui contribuent à la dégradation de la performance organisationnelle, entravant durablement la performance stratégique de l'organisation. Cependant, ce contrôle bureaucratique des émotions inhibe les capacités d'apprentissage et d'adaptation au changement et majore les tensions et émotions négatives des salariés, la bureaucratie répond par des injonctions au changement : voilà une « *double contrainte émotionnelle* » semant l'inertie et le chaos dans les organisations. Les cadres intermédiaires souvent dépassés par la situation, font « comme si de rien n'était » ce qui accentue le phénomène. Les recherches d'Eggrickx et Mazars Chapelon (2007) illustrent ainsi la définition de la bureaucratie moderne de Crozier (1963) : « une organisation qui ne se corrige pas en fonction de ses erreurs » : ainsi va le cercle vicieux bureaucratique.

Plus largement, la mobilisation d'outils de gestion et la rationalisation des pratiques attestent de la recherche d'un idéal de clarté et de cohérence qui rejette toute idée de processus intuitif (Chauvey, 2020) ou émotionnel. Pourtant, comme évoqué dans notre second chapitre, les émotions font partie intégrante du processus décisionnel et en augmentent la rationalité (Damasio, 1994). Conséquence, selon March (1990, 2006), « *l'application de ces technologies de la raison limite les organisations à la reproduction de procédures et de comportements déjà connus, et les empêche d'explorer de nouvelles voies, d'innover* » (Chauvey, 2020). Cela nous renvoie une nouvelle fois à la problématique de l'isomorphisme au sein de CSI devant, pour leur survie dans un monde concurrentiel, faire preuve d'agilité organisationnelle.

D'autre part, les méthodes gestionnaires construisent parfois au détriment de ce qui est difficilement perceptible et le plus souvent à la marge » (Canolle *et al.*, 2023) : il semble illusoire de définir un standard, alors que les salariés réalisent toujours des adaptations à leur poste. En effet, les centres de soins à domicile ont comme particularité l'intrication des dimensions physiques, affectives et cognitives, ce qui implique la gestion simultanée de plusieurs éléments (Teiger *et al.*, 2005). Il existe une grande variabilité des activités de soins avec une dispersion géographique, rendant la gestion du temps et la planification difficiles. Il est illusoire de réaliser une moyenne de temps de soin qui soit réelle et pertinente, sans compter que les incidents et imprévus au cours d'une tournée sont réguliers et les salariés doivent s'adapter. Le contrôle du travail se heurte ainsi à l'irréductible marge de manœuvre des opérateurs (Boussard, 2008) : ce sont ces ajustements mêmes, parfois difficilement perceptibles, que font les salariés qui constituent la réalité du travail, et ce travail invisible échappe à la mesure (Dejours, 2003).

Pourtant la tendance actuelle est d'introduire de nouveaux outils de rationalisation du travail, tels que des logiciels de gestion des horaires, sur une base de calcul de temps moyens, ce qui inquiète les soignants qui craignent de devoir sacrifier la qualité du travail (la relation) au profit d'une efficacité évaluée quantitativement au nombre de visites (Gagnon *et al.*, 2003).

Face à cette situation, les organisations poursuivent une quête de légitimité qu'elles réalisent à grand renfort d'évaluations du travail par le biais d'indicateurs chiffrés. C'est la notion d'*accountability* qui illustre et apporte des éléments permettant de mieux comprendre la démarche.

III.2.2. L'*accountability*, fer de lance d'une quête de légitimité organisationnelle

L'*accountability* est définie par Girin (1990) comme une situation de gestion définie dans l'espace et le temps avec deux participants au moins, visant à évaluer une performance (Dumez, 2008). L'*accountability* est un « *concept protéiforme* » (Barreda *et al.*, 2018) impliquant les notions de mesure, et de responsabilisation (Pesqueux, 2006) ainsi que des « *discours basés sur la performance et l'efficience, [qui] s'infiltrèrent dans ces organisations qui connaissent souvent assez mal les logiques du secteur privé* » (Barreda *et al.*, 2018).

III.2.2.1. Définition de l'*accountability*

La mobilisation d'outils de gestion au sein d'une organisation à des fins de développement des performances renvoie à la notion d'*accountability*. La traduction française de ce concept en prolifération (Mulgan, 2000), est complexe, la majorité des interprétations renvoyant aux notions de responsabilité et de reddition des comptes (Barreda *et al.*, 2018). L'*accountability* correspond à un ensemble de « *mécanismes par lesquels les raisons pour sa conduite sont demandées et données* » (Roberts et Scapens 1985 ; Joannides et Jaumier 2013). Il s'agit d'atteindre des objectifs, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, tout en respectant des normes, standards ou conventions (Hale 2008 ; Schedler 1999). Pour les managers, il faut pouvoir justifier d'une utilisation pertinente, conforme et efficace des ressources publiques. Pour cela, plusieurs outils existent : indicateurs de performance (Moynihan, 2006), audit externe (Roberts et Candreva, 2006) et interne (Pridgen et Wang, 2012), *reporting* financier (Carlin, 2005).

Selon Dumez (2008), l'*accountability* trouve des fondements en droit civil français avec la notion de mandat. L'auteur développe en référence à Girin (1995) : « *un mandant confie un mandat à un mandataire, ce mandat peut être clair et précis, et s'exprimer sous forme de chiffres, ou il peut être plus général et confus. Le mandataire agit pour le compte du mandant, et, au terme de l'action, lui rend des comptes à propos de sa "performance"* ». Cela semble assez classique dans le monde du travail, où le supérieur hiérarchique confie une tâche à quelqu'un, qu'il peut réaliser de façon autonome à la condition qu'il rende des comptes en contrepartie. Cela implique donc, une relation hiérarchique, un support matériel et une dynamique temporelle (Dumez, 2008). L'*accountability* implique une notion de responsabilité, une sorte d'exigence démocratique : « *l'entreprise elle-même a une responsabilité non plus seulement économique, mais sociale, et elle se doit de rendre des comptes à la société* » (Dumez, 2008). Les organisations exerçant une fonction de service public ont, *a fortiori*, un devoir envers la société au travers de la fonction de solidarité : « *La création d'un service public se justifie par la volonté d'assurer à tous, et notamment aux plus modestes n'ayant pas les moyens financiers de recourir au secteur privé, l'accès à des prestations jugées essentielles* »²¹. Ainsi, les personnes en difficulté, en situation de handicap ou âgées ont une créance sur la société que celle-ci se doit d'honorer, c'est le principe de droit de créance de l'utilisateur, dont l'*accountability* vise à contrôler la bonne application. L'*accountability* doit donc permettre, *in fine*, à la société (le mandant) de contrôler la bonne exécution de la tâche confiée (le mandat) à l'institution en charge de l'exécution du service public (le mandataire). C'est en ce sens que l'*accountability* pousse les structures à mobiliser des outils de gestion afin de

²¹ CE, 20 novembre 1964, Ville de Nanterre, AJDA, 1964, p. 705.

renforcer la légitimité de la gouvernance de la structure (Urbancic et Hauser, 1991), mais aussi de d'accroître la confiance des parties prenantes (Power 2005).

III.2.2.2. Une quête de légitimité organisationnelle

Nous avons vu dans la partie précédente (2.1.1) que l'objectivation de l'organisation par le biais d'indicateurs chiffrés avait pour but de permettre au management, qui est de plus en plus professionnalisé et de moins en moins connaisseur du terrain, de connaître et de piloter le travail, via le concept d'*accountability*. Ces pratiques expriment aussi une quête de légitimité.

La notion de légitimité est entendue, selon Dowling et Pfeffer (1975) et Parsons (1960) comme un comportement approprié de l'organisation au sein de son environnement. Plus finement, « *la légitimité renvoie à l'acceptation sociale et à la perception par une audience qu'une pratique ou une forme organisationnelle est propre et appropriée* » (Suchman, 1995). Il s'agit d'une perception (Deephouse *et al.*, 2017) par une audience particulière, dans un contexte socioculturel particulier et un laps de temps circonscrit (Ben Slimane, 2019) .

La légitimité peut être cognitive, pragmatique ou morale (Barreda *et al.*, 2019). Dans l'univers concurrentiel des services de soins, « *plus la légitimité d'une structure est importante, plus elle a de chances de survivre dans un environnement compétitif* » (Scott et Lane, 2000). En effet, la légitimité conditionne l'existence ainsi que la continuité des formes et des pratiques des organisations (Suddaby et Greenwood, 2005) leur permettant ainsi, par une conformité aux attentes ou congruence avec les normes²² en vigueur (DiMaggio et Powell, 1983), d'accéder à des ressources (Singh *et al.*, 1986 cités par Ben Slimane, 2019).

Au-delà de la notion de concurrence impulsée dans un système influencé par le NPM, « *la recherche de légitimité conduit ces organisations à évoluer, tant au niveau de leurs pratiques que de leur structure* » (Barreda *et al.*, 2018).

Pour Laufer (2008), le succès du NPM exprime la crise de légitimité des organisations publiques. « *La façon habituelle de poser la question de l'efficacité du management public consiste à y voir la conséquence directe d'un système fondé sur la définition d'objectifs chiffrés et le contrôle de la performance effectivement réalisée : le système sera d'autant plus efficace que des incitations pourront être associées aux critères de performance ainsi définis. Ce mode de raisonnement repose sur l'idée qu'il est possible de définir les objectifs de l'action publique de façon satisfaisante. C'est à cette question que s'adresse toute la littérature relative aux indicateurs sociaux. Toutefois la question de la légitimité des indicateurs se heurte à la crise de la mesure ou, plus précisément, à l'absence de consensus sur la mesure.* » Or, les processus d'action « *ne pourront être légitimes que s'ils obtiennent l'adhésion de l'opinion publique, d'où l'importance croissante prise par la diffusion d'indicateurs de performance* » (Laufer, 2008). Les indicateurs de performance, bras armés du New Public Management, apparaissent alors comme un outil légitimant son existence et ses actions, afin d'acquérir l'adhésion des parties prenantes.

Emery et Giaque (2005) distinguent une légitimité « primaire » fondée sur le respect des principes et procédures des politiques publiques et une légitimité « secondaire » axée sur la recherche par les acteurs des politiques publiques d'une reconnaissance par la qualité des prestations à l'attention des acteurs sociaux. Or, le NPM met l'accent sur cette légitimité «

²² Entendre « norme » au sens large, incluant le volet culturel et non seulement juridique.

secondaire » en insistant sur la recherche de l'efficacité organisationnelle et l'amélioration de la qualité des biens et services à destination des acteurs sociaux. Ainsi, le fait de se référer à des valeurs instrumentales et non fondamentales (Urio, 1999) peut poser un certain problème de légitimité face aux acteurs, en instaurant de la méfiance chez les parties prenantes (Power, 2009) car les mesures utilisées font état de « *produits abstraits* » difficilement mesurables (Rojot, 2005). L'arsenal d'outils de gestion en place, les questionnaires accèdent à une légitimité dite « cérémonielle » (Barreda, 2018) qui leur permet d'affirmer leur autonomie.

La multiplication des organismes de certification et autres normes qualité, apparaissant comme gages de fiabilité, ne peuvent qu'attester d'une quête de légitimité qui se confronte avec la réalité du travail.

III.2.3. Une colonisation comptable aux origines d'une situation clivée

Lorsque les indicateurs de performance, devenus indispensables dans le contexte de financiarisation que nous avons décrit, ne prennent pas en compte la notion de valeur accordée par les salariés à leur travail ainsi que l'aspect émotionnel de celui-ci, une situation de découplage apparaît. D'une évaluation cognitive de la situation par l'individu vont émerger diverses émotions notamment morales accompagnant une situation de rupture ou de viol du contrat psychologique qui le liait à l'organisation. Dans cette situation organisationnelle clivée, l'hypocrisie organisationnelle est un moyen de maintenir une image convenue à l'égard des parties prenantes.

III.2.3.1. Du découplage à la rupture du contrat psychologique

Pour Laufer (2008), les indicateurs de performance sont inadaptés à la mesure de l'efficacité du management public. Ces derniers, inspirés de la sphère privée, s'ils permettent effectivement de juger d'une performance économique, jugent des faits et l'articulation avec la notion de valeur est difficile. « *La garantie de l'efficacité du management public ne peut donc être assurée en principe par des indicateurs de performance, quels qu'ils soient, au-delà de ce qu'autorise la prise en compte de l'expression de l'opinion publique* » (Laufer, 2008). Cette focalisation des évaluations sur des critères d'efficacité économique, au détriment de la qualité du travail, constitue pour Périlleux (2005) un véritable déni, qu'il définit comme : « *la négation de l'existence même de ce qui est engagé dans l'évaluation [...] par ses protagonistes comme si elle n'avait pas eu lieu [d'être] ou qu'ils la font passer pour autre chose qu'elle est supposée être* ». Le déni peut aller de « *la méconnaissance des dimensions plurielles de l'activité jusqu'au refus de reconnaître la vie engagée dans le travail* » à « *l'érosion, jusqu'à l'absurde, du sens de son travail sous la pression de logiques gestionnaires* » (Périlleux, 2005). A titre d'exemple, les normes ISO paraissent inadaptées dans la mesure où elles ne proposent qu'un jugement partiel et superficiel de la situation. Elles « *apparaissent surtout comme un étalon de jugement étranger aux critères domestiques de qualité d'un travail bien fait et aux procédures réelles de travail* » ; pis encore, « *elles court-circuitent l'élaboration commune d'une expérience endurée personnellement et qui ne peut être manifestée à d'autres que par la parole mise en récit* ». (Périlleux, 2005). Il y aurait donc une part de travail subjectif, affectif, qui échapperait de façon systématique aux évaluations.

Ainsi, les dispositifs de gestion peuvent s'entendre comme des façons de transformer l'organisation par le haut en rationalisant les anciennes manières de faire, à l'aide d'instruments « *persuasifs, pédagogiques et micro politiques* » (Cuq *et al.*, 2000) mais ils se heurtent « *aux différences culturelles, aux intérêts contradictoires et aux routines organisationnelles* » et aux « *choix de catégorisation, de comptage, de mise en lumière* » (Boussard *et al.*, 2004) réduisant la complexité organisationnelle à une représentation partielle de celle-ci. Cela engendre des stratégies d'adaptation et en résulte une situation de « *découplage entre les structures formelles et leurs pratiques organisationnelles* » (Meyer et Rowan, 1977 ; Boxenbaum et Jonsson, 2008). Cette situation de découplage se définit comme une « *déconnexion délibérée entre les structures organisationnelles qui renforcent la légitimité et les pratiques organisationnelles qui sont considérées par l'organisation comme étant les plus efficaces* » (Meyer et Rowan, 1977).

Les méthodes d'évaluation ne permettent pas de rendre compte de la réalité du travail des opérateurs et notamment le travail émotionnel, amenant une situation de découplage. En fonction de l'évaluation cognitive réalisée par l'individu de la situation (respect ou non du contrat psychologique), différentes émotions peuvent émerger.

Le contrat psychologique (Argyris, 1960) 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 [...]. 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)* » (Rossano *et al.*, 2015). L'organisation et ses représentants sont ainsi engagés à la création d'expériences positives au travail (Ruiller, 2012). Le contrat psychologique représente la matérialisation de l'implication émotionnelle du salarié pour son travail. Elle se caractérise par un sentiment d'appartenance, de fierté et de loyauté du salarié, et se traduit par un désir de fidélité à l'organisation (Georgescu et Commeiras, 2011).

Le contrat psychologique peut être rompu ou violé. Une situation de rupture se produit lorsque le salarié réalise une évaluation cognitive lui indiquant que l'organisation n'a pas rempli ses obligations ou tenu ses promesses. Si cette évaluation cognitive entraîne des émotions négatives, on parle de violation du contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997). Il est plus probable que l'individu interprète un viol du contrat plutôt qu'une simple rupture si la confiance et le sentiment de justice sont atteints (Robinson, 1996 ; Campoy et Neveu, 2005 ; Dulac, 2005, cités par Rossano, 2015). « *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, cité par Rossano, 2015).

Le viol d'un contrat psychologique produit des émotions morales négatives comme des sentiments d'injustice ou de trahison (Morrison et Robinson, 1997). « *L'enjeu pour les organisations serait alors de préserver le sentiment de justice des agents afin de prévenir les violations du contrat psychologique* » (Rossano, 2015).

Lorsque les salariés ont l'impression que le contrat est rompu, parce que les termes n'en sont pas respectés, leur implication émotionnelle diminue. Par exemple, les pressions à l'activité d'origine administratives réduisaient l'implication affective des médecins (Georgescu et Commeiras, 2011).

Puisque deux systèmes doivent cohabiter et interagir sans se nuire dans un climat de confiance, pour éviter des perturbations internes, l'hypocrisie constitue une réponse « *organisée et organisante des organisations* » (Brunsson et Olsen, 1998).

III.2.3.2. A la recherche d'une légitimité perdue : la solution de l'hypocrisie organisationnelle

Parfois des réformes organisationnelles sont faites, mettant en avant des changements superficiels sans réel impact sur les pratiques internes effectives : « *seule la surface a changé et les relations de pouvoir et les attitudes restent largement intactes* » (Jespersen et al., 2000). Autre cas de figure, les organisations peuvent revendiquer des pratiques qu'elles n'ont pas ou plus. Dans ce contexte, « *les organisations se servent alors des outils de l'accountability pour afficher une rationalité qui permet de conserver une légitimité externe tout en protégeant la réalité opérationnelle interne* » (Barreda et al., 2018). En effet, c'est parce que ses buts et activités doivent être soutenus par l'environnement que la légitimité est nécessaire à la survie, notamment médiatique, d'une entreprise (Elsbach et Sutton, 1992). L'organisation doit assurer sa survie économique en même temps qu'elle doit « *garder une certaine légitimité envers son environnement, même si ce dernier est le plus souvent composé de parties prenantes ayant des valeurs et des attentes totalement contradictoires* » (Geoffroy, 2012). L'environnement externe des CSI est composé de bénéficiaires, patients potentiels, mécènes, élus locaux, autorités de tarification... En interne, on peut évoquer les salariés soignants et les gestionnaires ; tous ne partagent pas nécessairement les mêmes objectifs, valeurs et motivations.

Face à de telles incompatibilités, Brunsson (1993, 2002) décrit la solution de l'hypocrisie organisationnelle qui permet à la structure de continuer à fonctionner « normalement » tout en maintenant une image « convenue » (Geoffroy, 2012) : dans ce contexte, les discours de l'organisation ne sont pas en phase avec la réalité opérationnelle (Brunsson, 1989-2003). L'hypocrisie organisationnelle se manifeste par un décalage entre discours et pratiques, au sein d'une organisation et à une époque donnée (Dumez, 2016). Elle correspond à « *une situation structurelle et n'implique aucun jugement moral. Les entreprises évoluent dans un environnement contradictoire qui leur impose d'être économiquement performantes tout en traitant bien leur personnel, en ne polluant pas, en faisant vivre les territoires sur lesquels elles sont implantées, en aidant leurs fournisseurs, en respectant leurs clients, etc. : elles répondent à ces demandes contradictoires par des discours et des actions qui risquent fort de ne pas être cohérents et en harmonie* » (Dumez, 2016).

Brunsson (1993, 2002, cité par Geoffroy, 2012) définit l'hypocrisie organisationnelle comme « *l'ensemble des contradictions entre les discours, les décisions et les actions dans le cadre d'une activité professionnelle* ». Ce dernier évoque trois types de contradictions qui font émerger l'hypocrisie organisationnelle. Nous proposons un tableau synthétique :

Tableau 15: Aux origines de l'hypocrisie organisationnelle

Type de contradiction	Problème	Solution insatisfaisante pour l'organisation	Pourquoi la solution est insatisfaisante	Parade
Contradictions interindividuelles	Les individus sont en conflit perpétuel, chacun poursuivant ses objectifs et motivations propres	Trouver un compromis	Un compromis ne satisfait personne complètement	Hypocrisie. User de discours, prendre des décisions ou agir en fonction de la demande des intéressés.
Contradictions entre les idées et les actions	Certains projets sont irréalisables en fonction de leur coût Les individus veulent décider	Céder à la demande et prendre le temps de réaliser les projets-investir dans de coûteux projets	Perdre trop de temps ou trop d'argent à les réaliser	Hypocrisie. User de discours pour stabiliser les contradictions entre la situation projetée et la réalité
Contradictions entre les décisions et les actions	Les décisions diffèrent des actions	Privilégier la rationalité décisionnelle	La rationalité freine l'action	Hypocrisie. User de discours et revendiquer des décisions en gardant à l'esprit que c'est la traduction en action (ou pas) qui comptera

Source : adapté de Brunsson (1993, 2002)

Brunsson (1993, 2002) distingue une hypocrisie organisationnelle interne et une hypocrisie organisationnelle externe :

Tableau 16: hypocrisie interne et externe

	Hypocrisie interne	Hypocrisie externe
Destinataire	Membres de l'organisation	Environnement de l'organisation
Objectif de l'hypocrisie	Contenter les intérêts de tous les acteurs	Apparaître en conformité avec les demandes de l'environnement (jugement d'efficacité organisationnelle et de cohérence aux normes)
Mécanisme de l'hypocrisie	Créer de l'ambiguïté (avoir un discours suffisamment flou pour laisser les membres l'interpréter en leurs faveurs respectives)	Cultiver les contradictions entre les dires, les décisions et les actions
Type de discours	Discours non officiel, économique et pragmatique	Discours officiel, éthique, responsabilisant

Source : adapté de Brunsson (1993, 2002)

Christensen *et al.* (2010) présentent l'hypocrisie organisationnelle comme un mal nécessaire dans la mesure où les préoccupations éthiques sont par nature contradictoires avec la finalité économique d'une entreprise.

En tout état de cause, les organisations doivent masquer cette hypocrisie à leurs membres et à leur environnement pour conserver leur légitimité : ils peuvent cacher les contradictions ou attirer l'attention sur d'autres éléments organisationnels (Elsbach et Sutton, 1992 ; Brunsson, 1993, 2002 cités par Geoffroy, 2012). S'ils n'y parviennent pas, la solution de repli consistera soit à redoubler d'hypocrisie, soit à pointer du doigt des conflits liés à l'environnement : ces pratiques, une fois banalisées, sont susceptibles d'être acceptables pour l'opinion publique (Geoffroy, 2012) ... mais *quid* des salariés ?

Nous avons décrit les différents outils de gestion au service de l'*accountability* et montré que ceux-ci, bien que destinés à augmenter la légitimité organisationnelle, ne permettaient pas d'évaluer le travail réel en omettant notamment la notion de sens du travail. Ainsi s'observent une situation de découplage entre les pratiques abstraites et concrètes conduisant à des situations de ruptures de contrat psychologique et des émotions morales négatives, derrière un rideau d'hypocrisie organisationnelle.

Le processus de financiarisation, par les adaptations organisationnelles qu'il entraîne, conduit à des modifications de pratiques professionnelles et des tensions concernant les valeurs professionnelles émergent. Ainsi, même dans le secteur associatif, « *loin des images d'Epinal, des bons sentiments et de la charité de ces dames, ce monde s'est en fait profondément transformé, professionnalisé et technicisé* » (Hély, 2009).

III.3. De la financiarisation à l'absence d'hybridation : proposition d'un modèle conceptuel

Au sein de cette section, nous proposons la modélisation d'un processus émotionnel débutant par la financiarisation et conduisant à une absence d'hybridation. L'élaboration de ce modèle est issue, conformément à notre démarche abductive, d'allers-retours permettant de croiser les observations de terrain et les apports de différentes littératures mobilisées dans le champ du sanitaire.

Notre démarche abductive a permis de mettre en évidence un processus de financiarisation du système de santé, ouvrant la voie à l'infiltration de l'*accountability* au sein des structures de soins. La mobilisation du concept d'*accountability* permet de comprendre la recherche de légitimité des structures motivant la mobilisation d'un arsenal gestionnaire (Westphal *et al.*, 1997) ainsi que les conséquences liées. Lorsque les outils gestionnaires sont en place, et que les structures sont en conformité à la norme symbolique (quand bien même celle-ci serait un étalon de jugement déconnecté du travail réel), les gestionnaires accèdent à une légitimité « cérémonielle » (Barreda, 2018) qui leur permet d'affirmer leur autonomie. Cette légitimité cérémonielle entraîne une situation de découplage au sein de l'organisation (Meyer et Rowan, 1977 ; Fiss et Zajac, 2006) dans la mesure où elle n'est plus perçue comme un problème mais comme une solution (Storz, 2007). La légitimité cérémonielle acquise par les outils de gestion entraîne une situation de découplage (Nyland et Pettersen, 2004 ; Meyer et Rowan, 1977 ; Fiss et Zajac, 2006), la logique comptable se heurtant à l'identité professionnelle des infirmiers (Macinati, 2010). Lorsque la logique financière entre en conflit avec la logique soignante, le découplage voue à l'échec la mise en œuvre des systèmes comptables (Abernethy et Stoenwinter, 1995). Ainsi, si l'introduction d'outils gestionnaires facilite la diffusion des valeurs managériales (Ezzamel *et al.*, 2008), la logique comptable entre en conflit avec l'identité professionnelle des infirmiers (Macinati, 2010), forgée sur des valeurs humanistes. Un conflit entre deux mondes aux valeurs de référence différentes émerge alors. Cette situation occasionne nombre de désagréments notamment émotionnels. En définitive, si ces concepts d'ordre secondaire n'ont pas trouvé leur place au sein de notre modèle théorique, la mobilisation de ceux-ci nous permet une dissection du mécanisme de production d'émotions négatives par la mobilisation d'outils gestionnaires dans un contexte de financiarisation.

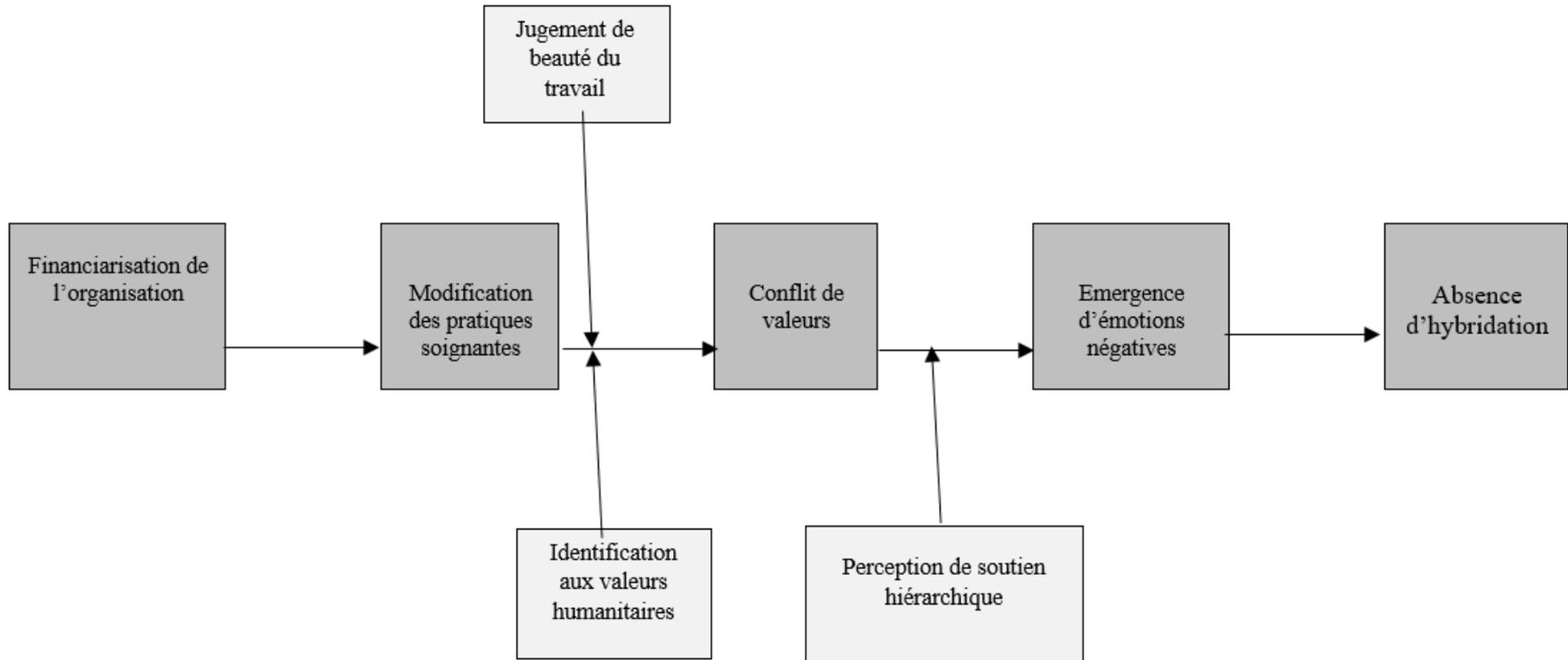
La représentation visuelle des données permet d'améliorer la rigueur et l'analyse de la recherche qualitative (Langley et Ravasi, 2019), particulièrement lorsque celle-ci concerne un processus (Parmentier-Cajaiba et Cajaiba-Santana, 2020). S'il existe plusieurs façons de lier les concepts dans l'élaboration d'un modèle dans une perspective qualitative, nous avons fait le choix de l'analyse causale de Miles et Huberman (2003).

L'approche à la Gioia (Gioia *et al.*, 2013 ; Corley et Gioia, 2004) qui est l'une des méthodes les plus utilisées dans les méthodes qualitatives visant à modéliser un processus (Langley et Abdallah, 2011) a été envisagée dans un premier temps. Après plusieurs essais, la méthode ne s'est pas avérée concluante dans la mesure où elle induit une représentation statique des concepts (Mbengue *et al.*, 2014) occultant à notre sens une évolution temporelle des perceptions des individus, alors que ces dernières ont évolué au gré des événements organisationnels, sur la période d'observation. Pour opter pour une approche à la Gioia, il aurait été opportun de délimiter plusieurs périodes et de réaliser un codage pour chacune, mais ce n'est pas l'option qui a été retenue. En effet, nous souhaitons mettre en évidence,

dans notre étude de cas, des liens d'influence, l'idée étant de percevoir les variations d'un phénomène dans sa globalité et comprendre les mécanismes à l'œuvre, ce que permet l'analyse causale de Miles et Hubermann (Mbengue *et al.*, 2014). Cette approche permet de transformer les concepts en variables dont on peut étudier l'intensité, même si cela n'est pas indispensable, et de faire un modèle à la fois causal et processuel (Cha et Edmondson, 2006).

En l'espèce, nous proposons un modèle mettant en évidence un processus (matérialisé de façon horizontale) lié de façon causale par des variables (disposées verticalement). La figure présentée ci-dessous illustre un processus débutant par la financiarisation d'une organisation et aboutissant à une absence d'hybridation.

Figure 14: Illustration du modèle conceptuel à partir de la méthode de Miles et Huberman (2003)



La **financiarisation** s'appuie, d'une part, sur les systèmes de contrôle constitués par un arsenal d'outils gestionnaires visant l'efficacité organisationnelle, et d'autre part sur les récits financiers (Gleadle et Haslam, 2010 ; Cushen, 2013) construits par les gestionnaires pour rendre hégémonique le modèle de création de valeur et justifier le recours aux étalons de jugement comptables pour atteindre les objectifs financiers fixés (Gleadle et Haslam, 2010 ; Cushen, 2013 ; Legalais et Morales, 2014). Ces narrations ont pour objectif de façonner les représentations des salariés en leur inculquant une culture financière (Ezzamel, Wilmott et Worthington, 2008 ; Cushen, 2013). Cet angle d'analyse mobilisable en structure médico-sociale (Gérard et Lemaire, 2023) permet d'analyser le processus de mutation d'une structure associative historiquement humanitaire tentant d'incrémenter au sein de ses pratiques (et notamment les pratiques soignantes) un esprit entrepreneurial, dans un contexte de NPM.

L'avènement de nouvelles logiques financières implique des **modifications des pratiques professionnelles**. Au sein des structures de soins, la financiarisation se manifeste, conformément au concept de marchandisation de la santé (Angelé-Halgand et Garrot, 2015), notamment par une course à l'activité visant à augmenter le volume de soins réalisés, des choix de patientèle stratégiques visant à maximiser les recettes, ainsi que des reconfigurations organisationnelles dans le sens d'une maîtrise des dépenses (Georgescu et Hartman, 2013 ; Angelé-Halgand et Garrot, 2014 ; Angelé Halgand, 2014, 2015). Secondairement, la rationalisation gestionnaire se caractérise notamment par une recherche de domestication émotionnelle (Boussard, 2008) impliquant une maîtrise des émotions et donc un travail émotionnel supplémentaire, dans une profession déjà éminemment émotionnelle (Van de Weerd, 2016 ; Soares, 2000 ; Cudré, 2008).

Par ailleurs, les infirmiers sont sensibilisés, dès leur arrivée à leur poste à la Croix-Rouge, aux valeurs humanitaires promues par le biais de plusieurs outils présentés précédemment. Ces dernières entrent en conflit avec les stratégies managériales impulsant la logique économique : les infirmiers ne sont pas, au cours de leur formation, acculturés aux valeurs financières. Nous proposons **l'identification aux valeurs humanitaires** en tant que variable impactant le conflit de valeurs. Nos allers-retours entre terrain et théorie nous amènent à penser que plus les infirmiers sont attachés aux valeurs humanitaires, plus il leur sera difficile de s'acculturer aux valeurs financières et aux pratiques de NPM. Autrement dit, moins les systèmes de valeurs sont antagonistes, plus l'hybridation sera aisée.

Nous proposons une seconde variable : le **jugement de beauté du travail** des infirmiers, portant sur leur représentation de sa conformité avec les règles de l'art et du métier (Dejours, 2011), c'est-à-dire un soin de qualité conforme aux valeurs soignantes et humanitaires de l'association. Les managers portent un jugement sur l'utilité économique du travail et la production d'une plus-value par le salarié (Dejours, 2011), qu'il s'agit de maximiser pour rendre l'organisation la plus efficace possible. Dans ce contexte, la multiplication des outils gestionnaires contribue à la diffusion des valeurs gestionnaires (Ezzamel *et al.*, 2008) par le biais d'un processus de colonisation comptable. L'arsenal gestionnaire ne permet cependant pas l'évaluation du travail réel (Boussard *et al.*, 2004, Périlleux, 2005 ; Laufer, 2008 ; Dejours, 2003).

En l'absence d'adhésion aux stratégies gestionnaires, c'est-à-dire si les salariés vivent les modifications de pratiques professionnelles comme des obstacles à la réalisation d'un travail de qualité en conformité avec leur jugement de beauté et leur perception des valeurs humanitaires promues, **un conflit de valeurs** apparaît.

Dans ce contexte de conflit de valeurs, l'engagement affectif, matérialisé par le contrat psychologique liant l'organisation au salarié, est mis à mal : ce dernier interprète que les termes n'en sont pas respectés et son implication émotionnelle diminue ; et elle diminue encore davantage s'il ressent une pression budgétaire exercée par la hiérarchie administrative (Georgescu et Commeiras, 2011). Dans cette situation, les salariés peinent à tirer bénéfice d'un sentiment de soutien managérial. Ce dernier constitue pourtant un élément modérateur d'apparition d'émotions négatives qui permet de plus hauts niveaux de travail émotionnel (Grandey, 2000), et de réduire les effets négatifs du stress (Karasek et Theorel, 1990). Ainsi, la perception **de soutien** hiérarchique apparaît comme une troisième variable au sein de ce modèle.

N'étant plus en phase avec leur perception du métier, les infirmiers voient leur besoin en termes de travail émotionnel augmenter. Les salariés parviennent plus difficilement à ressentir réellement les émotions conformes aux *feeling rules* (Hochschild, 2003), et le *surface acting* prend le pas sur le *deep acting*. Or, les salariés pratiquant le *surface acting* sont vulnérables à l'épuisement émotionnel (Hobfoll, 1998 ; Lee et Ashforth, 1996 ; Buunk *et al.*, 1994) du fait de la dissonance émotionnelle qu'il engendre (Abraham, 1998 ; Van Hoorebeke, 2005 ; Dagot et Perrié, 2014 ; Van de Weerd, 2011 ; Hochschild ; 1983). En outre, une situation de pression financière entraîne des émotions négatives telles que le stress qui augmentent encore le besoin de travail émotionnel de régulation (Barreda *et al.*, 2018).

Ainsi, le conflit de valeurs entraîne des **émotions négatives** dont nous faisons la proposition qu'elles empêchent l'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier des CSI.

Conclusion du chapitre III

Dans ce chapitre, nous avons présenté les constats liés à notre démarche abductive et aboutissant à un choc abductif ayant permis l'émergence du concept d'hybridation.

Dans une première section, nous avons présenté la Croix-Rouge, une association née de valeurs humanistes et porteuse de valeurs humanitaires desquelles les pratiques professionnelles soignantes au sein des CSI sont fortement empreints. Nous avons décrit la dynamique du processus de financiarisation aboutissant à l'introduction d'une logique financière au sein de l'association, qui assume sa dynamique entrepreneuriale.

Au sein d'une seconde section, nous avons présenté des concepts d'ordre secondaires liés à l'*accountability* et aux conséquences d'une colonisation comptable sur les acteurs. La mobilisation de ces concepts permet de décrypter les étapes du processus allant de la financiarisation à l'absence d'hybridation.

Ce modèle est présenté dans notre troisième section. Il a été élaboré, conformément à notre démarche abductive, en prenant appui sur l'état de l'art, des cadres conceptuel et théorique ainsi que sur des observations faites en amont et pendant la thèse durant les activités professionnelles d'infirmière et de gestionnaire que nous avons pu réaliser.

Nous avons constaté que les infirmiers, dont l'emploi à la Croix-Rouge est traditionnellement humanitaire, voient leurs pratiques professionnelles se transformer dans le sens d'une recherche d'efficacité financière, ce qui génère un conflit de valeurs. Les pratiques managériales gestionnaires entraînent des émotions négatives, tandis que les sources d'émotions positives, principalement issues des relations avec les patients, se réduisent et le travail émotionnel se complexifie. Nous faisons la proposition que ces émotions négatives empêchent l'hybridation, qui apparaît pourtant comme un élément nécessaire permettant de concilier les logiques humanitaires et financières.

Conclusion de la partie 1

Nous avons décrit le processus de financiarisation des établissements sanitaires et médico-sociaux selon les principes du NPM. La Croix-Rouge ne fait pas exception, et adopte depuis quelques années une gestion basée sur la performance. Cette évolution introduit de nouvelles logiques financières dans un univers dominé par les valeurs humanitaires.

La littérature en sciences de gestion pose des arguments en faveur de l'hybridation des logiques soignantes et gestionnaires. Bien qu'il n'existe pas encore d'études montrant une posture hybride chez les infirmiers, certaines recherches indiquent des perspectives et des réussites d'hybridation, notamment chez les médecins. Nous avons proposé plusieurs pistes pour encourager cette hybridation, en soulignant l'importance du travail émotionnel en tant que levier.

Faute d'hybridation, le processus de financiarisation se matérialise par une colonisation comptable dont nous avons souligné les implications négatives pour les salariés : sous la pression financière, les infirmiers voient leurs pratiques se transformer, ce qui les amène à se questionner sur le sens de leur travail. D'un point de vue collectif, les cloisonnements se renforcent et le climat organisationnel se détériore.

Les soignants sont acculturés à un contrôle basé sur un jugement de beauté et de qualité de leur travail par leurs pairs, pour lequel le relationnel avec les patients est primordial. Le jugement d'utilité gestionnaire, basé sur des critères d'efficacité financière, apparaît en conflit avec les valeurs humanitaires chères aux soignants.

Un schisme se creuse alors entre deux mondes aux valeurs qui semblent, dans ce contexte, antagonistes. Ce clivage a pour conséquences un sentiment de manque de soutien, de reconnaissance et de justice, mettant en péril la stabilité organisationnelle. La tension entre les exigences financières et les valeurs soignantes est source de conflits, de perte de sens et d'émotions négatives liées aux pratiques managériales. La course à l'activité impulsée par la recherche d'efficacité a pour effet de réduire les temps de relationnel avec les patients (source principale d'émotions positives) et les temps collectifs (source principale de régulation émotionnelle).

Autrement dit, en l'absence d'hybridation, la financiarisation a pour conséquences l'émergence d'émotions négatives, la raréfaction d'émotions positives et une diminution quantitative et qualitative de la régulation émotionnelle, ce qui complexifie et augmente le travail émotionnel des infirmiers. Dans ce cas de figure, l'hybridation est empêchée par un foisonnement d'émotions négatives.

La présente recherche a pour destination de contextualiser ces éléments issus de notre démarche abductive.

Partie 2 :

Une hybridation empêchée par l'absence d'une gestion des émotions au travail et spirale de la défaillance

Cette seconde partie de notre développement s'articule en trois chapitres.

Dans un premier temps, nous présenterons notre design méthodologique de recherche. Nous avons adopté une posture épistémologique interprétativiste pour notre étude de cas réalisée au sein des CSI de la Croix-Rouge en Haute-Vienne.

Le second chapitre de cette partie sera consacré à la présentation de nos résultats. Dans une première section, nous ferons une présentation narrative de ceux-ci sous forme de dialogue entre deux personnages fictifs, l'un gestionnaire, et l'autre, soignant. Nous décrirons ensuite un processus de financiarisation des CSI. De dispensaire pour indigents, les CSI sont devenus, à grand renforts d'outils de gestion, une association entreprise en quête de performance. Le renforcement du pilotage financier conduit à une pression à l'activité pour les infirmiers. Le processus de financiarisation a fait émerger des émotions de valence négative, individuelles puis collectives, qui ont conduit au rejet de la logique médico-économique, entraînant un processus de défaillance émotionnelle et financière en spirale.

Enfin, dans un troisième chapitre qui sera consacré à la discussion de nos résultats, nous analyserons à la lumière de la littérature un processus empêché d'hybridation. Une situation de conflit de valeurs est constatée et l'émergence d'émotions intergroupes de valence négative vient creuser le schisme entre les mondes gestionnaire et soignant. Le besoin en travail émotionnel est majoré mais empêché par un processus de régulation défaillant. Dès lors, nous enrichissons notre modèle conceptuel des apports de la présente recherche et proposerons le travail émotionnel en tant que levier pour hybrider les logiques soignantes et gestionnaires en contexte médico-social.

Chapitre IV. Design méthodologique de la recherche : une étude de cas au service d'une recherche qualitative interprétativiste

Cette quatrième partie de notre manuscrit a pour objectif d'explicitier les différents éléments méthodologiques ayant contribué à la réalisation de la présente recherche.

Tout travail de recherche reposant sur une certaine vision du monde (Allard-Poesi et Perret, 2014), nous allons nous atteler dans une première partie de notre développement, à expliciter les fondements épistémologiques de notre recherche. Adoptant une posture épistémologique interprétativiste, nous avons fait le choix de la méthode qualitative par étude de cas.

Dans un second temps, nous verrons que les CSI souffrent d'un cadre réglementaire pauvre et d'une identité ambiguë, qui les rendent structurellement fragiles. Nous présenterons notre terrain de recherche : les CSI de la Croix-Rouge en Haute-Vienne, et apporterons quelques précisions quant au rôle de la doctorante.

La méthode de collecte de données ainsi que les outils utilisés à cette destination seront décrits dans un troisième temps, au sein duquel nous expliquerons également comment nous les avons traités. Enfin, un mode de rédaction original des résultats sera présenté.

IV.1. La démarche de recherche

Dans la perspective interprétativiste qui anime cette recherche, et à des fins descriptives et compréhensives pour déterminer l'influence du travail émotionnel sur le processus d'hybridation médico financière au sein des CSI au travers de l'interprétation des personnels infirmiers (Allard-Poesi et Maréchal, 2007), nous avons réalisé une étude de cas approfondie et unique (Yin, 2003 ; Hlady Rispal, 2002, 2015).

IV.1.1. Une posture épistémologique interprétativiste

Après une présentation synthétique des différents paradigmes épistémologiques, nous motiverons notre choix de l'interprétativisme.

IV.1.1.1. Généralités épistémologiques

L'épistémologie, définie par Piaget (1967) comme l'étude de la construction de la connaissance valable, est consubstantielle au travail scientifique (Martinet, 1990) : elle s'impose à tout chercheur soucieux de mener une recherche sérieuse (Perret et Séville, 2003). Elle se distingue de la méthodologie qui ne représente qu'un aspect de celle-ci. Ainsi la méthodologie se définit comme « *l'étude des méthodes destinées à élaborer des connaissances* » (Avenier et Gavard-Perret, 2012). Selon Wacheux (1996), « *L'épistémologie est une science des sciences ou une philosophie de la pratique scientifique sur les conditions de la validité des savoirs théoriques... Adopter une épistémologie, donc des guides pour l'action de recherche, permet de se démarquer des consultants, des dirigeants... Dans une logique de la découverte, ou dans une logique de la preuve, le chercheur réfléchit aux conditions de la formation de ses énoncés* ».

Le choix d'une posture épistémologique permet au chercheur de conscientiser sa posture réflexive, en explicitant les présupposés et les choix effectués à différentes étapes (Allard-Poesi et Perret, 2014) : « *S'inscrire dans une posture épistémologique correspond à une affirmation d'une identité scientifique et épistémologique* », non sans conséquence puisqu'elle conditionne par la suite la démarche méthodologique (déductive, inductive ou abductive) ainsi que le choix des méthodes de recherche (qualitative ou quantitative) (Cherkaoui et Haouata, 2017). Le positionnement épistémologique permet aussi au chercheur de légitimer son travail (Wacheux, 1996 ; Perret et Séville, 2003).

La posture épistémologique représente un ensemble de visions et de principes appelé paradigme épistémologique qui se définit ainsi : « [...] *une constellation de croyances, valeurs, techniques [...] partagées par une communauté donnée* » (Kuhn, 1962, cité par Avenier et Gavard-Perret, 2012). Chaque paradigme représente une vision du monde et de sa réalité. Dans le paysage français des sciences de gestion, trois paradigmes se distinguent (Perret et Séville, 1999 ; Giordano, 2003 ; Rappin, 2011 ; Bendaddouch et El Fathaoui, 2022) : l'approche positiviste, l'approche interprétativiste et l'approche constructiviste. Leurs principales caractéristiques sont explicitées dans le tableau ci-après.

Tableau 17: Les paradigmes épistémologiques

	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Hypothèse réaliste Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré) ou n'existe pas (constructivisme radical)
La nature de la réalité	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités
Comment la connaissance est-elle engendrée ?	La découverte Formulation de la recherche : « pour quelles causes ? »	L'interprétation Formulation de la recherche « pour quelles motivations des acteurs ? »	La construction Formulation de la recherche « pour quelles finalités ? »
Le chemin de la connaissance scientifique	Statut privilégié de l'explication	Statut privilégié de la compréhension	Statut privilégié de la construction
Quelle est la valeur de la connaissance ? Les critères de validité	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idiographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Adéquation Enseignabilité

Source : Girod-Séville et Perret (1999)

IV.1.1.1.1. Le positivisme

Le positivisme s'inspire du référentiel des sciences de la nature (Allard-Poesi et Perret, 2014). Selon l'approche positiviste, il existe une réalité qui possède une existence et une essence propre, et la recherche a pour finalité de connaître celle-ci : l'idéal positiviste serait d'aboutir à une loi universelle qui explicite la réalité et qu'il qualifie de « vérité objective » (David, 1999, cité par Benhaddouch et El Fathaoui, 2022). Cette objectivité est possible car l'objet (d'étude) et le sujet (le chercheur) sont indépendants.

Selon Avenier et Thomas (2015), cité par Bertereau *et al.*, (2019), le positivisme vise à « *fournir une représentation iconique de la réalité telle qu'elle est, grâce à une exploration puis à des tests déductifs. Ce paradigme implique une réalité unique et immuable, existante indépendamment de l'action humaine et accessible par la recherche scientifique* ». Les connaissances développées dans la recherche positiviste ont vocation à constituer un miroir fidèle du réel tel qu'il est en lui-même. (Avenier, 2017).

IV.1.1.1.2. Le constructivisme

Le paradigme constructiviste est porté par le référentiel des sciences de l'ingénieur dans la mesure où la recherche est ici considérée comme le développement de « *connaissances pertinentes pour la mise en œuvre d'artéfacts ayant les propriétés désirées dans les contextes où ils sont mis en œuvre* » (Avenier et Gavard-Perret, 2012). L'intentionnalité et la finalité de l'action sont des éléments centraux. Cela dit, la visée des recherches n'est plus ici, ni d'expliquer ni de comprendre une réalité, mais de « *concevoir et construire une réalité* » (Allard-Poesi et Perret, 2014). La construction de la connaissance par un individu du monde qui l'entoure est issue de sa propre expérience (Benhaddouch et El Fathaoui, 2022). La connaissance a pour but de « *construire des modèles intelligibles de l'expérience humaine, qui offrent des repères adaptés et viables pour organiser le monde de l'expérience et agir intentionnellement* » (Avenier, 2017).

IV.1.1.1.3. L'interprétativisme

Ce paradigme tient sa source d'inspiration du référentiel des sciences humaines et sociales (Allard-Poesi et Perret, 2014). Dans cette approche, le sujet et l'objet ne peuvent pas être indépendants dans la mesure où la perception de la réalité dépend de l'observateur. « *Le monde social est constitué d'interprétations qui permettent la compréhension du sens que les acteurs assignent à la réalité pour produire des connaissances. Ces interprétations sont ancrées dans l'espace et dans le temps* » (Benhaddouch et El Fathaoui, 2022) : la réalité sociale est dépendante du contexte historique, toujours singulier (Passeron, 1991). La seule forme de généralisation qui peut être envisagée sous le prisme interprétativiste est la « *généralisation descriptive* » (Guba et Lincoln, 2017) qui consiste à mettre en lien des particularités identifiées dans un contexte défini avec des catégories et des concepts abstraits susceptibles d'éclairer des situations multiples (Klein et Myers, 1999 ; Sandberg, 2005 cités par Avenier, 2017).

Il s'agit de comprendre la réalité subjective, imaginée par les acteurs et non plus d'expliquer une réalité objective. L'attention est focalisée sur le sens et l'intention des acteurs plutôt que sur la causalité (Cherkaoui et Haouata, 2017). « *L'interprétativisme, dans son projet de compréhension des représentations, des jugements, des motivations et des raisons d'agir d'autrui, repose sur l'empathie et la sympathie, c'est-à-dire sur la possibilité pour le chercheur de vivre ou de revivre les vécus intérieurs. La compréhension relève de l'identification affective et de la reproduction mimétique du vécu d'autrui* » (Rappin, 2011).

En sciences de gestion, les recherches mobilisant une posture épistémologique interprétativiste sont pour la plupart des études de cas ayant pour vocation de comprendre « *comment chacun des acteurs impliqués dans une situation organisationnelle la voient, en investiguant la manière dont ils construisent individuellement, et parfois collectivement, un sens à cette situation* » (Avenier, 2017). Il s'agit de comprendre les représentations, les jugements, les motivations et les raisons d'agir des acteurs (Rappin, 2011). Cependant, les recherches interprétatives, si elles permettent la compréhension, n'offrent pas la possibilité de développer des mécanismes d'action ou de prédiction (Mouchot, 1986). Cependant, cette manière de procéder offre des « *descriptions épaisses* » (Geertz, 1973), soit « *précises, détaillées* » (Avenier, 2017) du contexte dans lequel se déroulent « *les activités d'interprétation et de construction de sens réalisées par les différents acteurs de la situation considérée* » (Avenier, 2017).

L'interprétativisme invite à considérer l'individu au sein de son contexte et dans sa singularité, ce que nous nous sommes efforcés de faire dans la présente recherche.

IV.1.1.2. Fondements épistémologiques de la présente recherche et processus de construction des connaissances

Nous épousons un paradigme épistémologique interprétativiste et pris la voie de l'exploration, mobilisant au service de notre travail de recherche un mode de raisonnement abductif.

IV.1.1.2.1. Un paradigme épistémologique interprétativiste

Nous reconnaissons une certaine interaction et dépendance entre le sujet et l'objet de recherche et pensons qu'il n'y a pas une réalité absolue, mais une infinité de possibilités qui dépendent de la perception de celui qui s'y intéresse.

Le paradigme épistémologique retenu dans le cadre de cette thèse est donc le paradigme interprétativiste. En effet, la présentation du contexte d'étude témoigne d'une interdépendance forte entre l'objet et le sujet d'étude (Allard-Poesi et Maréchal, 2007). La présente recherche a un objectif de description mais aussi de compréhension, tout en admettant que la réalité étudiée est avant tout mentale et perçue (et donc en lien avec les interprétations qu'en font les acteurs).

Quand les paradigmes positivistes et constructivistes s'intéressent respectivement aux causes et aux finalités, l'interprétativisme invite à se questionner sur les motivations des acteurs. Il ne s'agit pas, dans cette thèse, d'expliquer la réalité (et laquelle ?), ni de construire quoi que ce soit, mais simplement d'essayer de comprendre celle des infirmiers. Nous nous intéressons au vécu et aux motivations des acteurs, dans le contexte de leur organisation et dans un laps de temps particulier. La démarche interprétativiste est caractérisée par une démarche de recherche contextualisée : les données recueillies doivent être considérées comme des messages passés à un instant précis (Barreda, 2018). Les interprétations sont élaborées grâce aux interactions entre les acteurs, leurs intentions, leurs motivations, leurs attentes, leurs raisons et leurs croyances (Pourtois et Desmet, 1988 ; David, 1999, Benhaddouch et El Fathaoui, 2022). L'interprétativisme permet de souligner « *la nature intentionnelle et finalisée de l'activité humaine ainsi que le caractère interactionnel, discursif et processuel des pratiques sociales* » (Allard-Poesi et Perret, 2014).

Dans ce cadre, et conformément au champ des possibles déployé par la mobilisation du paradigme interprétativisme, nous avons raisonné de façon abductive.

IV.1.1.2.2. Processus de construction des connaissances : une démarche abductive

Dans notre discipline, les formes de recherche mises en œuvre se distinguent par leur mode de raisonnement (Hlady Rispal, 2015).

Quand les recherches positivistes sont marquées par la quantification, l'expérimentation et à la validation empirique des énoncés selon un principe hypothético-déductif (Charreire-Petit et Durieux, 2014), les recherches constructivistes et interprétativistes tendent plutôt vers des

démarches inductives ou abductives (Cherkaoui et Haouata, 2017). La démarche inductive est une inférence logique qui confère à la découverte une constance a priori. Cette dernière consiste en « une généralisation prenant appui sur un raisonnement par lequel on passe du particulier au général, du fait aux lois, des effets à la cause et des conséquences aux principes » et qui confère à la découverte « *un statut explicatif ou compréhensif* » (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

La présente recherche mobilise un raisonnement de type abductif. « *L'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter* (Koenig, 1993, cité par Charreire-Petit et Durieux, 2014).

Selon Peirce (1958), la déduction procède par « *nécessité* » (la conclusion est nécessairement présente dans les prémisses), l'induction établit « *ce qui est* » en généralisant depuis un échantillon à une classe entière de phénomènes, et l'abduction qui porte sur « *ce qui peut être* ».

Si la déduction et l'induction ont comme point de départ un fait attendu, « *l'abduction démarre avec un fait surprenant* » (Dumez, 2012).

Ainsi, l'abduction survient lorsqu'il y a rupture par rapport à une expectative (Catelin, 2004). L'abduction favorise l'émergence d'une hypothèse nouvelle pour expliquer un phénomène ou mettre en évidence les mécanismes qui y ont conduit (Dumez, 2012). Au début de notre projet, c'est-à-dire lorsque la doctorante était en Master, si nous nous intéressions à l'impact des stratégies financières sur les émotions, les événements institutionnels observés ainsi que la revue de littérature nous ont conduit vers l'exploration d'un nouveau concept. Plus précisément, la doctorante avait réalisé un mémoire de Master sur la thématique de l'impact des modalités de financement sur les émotions du personnel infirmier sur le même terrain, où elle avait d'ailleurs déjà exercé auparavant en tant qu'infirmière coordinatrice. C'est à l'issue de la rédaction de celui-ci que lui est apparu le choc abductif menant à l'exploration du concept d'hybridation, qui fut dès lors inclus dès le début de la convention CIFRE.

Par la suite, l'annonce du projet de cession/transfert des CSI, qui a suscité des réactions émotionnelles inattendues de par leur nature, leur intensité et leur diversité, ainsi que les différents événements qui ont suivi (suspension du projet, puis reprise de celui-ci) ont été également le théâtre de faits surprenants faisant émerger de nouveaux aspects théoriques jusqu'alors inexplorés, nous amenant à de nouvelles lectures.

L'abduction est un processus de formation d'une hypothèse explicative (Peirce, 1965, Hallée et al., 2018) mobilisant une capacité ou une intelligence créative afin d'imaginer « *le plus de possibles qu'il est possible* » (Peirce, 1878) pour résoudre le problème qui est posé (Angué, 2009) : c'est la seule opération logique qui introduit « *une idée nouvelle [...] que quelque chose pourrait être* (Peirce, 1878) ». L'hypothèse constitue donc l'émission d'une explication possible à un phénomène curieux (Peirce, 1878). Nous avons donc dès lors envisagé un déficit d'hybridation comme pouvant être à l'origine des défaillances organisationnelles observées.

L'abduction implique la formulation d'explications provisoires et plausibles visant à identifier les causes plausibles de phénomènes observés en mobilisant la totalité des informations dont dispose le chercheur, même si elles sont hétérogènes (Pesqueux, 2000). Ces dernières constituent des hypothèses qui doivent être flexibles et ouvertes à la modification au cours de

la recherche. Le raisonnement abductif nous permet ainsi d'envisager l'hybridation comme une piste de résolution des problématiques émotionnelles et financières observées. Le chercheur est ainsi le bâtisseur de son propre raisonnement logique, notamment via le choix des nouvelles hypothèses à poursuivre (Khachab, 2013, cité par Hallée et Garneau, 2019).

IV.1.2. Une approche qualitative par étude de cas

L'approche qualitative est la plus adaptée pour témoigner de la complexité de la question sociale (Beaud et Weber, 2010) et plus particulièrement humaine et émotionnelle (Pegdwendé Sawadogo, 2021). Nous mobilisons donc cette méthode pour questionner l'influence des émotions et du travail émotionnel dans le processus d'hybridation. Notre choix de l'étude de cas fut motivé par la complexité du problème à étudier (Hlady Rispal, 2002).

IV.1.2.1. Une méthodologie qualitative pour une recherche sur un processus

En adoptant une méthode qualitative, nous nous intéressons dans la présente recherche à l'étude d'un processus.

IV.1.2.1.1. Le choix d'une méthode qualitative

L'utilisation de méthode qualitative permet une « *observation naturelle et fine, pour le détail et le singulier [et] fournit des matériaux particulièrement riches* » pour étudier « *des objets jusque-là négligés : phénomènes peu ou mal connus ou encore typiques et exceptionnels, mais étudiés dans leur contexte* » (Giordano et Jolibert, 2016), en cohérence avec notre approche épistémologique interprétativiste et de notre raisonnement abductif. En mobilisant ce type de raisonnement, nous nous attendons à la découverte de faits surprenants, ce qui implique une certaine agilité, dans la mesure où l'abduction invite à des allers-retours constants entre terrain et théorie. En ce sens, l'approche qualitative offre une plus grande flexibilité (Baumard et Ibert, 2014), qui permet même de modifier la question de recherche au cours de parcours afin de s'assurer que les résultats reflètent réellement le terrain observé (Stake, 1995). Ainsi, l'adoption d'une méthode qualitative offre au chercheur la possibilité d'adapter sa stratégie afin de prendre en compte l'imprévu, et changer au besoin de direction (Bryman, 1999). « *Loin d'un dispositif très largement cadré et fixé avant le recueil, un projet qualitatif peut grandement évoluer au cours de la collecte et des analyses* » (Giordano et Jolibert, 2016) : ce caractère itératif peut déstabiliser le jeune chercheur, qui doit prendre garde à être rigoureux en termes de méthodologie.

Les chercheurs qualitatifs étudient les choses dans leur environnement naturel, essayant de donner un sens ou d'interpréter les phénomènes en termes de significations que les gens leur donnent (Denzin et Lincoln, 2008). La méthode qualitative est une méthodologie « *de proximité* » (Paillé, 2007), qui permet au chercheur la compréhension des significations, du développement (Mortelmans, 2009) et la manière dont l'évènement varie en fonction des contextes : elle vise à comprendre les expériences personnelles (Kohn et Christiaens, 2014). L'objectif de la recherche qualitative est le développement de concepts pour mieux comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux),

en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants (Mays et Pope, 1995). Ces arguments apparaissent cohérents avec notre démarche de recherche.

Pour orienter notre choix vers la méthode qualitative, nous nous sommes assurés que nos objectifs de recherche étaient en cohérence avec les quatre particularités de la recherche qualitative, gages de rigueur méthodologique, soulignés par Hlady Rispal (2002) :

Tableau 18: Motivation du choix de la méthode qualitative

Particularité de la recherche qualitative selon Hlady Rispal (2002)	Arguments d'espèce en faveur d'une recherche qualitative
<i>Une recherche guidée par des considérations théoriques plus que déterminée par des considérations techniques</i>	Une interaction théorie- terrain forte rendue possible par l'organisation du temps de travail de la doctorante CIFRE (50% terrain- 50%laboratoire) qui permet un effet « balancier » dans l'abord des données
<i>Concentration sur l'analyse de phénomènes contextualisés</i>	L'étude des émotions implique d'étudier les sujets en immersion dans leur contexte afin d'appréhender leurs perceptions et actions « in situ »
<i>Concentration sur les explications de processus et non sur les explications de faits</i>	On ne s'intéresse pas à des relations de cause à effet mais au sens que les sujets étudiés attribuent aux événements qu'ils vivent lors d'un processus de financiarisation qui a des répercussions sur la perception qu'ils ont de leur environnement.
<i>Positionnement de l'observateur à la fois sujet et objet car il interfère avec les phénomènes observés</i>	La recherche menée implique un contact personnel et prolongé avec les acteurs et une sensibilité particulière à leur expérience, point de vue et agissements, renforcée par l'expérience d'infirmière de la doctorante. La posture d'infirmière atténue le risque du biais de la « langue de bois » (Hlady Rispal, 2002) des autres acteurs salariés face à un doctorant CIFRE.

Source : auteur

Conformément à notre posture interprétativiste, nous utilisons la technique de recherche qualitative pour tracer « *le sens que les gens donnent à des phénomènes sociaux* » et les « *processus d'interaction* », (Pope et Mays, 1995). « *Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale* » (Kohn et Christiaens, 2014). Dans le cadre de la méthode qualitative, le chercheur est un instrument de collecte de données dont l'objectif est de mettre en évidence la signification pour les sujets étudiés, permettant ainsi de décrire un processus (Creswell, 1998).

Considérant qu'en l'espèce, la méthodologie qualitative était celle qui était la plus adaptée, nous allons préciser dans la partie suivante le type d'approche choisi pour étudier notre objet de recherche.

IV.1.2.1.2. Une recherche sur le processus

En sciences de gestion, pour étudier un objet, deux types d'approche coexistent : l'approche sur les processus et l'approche sur le contenu, qui s'enrichissent l'une de l'autre, composant ainsi une approche dite mixte (Grenier et Josserand, 2014).

Les recherches sur le contenu proposent une photographie à l'instant T de l'objet étudié. Elles cherchent à appréhender la nature et la composition de l'objet étudié dans une vision statique (Grenier et Josserand, 2014).

Les recherches sur le processus ont pour vocation de mettre en évidence le comportement de l'objet étudié dans le temps, autrement dit à saisir son évolution, dans une vision dynamique (Grenier et Josserand, 2014). Elles se concentrent sur les phénomènes évoluant au fil du temps, dans un contexte particulier (Parmentier-Cajaiba et Cajaiba-Santana, 2020). C'est l'orientation que nous souhaitons donner à cette présente recherche. La recherche sur les processus permet de décrire et analyser comment une variable évolue dans le temps (Van de Ven, 1992). En l'espèce, les variables sont les émotions et le travail émotionnel dont nous observons les fluctuations sur la période étudiée. L'approche processuelle permettra d'identifier le profil d'évolution de la variable dans le temps (Monge, 1990) : les émotions sont-elles présentes sur toute la période ? y a-t-il une régularité de comportement pour cette variable ? décroît-elle, augmente-t-elle, reste-t-elle stable ?

L'étude d'un processus doit déboucher sur la mise en évidence d'« *intervalles de temps* » composant celui-ci et articulant son évolution dans le temps (Pettigrew, 1992) que nous lierons plus tard aux « *périodes critiques* » (Dumez et Jeunemaître, 2005) et qui nous permettront de structurer notre récit narratif. Le processus apparaît alors comme « *toute séquence de changement sur une variable organisationnelle* » (Miller et Friesen, 1982, cité par Grenier et Josserand, 2014). Une recherche sur les processus peut viser à décrire un phénomène et permettre de mieux le comprendre (Grenier et Josserand, 2014).

Si les recherches quantitatives peuvent étudier des échantillons de taille importante, les recherches qualitatives ne portent habituellement que sur quelques cas, voire un seul (Yin, 1991). « *Travailler sur l'unique en préservant ses particularités, constitue un projet pertinent aujourd'hui reconnu* » (Giroux, 2003, cité par Giordano et Jolibert, 2016) .

IV.1.2.2. Une étude de cas

Très prisée en sciences sociales, la méthodologie de l'étude de cas est utilisée pour « *étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués* » (Barlatier, 2018).

Yin (1991) définit l'étude de cas comme suit : « *une étude de cas est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées* ».

L'objet de l'étude de cas est d'observer un « *morceau de la réalité* » dans une approche idiographique pour en extraire un savoir théorique (Boutigny, 2005). Elle met ainsi « *l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique et permet la collecte de données très diverses* » (Hlady Rispal, 2002).

La recherche par étude de cas a vocation à expliquer un phénomène dans son environnement naturel (Royer et Zarlowski, 2014), ce qui correspond à l'objectif de notre démarche, d'autant plus que la méthodologie par étude de cas est un choix idoine lorsque le phénomène à étudier est complexe (Hlady-Rispal, 2002).

L'étude de cas permet l'étude approfondie d'une unité ou d'un phénomène relativement limité (Gerring, 2004), la description complète d'un phénomène étant de l'ordre de l'impossible (Dumez, 2010, 2013).

L'étude de cas est souvent qualifiée de méthode de recherche uniquement exploratoire (Hlady Rispal, 2015). Cependant, elle peut constituer une stratégie de recherche à part entière (Yin, 1991 ; Hlady Rispal, 2002) et se centrer sur l'examen des processus décisionnels, l'élaboration et la mise en œuvre d'actions organisationnelles. Dans ce cas, qui est le nôtre, l'étude se suffit à elle-même, et se différencie de l'étude exploratoire en ce que les organisations sont, dans ce cas, observées sur une longue période et que des processus complexes sont examinés en profondeur (Hlady Rispal, 2015).

Notre étude a une visée compréhensive du comportement des infirmiers au sein des CSI de la Croix-Rouge. L'étude de cas offre une méthodologie pour cela idéale, permettant de comprendre et d'expliquer les comportements humains et organisationnels et d'analyser un processus (Hlady Rispal, 2002).

L'étude de cas peut mobiliser diverses méthodes (Dumez, 2013) dont le choix dépend du paradigme épistémologique retenu. L'étude de cas peut être utilisée dans une perspective interprétativiste (Yin, 2014). Dans ce cas, le chercheur est dit « *impliqué* » : son projet étant de comprendre la réalité d'un phénomène au travers des interprétations des acteurs, la contextualisation du phénomène étudié doit être forte (Hlady Rispal, 2002), d'où notre choix de l'observation participante.

IV.2. Le terrain de recherche : les CSI de la Croix Rouge en Haute-Vienne

Nous présentons ici des CSI méconnus, à l'identité ambiguë et au cadre réglementaire pauvre, autant de caractéristiques qui les rendent structurellement fragiles et vulnérables dans un contexte de financiarisation (IV.2.1). La présentation des CSI du cas d'étude ainsi que le rôle de la doctorante en leur sein fera l'objet d'une seconde partie (IV.2.2).

IV.2.1. Contexte de l'étude : des CSI vulnérables face à la sanitarisation du secteur des soins à domicile

« Les Centre de Soins Infirmiers sont des structures de proximité dispensant des soins infirmiers, en centre ou à domicile. Ils assurent [...] des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. [...] Ils sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif ou par des collectivités territoriales. Ils sont souvent d'origine congréganiste, mutualiste ou créés par de grandes associations (ADMR, Croix-Rouge française). Le personnel est constitué d'infirmiers salariés, mais les actes qu'ils effectuent sont tarifés sur la même base que les actes effectués par les infirmiers libéraux. » (Jourdain et al., 2017).

Les CSI, méconnus et souffrant d'un cadre réglementaire pauvre, ce sont des structures hybrides, à la fois médico-sociales et sanitaires. Les CSI, particulièrement fragiles structurellement, et à l'aube de leur financiarisation, peinent à trouver leurs marques.

IV.2.1.1. Des CSI méconnus au cadre réglementaire pauvre et au mode de financement calqué sur le modèle libéral

Le CSP (Code de la Santé Publique), en son Article L. 6323-1 introduit par la loi du 4 mars 2002 (article 53), définit aujourd'hui comme suit les centres de santé : *« des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. »* La création d'une structure nationale de concertation des centres de santé était également envisagée mais à ce jour celle-ci n'a toujours pas été créée (le décret d'application n'a jamais été publié).

Inscrits initialement dans le Code de la sécurité sociale par le décret n°46-1834 du 20 août 1946 en tant que dispensaires de soins, la loi du 8 janvier 1991 a rectifié leur dénomination en « centres de santé » qui furent ainsi inscrits dans le CSP par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2000. Les centres de santé qui ont une activité uniquement infirmière sont appelés centres de soins infirmiers (décret 91-654 du 15 juillet 1991). Jusqu'à 2000, les centres de santé étaient essentiellement réglementés par le décret du 9 mars 1956 qui en son annexe 28 précisait les modalités d'agrément, à savoir, du personnel salarié et des conditions relatives aux locaux et au matériel, laissant ainsi toute liberté de gestion et d'orientation aux structures porteuses. La LFSS pour 2000²³ a introduit une nouvelle procédure

²³ Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000

d'autorisation de fonctionnement avec un agrément délivré par le préfet de région pour une durée illimitée, assorti de l'obligation pour le centre de fournir un rapport d'activité annuel. Cependant cette obligation est négligée des deux parties, et les rapports ne sont bien souvent pas exploités ou pas transmis du tout²⁴.

Si le code de la sécurité sociale s'intéresse aux CSI, c'est notamment pour encadrer les conditions de leur rémunération (Article L162-32, L162-1 à 3) : ces derniers sont financés essentiellement par la tarification à l'acte, donc la même valorisation par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) des actes de soins réalisés par les infirmiers que pour les libéraux, adjoint de deux autres dispositifs :

- La rémunération des Accords de santé pour valoriser la qualité de la prise en charge, conditionnée à la réalisation d'objectifs ;
- Les subventions Teulade pour compenser la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie des cotisations maladie (ASM) et vieillesse (ASV) des professionnels libéraux.

Les tarifs appliqués aux CSI sont les mêmes que pour les infirmiers libéraux et sont indiqués dans la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels).

Tableau 19: Valorisation des actes infirmiers en France métropolitaine au 29 janvier 2024

Actes	AMI	AIS	MAU	IFD	IKPlaine	IKmontagne	Dimanche
Valorisation (€)	3.15	2.65	1.35	2.5	0.35	0.5	8

Source : <https://www.ameli.fr/haute-vienne/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>

Les actes médico-infirmiers (AMI) désignent les actes de soins techniques comme les perfusions, les prélèvements sanguins ou les pansements.

Les actes de soins infirmiers (AIS) désignent les soins relatifs à l'accompagnement à la vie quotidienne, notamment les soins d'hygiène.

La majoration acte unique (MAU) permet une revalorisation de la cotation lorsque l'infirmier réalise un acte de soins isolé. L'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) est facturable lorsque l'infirmier se déplace au domicile du patient, à partir duquel celui-ci peut coter, dans certains cas, des indemnités kilométriques (IK).

Il n'y a pas ainsi de système de cotation prévu pour les temps d'échange entre l'infirmier et le patient, assimilables à des soins relationnels.

Plusieurs règles relatives à la valorisation des actes de soins ont été mis en place pour rationaliser le cout des soins infirmiers à domicile :

²⁴ rapport n° REM2006-176P de l'IGAS

- Pour freiner la multiplication des actes, le législateur a prévu des règles d'abattement en cas d'actes multiples : le deuxième acte ne peut être facturé qu'à hauteur de 50% de sa valorisation habituelle et à partir du 3^e tous les actes sont gratuits.
- Des abattements sont également prévus pour limiter les indemnités kilométriques facturées : ces dernières doivent être calculées à partir du cabinet libéral le plus proche du domicile du patient, et non à partir du cabinet de départ. Dans les zones sur dotées en infirmiers, la facturation d'indemnités kilométriques relève d'une prouesse. L'enjeu est pourtant majeur, surtout dans les zones rurales où les infirmiers interviennent sur de grandes distances car 80 à 90% de l'activité des CSI est réalisée au domicile du patient²⁵.

Il n'y a cependant plus d'abattement dès lors qu'un patient est pris en charge via une coordination SSIAD : toutes les prestations réalisées pour le patient sont alors facturées directement à l'organisme gestionnaire du service. C'est une contrainte financière non négligeable, surtout si l'on considère que 77% des structures gérant un CSI gèrent aussi un SSIAD (Rapport 2022-040R, IGAS).

La NGAP, utilisée pour la facturation des actes, est issue d'une négociation entre les syndicats d'infirmiers et l'assurance maladie dont les représentants des CSI ne sont pas parties prenantes. *« Il n'y a donc aucune raison a priori que ce mode de rémunération corresponde à leur mode de fonctionnement et aux services qu'ils rendent à la population et pas de raison a priori que les pouvoirs publics s'en aperçoivent »* (Rapport 2022-040R, IGAS).

Les CSI ne sont pas concernés par les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). En cela ils sont, pourrait-on dire, assez exclus d'une dynamique projective et collaborative avec l'ARS. Ils ne sont pas non plus concernés par les EPRD (Etat prévisionnel des recettes et dépenses) et ERRD (Etat réalisé des recettes et dépenses) et fonctionnent, sauf dotation exceptionnelle, en quasi-auto-financement²⁶ en facturant les soins réalisés par les infirmiers. En ce sens, financièrement ils ne rendent pas de compte aux autorités de tarification.

Le rapport n° REM2006-176P de l'IGAS évoque un manque d'investissement des pouvoirs publics envers les CSI dont résulte un « ensemble de règles inachevées et une absence de suivi ». *« Le faible nombre de centre de soins infirmiers et leur implantation inégale selon les départements a pour conséquence que les CSI sont souvent des structures peu visibles et de ce fait peu connues des pouvoirs publics, y compris parfois localement »* (Rapport 2022-040R, IGAS).

Cela *« tient au fait qu'il y a en France un primat ancien donné à l'activité libérale sur l'activité salariée »*, s'illustrant notamment par une population d'IDEL (Infirmier Diplômé d'Etat exerçant en Libéral) qui a considérablement augmenté, passant de 57 000 en 2006 à presque 100 000 en 2021 (Rapport 2022-040R, IGAS). Parallèlement, le nombre de CSI en France a été très réduit ces dernières années : *« Sans que l'on puisse le dater de manière précise, au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, les dispensaires entament progressivement une mutation économique, ce qui aboutit, dans les années 80, soit à leur fermeture, ou à leur regroupement ou adossement à d'autres structures, mais sans que l'on puisse en chiffrer précisément le nombre. Entre 1981 et 1989, le nombre de CSI est ainsi divisé par deux, passant d'environ 2*

²⁵ rapport n° REM2006-176P de l'IGAS

²⁶ Sauf subventions accords de santé et Teulade

000 à 1 120. » (Rapport 2022-040R, IGAS). Et entre 1994 et 2006, le nombre de CSI est passé de 811 à 532 (Note RM2008-017P, IGAS).

Outre le manque d'investissement des pouvoirs publics dans l'encadrement réglementaire des CSI, la diminution de leur nombre s'explique également par une fragilité financière structurelle.

IV.2.1.2. Des CSI à l'identité ambiguë et structurellement fragiles

Classiquement, le secteur médico-social est régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et le secteur sanitaire par le CSP, qui explicitent les missions des établissements concernés.

Tableau 20: Missions des établissements des secteurs médico-social et sanitaire

Secteur médico-social	Secteur sanitaire
<p><i>Art. L116-1 CASF : L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.</i></p> <p><i>Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature.</i></p> <p><i>Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.</i></p>	<p><i>Art L6111-1 CSP : Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent (...) en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.</i></p> <p><i>Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.</i></p>

Source : auteur

Nous avons vu précédemment que les CSI étaient des établissements sanitaires, cependant à la lecture des missions des secteurs sanitaires et médico-sociaux, il convient de s'interroger sur la véritable identité des CSI portés par une association humanitaire promouvant un certain nombre de valeurs humanitaires et sociales ; ainsi que sur leur positionnement vis-à-vis des autres établissements.

Le rapport n° REM2006-176P de l'IGAS évoque pour les CSI un « *positionnement à la charnière du sanitaire et du social* » dont l'identité sanitaire aurait besoin d'être renforcée. En effet, les CSI revendiquent un exercice professionnel différent du libéral « *reposant sur une prise en charge globale avec une dimension sociale inéluctable et un travail d'équipe du centre* », offrant ainsi une relation privilégiée aux patients et une attention majeure en cas de difficulté de prise en charge. « *C'est également un mode d'exercice qui fédère les équipes qui y travaillent, assorti d'une volonté largement exprimée de prise en charge globale du patient.*

Cette culture commune tisse l'histoire des centres, elle est partagée entre les personnels et les associations gestionnaires souvent constituées de bénévoles et/ou de militants soucieux d'une approche globale de la santé » (rapport n° REM2006-176P, IGAS).

Une autre particularité des CSI réside en leur histoire et notamment l'investissement de religieuses au sein des centres, qui du fait de leur condition bénévole, ne payaient pas d'impôt sur le revenu. Jusqu'en 1980, les CSI souffraient donc d'abattements sur les tarifs pratiqués en centre, allant de 10 à 30% par rapport au tarif pratiqué par les IDEL. Le financement était considéré comme inadapté et de nombreux centres ont dû fermer du fait de difficultés financières.

Les CSI, longtemps négligés par l'assurance maladie, ont vu leurs relations avec celle-ci marquées « à plusieurs périodes par des batailles du financement des CSI et souvent dans un contexte de positionnement de ces structures face à l'activité libérale des infirmiers » (rapport n° REM2006-176P, IGAS). Les conventions nationales des IDELs ont souvent eu pour préoccupation de rappeler que les caisses de sécurité sociale devaient s'abstenir de favoriser le développement des CSI (2002, 1972). Jusque récemment, on ne pouvait retrouver les CSI parmi les professionnels de santé infirmiers référencés sur le site AMELI²⁷. Si les CSI sont méconnus (Rapport 2022-040R, IGAS), ils représentent pourtant, en 2006, plus de 7% des infirmiers de proximité²⁸.

Bien que des études concernant la distribution des soins infirmiers au niveau national fassent défaut, l'une d'entre elles²⁹ permet d'identifier que :

- Les infirmiers salariés de CSI ont globalement plus de patients en ALD que les infirmiers libéraux (IDELs) ;
- Les CSI ont une part plus importante que les IDELs de bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) parmi leurs patients ;
- Le coût par patient est globalement plus bas en CSI qu'en cabinet libéral (Rapport 2022-040R, IGAS).

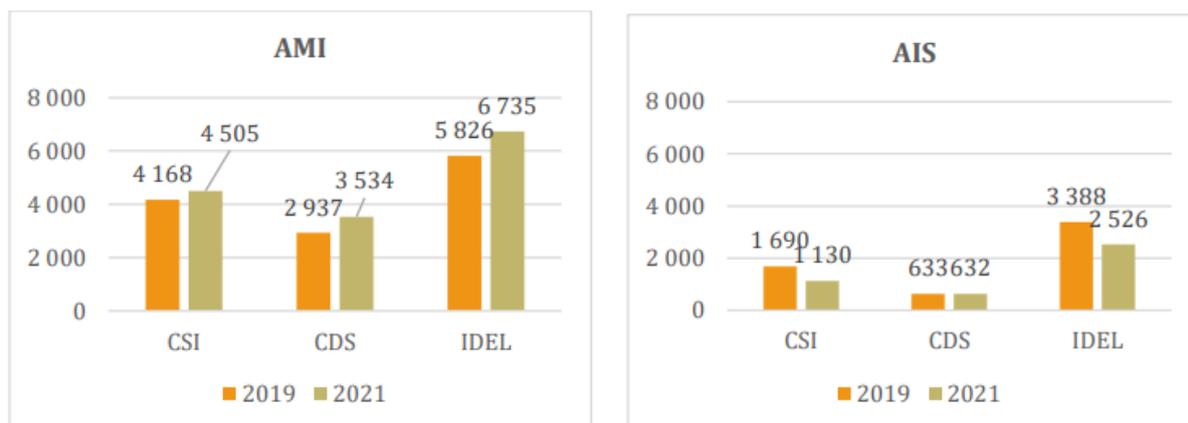
En outre, le rapport 2022-040R de l'IGAS indique que les infirmiers salariés en CSI réalisent plus de soins d'hygiène et de confort que les IDELs, alors qu'ils prennent en moyenne le même nombre de patients (entre 125 et 130). Ces soins sont chronophages et moins valorisés financièrement que les AIS.

²⁷ En 2006 le rapport n° REM2006-176P de l'IGAS les indique comme non référencés

²⁸ Source : DREES à partir du fichier ADELI

²⁹ Répartition géographique des centres de santé dont les CSI, CNAMTS juillet 2006

Figure 15: Quantité totale des actes AMI et AIS par ETP CSI, ETP CDS ou IDEL (2019 ; 2021), en nombre



Source : rapport 2022-040R (IGAS)

Ces différences de pratiques affectent les relations de coopération CSI- IDELs, les CSI reprochant aux IDELs de négliger certains soins/ profils de patient sur des critères de rentabilité. Un autre rôle, affecté selon l'IGAS aux CSI malgré eux, est de faire fonction de courroie de distribution entre l'hôpital et le SSIAD. Les CSI semblent cantonnés à un rôle « social » et permettent ainsi à d'autres structures d'optimiser leur activité et donc leur rémunération. En résumé, ils font tout ce que les autres ne veulent pas faire.

De dispensaires pour indigents avec une forte collaboration avec les bénévoles, véritables centres médico-sociaux au cœur de la vie du village, les CSI sont passés en une trentaine d'années à des centres de soins au service des autres centres de santé.

Les CSI sont majoritairement installés en secteur rural ou péri-urbain où se trouvent des publics en difficulté³⁰, souvent créés pour compenser une sous-dotation en personnel infirmier. Cependant, jusqu'à récemment, l'offre de soins était régulée maladroitement : le zonage des infirmiers libéraux n'incluait pas les infirmiers salariés des CSI. Conséquence, certains territoires ont été rapidement sur-dotés ce qui a donné lieu une forme de concurrence. Un rapport de l'IGAS pointe du doigt une activité des IDEL en forte croissance, notamment depuis 2006 (Note RM2008-017P, IGAS). Cette problématique de régulation de l'offre de soins infirmiers a été résolue par la LFSS pour 2022, qui soumet les centres de soins infirmiers au « *au même dispositif de zonage que celui qui prévaut pour les infirmières libérales* » (Rapport 2022-040R, IGAS).

« *Les CSI présentent une fragilité économique intrinsèque à leur modèle de financement* » (Rapport 2022-040R, IGAS) qui s'explique par plusieurs raisons :

« *Les charges (dépendant pour l'essentiel – près de 80 % - de leur masse salariale) et les ressources sont en désadéquation structurelle par rapport aux infirmières libérales. Tandis que la rémunération de ces dernières varie en fonction du nombre d'actes qu'elles réalisent, les CSI, qui sont aussi rémunérés à l'acte pour la grande majorité de leurs recettes, ont des*

³⁰ rapport n° REM2006-176P de l'IGAS

charges relativement fixes à court terme du fait du paiement mensuel des salaires » (Rapport 2022-040R, IGAS).

Le passage aux 35 heures au début des années 2000 a causé, parallèlement à la diminution du temps de travail, une diminution du volume de soins produits sans diminution concomitante des charges en personnel (Rapport 2022-040R, IGAS).

Les CSI sont aussi contraints par la convention collective qu'ils ont négociée. Par exemple, En 2003, les accords signés imposaient aux salariés de la Croix-Rouge une amplitude horaire maximale de 11 heures. Les infirmiers des CSI, qui, comme les infirmiers libéraux, travaillaient plutôt en coupé, les soins ayant lieu majoritairement tôt le matin et tard le soir, ont vu leur emploi du temps se modifier en défaveur d'une organisation optimale. Pour une tournée de soins organisée sans souci d'amplitude horaire, il faut désormais deux infirmiers, l'un travaillant le matin avec un temps « mort » l'après-midi, l'autre le soir avec le même temps « mort » l'après-midi. Ainsi, une nouvelle diminution du volume de soins par infirmiers a eu lieu.

En outre, si les IDELs ont déployé des stratégies face à la décote des actes multiples (comme le fait de passer plusieurs fois chez le même patient), il n'en a pas été de même pour les infirmiers salariés de CSI qui ont un salaire fixe quel que soit le nombre d'actes facturés pour le centre. Ainsi, les infirmiers salariés de CSI ne sont pas incités à optimiser la cotation de leurs actes. *« En 2021, un patient soigné par un centre de soins coûterait moins cher qu'un patient traité par une IDEL, et ce du fait principalement d'un volume d'actes par patient moindre mais aussi d'une rémunération moyenne par acte réalisé moins élevée » (Rapport 2022-040R, IGAS).*

Les CSI de petite taille ont une fragilité financière plus forte : plus la structure est petite, plus il lui est difficile de réduire ou amortir le coût de certaines dépenses (informatique, locaux, véhicules, personnel administratif...) (Rapport 2022-040R, IGAS, rapport n° REM2006-176P de l'IGAS). Les CSI, dont le nombre a diminué ces dernières années, ont donc eu tendance à se regrouper pour mutualiser leurs moyens, le nombre global d'infirmiers salariés en CSI n'ayant pas sensiblement évolué.

Cependant, près de la moitié des CSI estiment que leur structure pourrait fermer dans les deux ans, et dans plus de trois quarts des cas c'est un motif financier qui est avancé. Dans 58% des cas, les CSI évoquent également une problématique de recrutement d'IDE, lié à un manque d'attractivité, notamment salariale (Rapport 2022-040R, IGAS) : par rapport aux autres types d'exercice salarié : les infirmiers des CSI ne sont pas concernés par le Ségur de la santé, qui revalorise pourtant de 183 € net le salaire de la plupart des infirmiers des secteurs sanitaires mais aussi médico-social. Par rapport à l'exercice en libéral, où la rémunération correspond aux actes réalisés par l'infirmier, laissant ainsi à celui-ci l'occasion d'accroître ses revenus en augmentant son temps de travail s'il le souhaite- ce qui peut être une perspective séduisante dans un contexte inflationniste.

Enfin, « l'origine historique des CSI à travers les dispensaires a laissé un héritage fort au sein de ces derniers : la revendication d'un accueil indistinct de tous les publics » (Rapport 2022-040R, IGAS), qui s'illustre notamment par la plus forte proportion parmi les patients de bénéficiaires de CMU-C ou d'ALD, ainsi que par le taux d'AIS plus important en CSI par rapport aux cabinets libéraux, une particularité identitaire liée aux valeurs promues qui est en même temps vecteur de fragilité financière. En effet, les CSI, négligés et méconnus des pouvoirs publics, voient leurs orientations stratégiques davantage influencées par l'identité de la

structure porteuse- dans 86% des cas c'est une association (Rapport 2022-040R, IGAS) - que par le législateur.

Si les centres de santé sont des structures sanitaires réglementées par le Code de Santé Publique (CSP) (et le code de la sécurité sociale pour la partie relative à leur rémunération), le rattachement de ces établissements à une structure associative porteuse de valeurs humanitaires tend à les rapprocher, par le biais de ces engagements, du secteur médico-social.

Ainsi, les CSI sont soumis à des enjeux contradictoires qui permettent d'apporter un éclairage sur les difficultés qu'ils rencontrent.

IV.2.2. Présentation du cas d'étude et du rôle de la doctorante

Le flou législatif qui concerne les CSI n'est pas compensé par la Croix-Rouge qui, contrairement aux SSIAD, ne fournit aucune procédure nationale destinée au CSI. On observe de fortes disparités de pratiques liées aux adaptations contextuelles. Il n'y a pas de projet de santé formalisé, les orientations stratégiques sont davantage dépendantes des acteurs soignants que des responsables (*turn over*) qui n'ont pas de consigne du siège à relayer.

Les CSI sont laissés à l'abandon par les pouvoirs publics et par la Croix-Rouge. Longtemps perçus comme un mal nécessaire pour garantir la santé financière et plus généralement le bon fonctionnement des autres services, chroniquement déficitaires depuis plusieurs années, on leur demande désormais d'être des « *vases communicants* » (IGAS, 2022) financièrement performants.

Nous présenterons le terrain d'étude avant d'apporter quelques précisions quant à la posture de la doctorante.

IV.2.2.1. Le CSI Croix-Rouge en Haute-Vienne

Le Pôle Domicile de la Croix-Rouge française en Haute Vienne regroupe 8 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour un total de 240 places et 45ETP (Equivalent Temps Plein), et un CSI réparti, en septembre 2020, en six antennes et employant 54ETP. Tous les CSI sont situés en milieu rural et partagent leurs locaux avec un SSIAD. Les personnels administratifs, de coordination et de direction sont mutualisés.

Les CSI ont, au début de l'immersion, en moyenne 9 ETP infirmiers. La moyenne d'âge est de 35.6 ans et la moyenne d'ancienneté de 6.3 ans.

Tableau 21: Identification des CSI (effectifs CDI 2020)

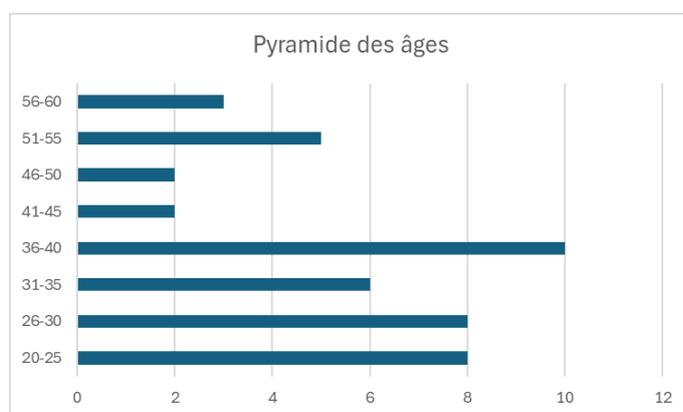
CSI	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2019	ETP 2020	Moyenne d'âge	Moyenne d'ancienneté (années)
CSI 1	11.1	12.1	12.5	9.8	37.5	8.6
CSI 2	9.8	10.8	10.4	10.9	32.3	7
CSI 3	12.6	12.5	13.1	13.4	39.6	8.8
CSI 4	7.8	7.8	6.3	5.6	37.3	5.5
CSI 5	6.3	7.6	7.1	5.4	33.9	3.6
CSI 6	12.2	11.2	10.8	9	33	4
Tous CSI	10	10.3	10	9	35.6	6.3

Source : auteur

Les CSI ont en moyenne perdu un ETP soignant entre 2017 et 2020.

La pyramide des âges indique que la tranche d'âge la plus représentée est 36-40 ans.

Figure 16: Pyramide des âges des infirmiers du CSI Croix-Rouge en Haute-Vienne



Source : auteur

Une présentation plus approfondie des caractéristiques RH des CSI permettant l'identification des acteurs est disponible en annexe 5.

Trois responsables de service assurent la supervision et la gestion administrative des CSI, sous la direction d'une directrice départementale, épaulée par une responsable administrative et financière, qui gère aussi un établissement d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes. Les centres emploient des infirmières, du personnel administratif ainsi que quatre infirmières coordinatrices en charge de la supervision et de la gestion de planning.

Les infirmières travaillent essentiellement au domicile des patients. En sus de l'organisation des tournées, elles ont pour mission de procéder à la cotation des soins et à la traçabilité informatique. Le processus de soin, de la prise de rendez-vous à la facturation, est consultable en annexe 6.

Le temps de travail est limité par la convention collective qui impose une amplitude horaire maximale de onze heures. Ainsi, au cours d'une journée, il y a des postes en coupé (approximativement 8h-13h, 17h-19h), des postes de matin (7h- 14h) et des postes de soir (14h-21h). Dans chaque centre, les infirmières disposent d'une salle de soins, d'une salle où elles se retrouvent pour les temps de transmission (généralement entre 13h et 14h) et le travail administratif de cotation des soins, ainsi qu'une salle de pause. Les infirmières ont à leur disposition des véhicules de service pour réaliser leurs tournées. Elles ont un salaire mensuel fixe quelle que soit l'activité réalisée.

Les infirmiers salariés de CSI bénéficient naturellement des 35h, et la convention collective de la Croix-Rouge française leur garantit une amplitude horaire de travail journalier de maximum 11 heures. C'est cependant un critère limitant pour les prises en charge de patients qui auraient besoin de soins en dehors des possibilités d'amplitude horaire : souvent, ces patients sont orientés vers les IDEL, ou les horaires de passage sont négociés.

Au cours de notre étude sera créé un poste d'infirmière coordinatrice en charge de la cotation et de la facturation des soins. Cette dernière aura pour mission de veiller à l'optimisation des cotations des soins, au bon déroulé du processus de facturation ainsi qu'à la rationalisation des coûts. Elle procédera ainsi à la réalisation d'un outil décisionnel à destination des professionnelles visant à assurer l'équilibre financier des centres par le choix de patients pris en charge, en fonction de leurs comorbidités (il ne doit pas y avoir de prise en charge SSIAD associée), des soins à assurer (ils doivent être inscrits sur la NGAP et leur valorisation financière doit être suffisamment intéressante en fonction de la durée de ceux-ci) et de leur domicile (il ne doit pas être trop éloigné ou trop loin d'autres patients).

IV.2.2.2. Immersion de la doctorante

La période d'immersion *in situ* a duré de septembre 2020 à avril 2022 (date de début de congé maternité de la doctorante) avec une participation distancielle par le biais de réunions en visioconférence d'avril à juin 2022.

La doctorante était déjà connue des services et du personnel avant le début de la CIFRE. En effet, infirmière de formation, elle avait auparavant travaillé sur les CSI, depuis 2016, en tant qu'infirmière coordinatrice puis responsable de services de soins. Elle avait aussi par le passé réalisé des remplacements ponctuels en tant qu'infirmière et aide-soignante.

La doctorante fut présentée lors du début de sa CIFRE aux équipes comme réalisant des recherches sur les émotions des infirmiers dans un contexte clairement posé de restriction budgétaire au cours duquel la direction explicitait aux salariés ses objectifs d'efficience. Son rôle sur le terrain était moins clairement défini et consistait en un renfort des équipes cadres mais aussi soignantes, en fonction des besoins.

Lorsqu'elle n'était pas en tournée de soins ou en réunion, la doctorante s'installait généralement dans la salle des infirmières, captant ainsi les échanges informels entre professionnelles, qui s'étaient habituées à la voir ici et ne semblaient pas gênées de sa présence.

La doctorante était invitée à participer à toutes les réunions d'équipe au sein des sites : elle participait à la fois aux réunions entre gestionnaires et aux réunions de l'équipe soignante. Elle a aussi participé à une formation destinée aux équipes soignantes concernant la cotation et la facturation des soins.

Elle était ainsi identifiée par les équipes comme ayant une posture hybride, la fois soignante et gestionnaire, mais plutôt soignante tout en étant dans la confiance gestionnaire. Le lien de confiance qui s'était tissé au cours de ses années de salariat au CSI a permis à la doctorante de saisir des échanges et moments de vie professionnelle informels. A quelques reprises, elle a été sollicitée en tant que « courroie de distribution » entre gestionnaires et soignants dans le sens où ces derniers se confiaient à elle lorsqu'ils rencontraient des problèmes de communication. La doctorante, gênée à ces moments de nourrir des espoirs vains, rappelait à ces occasions qu'elle entendait les émotions mais qu'elle n'avait pas vocation à intervenir dans un sens ou un autre. Si elle se refusait ainsi à prendre un quelconque parti, ces liens de confiance lui ont cependant permis de collecter un grand nombre de données.

IV.3. Collecte et traitement des données

Au regard de la complexité du cas d'étude, de la nature tout à fait subjective de la question émotionnelle ainsi que de notre posture épistémologique interprétativiste, l'engagement en contexte, qui « *permet au chercheur de s'immerger dans la situation empirique à l'étude* » (Giordano et Jolibert, 2016) est appropriée. C'est ainsi que nous avons fait le choix de l'observation participante (IV.3.1). Nous avons opté pour une démarche narrative et un codage conceptuel des données selon la méthode Gioai. Celles-ci ont été traitées de différentes manières, avec notamment une narration en dialogue (IV.3.2).

IV.3.1. Méthode et outils de collecte de données

Cette section apporte des précisions méthodologiques et contextuelles au sujet de notre observation participante. Nous avons utilisé un journal de bord et procédé à un recueil de données secondaires.

IV.3.1.1. Une observation participante

La méthode de l'observation participante consiste en une immersion prolongée dans un groupe afin d'en étudier les coutumes, les usages, les pratiques, en d'autres termes, l'organisation sociale et la culture (Chanlat, 2005 ; Beaud et Weber, 2010 ; Becker, 2020). En résulte une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur en immersion, qui collecte des données, et les sujets. (Bogdan et Taylor, 1975 ; Van Maanen, 2011 ; Watson, 2011). « *Les observateurs s'immergent personnellement dans la vie des gens. Ils partagent leurs expériences* » (Bogdan et Taylor, 1975).

L'observation peut se faire ouvertement ou clandestinement (Chanlat, 2005 ; Adler et Adler, 1987). Dans notre cas, l'observation participante n'est pas dissimulée : la doctorante a été présentée dans ses fonctions de recherche tout en étant assimilée à un rôle de « soutien » au niveau de l'organisation, c'est-à-dire qu'elle a été amenée à réaliser des remplacements en tant qu'infirmière et infirmière coordinatrice sur les CSI.

L'observation participante est ainsi non dissimulée et complète. Ce type d'observation concerne les chercheurs qui étaient déjà impliqués dans les groupes étudiés, ce qui est ici le cas puisqu'avant d'être doctorante, la chercheuse était infirmière coordinatrice au sein des CSI étudiés. Cette expérience professionnelle permet de préciser que cette participation complète se fait par « *opportunité* » (Adler et Adler, 1987) : la doctorante a mis à profit une opportunité d'étude liée à un statut déjà acquis dans l'organisation. Il est aussi possible de parler d'observateur participant interne, statut caractérisée par une expérience professionnelle antérieure ou actuelle au sein de l'organisation (Boumard, 1989 ; Lapassade, 2016).

En l'espèce l'observation est dominante (1516 heures), avec des actes de participation en tant qu'infirmière coordinatrice (434 heures de participation) et infirmière (450 heures de participation).

A la fois chercheur et acteur, le participant à cette méthode doit se questionner sur la distanciation, et donc de l'objectivité du rapport au terrain. L'immersion permet de rendre intelligible le récit des acteurs, cependant la méthode de l'observation participante n'est pertinente que si quatre conditions sont remplies :

- « lorsqu'un chercheur et un terrain d'observation se rencontrent avec la volonté de rendre compte d'un univers social méconnu, incompris voire oublié
- lorsque le rapport au temps n'est pas un problème,
- lorsque le chercheur a les qualités humaines requises
- lorsque le chercheur est prêt à composer avec la charge socio-affective propre à ce type de démarche » (Chanlat, 2005).

Les deux premiers critères sont remplis par la contractualisation d'une CIFRE, motivée par l'étude des émotions des professionnels dans un contexte de mutation organisationnelle. La doctorante est préparée à faire face aux deux dernières conditions de par sa formation et expérience professionnelle caractérisée par plus de 10 années de pratique soignante : elle est émotionnellement acculturée au terrain d'étude. Giordano et Jolibert (2016) rappellent qu'« une bonne familiarité des pratiques des acteurs est nécessaire pour les comprendre et produire des données riches, préludes à des interprétations contextualisées ».

Des données, aussi riches soient-elles, ne sauront être correctement exploitées et donc utiles à des fins scientifiques sans une méthodologie de collecte appropriée et rigoureuse. Nous allons nous intéresser dans la partie suivante aux outils mobilisés au service de la collecte de données.

IV.3.1.2. Outils de collecte de données

« Il existe, au cœur d'un processus de recherche, des activités méthodiques de consignation de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'événements [...] dont le but est de se souvenir des événements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste et qui permettent au chercheur de se regarder soi-même comme un autre » (Baribeau, 2005).

Ces activités de consignation se sont matérialisées par l'utilisation d'un journal de bord. D'autres sources de données ont également été examinées.

IV.3.1.2.1. Le journal de bord

Au sein de la littérature, le journal de bord est régulièrement mentionné en tant qu'outil primordial au sein des méthodologies qualitatives (Baribeau, 2005 ; Miles et Hubermann, 1994, Wacheux, 1996, cités par Valéau et Gardody, 2016).

« Le journal de bord est constitué de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'événements ([...] des idées, des émotions, des pensées, des décisions, des faits, des citations ou des extraits de lecture, des descriptions [...]) contextualisés (le temps, les personnes, les lieux [...]) et] dont le but est de se souvenir des événements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste, [et de permettre au chercheur] de se regarder soi-même

comme un autre » (Baribeau, 2005) : c'est dans cette optique que notre journal de bord a été utilisé.

Recourir à un journal de bord permet de compiler une grande variété d'informations (Baribeau, 2005) témoignant des événements de la vie du chercheur, et organisées de façon chronologique (Mucchielli, 1996, Valéau et Gardody, 2016). L'utilisation de cet instrument « permet une description riche et continue des événements (quels qu'ils soient et qu'elle qu'en soit la nature » (Baribeau, 2005). Le journal de bord utilisé par la doctorante était manuscrit, ce dernier retranscrit informatiquement fait 38 pages et comporte 16807 mots.

Les notes peuvent être théoriques, méthodologiques et descriptives (Schatzman et Strauss, 1973 ; Deslauriers, 1991 ; Baribeau, 2005) : dans notre cas, nous avons consigné les éléments descriptifs de situations rencontrées ou des verbatims sur la page de droite. Les pages de gauche se destinaient à des annotations permettant de lier les événements à des éléments d'ordre théorique ou méthodologique. La doctorante y notait aussi ses réactions, émotions et réflexions personnelles. Ainsi, les pages de droite s'assimilaient aux *facesheets* (comportant des données factuelles), et celles de gauche aux « *post interview comment sheets* » (illustrant le vécu du chercheur) de Lofland et Lofland (1984).

Le journal de bord présente l'intérêt de pouvoir être considéré comme un instrument au service de la validité interne et externe des données recueillies, dans la mesure où il permet la compilation de « *trucs du métier, centré sur une visée descriptive, pour parer aux errances subjectives du chercheur et aux défaillances de sa mémoire* » (Barlatier, 2005). Dans cette optique, le journal de bord est gage de rigueur méthodologique.

Cependant, d'autres données complémentaires ont été collectées.

IV.3.1.2.2. Autres sources de données

En complément des éléments compilés au fil de ses observations sur le journal de bord, la doctorante a examiné un certain nombre de documents et outils présentés ci-après :

Réunions syndicales

La doctorante s'est intéressée aux activités des représentants du personnel et a, pour ce faire, examiné les comptes-rendus de :

- 19 réunions plénières du CSE (Comité Social et Economique),
- 14 réunions du CSEE (Comité Social et Economique Extraordinaire),
- 5 réunions du CSSCT (Commission Santé Sécurité et Conditions de travail),
- 4 comptes-rendus de visite des membres du CSE sur les sites
- 2 réunions du CSEC (Comité Social et Economique central).

Pour un traitement des données, les informations recueillies dans ces comptes-rendus de réunion qui ont eu lieu entre avril 2020 et avril 2022 ont été synthétisées et de nombreux verbatim ont été extraites.

Audits

- La doctorante a accompagné l'Infirmière Coordinatrice en charge de la facturation des soins pour un audit concernant le process de cotation et de facturation des soins qui a eu lieu en 2021. Une journée étant destinée à chaque CSI. A cette occasion, la doctorante a pu recueillir un certain nombre de réactions notamment émotionnelles en lien avec les stratégies financières, qui ont été compilées sur le journal de bord.
- La doctorante a eu à sa disposition un audit réalisé par un cabinet de consultants en 2021 (audit mandaté à la demande du CSE).

Tableaux de données

- Des tableaux de données entretenus annuellement par la technicienne des ressources humaines du pôle ont été transmis, permettant notamment de compiler les entrées et sorties du personnel ainsi que leur ancienneté.
- Des tableaux de pilotage gérés par la direction départementale ont été analysés :
 - Le « plan d'action qualité PRP » mis en place en place en 2019 à la suite de l'entrée du CSI Haute-Vienne dans le dispositif ;
 - Les « tableaux de pilotage de l'activité CSI » utilisés entre 2021 et 2022.

La doctorante participait également au Comité de pilotage national sur l'avenir des CSI qui s'est déroulé de décembre 2021 à juin 2022 et qui avait pour support un fichier Excell partagé contenant des consignes à respecter pour les gestionnaires, ainsi que des objectifs et des *datelines*.

Documents internes

- Le Business Model du CSI C, une référence pour tous les CSI à l'échelle nationale parce que c'est le seul à avoir un résultat financier nettement positif, a été transmis à l'ensemble des directeurs des CSI afin qu'ils adaptent leur activité et leurs ressources humaines à ce modèle théorique.
- La doctorante avait également à sa disposition le compte-rendu de la réunion à l'occasion duquel il a été présenté (2019)
- Dans le cadre de la mise en place d'un plan de retour à la performance au sein des CSI de la Haute-Vienne, une note d'orientation a été mise à la disposition des directeurs des CSI par le siège, comportant divers ratio-cibles financiers ainsi que les modalités d'accompagnement de ces structures par le siège sur la période. Cette dernière a été rédigée en septembre 2018.

Presse

Des articles de journaux ont été parcourus, ainsi que les commentaires en ligne, mais aussi des événements institutionnels publiés en ligne :

- Le populaire du centre, 19/03/2021 : « inquiétudes au sein de la Croix-Rouge autour de l'avenir de six centres de soins de la Haute-Vienne, la direction réagit »³¹ ;
- Le Monde, 09/02/2022 : « on ne peut pas regarder sans débattre un groupe de santé privé reprendre les centres de la Croix-Rouge française »³² ;
- Egora.fr, 09/05/2022 : « Ramsay santé aurait renoncé à reprendre les centres de santé de la Croix-Rouge »³³ ;
- Question d'actualité au gouvernement n°2308G : « privatisation du secteur de la santé »³⁴.

Nous allons voir dans la section suivante comment les nombreuses données ainsi recueillies ont été traitées.

IV.3.2. Le traitement des données

Dans cette partie de notre développement, nous présenterons notre démarche narrative ainsi que notre démarche de codage.

Après avoir procédé à une première analyse des données par codage conceptuel, la doctorante a procédé à un codage chronologique. En effet, si certains éléments d'apparence négligeable, appelés « *bruit* » par Dumez et Jeunemaître (2005) avaient peut-être été omis dans un premier temps de codage, il s'agissait dans un second temps de procéder à une analyse en détail des données afin de permettre à un traitement global des données, structurant ainsi la réflexion, esquissant les contours de la rédaction narrative et préparant l'étape de la discussion.

IV.3.2.1. Une démarche narrative

« *Cases are stories with a message* », évoque Herreid (1997), qui nous invite par ces paroles à la méthode narrative pour raconter l'histoire des centres de soins étudiés. Nous allons dans un premier paragraphe nous atteler à définir la démarche narrative et ses principes méthodologiques. Nous verrons que cette démarche permet d'analyser un phénomène dynamique en définissant des périodes de l'histoire grâce à l'établissement de suites chronologiques à la manière d'un enquêteur, gages de rigueur méthodologique.

³¹ https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/inquietudes-au-sein-de-la-croix-rouge-autour-de-l-avenir-de-six-centres-de-soins-de-haute-vienne-la-direction-reagit_13928001/

³² https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/02/09/francois-cremieux-on-ne-peut-regarder-sans-debattre-un-groupe-de-sante-privé-reprendre-des-centres-de-la-croix-rouge-francaise_6113009_3232.html

³³ <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/73781-ramsay-sante-auroit-renonce-a-reprendre-les-centres-de-sante-de-la>

³⁴ <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ22022308G.html>

IV.3.2.1.1. Définition

La démarche narrative est « *une technique exploratoire procédant à partir de matériaux empiriques hétérogènes, et cherchant à mettre en évidence des relations entre les décisions des acteurs et des tendances lourdes et des structures* » (Dumez et Jeunemaître, 2005). Cette dernière s'intéresse au comportement des acteurs et à leurs conséquences, notamment l'analyse de leurs décisions et actions et consiste à construire un récit.

La narration est le récit d'une suite d'événements reflétant une transformation, un changement (Giroux et Marroquin, 2005). Ainsi on observe plusieurs étapes, ou éléments fondamentaux dont le nombre varie selon les auteurs :

- Selon Dumez et Jeunemaître (2005) : un état initial, un état final, et un cheminement ou intrigue qui relie l'état initial à l'état final
- Selon Reuter (1997) cité par Giroux et Marroquin (2005) : une situation initiale, un élément perturbateur qui apparaît, le « *nouement* », (provocation d'une chaîne d'actions), le « *dénouement* » (la résolution), et enfin, l'atteinte d'un état final.
- Selon Todorov (1973) : une situation stable, une force perturbatrice, un état de déséquilibre, l'action d'une force rééquilibratrice, un nouvel équilibre semblable mais différent.

Todorov, cité par Dumez et Jeunemaître (2005), décrit le récit en développant la notion d'équilibre perturbé puis rétabli aboutissant à un changement d'état. « *un récit idéal commence par une situation stable qu'une force quelconque vient perturber. Il en résulte un état de déséquilibre, par l'action d'une force dirigée en sens inverse, l'équilibre est rétabli ; le second équilibre est bien semblable au premier, mais les deux ne sont jamais identiques. Il y a par conséquent deux types d'épisodes dans un récit : ceux qui décrivent un état (d'équilibre ou de déséquilibre) et ceux qui décrivent le passage d'un état à un autre* » (Todorov, 1973). Selon Dumez (1988), la narration gagne à être enrichie par une prise en compte des pensées des acteurs.

La relation entre la démarche narrative et la chronologie est complexe. Le récit peut être tout à fait chronologique, ou comporter des analepses, le rédacteur peut faire des ellipses de longues périodes ou au contraire s'attarder sur des périodes temporellement courtes.

IV.3.2.1.2. Principes méthodologiques

Si elles ont longtemps été accusées de produire des savoirs subjectifs et non savants, les approches narratives connaissent un regain d'intérêt depuis les années 1980 ; l'engouement pour le *storytelling* en est témoin (Bah *et al.*, 2015). Face à ces critiques, et au risque de subjectivité, certains auteurs ont travaillé à l'élaboration de principes méthodologiques garants de la viabilité scientifique de la démarche narrative.

Ainsi, Dumez et Jeunemaître (2005) évoquent quatre principes de rigueur qui doivent nécessairement accompagner la démarche narrative :

- L'établissement des chronologies. La confrontation de plusieurs séries chronologiques intervenant à différents niveaux est nécessaire. Les acteurs peuvent avoir des statuts différents. Dumez utilise l'image d'une enquête policière confrontant plusieurs témoignages de témoins : dans tous les cas, l'objectif est, par la confrontation des

différentes narrations, de déterminer la chronologie la plus précise possible. Dans notre cas d'espèce, ce sont les témoignages des soignants et des gestionnaires qui ont été confrontés.

- La focalisation. Bien comprendre les « *logiques de situation* » (Popper, 1976) revient à comprendre les déterminants objectifs de celle-ci. Cela implique de se concentrer sur les connaissances détenues par les acteurs et leur interprétation des faits. Il faut bien séparer les connaissances des acteurs et celles du chercheur *a posteriori* : l'objectif est de rendre compte le plus précisément possible de l'état des connaissances des protagonistes au moment des faits. Nous avons respecté ce principe en renseignant le journal de bord, avec sur la page de droite une prise de notes objective sur les situations observées et discours entendus, et sur la page de gauche, nos réflexions ou interprétations
- La recherche d'un équilibre entre complétude et parcimonie. La complétude se compose de différents éléments : bonne définition des frontières du cas, matériau collecté, fin de l'étude pour des raisons autre qu'une limite de moyens de la recherche (Yin, 1994). Mais il ne faut pas non plus que les explications et descriptions soient présentes au-delà de ce qui est juste nécessaire. Il nous semble ici que la notion de rigueur méthodologique ait été respectée dans la définition des contours du cas étudié, cependant la fin de l'étude a été provoquée par la fin de la convention CIFRE : ainsi, le dénouement de l'histoire n'apparaît pas.
- La symétrie. Le principe de symétrie doit s'appliquer non seulement dans la sélection des données (nécessaires ou non) mais aussi dans l'exploration. En effet, pour rendre compte de ce qui est analysé, il faut éviter de recourir aux explications ad hoc, et toujours mobiliser les mêmes types d'explication (Bloor, 1976). Ainsi, nous avons traité selon les mêmes méthodes de codage les témoignages des gestionnaires et des soignants.

Le respect de ces principes est garant de la qualité de la démarche et fait obstacle à la subjectivité souvent reprochée aux méthodes narratives.

IV.3.2.1.3. Intérêt du rôle exploratoire de la démarche narrative et colligation des données

« *L'intérêt majeur de la narration en tant que méthode d'investigation d'un matériau empirique porte sur le sujet, sur l'exploration des phénomènes dynamiques et sur la colligation* » (Dumez et Jeunemaître, 2005).

Et justement, lorsque l'on étudie un phénomène dynamique, le récit permet, en jouant un rôle exploratoire, de se centrer sur les périodes critiques ponctuant le passage de l'état initial à l'état final, ce qui correspond à notre approche processuelle. Dumez et Jeunemaître (2005) distinguent trois types de périodes critique :

- Les points d'inflexion : il s'agit des événements dont l'apparition ne dépend pas des acteurs, ils sont plus ou moins perceptibles et ont des conséquences plus ou moins importantes (mais l'ampleur des conséquences ne dépend pas de leur perceptibilité par les acteurs : un événement imperceptible peut conduire à un changement majeur).

Les acteurs confrontés à ces points d'inflexion, les interprètent (correctement ou incorrectement) et doivent prendre des décisions.

- Les épiphanies : ce « *sont des moments où un changement brutal entraîne chez ceux qui en sont les acteurs un changement aussi brutal de leurs modes de pensée et de leurs modes d'action.* » (Dumez et Jeunemaître, 2005). Selon ces auteurs, une épiphanie peut être :
 - Majeure, quand elle est consécutive à un choc brutal qui entraîne une « *révision des modes de pensée et d'action* »
 - Cumulative, quand « *les acteurs économiques font l'expérience d'une série de petits chocs successifs qui finissent par entraîner un basculement des modes de pensée et d'action* »
 - Mineure, quand « *un petit changement, quasiment indétectable, mais correctement interprété, conduit à une révision majeure des modes de pensée et d'action* ».
- Le bouleversement apparent : il s'agit de situations où, au regard des acteurs, des changements profonds ont lieu, alors qu'en fait, d'un point de vue structurel, les mêmes tendances lourdes étaient déjà à l'œuvre³⁵.

Selon Dumez et Jeunemaître (2005), la démarche narrative, outil d'exploration, permet la colligation, c'est-à-dire, de lier des données empiriques de statut divers. Le dictionnaire Larousse définit la colligation de la façon suivante : l'action de « *relier plusieurs observations en une notion synthétique permettant d'induire un phénomène non encore détecté.* ». Pour Walsh (1984), il s'agit de « *lier entre elles des particularités complexes* » (traduction de Dumez et Jeunemaître, 2005).

Ainsi la démarche narrative permet de mobiliser des données hétérogènes appartenant à des niveaux différents, notamment macro et micro (Dumez et Jeunemaître, 2005). Cette démarche est séduisante en ce qu'elle permet d'analyser une globalité de données de façon significative, sans omettre de données résiduelles, c'est-à-dire que le chercheur reste à l'écoute du « *bruit* » (Dumez et Jeunemaître, 2005).

Raisonnement de façon abductive offre ainsi la liberté de faire ces « aller-retour » entre terrain et théorie. Selon Vaughan (1992) cité par Dumez et Jeunemaître (2005), la narration permet, en s'intéressant à la manière de penser et décider des acteurs, d'explorer l'interaction entre des situations micro et des structures macro. Cela nécessite d'emprunter à la rigueur policière, puisque, comme le soulignent, Dumez et Jeunemaître (2005), « *l'établissement de chronologies serrées, des connaissances détenues par les acteurs, l'établissement d'enchaînements d'évènements et de causes serrés, sont communs à l'investigation judiciaire et à l'investigation narrative* ».

³⁵ Dumez et Jeunemaître (2005) prennent ainsi l'exemple de la Révolution française racontée par Tocqueville : un bouleversement apparemment soudain, alors que l'auteur exprime un mouvement de centralisation en place depuis longtemps déjà, que la Révolution ne fait que perpétuer et amplifier.

IV.3.2.2. Le codage conceptuel des données : la méthode Gioai

Si la méthode qualitative permet de travailler une grande richesse de données, et donc permet un certain potentiel de découverte, elle a souvent été critiquée pour son manque de rigueur (Gioai *et al.*, 2013), ou « *impressionnisme méthodologique* » du chercheur à « *la subjectivité éclairée* » (Ayache et Dumez, 2011).

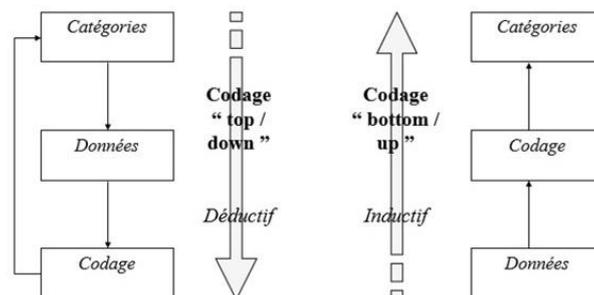
Aujourd'hui, rigueur et flexibilité sont devenus les maîtres mots de la méthodologie qualitative (Gioai *et al.*, 2013 ; Saldana, 2013 ; Point, 2018). Ainsi, Gioai *et al.* (2013) présentent, dans un article fondateur, une nouvelle méthodologie permettant d'incrémenter une certaine « *rigueur qualitative* » lors de l'analyse de données. Ce sont les liens que fera le chercheur entre les concepts, fondamentaux dans la conceptualisation de la recherche (Dumez, 2016), qui permettent, de générer une théorie (Corley et Gioia, 2011), grâce à l'abstraction. La méthode Gioai s'attache particulièrement à l'articulation entre théorie et données (Point, 2018)

« *Il existe autant de définitions du codage que de manières d'appréhender les données qualitatives* », cependant les chercheurs s'accordent sur le fait que le codage est un processus de transformation, dont l'objectif est d'arriver à une construction théorique (Point, 2018). C'est une étape particulièrement importante puisque c'est de la qualité de son codage que dépend la qualité d'une recherche qualitative (Point, 2018).

Le codage a pour vocation l'identification des idées issues des données recueillies (Point, 2018) ; il s'agit de relier les idées entre elles pour leur donner du sens (Coffey et Atkinson, 1996). Le processus de codage se réalise donc à partir du sens donné au matériau : les codes homogènes sont rassemblés puis progressivement transformés en catégories (Point, 2018). Si elle reste liée à la notion de concept, « *la catégorie est un code travaillé par le chercheur et renvoie ainsi à l'organisation conceptuelle et à la théorisation menée par le chercheur. Elle va alors bien au-delà de la désignation de contenu.* » (Point et Voynnet-Fourboul, 2006)

Il existe deux visions du codage : l'une qui part des données empiriques pour arriver à la théorie (abstraction) et l'autre visant à identifier l'ancrage empirique correspondant à la théorie (Point, 2018).

Figure 17: Le passage entre les mondes théorique et empirique



Source : Point, 2018

Dans un premier temps, la doctorante a réalisé un codage *bottom-up*. Le résultat n'a pas été satisfaisant. Au vu de la richesse des données récoltées dans notre étude, et considérant que la démarche top-down est la plus abordable pour les jeunes chercheurs (Point, 2018), nous avons fait le choix de faire un nouveau codage des données en *top-down*.

Travailler selon la méthodologie *top-down* consiste à « s'attachent à repérer, au sein même des données recueillies, les éléments empiriques qui illustrent le plus finement possible les concepts identifiés dans la revue de littérature. » (Point, 2018). Même si dans ce cas, le codage est à visée théorique (Point et Voynnet-Fourboul, 2006), le chercheur doit éviter certaines tentations, comme par exemple « forcer » l'apparition de concepts théoriques qu'il s'attend à trouver. Dumez (2016) évoque le risque de « pollution » du matériau de recherche par les codes théoriques, Glaser (2012) désigne ainsi ce biais : les « préconceptions ». Ayache et Dumez (2011) évoquent la notion de « circularité » à la base de la théorisation ancrée : en abordant un terrain avec des idées conceptuelles prédéfinies, le chercheur risque de ne voir que ce qui confirme ou infirme ces cadres théoriques, faisant fi des éléments extérieurs) celui-ci, alors même qu'il y avait potentiellement des éléments très riches et surprenants à découvrir. « *C'est justement ce qu'il faut éviter, en conformant son choix à son expectation, l'on court le risque de ne trouver que ce que l'on savait d'avance* » (Freud, 1967, cité par Ayache et Dumez, 2011). Il convient donc, pour éviter le biais de la circularité, de « *se mettre à l'écoute de la totalité du matériau* » (Ayache et Dumez, 2011). En effet, l'absence de préconception reste un des préceptes de la théorie ancrée (Glaser et Strauss, 1967, cité par Point, 2018). Si la démarche de la théorie ancrée vise à découper l'ensemble des données en unités de sens et à coder celles-ci, on peut se questionner sur les choix subjectifs liés à ce découpage, fondement de la démarche. Il semblerait que le codage « pur » plébiscité par cette théorie soit tout bonnement impossible (Ayache et Dumez, 2011), difficulté que nous avons tenté de surmonter par le traitement complémentaire des données via la démarche narrative. Nous garderons tout de même en tête que le codage est un outil pour permettre un travail rigoureux de constitution de ressemblances et de différences (Ayache et Dumez, 2011), qui nous a permis d'extraire des concepts que nous avons liés ensuite selon la méthode de Miles et Hubermann.

IV.3.2.3. La rédaction des données

« *Nous devons désormais travailler dans des contextes organisationnels [...] où la cohérence a été brisée et remplacée par un pluralisme polyphonique de sens et d'interprétation* » (Van Maanen, 2011).

La rédaction de nos résultats se présente sous la forme de trois sections. Au sein d'une première, ils sont rédigés sous la forme d'un dialogue entre deux personnages fictifs, Magali, infirmière, et Henri, gestionnaire. Deux autres sections, rédigés de façon plus conventionnelle, l'une explicitant le processus de financiarisation, et l'autre les implications émotionnelles, viendront étayer nos propos.

La forme dialogique, avec deux personnages principaux, permet d'illustrer la dualité entre les deux mondes de valeurs en proposant une illustration dynamique des données collectées. Ce mode de rédaction permet de mettre en évidence la complexité du processus et des interactions, illustrant les tensions émotionnelles observées sur le terrain.

Ce travail offre donc au lecteur deux approches différentes, lui permettant d'appréhender les résultats sous un autre angle, en faveur d'une compréhension plus approfondie de la complexité du phénomène étudié (Wieland *et al.*, 2024).

Le personnage de Magali a été construit dans un souci de représentativité de ses pairs, dans la mesure où de grandes convergences en termes de comportement ont été observées.

Magali bénéficie d'une certaine expérience de terrain : âgée de 36 ans, et disposant de sept années d'ancienneté, elle assisté à tous les changements opérés depuis 2018, date de la mise en place du plan de retour à la performance au sein des CSI.

Le personnage d'Henri représente les membres de la direction départementale : la directrice départementale, les responsables de services ainsi que la responsable administrative et financière. Lors des observations, ces acteurs présentaient une similarité de comportements qui nous a permis de les faire représenter par un seul personnage.

D'autres intervenants ponctuels s'invitent parfois à la conversation. Leur présence est justifiée par des comportements qui ne correspondaient ni à Henri, ni à Magali, dont ils viennent, avec un regard extérieur, commenter les actions.

Conclusion du chapitre IV

Nous avons adopté pour la présente recherche une posture épistémologique interprétativiste avec un raisonnement de type abductif afin de nous intéresser, à des fins descriptives et compréhensives, à l'influence des émotions et du travail émotionnel sur l'hybridation médico-financière dans un contexte de financiarisation en centres de soins infirmiers. Cette problématique complexe ainsi que notre positionnement épistémologique ont abouti naturellement à l'adoption d'une méthode de recherche qualitative qui s'est matérialisée par une étude de cas. Les données ont été collectées sur un journal de bord grâce à une période d'immersion de 2400 heures où l'observation fut majoritaire (1516 heures) malgré 884 heures de participation à des activités de soin ou de coordination. Des documents internes tels que des comptes-rendus de réunions, des notes de service ou des tableaux de bord ainsi que des articles de presse ont également été étudiés.

Si la démarche narrative nous a permis une exploration globale des données, le codage selon la méthode Gioai (Gioai *et al.*, 2013) nous a permis de mettre en évidence des concepts que nous avons liés ensuite en élaborant un modèle conceptuel. Les deux méthodes permettant de s'intéresser au sens que donnent les acteurs aux événements, le double codage a permis un traitement plus rigoureux des données, mais aussi de contrer le biais de la subjectivité, en nous assurant que les deux méthodes donnaient des résultats similaires.

Les résultats ont ensuite été rédigés sous la forme narrative, et plus précisément un dialogue entre deux personnages fictifs, l'un gestionnaire, l'autre soignant. A la suite de cette narration dialogique, nous proposerons deux sections explicitant, pour l'une le processus de financiarisation au sein du CSI Croix-Rouge en Haute- Vienne, et pour l'autre, les émotions exprimées par les acteurs.

Chapitre V. Financiarisation et émotions non régulées : une hybridation empêchée

Ce cinquième chapitre fera l'objet de la présentation de nos résultats.

Dans un premier temps, nous ferons le récit de la défaillance des CSI, sous une forme dialogique. Pour cela, nous avons considéré deux acteurs fictifs, un qui représente les infirmiers des CSI Croix-Rouge de la Haute-Vienne et l'autre qui représente le personnel gestionnaire départemental. Les dialogues sont issus en grande partie de verbatims d'acteurs réels observés. Il ressort de ces échanges l'identification de plusieurs périodes mettant en évidence la progressive colonisation comptable, impactant directement ou indirectement les émotions des personnels infirmiers.

Une seconde partie sera consacrée au décryptage du processus de financiarisation au sein des CSI. Nous mettrons en évidence une financiarisation à plusieurs strates, impulsée par le siège national de la Croix-Rouge et pilotée localement par les gestionnaires des CSI à grand renfort d'outils de gestion. Un management par objectifs dans le cadre d'un plan de retour à la performance crée un climat de pression financière. Les infirmiers, impliqués malgré eux dans une course à l'activité de soins, délaissent les aspects administratifs de leur travail, contribuant à la mise en échec des indicateurs de performance.

Notre troisième partie se destinera à présenter des émotions non régulées, source de rejet d'une logique médico-financière. Les infirmiers se montrent réticents à adhérer aux changements impulsés par les gestionnaires. Des émotions négatives émergent et, ne faisant l'objet d'une régulation suffisante, se disséminent au sein du groupe soignant. Des émotions collectives négatives, qui seront qualifiées d'inter groupes, s'expriment à l'encontre du groupe gestionnaire. En l'absence de dialogue financier et d'instances de régulation émotionnelle collective, les infirmiers n'adhèrent pas aux changements mis en place par les gestionnaires. En résulte une véritable spirale de la défaillance conduisant à la cessation d'activité des CSI, dont nous proposerons une modélisation.

V.1. Récit narratif de la défaillance des CSI

Nous allons présenter les résultats de notre observation participante sous la forme d'un dialogue entre deux personnages fictifs : Magali, qui représente les infirmiers des CSI Croix-Rouge de la Haute-Vienne, et Henri, qui représente le personnel gestionnaire départemental.

Nous verrons que dans une première période, la situation est instable mais reste sous contrôle avant qu'un élément perturbateur ne vienne interférer et ainsi créer le nouement de l'histoire. Nous présenterons les différents acteurs et services dans une section liminaire.

V.1.1. Une situation instable sous contrôle (Avril 2020- février 2021)

Premier trimestre 2020 : la COVID bat son plein, la France est confinée, les hôpitaux sont saturés. Au CHU de Limoges, des tentes ont été montées devant les urgences et des malades passent la nuit sur des brancards dehors. Les infirmiers sont plus que jamais sollicités face à ce virus inconnu et terrifiant. La population applaudit tous les soirs à 20h les soignants célébrés en héros.

Avril 2020

- *Henri* : La crise sanitaire et la fermeture de certains établissements à cause du COVID ont entraîné l'effondrement de la trésorerie en mars dernier. Si les financeurs vont probablement mettre la main au portefeuille, il va y avoir des retards de paiement, ce qui va poser des problèmes. Déjà que nos comptes étaient dans le rouge avant tout cela...³⁶
- *Magali* : On tient quand même à souligner les difficultés que rencontre le personnel ! On doit composer avec des directives de cadres qui viennent d'arriver, ils ne font que transmettre celles qui viennent de plus haut, « *directives relevant pour certaines d'aucun cadre juridique [...]. De ce fait les pratiques ne correspondent pas au cadre légal* ». On n'arrête pas de le dire et d'alerter mais on n'est pas écouté. Les responsables, « *ayant une prise de poste inférieure ou égale à 10 mois, n'ont pas les compétences RH nécessaires à ce sujet* ». ³⁷

Juin 2020 :

- *Henri* : Les CSI ont accusé une perte d'activité de 11.5% entre janvier et avril 2020... et 30% entre avril 2019 et avril 2020. Mais suite au déconfinement, l'activité hospitalière (notamment chirurgicale) reprend, ce qui représente une opportunité pour nous d'augmenter notre activité !
- *Magali* : Vous avez profité du confinement pour supprimer le poste d'infirmière qui faisait la permanence au centre et vous refusez aujourd'hui de rouvrir les centres au public. Les soins qui étaient réalisés sur ce poste ont dû être répartis sur les autres. «

³⁶ CSEE, 2/04/2020

³⁷ CSEE, 16/04/2020

L'absence du poste centre génère une nouvelle tension pour le personnel qui ne peut plus compter sur la réalisation d'activités de bureau (DSI³⁸ plus réalisées, gestion des cotations de dossiers délicats non réalisés, plus d'aide ponctuelles sur le terrain...). Chaque IDE se voit rajouter des soins à jeun habituellement faits par le centre (jusqu'à 15 prises de sang à se répartir en plus chaque matin !) ». On doit aussi subir la pression des patients qui ne comprennent pas pourquoi on ne fait plus de soins au centre. « *Certains n'hésitent pas à nous rappeler qu'un nouveau cabinet s'est installé depuis le 1er juin. Si nous ne répondons pas présents pour nos patients historiques, nous savons que le risque de perte d'activité à moyen terme est important. Comment peut-on concilier ces faits avec un besoin de retour à l'équilibre ? comment peut-on imaginer renflouer les pertes sans chiffre d'affaires à court et moyen terme ?* »³⁹. Il nous faut des bras supplémentaires pour pouvoir répondre à cette demande, faire notre travail correctement, et valoriser les soins qu'on réalise !

- *Henri* : On perd de l'argent parce que les infirmières ne cotent pas, ou pas correctement les soins. On va donc ouvrir un nouveau poste administratif au niveau départemental, une personne qui sera en charge de contrôler, superviser et former les infirmières à la cotation et la facturation des soins. Cette personne prendra ses fonctions au mois d'août prochain⁴⁰.

Juillet 2020 :

- *Magali* : « *Les orientations nationales privilégient le personnel de l'encadrement et la politique managériale au détriment des professions soignantes de terrain* ». On est franchement démotivées. Pourquoi on ouvre des postes de chargé de formation alors que la Croix-Rouge est en grande difficulté financière ?! On a été en première ligne pendant la COVID, et on n'est pas récompensées à la hauteur de notre implication. Henri, on se sent incompris, on n'a pas la reconnaissance qu'on mériterait. Il y a eu une prime mais son attribution, c'est injuste. Il y en a toujours que pour les cadres. Mais ce sont nous, les infirmières, qui « *ont fait face à cette crise en prenant des soins au SSIAD, en faisant le ménage des centres, en remplaçant les secrétaires...* ». Maintenant, on en a marre, on fera notre travail et rien que notre travail. On travaille en mode dégradé, vous avez ouvert des postes au recrutement mais personne ne veut travailler ici. L'écart de salaire avec le public est de plus en plus important, en plus on manque de reconnaissance : ça n'aide pas à recruter ni à fidéliser des infirmières !⁴¹

Octobre 2020

- *Henri* : J'aimerais bien moi aussi que les équipes se stabilisent un peu... Depuis deux ans, ça n'arrête pas de changer. Les infirmières, ça peut aller, en principe on a une ou deux démissions par mois sur tous nos CSI... On a eu une petite vague de départs dans les trois mois qui ont suivi la mise en place du tableau Plan d'action PRP (10 en

³⁸ Démarche de Soins Infirmiers. Il s'agit d'un dispositif administratif permettant de valoriser les soins infirmiers, qui a progressivement disparu à compter de 2020 au profit du BSI (Bilan de Soins Infirmiers).

³⁹ Plen. CSE, 04/06/2020

⁴⁰ Plen. CSE, 29/06/2020

⁴¹ Plen. CSE, 31/07/2020

trois mois), mais ça reste gérable, on arrive toujours à trouver des candidats pour remplacer. Par contre au niveau des postes cadre... c'est autre chose ! Nous avons trois responsables de service sur le pôle, dont deux qui étaient des « piliers », des anciennes infirmières avec une trentaine d'années d'ancienneté à la Croix-Rouge, qui nous ont quitté récemment. On en est à 6 départs de responsables de services. On ne recrute plus d'anciennes infirmières comme responsables. Il faut savoir prendre de la distance avec le terrain, avoir des solides connaissances en gestion, pour pouvoir mettre en place des outils de pilotage. Il va falloir renseigner les tableaux de bord, piloter selon les objectifs, rattraper le déficit financier. On doit aller de l'avant et être performants maintenant.

- *Magali* : On a le sentiment de ne pas parvenir à faire correctement notre travail. « *On n'a plus le temps pour le relationnel, du coup on le fait quand même* ». On n'est pas des machines, on fait de l'humain... alors on fait des heures supp. On a évoqué ce problème, on vous en a parlé, on a dit qu'il nous fallait du personnel parce qu'il y avait des gens qui avaient besoin d'être soignés, et qu'on ne pouvait pas assurer. Vous nous avez répondu qu'on ne devait pas faire d'heures supplémentaires, « *on devrait refuser les patients parce qu'on est en sous-effectif* ». Déjà en temps normal, quand tout le monde est là, on n'arrive pas à assurer. On fonctionne tellement à flux tendu qu'« *on ne peut pas partir en formation, il n'y a pas assez de personnel* »⁴². Vous ne nous écoutez pas, pourtant, en CSSCT, il été souligné la nécessité de formaliser des espaces de dialogue... Mais on ne voit rien venir⁴³.
- *Henri* : On fait ce qu'on peut, mais on n'arrive pas à communiquer avec vous, les soignants. « *On fait des efforts pour parler à un personnel qui ne supporte pas la frustration* », « *on est toujours en train de se demander comment aborder les choses* ». Franchement, on appréhende, même. On essaye d'anticiper les réactions et ça va toujours dans le même sens, le négatif. Vous, *Magali*, vous avez voulu poser des congés mais on n'a pas pu les accepter, ce n'était pas pour vous embêter mais en termes de personnel ce n'était pas possible. Et qu'est-ce que vous avez fait ? Vous vous êtes mise en arrêt de travail. « *Vous avez fait ça pour nous punir ?* »
- *Magali* : *Oui* »⁴⁴.
- *Henri* : Concernant la situation financière... le déficit les CSI est en forte progression : -469 000€ de résultat net en 2018, -589 000€ en 2019... Mais grâce à notre politique PRP, on constate une nette amélioration sur le prévisionnel 2020.
- *Magali* : Je tiens à vous rappeler, qu'en 2019, une partie de de notre activité n'a pas été attribuée au bon CSI... « *la confiance [...] est donc très limitée* ». Le logiciel ne fait que *bugguer*, comment voulez-vous qu'on travaille correctement ? Ça génère non seulement des pertes financières, mais cela aggrave la situation de stress et de malaise, notamment chez les secrétaires.

⁴² Journal de Bord, 07/10/2020

⁴³ PV CSSCT 02/10/2020

⁴⁴ Journal de Bord, 07/10/2020

- *Henri* : Les soins ne sont pas correctement cotés, et ça, c'est votre responsabilité d'infirmières. Vous ne maîtrisez pas la NGAP. Voilà d'où vient la perte d'activité. Et ce n'est pas aux secrétaires de faire votre travail ! Le vôtre n'est pas pleinement accompli lorsque vous vous contentez de faire les soins sans vous occuper de l'administratif : par exemple sur certains sites, il manque des ordonnances et du coup on ne peut pas facturer.
- *Magali* : Avec votre nouvelle organisation, et la suppression des astreintes infirmières de nuit (jugées inutiles et trop coûteuses pour la Croix-Rouge), on ne peut plus prendre de soins lourds (qui rapportent !). Vous nous dites qu'il faut faire des efforts, mais vous ne présentez pas de chiffres. Le CSE a demandé à plusieurs reprises un état financier de chaque site : on attend toujours... « *Les changements sont mieux acceptés quand ils sont expliqués* ».
- *Henri* : Les responsables de service ont maintenant accès à l'état financier des sites ! Consigne leur a été donnée de fournir au personnel du CSE un état détaillé site par site, et ils partageront avec les IDEC un tableau de bord d'activités mensuelles.
- *Magali* : Ouais... on verra... et au sujet de l'audit qui vient de se terminer... C'est n'importe quoi. Nous ne sommes pas dupes et avons bien compris qu'il a été commandité par le siège pour lui permettre de prendre des décisions quant à l'avenir de tous (ou certains, on ne sait pas ?) les CSI. Ce n'est pas le bon moment pour un audit, c'est une situation spéciale, on sort à peine de la crise sanitaire. « *La crise COVID a eu un impact important sur les soins et la formation cotation n'a pas pu avoir lieu, ce qui implique un grand manque à gagner* ». « *Chacun convient que cet audit ne saurait refléter l'état et le fonctionnement réel des CSI au regard de la crise sanitaire* ». Pourtant, ce sont bien ces résultats, aussi biaisés soient-ils, qui vont influencer la décision du siège. De toute façon, le siège de nous n'a cure : il ne nous connaît même pas. « *On note la méconnaissance du terrain par le siège CR⁴⁵ ayant identifié un seul CSI, [site de CSI 6] correspondant à l'adresse administrative des 6 CSI du 87. L'auditeur chargé du CSI de Nexon s'est donc retrouvé à réaliser, dans les faits, un audit de 6 structures. L'audit a donc été réalisé dans des conditions insatisfaisantes* ».
- *Henri* : « *La copie n'est pas écrite* ». Restons positifs... Le but de l'audit est d'établir un plan d'action pour améliorer la situation, rien de plus. J'ai conscience de l'inquiétude que cela suscite. Mais soyez rassurés : l'avenir des CSI n'est pas décidé. Je ne suis pas au courant d'une quelconque stratégie ni d'un quelconque projet de transfert. En attendant, il faut rester concentrés sur le nôtre, de plan d'actions : améliorer les cotations, optimiser la facturation des kilomètres, vigilance sur les ordonnances... « *La stratégie 87 doit continuer dans la réduction et la maîtrise des charges* ».
- *Magali* : Même le Ségur nous oublie. Bientôt plus personne ne voudra travailler ici. « *Ce sont plus de 500€ net par mois de différence qui va prochainement s'afficher sur les feuilles de paye des IDE, au regard de [nos] homologues de l'hôpital* ». Si au moins la direction acceptait d'étudier en contrepartie une prime de dimanche de 75€, ça serait déjà ça...⁴⁶

⁴⁵ Croix-Rouge française

⁴⁶ Plen. CSEE, 29/10/2020

Novembre 2020 :

- *Henri* : Je suis désemparé... J'ai besoin d'échanger avec quelqu'un... de décharger tout... l'encadrement intermédiaire freine des quatre fers pour diffuser les informations descendantes... Les infirmières refusent d'avancer sur les problématiques de facturation, alors qu'il y a plus de 600 000€ de factures à établir. Les responsables font de la rétention d'information, ils se sentent jugés sur leur façon de gérer leurs sites... Les IDEC ont l'impression d'être fliquées, de mal faire leur travail... On voudrait mettre en place les formations pour que les infirmières puissent avoir les bonnes pratiques de cotation et de facturation des soins. Mais le monde semble se liguer contre IDECC qui ne peut pas faire son travail correctement. Comment redresser la barre dans ces conditions ? C'est frustrant... On n'avait pas envie, mais tant pis, il a fallu passer par la force pour inscrire les salariés aux sessions de formation sur les bonnes pratiques de cotation avec IDECC. Ils n'ont pas eu le choix.⁴⁷

Décembre 2020 :

- *Henri* : je me suis démené et je vous ai tous réunis pour vous annoncer une excellente nouvelle pour vous, qui vous êtes beaucoup investis dans votre travail. J'ai remporté un appel à projet et grâce à cela, vous pouvez tous bénéficier de 72 heures de ménage et garde d'enfants à votre domicile, défrayé par la Croix-Rouge.
- *Magali* : [silence pesant]
- *Henri* : Alors, ça vous fait plaisir ? Cela devrait contribuer à vous soulager.
- *Magali* : [silence encore plus pesant]
- *Henri* [en aparté] : ce sont vraiment des ingrats. Je me suis beaucoup investi pour décrocher ces aides. « *Pas un merci, rien* ». « *Prochain alignement des planètes, je quitte le 87* ».⁴⁸

Deux semaines plus tard...

- *Henri* : Il faut qu'on pilote le process facturation. On va faire un audit.
- *Magali* : On est d'accord, et on aimerait bien participer. C'est vrai que les secrétaires et nous, on a beaucoup d'attentes car il y a beaucoup de choses qu'on voudrait améliorer.
- *Henri* : On va même faire une charte de bienveillance.
- *Magali* : Nous pourrons donc échanger en toute confiance. On se sent souvent seules et démunies, on est ravies qu'on pense enfin à nous.
- *Henri* : Ah oui, au fait, après réflexion, on va juste s'intéresser aux secrétaires. On n'échangera pas avec vous. Vous ne participerez pas.⁴⁹

⁴⁷ Journal de Bord, 31/11/2020

⁴⁸ Journal de Bord, 01/12/2020

⁴⁹ Journal de Bord, 19/12/2020

- *Henri* : [en aparté] Les salariés ne le savent pas- et heureusement d'ailleurs, car sinon ils partiraient tous ! – mais au siège on travaille à l'élaboration des scénarii d'avenir des CSI. Ce sont bien les résultats de l'audit qui vont décider de leur devenir. En conseil d'administration, nous avons décidé de trois possibilités :

1. Maintien et PRP ;
2. Fermeture des CSI déficitaires et maintien des autres (avec politique de développement) ;
3. Transfert de gestion de l'activité à une tierce structure.

En tout en France, on a 13 CSI et 18 antennes. On a plus qu'à les ranger dans la bonne case⁵⁰.

Février 2021 :

- *Magali* : Ça y est, on a reçu les résultats de l'audit ! Le moins que l'on puisse dire, c'est que ce n'est pas fameux. Figurez- vous qu'on a reçu une note ! et nous sommes décidément de mauvais élèves... on nous a attribué la note de 7/20, « *reléguant le CSI [87] au dernier rang des plus mauvais CSI de France* ». Nous sommes en colère car cette « note » ne reflète pas l'implication que nous mettons au quotidien dans notre travail. C'est très injuste. On a bien lu le rapport d'audit : c'est rempli d'erreurs, d'incohérences, un recours a t- il été fait ?
- *Henri* : Mais pourquoi donc ?
- *Magali* : Hé bien parce que sinon, le siège va vouloir nous faire fermer, et il prendra sa décision sur la base d'un audit tronqué ! « *On se demanderait si des décisions n'ont pas été prises avant cet audit et qu'on a fait dire à l'audit ce qu'on voulait qu'il dise.* ». Ce n'est pas juste.
- *Henri* : Mais non, mais non... Bon, parlons plutôt budget. L'impact de la crise COVID est estimé à 20m€ pour la Croix-Rouge française... Mais on a nettement amélioré la situation budgétaire ici. Seulement 100 000€ de déficit en 2020. Malgré la perte financière due à la diminution d'activité lors du confinement, nous avons réduit nos dépenses en maîtrisant les coûts de l'intérim, donc la réduction des salaires et des charges sociales !
- *Magali* : En attendant il y a une alerte des syndicats sur l'attractivité des CSI et des problèmes de recrutement. Toujours pas de Ségur. Et notre prime de dimanche alors ? Et puisqu'on parle chiffres, on a toujours pas eu l'état financier des sites qui nous avait été promis il y a plus de deux mois ! Savez-vous à quel point nous sommes en difficulté ? Il n'y a pas que l'argent ! Nous avons eu tout à l'heure « *confirmation par la représentante syndicale que le [CSI3] se trouve aussi en difficulté et que l'inquiétude est forte pour les salariés qui semblent épuisés et en souffrance, sans projection possible ; que la responsable de service a été informée la semaine dernière mais que l'encadrant de proximité s'inquiète à savoir comment les équipes et les services allaient pouvoir tenir jusqu'à cet été voire le mois prochain* »⁵¹.

⁵⁰ CA CRf, 15, 16/12/2020

⁵¹ Plen. CSE, 25/02/2020

- *Henri* [en aparté] : En COPIL national, DIRECTIONSIEGE1 m'a bien prévenu : « [Les syndicats] vont faire un maximum de bruit pour nous empêcher d'avancer », ils « jouent sur les registres émotionnels pour les manipuler dans leur sens ». DIRECTIONSIEGE7 a sa stratégie : « Plus il y a d'élus au CSP, plus il faut envahir le terrain coté management »⁵². Haha, sacré DIRECTIONSIEGE7, tu voulais dire « CSE », le CSP c'est un club sportif ! Bon, ça aura quand même bien rigolé à cette réunion. Même si, comme dit DIRECTIONSIEGE3, « attention, [DIRECTIONSIEGE6], c'est pas SOS amitié ou SOS psy, [Rires] »⁵³. On a commencé en retard, c'était un peu décousu mais c'était plutôt une bonne improvisation !

V.1.2. Apparition de l'élément perturbateur : « le feu aux poudres » : le projet de cession transfert (Mars 2021)

Mars 2021 :

Henri passe une annonce en CSE...

- *Henri* : J'ai une annonce à vous faire. Après mûre réflexion, on va se séparer des CSI. En fait le siège a réfléchi il y a trois mois et élaboré trois scénarii : soit on se sépare de tous les CSI, soit on se sépare des mauvais CSI et on garde les bons, soit on garde tous les CSI. En ce qui nous concerne, décision a été prise de faire une cession ou un transfert. Comme ce n'est pas simple, cela va prendre un peu de temps alors j'espère que vous n'êtes pas pressés. Voilà comment ça va se passer :
 - De février à avril, on va étudier la question ;
 - De mai à juillet, on va réfléchir aux différents scénarii ;
 - Entre juillet et août, on sélectionnera les projets « les plus porteurs pour les salariés et la Croix-Rouge française » ;
 - Entre septembre et décembre, on consultera les représentants du personnel et on fera un plan de communication et d'accompagnement.
- *Magali* : Vous nous aviez dit qu'il n'y aurait pas de projet de transfert ! « En fait, l'audit a été mandaté pour faire une évaluation financière de chaque site en vue du transfert » ! On s'en doutait, mais vous l'avez nié ! « Cette cession est brutale, c'est de la maltraitance » Cela va majorer notre mal être ! Nous qui étions déjà en souffrance ! Et qui va annoncer cela à nos patients ?
- *Henri* : Euh... je ne sais pas, à vrai dire on n'y a pas réfléchi... Vous ?
- *Magali* : Toujours aux mêmes de réparer les pots que vous cassez ! On en a marre ! On a plus la force pour ça. « Ce ne sont pas les salariés qui communiqueront auprès

⁵² Journal de Bord, 22/02/2021

⁵³ Journal de Bord, 22/02/2021

*des patients. »*⁵⁴ Nous en avons assez, nous n'avons plus envie, nous nous sentons maltraités, on fait agoniser les salariés, on nous a trompés !

- *Henri* : Il ne faut pas le prendre comme ça... on compte sur vous, sur votre engagement, il ne faut pas lâcher et continuer de fournir des efforts pour réduire le déficit.

Henri part ensuite à la rencontre des infirmiers, sur chacun des six CSI, afin de diffuser en personne cette annonce.

Sur CSI 1, l'annonce se fait dans un silence pesant... Quand soudain...

- *Magali* : « *On peut faire la révolution, non ?* » [Ton calme, sourire, regard fixe sur Henri]. Et si on réduisait les frais de siège ? « *Les gens des bureaux doivent faire un geste pour l'attractivité au futur repreneur, ça peut être une stratégie, non ?* »

*Henri fera fi de la question et poursuivra ses explications sans être interrompu. Les salariés ne se manifestent que pour poser des questions techniques, avec toutefois pour certains des larmes dans les yeux.*⁵⁵

Sur CSI 2, les salariés se montrent « bons élèves » ...

- *Magali* : « *Nous on a pas envie que notre service ferme. [...] nous notre but c'est de continuer à grimper, et être stables. Mais nous on ne veut pas être pénalisés par des centres qui font n'importe quoi* ». Certains d'entre nous sont vraiment en train de nous saborder. Ceci dit, cette annonce ne nous surprend pas. « *On s'y attendait, on est pas dupes... avec les postes qui avaient pas été renouvelés, la suppression des astreintes...* » « *Mais ça nous a mis un coup derrière la tête quand même* »
- *Henri* : « *Je serai dans la transparence comme je l'ai toujours été.* » Ceci dit je vous rappelle votre devoir de loyauté et de réserve. « *Attention, il ne faudra surtout pas dépasser les limites RH, je serai intransigeant avec ça.* »
- *Magali* : Merci pour ces explications. « *Déjà là, il y a de quoi rassurer les partenaires, les patients...* ». 2021
- *Henri* : « *On va y arriver... on est tous dans le même bateau....* »⁵⁶

Sur CSI 4, l'annonce est faite à la volée, (Henri est debout dans l'encadrement de la porte) auprès de salariés qui semblent déjà désinvestis. Henri monologue sans être interrompu avant de demander s'il y a des questions.

- *Magali* : « *Entre deux portes c'est difficile de vous faire remonter les questions* ».
- *Henri* : En tous cas, je serai dans la transparence et vous transmettrai les informations au fur et à mesure.

⁵⁴ CSEE, 13/03/2021

⁵⁵ Notes sur Point de situation cession/transfert, CSI1, 18/03/2021

⁵⁶ Notes sur Point de situation cession/transfert, CSI2, 23/03/2021

- *Magali* : « *Mouais... on verra ça* ». Et au siège, ils croient qu'on va rester dans ces conditions ? ⁵⁷.

Sur CSI 5, l'annonce se fait dans le calme.

- *Magali* : Dans les conditions actuelles, comment va-t-on pouvoir maintenir l'activité ? Une « bonne » activité ?
- *Henri* : C'est de la responsabilité de chacun. « *Chacun doit être acteur de la mise en œuvre d'une dynamique positive.* » « *Il faudra être solidaires pour continuer l'activité, surtout pour les fonctions support tels que les administratives qui auront beaucoup de mal à retrouver du travail si la perte d'activité impose des non remplacements de poste.* »
- *Magali* : La confiance, ça va ça vient... « *Il y a des rumeurs de départs massifs sur tout le département* », « *une patiente nous a dit que CSI 3 allait fermer* »
- *Henri* : C'est tout à fait faux, ce sont les infirmières qui ont choisi de partir et on va les remplacer. « *Des irresponsables ont osé dire qu'elles auraient préféré que les sites ferment. Et sur d'autres sites, il y en a qui viennent nous dire que ce n'est pas grave si c'est plus la Croix-Rouge française, c'est pas grave s'il n'y a plus le 13e mois, du moment que j'ai un salaire à la fin du mois car il faut que je paye l'EHPAD de ma maman !!* ». « *Je sais je suis en colère, mais je m'en fiche !* ». En attendant, tous les projets se poursuivent. « *On continue* », « *j'ai pas de mot d'ordre de « on ferme, vous irez pointer à pôle emploi sans assedic* » [rire jaune]⁵⁸.

Sur CSI 6, la réunion tarde à démarrer car les infirmiers sont affairés à des tâches administratives comme si Henri n'était pas là. Ce dernier attend patiemment, mais rien ne se passe, alors il prendra l'initiative de la parole. Les infirmiers le laisseront parler tout en continuant de vaquer à leurs occupations, allant jusqu'à répondre au téléphone. Seules deux infirmières sur 6 lèveront le regard sur Henri.

- *Henri* : « *Je vous laisse poser vos questions, je vous sens dépitées, ou pas intéressées...* » [Silence] « *Dites-moi !* »
- *Magali* : Qu'est-ce qu'on fait si on n'a pas de repeneur ?
- *Henri* : Certains CSI pourraient être repris, d'autres non... en l'absence de repeneur les services resteraient vraisemblablement Croix-Rouge.
- *Magali* : [silence et sourire narquois]
- *Henri* : « *Je vois que ça vous fait sourire, mais attendez, la patientèle ne nous appartient pas* » « *Oui c'est bien vous qui allez véhiculer le message positif ou négatif [...] vous pouvez être amenées à entendre des bruits de couloir, s'il vous plaît venez chercher l'information à la source.* »
- *Magali* : « *Et les IDE qui sont partis ils vont être remplacés ?* »

⁵⁷ Notes sur Point de situation cession/transfert, CSI4, 22/03/2021

⁵⁸ Notes sur Point de situation cession/transfert, CSI5, 24/03/2021

- *Henri* : En fonction des indicateurs nombre d'actes/ETP. Si l'activité est bonne, on remplace ; si ce n'est pas le cas le poste est gelé jusqu'à redynamisation de l'activité. En dehors de cela, il n'y a pas de gel de poste lié au projet de transfert.
- *Magali* : Et donc ?
- *Henri* : [explications financières longues utilisant le logos gestionnaire] « Bref, on est en dessous du seuil d'activité ; donc en l'occurrence on ne remplace pas. »
- *Magali* : « Il y en aura d'autres... [départs, ndlr] vous verrez »
- *Henri* : Il faut garder une attitude positive, pour regagner et conserver la confiance des collaborateurs ! C'est important !
- *Magali* : « Oui mais on ne va pas pouvoir de toute façon prendre de nouveau soin si on a pas plus de personnel ! »
- *Henri* : [explications financières puis discussion en aparté]

Les infirmières se regardent les unes les autres et soupirent.

- *Henri* : « Mais... je ne vous cache pas qu'on va devoir travailler en mode dégradé.... Dès avril... on a une problématique de recrutement... Même les agences d'intérim ne nous trouvent personne ...et ça c'est une problématique nouvelle ... [l'agence d'intérim] au téléphone, leurs propres infirmières intérimaires demandent leurs relevés d'heures pour partir en libéral... incroyable » !..« Tel jour je ne trouve personne... Tel autre jour il faudra quelqu'un... J'espère qu'on reviendra à la normale en mai... Sauf si... »

Les infirmières regardent en bas, semblent ennuyées.

- *Magali* : « Mais on n'arrive pas à recruter comme ça... Donc c'est nous qui allons devoir le faire le surcroît d'activité... » ... « On va pas pouvoir » ... « Vous ne comprenez pas qu'on ne pourra pas augmenter l'activité en étant le nombre qu'on est, en coupé... c'est un cercle vicieux d'enlever des ETP ».
- *Henri* : C'est la convention collective qui ne permet pas...
- *Magali* : [au téléphone] Quelqu'un connaît [tel endroit] ? C'est où ? [Silence dans la salle, une fois la communication terminée, Magali raccroche] Bon, « et le planning d'avril, on l'aura quand ?! »⁵⁹

Sur CSI 3, l'annonce déchaîne la colère des salariés...

- *Henri* : Voilà, c'est la décision du siège.
- *Magali* : [Bras croisés, sourcils froncés, sur la défensive] « Comment a t-il communiqué ? comment avez-vous eu les informations ? Y a t-il une trace écrite ? » « Pourquoi n'y a- t-il pas de communication officielle ? » « Pourquoi ne sommes-nous pas convoquées ? cela me chagrine un peu ».
- *Henri* : Alors...
- *Magali* [coupe la parole] : « On ne sait pas à quelle sauce on va être mangés ». [cri] « Vous vous rendez compte ! Pour nous !!! Ce que ça fait !! »

⁵⁹ Notes sur Point de situation cession/transfert, CSI6, 26/03/2021

- *Henri* : On est tous dans le même bateau. On a déjà évité la fermeture des CSI déficitaires ! « *C'est peut-être illusoire mais moi ça m'enlève un poids. C'est sûr que c'est pas la panacée, mais au moins ça maintient l'emploi* »
- *Magali* : Mais personne ne voudra nous reprendre si on est déficitaires ! « *Si on avait fermé directement, au moins on aurait été soulagés ! Ca aurait été fait ! on aurait pu passer à autre chose. Là on doit attendre* ». « *Est ce que c'est pas un souhait de la direction de pousser le bouchon, toujours plus, pour nous faire craquer et qu'il y ait moins d'infirmiers* ». « *Il va y en avoir des départs !!!! Mais qui va remplacer !!* » Personne ne voudra venir travailler, « *si les conditions étaient meilleures encore !* » [Magali s'est levée et fait de grands gestes théâtraux] Il faut toujours en faire davantage, mais à quoi bon ? « *Les gens iront voir ailleurs* ». « *Déjà on a 3 IDE en moins en avril !! Comment on va faire !!* » « *On nous demande de rester et de bosser ! Mais dans quelles conditions !!* » ! « *Et pas de reconnaissance* » ! « *Ca fait un an jour pour jour qu'on se bat avec cette saloperie de COVID. Pourquoi l'EHPAD a eu la prime COVID et pas nous* » ?! « *On nous en demande toujours plus... mais l'ascenseur quand est ce qu'il revient !! Il faut qu'on pallie à tout ! A tout, tout le temps, en permanence* » ! [armes aux yeux] « *On ne nous dit pas merci* ». « *Qu'on ferme !! Vous nous demandez à tous !! Si on ferme ça nous arrange ! Plutôt que de nous laisser glander là pendant un an ! C'est honteux de travailler comme ça !! On fait de la merde ! On fait de la merde ! [cri] Tout ! La globalité ! On fait de la merde ! On n'a plus les moyens ! On n'a plus d'énergie !!! Donnez-moi une bonne raison de me casser le cul !!!!!* »
- *Henri* : Pour nos patients.
- *Magali* : « *Pour eux, pour leur bien-être, il faudrait qu'ils se barrent ! Les patients nous le disent ! Barrez-vous de la Croix-Rouge* ». Mais « *ça fait longtemps que si on n'était pas là, la Croix- Rouge n'existerait plus* ».
- *Henri* : Il est important de maintenir l'activité pour être attractifs pour des repreneurs potentiels ; dans un objectif de continuité des soins. Je pourrais quitter le navire aussi mais je reste pour vous soutenir. Il n'y a pas de fermeture de prévue.
- *Magali* : [Rires moqueurs] « *Si !! il y aura fermeture ! Ils n'attendent que ça ! Parce qu'ils n'ont pas les couilles de prendre la décision de fermer le centre* » ! « *C'est pas qu'ils n'en sont pas capables ! C'est qu'ils ne veulent pas te payer tes indemnités* » ! « *Ils ne sont même pas capables de faire une annonce officielle* ». [Rires] « *Ca, c'est de la gestion* » !
- *Henri* : Je vous répète qu'il n'y aura pas de fermeture. On en saura plus... entre septembre et décembre.
- *Magali* : « *Et si il n'y a pas de repreneur ? le délai s'allonge ?* »
- *Henri* : « *J'en sais rien* ».
- *Magali* : « *Vous vous rendez compte de la façon dont on est traités !!!* » « *Là, le siège de la Croix-Rouge décide un transfert, il n'y a même pas de communication officielle du siège !!!!* » « *Ils ne prennent pas les salariés en considération* », « *on applique une convention collective qui n'est absolument pas adaptable à notre profession, on a fait remonter des choses* » ! « *On propose des solutions personne nous écoute [...]* »... On ne reconnaît plus les principes qu'on nous a appris à l'école, ils sont où ? ils servent à

quoi, à part à faire bien ? [Rires] « On nous prend pour des cons » ! « On a jamais eu l'effectif nécessaire pour faire le roulement qui a été pondu » ! « Qui c'est qui est essoufflé, qui c'est qui en peut plus, c'est les soignants » ! » Vous ne pouvez pas comprendre, vous n'êtes pas soignant, vous vous en fichez bien des patients ! vous les traitez comme de vulgaires objets ! [se bascule en arrière et rit à gorge déployée] « On fait un travail de merde » ! « On a pas le temps » ! « On va se planter un jour à force de se presser » ! « C'est pas du soin, c'est de l'abattage » ! « C'est pas aligner des actes être infirmière » ! « La prise en charge globale qu'on est sensés assurer on la fait pas ! » On nous a supprimé les astreintes parce que ça coûtait trop cher et que c'était pas rentable et on a dû refuser des patients « des gens qu'on suit depuis 30ans ! » ...

- Henri : Mais vous comprenez bien que...
- Magali : [Rires] « Il n'y a plus de comprenez bien », « c'est sans fin », « c'est le coup de massue aujourd'hui » ! « Cela ne nous motivera pas à ramener de l'argent, je vous le dis ».
- Henri : « Si on n'a pas une belle mariée, on aura du mal à la marier ».
- Magali : « Bah des fois le divorce c'est pas si mal » ... « on arrive au bout du bout ».
- Henri : « On dirait qu'il y a un passif lourd, le divorce est consommé depuis longtemps ». ⁶⁰
- Magali : Ca suffit. C'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. « On se met en grève ». Dans deux jours il n'y aura aucune infirmière pour assurer les soins.
- Henri : Attention, il y a une obligation de continuité de service ! En plus vous ne respectez même pas le délai de prévenance pour votre grève.
- Magali : « Réquisitionnez-nous ! ».
- Henri : Non on ne vous fera pas cet honneur. Nous allons nous débrouiller. On va demander à des cadres d'autres sites de venir, elles vont faire du tri, garder les soins nécessaires, et on se passera de la bobologie. Ça logera bien en deux-trois tournées. On va rappeler les patients pour déprogrammer leurs soins. On passera les heures qu'il faut à trouver une solution mais on ne vous réquisitionnera certainement pas. « C'est de la médecine de guerre » ⁶¹.

Deux jours plus tard, sur CSI 3...

- Magali : Aujourd'hui, c'est notre jour de grève. On constate que vous avez osé rappeler nos patients, déprogrammer des soins importants ! Vous ne connaissez même pas nos patients, ni leurs problèmes de santé, vous n'y connaissez rien et pourtant vous faites comme si vous saviez mieux que nous. Je suis passée hier au centre, j'ai vu les tournées qui avaient été préparées. N'importe quoi. J'ai dû encore rappeler des patients, tout défaire pour tout refaire. Ils n'y comprenaient plus rien. C'est une honte. Ça m'a mis tellement en colère, que quand la cadre appelée en renfort pour me remplacer m'a contactée pour me demander des transmissions, j'ai refusé de lui parler.

⁶⁰ Point de situation cession/transfert CSI3, 17/03/2021

⁶¹ Journal de Bord, 14/03/2021

Je n'en avais pas envie⁶². Puisque vous savez tout, Henri, vous vous débrouillez. Je lui ai écrit une lettre :

« Je ne t'ai pas téléphoné car le temps que j'aurais passé en transmissions (1h) ce dimanche ne sera pas pris en compte et il ne doit pas réduire la charge de travail d'un jour de grève. Nous avons déjà passé beaucoup de temps ce week-end à ajuster les tournées que vous aviez « organisé », à répondre au téléphone aux patients que vous aviez contacté, et qui nous rappellent car les explications fournies n'étaient pas claires pour eux donc j'estime que ça suffit. Tout ce qui est noté sur la tournée doit être fait. On ne peut pas le reporter. Tu as 28 patients ce qui correspond à une tournée légère pour un lundi. Je t'en ai rajouté 3 [...] je n'ai pas pour habitude de laisser ma tournée avec ces quelques explications mais tu devrais y arriver. »

- *Henri* : Je n'y connais peut-être rien, mais 28 patients, ce n'est pas une tournée légère, et pourquoi en avez-vous rajouté encore ? Qu'est-ce que vous cherchez à démontrer au juste ?! En plus, IDECC a dû passer derrière vous car vos cotations n'étaient pas correctes.
- *Magali* : *« Vous êtes venus samedi pour travailler sur les tournées parce que c'était le bordel !! Et là, pourquoi on nous corrige les cotations pour nous dire que c'est pas bien !! A n'importe quel moment pourquoi on ne nous dit pas merci, c'est déjà bien ce que vous faites les filles » ?!* *« On est fatiguées, on en peut plus, on est toujours là »*⁶³ !
- *Henri [en aparté]* : *« J'ai du mal à comprendre... Elles critiquent toujours la Croix-Rouge, mais quand on dit que ça va changer, c'est la passionaria ». « Le plus étonnant c'est l'inertie... vous avez 5 ou 6 personnes en face de vous, elles ne disent rien.... IDE7CSI3, elle est un peu leader, très impliquée mais assez émotive... elle a dit calmement « je fais faire grève » les autres ont suivi. Il y en avait deux qui étaient dans la recherche de solution pour s'organiser. Mais ça n'a pas suivi, le mouvement a pris le dessus ». « J'en peux plus... j'ai passé la journée à vomir... j'ai toujours été là, dans ma posture de manager... mais là je faillis... je reçois toutes ces émotions négatives, toujours des reproches, j'essaye de faire au mieux... mais c'est trop tard. Depuis le COVID, j'ai encaissé. On a fait un questionnaire pour voir ce qu'elles pensaient de la gestion de crise. J'ai été visée personnellement. Elles ont dit : on ne veut pas travailler avec un responsable qui n'est pas soignant ... c'est dur. ». Ce qui me frappe le plus, c'est leur « mutisme... elles restent sans voix.... Comme si elles étaient résolues. Pas de colère. Pas de réaction vive. [...] Autant avant cette décision, les réactions étaient très virulentes... autant maintenant que l'annonce est faite, il y a un calme surprenant ». « J'ai l'impression qu'il n'y a même pas eu de surprise... » « Ce qui angoisse les équipes c'est qu'on n'ait pas d'info, qu'il n'y ait pas de repeneur potentiel ». Ceci dit, « j'ai l'impression que ça les a ressoudées... ». De mémoire d'Henri, on n'a jamais connu pareille situation ! Hier, une des cadres qui est venu les relayer pendant leur journée de grève est passée les saluer. Elles n'ont pas répondu. Quand elle est repassée, toutes les portes de la salle des infirmières, jusqu'ici ouvertes, étaient fermées. Elle m'a dit qu'elle trouvait ça très injuste car la veille elle les avait aidées. « Mais peut-être n'étais ce pas ce qu'elles voulaient ». Et après tout, « les infirmières*

⁶² Journal de Bord, 15/03/2021

⁶³ Notes sur Point de situation cession/transfert CSI3, 17/03/2021

*sont responsables de leur devenir... si elles décident de se saborder nous n'aurons pas de repreneur », on aura fait ce qu'on a pu*⁶⁴.

- *Magali* : On ne sait plus quoi faire pour que tu nous écoutes, Henri. On a fait appel à la presse. Ils m'ont interviewé, et dans un journal régional est paru un article titré : « *Au sein de la Croix-Rouge, le projet de cession des centres de soins infirmiers inquiète les salariés et les syndicats* ». Il y a même eu un reportage télévisé sur France 3. J'ai parlé des rumeurs de licenciements massifs, de fermeture des centres.
- *Henri* : Vous avez dit des mensonges ! On n'a jamais parlé de licenciement. On en est pas encore à la fermeture des centres. Pour qui passe-t-on ! Voulez-vous définitivement couler vos centres ?! « *C'est pathétique...* »
- *Magali* : Ne vous inquiétez pas... vos suppôts - des administratives pour la plupart- ont fait une lettre... pour protester contre l'article... Ils l'ont signé et vous l'ont envoyé. Voyez votre cour- ou les gens qui veulent protéger leur emploi en cas de plan de licenciement ! Ils ont eu le culot de me dire qu'on avait parlé au nom de la Croix-Rouge sans les consulter ! Qu'ils veulent juste te dire leur désaccord. Mais « *c'est une dictature !* », « *un complot ourdi par [toi]* ». Tu as formaté le personnel signataire de la lettre !⁶⁵ Toi qui détourne des fonds, on en est certains, sinon pourquoi déploies-tu autant d'énergie à cacher les chiffres qu'on te réclame régulièrement ?
- *Henri* : Puisqu'on parle de chiffres, je tiens à souligner la problématique du retard de facturation. Il faut s'activer !!! Au siège, on m'a reproché des factures à établir en constante augmentation, que je m'étais pourtant engagé à faire diminuer. Alors fini de rigoler, on va « *piloter les outils* ». Vous ne faites pas les DSI/BSI⁶⁶, ou il manque encore des éléments pour facturer. Il y a un sérieux manque d'investissement de votre part dans le process facturation, et un manque de pilotage des IDEC.
- *Magali* : « *Ça ne marchera pas* »⁶⁷.
- *Henri [en aparté]* : Ça devient vraiment difficile de communiquer, « [en CSE, *ndlr*] ils sont dans l'émotion, on ne peut pas s'exprimer c'est hallucinant ! Mais [on] les a bien mouchés ! » « *C'est une dictature bananière ! ils ont voulu se payer la tête des cadres* »⁶⁸.

V.1.3. Le nouement (avril 2021- ...)

Avril 2021

- *Henri* : On en est aujourd'hui à un an et demi de retard sur les DSI. Ce sont des soins non facturés, de l'argent qui dort. Les problématiques de gestion des ordonnances ne

⁶⁴ Journal de Bord, 16/03/21

⁶⁵ Journal de Bord, 02/04/21

⁶⁶ Bilan de soins infirmiers : un outil administratif de valorisation des soins infirmiers par groupe homogène de patients mis en place progressivement à partir de 2020 en remplacement de la DSI

⁶⁷ Journal de Bord, 23/03/21

⁶⁸ Journal de Bord, 02/04/21

sont pas réglées, loin de là. Encore aujourd'hui, des soins sont réalisés sans ordonnance et donc ne sont pas facturés ! Sur CSI 6, le ton est monté hier, pour une question d'ordonnance demandée au médecin traitant depuis décembre 2020 ! C'est de l'exercice illégal de la médecine que vous faites Magali, vous engagez votre responsabilité personnelle !

- *Magali* : C'est facile de nous dire ça, Henri. Il y a eu une réforme il y a quelques mois, avec les BSI [de nouvelles modalités de facturation des soins infirmiers, *ndlr*]. Vous n'avez pas été capable de nous accompagner là-dessus, on a dû se débrouiller, et ça aussi ça prend du temps. « *On est pas assez nombreuses pour rattraper le retard* », « *on n'arrive pas à se dégager du temps pour le faire, si on fait des heures supp on se fait taper sur les doigts* ». Alors on court, et parfois on est en retard chez les gens et ils nous engueulent. Mais « *il faut qu'ils comprennent ce qu'on vit. On est une profession précieuse. Quand c'est le médecin qui arrive en retard, ils ne râlent pas, ils disent merci, et s'il ne passe pas, ils disent le pauvre, il a trop de boulot. Nous on n'a pas trop de boulot, haha.* ». C'est injuste, « *on n'est pas reconnues pour ce qu'on fait* ». « *La charge mentale, [...] on l'a tous les jours... mais depuis quelques temps, c'est insupportable [...] depuis le COVID ; il faut toujours penser à tout, mais il n'y a pas que ça, c'est l'organisation...* ». On court partout. « *Il faut trouver d'autres solutions d'organisation* ».
- *Henri* : Il faut surtout que vous arrêtiez de prendre n'importe quels patients. Il faut faire des choix rationnels. Si les patients sont trop loin, ou que les soins ne sont pas cotables, il ne faut pas les prendre, c'est tout.
- *Magali* : On ne peut pas faire ça. On fait des heures supp mais on ne le note pas, voilà ce qu'on fait. « *La SPA⁶⁹ c'est comme la Croix-Rouge française, c'est du bénévolat ! haha* ». Il y a une dizaine d'années, on ne nous demandait pas ça, de surveiller les factures, les cotations, de penser à la rentabilité et tout. « *Les gens le disent... ils choisissent la Croix-Rouge parce que c'est gratuit...* ». On ne peut pas refuser les gens parce qu'ils comptent sur nous, il y a des soins que personne n'accepte, à part nous. Il y a quelques jours, on m'a contacté pour une administration de gouttes oculaires, je sais qu'on ne doit pas accepter car ces soins ne sont pas reconnus par la NGAP et donc pas facturables. Mais j'ai pris sur moi et j'ai accepté de prendre en charge la personne. « *Je l'ai fait parce que j'étais la 8^e infirmière que la dame appelait et personne ne voulait le faire* ». Elle n'avait aucun autre choix, on ne peut pas la laisser comme ça sans soin ! Pour moi être infirmière, c'est penser d'abord au patient, organiser une prise en charge globale, tout faire pour lui, pour son bien-être et sa santé, y compris la toilette. Maintenant il faut choisir ses soins sur des critères de rentabilité, et déléguer les soins d'hygiène aux aides-soignantes, parce qu'on n'a pas le temps. Ce n'est pas ce qu'on apprend à l'école. « *A l'époque je ne voyais même pas comment on pouvait déléguer* ». A l'école on a aussi appris à travailler sur l'autonomie du patient. Mais si on le rend autonome, excusez-moi mais on perd un client, et puis ça prend du temps, alors on fait à la place, c'est plus rapide pour nous aussi... Mais c'est pas très satisfaisant tout ça. Du coup, « *on tracte les patients... c'est lourd, c'est fatigant* ».

Le silence est pesant dans le local infirmier, toutes les portes sont désormais fermées, et une étincelle suffit pour que certains professionnels laissent éclater leur colère.

⁶⁹ Société Protectrice des Animaux

- *Magali* : Je te raconte pas l'ambiance à CSI1. IDE3CSI1 a hurlé sur la secrétaire, il a aussi hurlé sur l'IDEC. Et quand ça ne hurle pas, le silence est vraiment pesant. 4 collègues ont démissionné ce mois-ci. Les IDEC jonglent avec les plannings, il y en a même une qui a donné sa démission. J'en ai assez de voir mon planning changer, hier j'ai préféré faire les tournées seule⁷⁰. Et en plus de tout ça, on nous demande de faire des vacations vaccination. Encore du travail en plus sans rétribution. « *Les libérales elles se font 220€, pourquoi pas nous ?* » Nous, on n'y gagne rien de plus, juste notre salaire habituel. La différence de salaire devient trop injuste. L'adjointe au maire de CSI4 est même venue me voir pour me dire : « *la Croix-Rouge vous exploite ! Elle se fait des sous sur votre dos !* »⁷¹.
- *Henri* : « *Quelle conne !* » Les deux situations ne sont pas comparables ! L'employeur, il me semble, dispose de son salarié comme il veut sur son temps de travail ! « *La Croix-Rouge, en l'occurrence c'est moi, elle dit que j'exploite les infirmiers, c'est de la diffamation !* » « *Puisque c'est comme ça, ils vont se démerder, on ne fera plus de vacations vaccination.* »

Du côté gestionnaire, la tension est palpable. Du fait du manque de personnel infirmier disponible, des tournées de soins ont dû être supprimées. Les patients ont été invités à chercher un autre cabinet infirmier, et une liste des professionnels disponibles sur le territoire leur a été transmise par Henri. Une ancienne infirmière qui a démissionné de la CRf pour ouvrir son cabinet libéral s'est plaint de ne pas y figurer, ce qui met Henri en très colère.

- *Henri* : « *Je suis hors de moi !! elle en est capable [de porter plainte devant l'ordre infirmier, ndr] tellement qu'elle est conne !!* » « *Des connasses* », « *je suis excédé !! J'ai des couleuvres à avaler !* ». « *J'ai pétié un câble ce matin* » « *je me suis lâché* ». Elle me parle de concurrence déloyale alors qu'elle s'est barrée avec la patientèle. « *Elle aurait été en face de moi je l'aurais frappée !!* », « *heureusement qu'elle était pas en face de moi* »⁷².

C'est dans ce contexte de tension que sont présentés les résultats d'un nouvel audit commandité cette fois ci par le CSE suite à de nombreuses alertes sur les conditions de travail.

- *Magali* : Ce qui nous frappe, c'est le taux de *turnover*. On le savait, mais là, les auditeurs eux-mêmes le soulignent. Ils annoncent une année de transition « *anxiogène* » avec « *une volonté de maintenir l'activité de chaque CSI pour préparer le transfert, des questionnements des professionnels de santé sur l'avenir des CSI, des départs massifs sur certaines structures avec des tensions sur la charge de travail* ». « *Certains salariés sont partis car certains secteurs n'allaient plus être pris en charge par la Croix-Rouge* », les déclarations dans le journal, le reportage télévisé, tout cela a fait peur. Vous avez constaté qu'on n'avait plus d'argent. Partant de la baisse des recettes, une réduction des dépenses a été exigée, mais les outils mis en place n'ont pas été efficaces et adaptés à la situation : ils n'ont pas suffi à réduire les dépenses. Une baisse des effectifs a alors été réalisée, notamment au niveau des

⁷⁰ Journal de Bord, 20/04/21

⁷¹ Journal de Bord, 22/04/21

⁷² Journal de Bord, 20/04/21

postes administratifs. Nous ne sommes pas d'accord avec ces mesures « *émanant d'un encadrement instable et déconnecté du terrain* ».

- *Henri* : Je reconnais qu'effectivement, « le corps encadrant peut avoir des difficultés à percevoir les difficultés du terrain ».
- *Magali* : Le ressenti des salariés n'est pas pris en compte, il est source de départs, et ces départs eux-mêmes génèrent des malaises. Il n'y a pas de communication, depuis le début du projet de cession transfert on ne nous dit rien, on nous laisse comme ça. Sur CSI 3, il ne reste plus que 5 IDE, sur 11. Les tournées ont été réorganisées, la patientèle diminuée, « *mais les infirmiers se voient découvrir en faisant les soins : des patients en pleurs, en stress après une annonce par téléphone de l'arrêt des passages au 1er mai, sans qu'eux, les infirmiers, soient prévenus. Les infirmiers restant sur ce site se sentent désabusés et ne sont pas mis dans la boucle des nouvelles réorganisations de services. Les infirmiers démissionnaires sont pointés du doigt sans qu'aucune remise en question ne soit effectuée. Toutes les décisions ne sont pas prises en équipe ce qui est un regret de l'ensemble du personnel. Les infirmiers et les secrétaires sont face à des décisions prises unilatéralement par la hiérarchie sans avoir pensé aux conséquences pour les salariés. Les infirmiers doivent faire face à cette détresse par surprise. Alors que leur discours était au début de rassurer les patients sur une cession ou un transfert sans arrêt des soins.* » Une grande partie de la patientèle a été donnée sciemment aux IDEL sans laisser le temps d'un recrutement au préalable. Il y a donc à notre sens une stratégie délibérée pour vider les CSI. Pour CSI 3, le mal est fait, c'est trop tard pour sauver ce centre. Je dénonce « *des agissements et ce manque de communication en amont* ». Je vous alerte « *sur la survie des autres centres* ». On nous promet des remplacements, mais rien ne vient, nous restons chroniquement en sous effectifs. Et puis ensuite on nous dit qu'en fait, on ne recrute pas ! Nous ne nous sentons pas soutenus, pire, Henri, vous vous servez de nous pour justifier votre stratégie, vous nous pointez du doigt comme étant responsables de tout ce bazar. Il y a « *une communication Croix-Rouge auprès des patients qui pointe le départ des infirmiers comme étant la cause des difficultés, faisant porter une responsabilité sur les infirmiers qui n'est plus acceptable ; que les salariés apprennent des informations sur la réorganisation des CSI par les médecins, par les patients ou sur leurs outils dématérialisés sans avoir eu de communication directe en amont* ». Il faut améliorer la communication, ce n'est plus possible. Les professionnels qui restent sont épuisés ! on doit former des nouveaux professionnels tout le temps, on travaille en dégradé, il y a de plus en plus d'arrêts de travail. Henri, vous nous demandez toujours de faire de l'administratif, des facturations, mais dans ce contexte, on ne peut plus ! On ne peut plus pallier au manque d'infirmières et de secrétaires ! Il y a deux ans il y a eu une enquête QVT⁷³, avec des conclusions, mais c'est de la poudre aux yeux, rien n'a été fait. En atelier QVT, on s'est exprimés sur notre malaise, et nos propos ont été utilisés pour nous desservir. Vous nous aviez promis un tableau de bord pour nous expliquer les finances, les auditeurs le recommandent aussi, pourtant on a toujours rien, on le demande depuis des mois ! Je vous rappelle quand même en passant, qu'on a toujours pas le Ségur, et malgré les différentes propositions qu'on a fait, on n'a même pas d'espoir de prime ou quoi que ce soit. Comment veux-tu

⁷³ Qualité de Vie au Travail

que les professionnels ne partent pas dans ce contexte ? Il faut mettre en place des mesures pour recruter, sauver les CSI, attirer les salariés, c'est urgent !⁷⁴

- *Henri* : [silence]. [Puis, en aparté] : « Je suis devenu la bête à abattre dans tout le 87... Ils vont quand même relativement loin... heureusement je suis pas sur site, je veux bien cristalliser leur haine ». « C'est dur... des fois on se demande pourquoi on se bat »⁷⁵.

Mai 2021

- *Henri* : « C'est difficile... On travaille à la réorganisation... Des plâtres sont en train d'être essuyés ». Les agences d'intérim n'arrivent pas à pourvoir les besoins, je m'inquiète beaucoup. Mais à l'hôpital local, c'est pareil, de toute façon, personne n'arrive à recruter. Je ne comprends pas vraiment ce qui se passe. Je vais prendre contact avec la médecine du travail.
- *Magali* : « Vu les suppressions de poste je sais pas comment on va pouvoir continuer d'assurer ! »
- *Henri* : « Je corrige ce ne sont pas des suppressions de poste mais des infirmières qui ont démissionné, certes au regard du contexte, mais attention aux termes employés ». « Il n'est pas question de suppression de poste mais de démission et de réorganisation en fonction. »⁷⁶ Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. Mais quand même, ce n'est pas sérieux. Sur CSI 3, on est passé de 11ETP à 4.7, et sur CSI 6, de 4 à 0 ! Sur CSI 6, les infirmières se sont mises simultanément en arrêt....
- *Magali* : Savez-vous pourquoi ? Elles voulaient simplement être informées des changements d'horaires de travail et du projet de réorganisation qui mijotaient. C'est anxiogène, on entendait des bruits de couloir et on ne savait rien. Alors elles ont demandé qu'on leur communique des informations, ce qui me semble légitime. « La hiérarchie n'a pas donné une suite favorable à cette demande et la totalité des salariés du secteur ont ensuite été en arrêt maladie [...] rendant impossible la continuité des soins dans les conditions de qualité et de sécurité attendues ».
- *Henri* : Elles n'ont pas eu ce qu'elles voulaient comme elles le voulaient alors elles se sont délibérément mises en arrêt. Je constate un sérieux manque d'implication des équipes, notamment sur le travail administratif. J'ai toujours été en « transparence sur les objectifs pour atteindre l'équilibre financier mais les équipes de CSI 6 n'étaient pas dans cette dynamique de relance », il y avait de « grosses difficultés d'implication ». Maintenant, on a perdu toute l'activité de ce secteur et le chiffre d'affaires qui va avec, qu'on a offert aux libérales. De toute façon, en réalité, il n'y avait pas grand chiffre d'affaires vu que, comme d'habitude, il manquait des ordonnances, ou elles n'étaient pas à jour, bref il n'y avait pas ce qu'il faut pour facturer⁷⁷. Et en plus on ne pouvait plus faire les vaccinations par manque de personnel, dommage parce que ça payait bien. Je vous rappelle aussi que quand vous vous mettez en arrêt, on continue

⁷⁴ CSEE 23/04/2021 :

⁷⁵ Journal de Bord, 28/04/21

⁷⁶ Journal de Bord, 04/05/2021

⁷⁷ Plen CSE, 27/05/2021

de payer les charges. Ceci dit, je vous ai présenté la nouvelle organisation, vous ne pouvez pas dire le contraire.

- *Magali* : Vous avez réaménagé tous les plannings sans nous en parler, on a été mis devant le fait accompli, la nouvelle organisation a bien été présentée en CSE⁷⁸ mais *a posteriori* ! Les changements de planning sont toujours aussi récurrents, on ne nous demande jamais notre avis. On n'a pas de reconnaissance⁷⁹. Côté financier, toujours pas de Ségur à l'horizon, tu ne fais pas d'effort pour nous, et côté non financier, c'est pareil. ⁸⁰ « *Le merci ça vient pas tout le temps, on nous laisse pas le choix. Je pense que ça serait mieux si on nous demandait ou si on nous expliquait.* » ⁸¹. On est fatiguées, on en a marre de travailler en dégradé. La qualité des prises en charge se dégrade, la Croix-Rouge a une mauvaise image et les patients partent.⁸²
- *Henri* : Bref, il a bien fallu qu'on trouve une solution pour les patients, on n'avait pas de remplaçant, personne sous la main, donc on a donné la patientèle aux libérales ! Et quand elles ont appris ça, les filles qui étaient arrêtées, elles ont donné leur démission⁸³. On m'accuse d'être responsable de tout cela, en plus ⁸⁴. Mais je vous assure, si on n'a pas renouvelé l'effectif, c'est bien par contrainte. C'est la situation que je viens de vous présenter : elles se sont mis en arrêt, il n'y pas eu de candidature sur les postes infirmiers ouverts au recrutement, on a dû se séparer d'une partie de la patientèle, et puis ensuite, on n'allait quand même pas recruter alors qu'il n'y avait plus de patient. Donc plus d'activité sur ce centre, mais je le dis et le répète, ce n'est pas notre volonté, c'est une conséquence des agissements des infirmières.
- *Magali* : Voilà « un constat accablant pour la situation ». Nous ne vous croyons pas, Henri. « *Comment [pouvez-vous] affirmer que [vous avez] tout mis en œuvre pour rechercher des remplaçants pour les démissionnaires sans que les annonces pour ces postes ne soient passées ?! Quand on veut tuer son chien ne dit-on pas qu'il a la rage !* ». Si vous continuez comme ça, il n'y aura bientôt plus rien ! Que vont devenir les autres centres ? « *Les autres sites portent la bannière du cercueil du CSI de CSI 3 !* ». Vous avez coulé CSI 3, et vous avez fait la même chose à CSI 6, la même stratégie est à l'œuvre ». « *C'est dommage, des centres qui fonctionnaient bien...* ». « *Concernant le transfert, l'annonce de celui-ci sans repreneur ne pouvait que susciter un vent de panique auprès des salariés, nul besoin d'être dirigeant pour le comprendre. N'était -ce pas voulu ? Ce qui se passe était prévisible et interroge de fait sur les motivations qui ont conduit à des choix stratégiques aussi désastreux : incompetence ou machiavélisme ? Déstabiliser les salariés jusqu'à les faire démissionner peut-être une stratégie payante pour la Croix-Rouge afin d'éviter d'avoir à verser d'éventuelles indemnités de licenciement faute de repreneur. Les démissions sont un ménage qu'il n'y aura plus à faire* ». Ça fait des années que les conditions de travail sont misérables et les salaires trop faibles, on n'a pas arrêté de le dire. Mais les événements récents

⁷⁸ Comité Social et Economique

⁷⁹ Plen CSE, 27/05/2021

⁸⁰ CSEE, 06/05/2021

⁸¹ Journal de Bord, 26/05/2021

⁸² Plen CSE, 27/05/2021

⁸³ Journal de Bord, 12/05/2021

⁸⁴ Journal de Bord, 04/05/2021

ont accéléré la décadence, et jamais on a été écoutés⁸⁵. Il n'y a pas de temps de communication et d'échange⁸⁶.

- *Henri* : J'ai bien entendu vos émotions, je suis à votre écoute, je vous assure qu'il n'y a pas de rupture de dialogue ! Si ça ne va pas, vous pouvez contacter les psychologues, je vous ai transmis leurs coordonnées.⁸⁷
- *Magali* : On n'appellera pas, c'est sûrement encore une stratégie contre nous. On ne vous fait plus confiance, on ne fait même pas confiance à ce cabinet psy, même s'il est extérieur à la Croix-Rouge. Le simple fait qu'il soit mandaté par vous suffit à ce qu'on se méfie. On ne supportera pas une deuxième trahison, après ce que nous avez fait avec la QVT Ces ateliers, c'était juste pour nous faire parler et retourner nos propos contre nous ! « *On s'est foutus de nous ! on s'est servis de nous ! on a plus confiance* » ! « *On aurait ce genre d'échange maintenant, plus personne n'oserait parler. Tout le monde se méfie de tout le monde maintenant* »⁸⁸. « *les gens n'ont plus confiance* », « *il y a suspicion... les gens n'osent pas contacter la médecine du travail... il y en a une qui est partie... elle ne pouvait plus voir la Croix-Rouge...* ». Je ne pense pas que tu vous vous rendiez compte de la situation... Les gens sont tellement mal, ils se mettent en arrêt, ils ne peuvent plus travailler comme ça. « *Les gens sont très en colère...* » ! « *C'est difficile, très difficile... il y aura une autre vague de départs* »⁸⁹.
- *Henri* : De toute façon, « *on m'accuse de tout... je suis responsable de ..., de la COVID, de tout* »⁹⁰.
- *Magali* : Vous n'avez pas l'air de comprendre ce qu'on vit, nous, les rescapés. « *Nos responsables ne sont pas des soignants, c'est compliqué, ils ne connaissent pas la réalité du terrain* »⁹¹. Même quand on est en difficulté, qu'on signale des événements indésirables on n'a pas de retour⁹². Henri, vous avez réorganisé sans consulter « *les rescapés* ». Sans consulter ceux qui sont sur le terrain. Vous vous êtes permis de contacter nos patients sans nous le dire. C'est nous qui avons dû « *faire face sans avoir d'information officielle, faire face aux patients découvrant et apprenant par téléphone l'arrêt des soins au 1^{er} mai en allant chez les patients pour réaliser les soins, parfois même pendant la réalisation des soins. Il a fallu gérer la détresse des patients, gérer sa propre émotion tout en restant professionnelle face à ces patients. Il y a eu des patients en pleurs, des soignants en pleurs. Quand vous avez votre équipe mal dans la matinée face à des appels et que vous ne venez pas voir les salariés... Quand un simple appel engendre autant de dégâts, il est bien de remettre en question les pratiques. Et il n'y a pas que les gens appelés : quand pour une simple prise de sang, vous devez expliquer pendant 15min les décisions de la hiérarchie sur les coupes des secteurs. Une personne appelée ce n'est pas une personne prévenue, c'est des dizaines par le bouche à oreille. Les personnes ont aussi des familles sur les autres*

⁸⁵ CSEE, 06/05/2021

⁸⁶ Plen CSE, 27/05/2021

⁸⁷ CSEE, 06/05/2021

⁸⁸ Journal de Bord, 26/05/21

⁸⁹ CSEE, 06/05/2021

⁹⁰ Journal de Bord, 04/05/21

⁹¹ Journal de Bord, 26/05/21

⁹² Plen CSE, 27/05/2021

secteurs de la Croix-Rouge française et sont aussi inquiètes pour leur famille »⁹³. Bref, « on est des pions »⁹⁴. On change tout le temps notre planning, on fait des heures supp car on ne peut pas finir nos tournées sinon. Sur CSI 4 la situation est vraiment tendue, les infirmières sont fatiguées. Est-ce le prochain CSI sur la liste des sacrifiés ? Et pour ne rien arranger, malgré toutes tes promesses de transparence sur les chiffres, on déplore toujours qu'ils nous soient encore et toujours cachés.

Jun 2021

Les élus du CSE ont alerté la direction régionale de la CRf ainsi que le département QVT national ainsi que la médecine du travail sur la dégradation des conditions de travail, suite à des propos suicidaires tenus par une salariée (fort heureusement il n'y a pas eu de passage à l'acte) et à de nombreux arrêts maladie sur les CSI.

- *Magali : « Il y a sur les centres un tel mal-être... il y a même des personnes qui ont évoqué des idées suicidaires... ». « La détresse des gens est tellement importante ». Et entendre les idées suicidaires d'une collègue, c'est horrible, on ne sait pas gérer ça ! Les patients, encore, on est formées, mais alors les collègues⁹⁵... L'une de nous a dit « y plus qu'à se jeter par la fenêtre ». La situation est très grave et vous ne réagissez pas. Alors on a fait mandater un cabinet externe pour faire un diagnostic QVT.*
- *Henri : Vous avez sorti des propos de leur contexte, vous les avez déformés et amplifiés ! Elle « disait ça comme ça » !*
- *Magali : On a essayé de vous joindre pour vous alerter, mais on n'a pas eu de réponse ! Alors on a alerté la direction régionale.*
- *Henri : Oui, effectivement, j'ai été rappelée par la direction régionale. C'était le premier jour de mes vacances ! Vous avez « bousillé mes vacances » ! [en aparté] « Je suis dégoûté, en plus ils sont payés par la CRf pour faire chier le monde ! »⁹⁶.*

« Les équipes sont au bord de l'implosion »⁹⁷. C'est dans ce contexte pour le moins tendu que le siège national CRf fait parvenir le communiqué suivant, qui mettra le feu aux poudres :

« Au vu de l'évolution des réflexions en cours sur la stratégie 2021-2025, il a été pris la décision suivante : Nous suspendons le projet envisagé dans l'attente de la validation de la nouvelle stratégie 2021-2025 en septembre 2021 dans l'intérêt des collaborateurs de la CRf. Cette suspension permettra d'envisager un nouveau projet pour les CSI avec de nouvelles perspectives de développement CRf ou en association avec d'autres partenaires. En conséquence de quoi, nous réaffirmons maintenir notre engagement en faveur du développement des CSI et avoir un regard attentif sur l'ensemble des projets qui seront présentés aux instances nationales CRf. Nous nous engageons par ailleurs à continuer et multiplier nos efforts de communication et d'influence pour une extension du Ségur aux métiers

⁹³ CSEE, 06/05/2021

⁹⁴ Journal de Bord, 26/05/2021

⁹⁵ CSEE, 06/05/2021

⁹⁶ Journal de Bord, 01/06/2021

⁹⁷ Journal de Bord, 14/06/2021

et structures oubliés et avons conscience de l'iniquité de traitement actuelle subie par certains professionnels de notre association. ».

- *Henri [en aparté] : « Je suis scotché, je n'ai pas de mot, je ne sais pas comment on va pouvoir accompagner ça, on a déjà eu des démissions, des arrêts, ça va finir d'enfoncer le clou », « pour les salariés qui le vivent c'est insupportable... ». On nous demande de relayer cette information en local, mais c'est scandaleux ! On prend les salariés en otage et nous on se retrouve dans une position très inconfortable, dans un contexte de climat organisationnel déjà très dégradé ! On nous dit qu'il n'y a pas de revirement, que la stratégie est la même, on nous demande de rester positif ! C'est une annonce qui se voudrait positive ?! La communication du siège n'est pas claire, les informations arrivent de façon disséminée, franchement on se demande ce que ça cache. On a des CSI qui sont sans activité, sans infirmière, qu'est-ce qu'on en fait ? On n'a pas de réponse ! Tout ce qu'on nous martèle c'est qu'il faut essayer de maintenir l'activité le plus possible, de regarder vers l'avenir, de trouver de nouveaux moyens pour recruter et faire de l'activité. « C'est du foutage de gueule, c'est cynique, on se moque de nous, on nous brandit comme des boucliers ». « En fait je trouve ça très violent pour nous, salariés de la Croix-Rouge, managers, et pour les salariés. C'est une autre sphère, un siège à paris, très coupé des équipes de terrain, et le malaise que j'entends, de mes CSI, elles souffrent d'un manque de sens, depuis des années, eh ben ça illustre bien l'état d'esprit des salariés, désabusés ou dans une défiance ». « On a mis le feu aux poudres ! Quel intérêt d'informer si tôt les équipes, pour changer d'avis ensuite ! ». En plus de ça, la manœuvre cause des déficits abyssaux... On a des centres vides de personnel, avec des charges qui courent... Les syndicats disent que la Croix-Rouge attend la mort douce et lente des CSI, avec leurs effets d'annonce contradictoires qui poussent les salariés à la démission et vident les centres par manque d'activité. J'en arrive à penser la même chose... Et il y a le contexte des élections avec les présidentielles Croix-Rouge qui arrivent... ça ne bougera pas avant des mois ! Comment tenir ? Une seule chose est sûre, c'est qu'« on va au devant de grosses grosses problématiques »⁹⁸.*

Henri lit le communiqué à Magali.

- *Magali : « Cette suspension est due à l'élection du nouveau président ! » On est épuisés, on se démène pour rien, comment y croire encore et faire confiance dans ce contexte ?*
- *Henri : Soyons positifs ! « Il faut continuer à faire vivre les CSI pour qu'il y ait des actifs à transférer, il faut rester attractif ».*
- *Magali : Reste-t-il vraiment quelque chose à sauver ? Je ne crois pas, c'est trop tard. A coup sûr, ils ont fait cette annonce à l'approche des congés d'été afin d'éviter l'hémorragie. Pour profiter tranquillement de leurs vacances, sans penser aux conséquences sur nous, les soignants.*
- *Henri : Ne perdez pas espoir, il faut se battre, il faut maintenir et développer l'activité des CSI !*
- *Magali : « Les membres de la direction tiennent ce même discours depuis des mois : il faut se battre ». Mais on en peut plus. « Je suis en train de sombrer depuis 1 an et*

⁹⁸ Journal de Bord, 08/06/2022

de mi », « des collaborateurs avec 20 ou 30 ans d'ancienneté démissionnent ». On a plus la force de se battre. Et vous ne vous êtes jamais battus pour nous. Vous laissez baisser l'activité.

- *Henri* : Soyons patients, nous aurons probablement des nouvelles à la rentrée.
- *Magali* : « C'est ridicule, voire malhonnête, on n'a pas de plan social, comment pouvez-vous faire cette annonce ? les salariés sont ballotés depuis mars, maintenant il faut attendre septembre. Tous les salariés sont en souffrance. Quel est le but pour le personnel soignant [...] Où sont les valeurs de la Croix-Rouge ? comment les salariés vont-ils entendre ça ? On annonce quelque chose qui n'existe pas, le siège fait une annonce vide qui n'a pas d'intérêt ». « Les démissionnaires se sont protégés, avant de partir, ils ont fui. Les arrêts maladie sont liés à la peur de faire une erreur dans un contexte de cession invivable. »
- *Henri* : Je vous garantis qu'il n'y a pas d'intention malveillante.
- *Magali* : Voilà ce qu'on vit : « trahison, mal être... les salariés n'ont plus confiance, ils sont détruits. Pour l'instant, quelques salariés recherchent encore de l'aide sans vraiment la trouver. La détresse des salariés n'a pas l'air de toucher les dirigeants. Comment faire pour qu'ils s'intéressent à ce qui se passe dans les CSI ? Les patients aussi s'interrogent sur l'avenir des CSI ». « Les salariés sont détruits et ne veulent plus être détruits [...] le prendre soin est où ? »⁹⁹
- *Henri* : ...
- *Magali* : En attendant, on a peur ! Quand on voit ce qui se passe sur certains CSI. L'autre jour, la collègue, elle était en larmes¹⁰⁰ ! Mais on est là pour nos patients !! Dans ce contexte, « on a l'impression de faire du travail de merde » ! Mais malheureusement, « c'est pas qu'une impression, on fait de la merde ! » « C'est pas possible de travailler comme on le fait, c'est pas du travail, on jette les patients ». Vous voulez du concret, Henri ? Sur CSI 4, on a un patient en fin de vie, on ne peut pas le mettre sous pousse seringue électrique pour soulager sa douleur et le laisser partir en paix, car cela implique une astreinte de surveillance, astreinte que vous avez supprimée car cela coûtait trop cher ! On est sa seule famille à ce patient, il a des photos de nous dans sa chambre ! On a demandé de l'aide à l'HAD, mais il n'y a pas de personnel disponible. Alors on fait ce qu'on peut mais c'est pas du bon boulot. Le patient il souffre. Et nous avec. « Je sors de chez lui je suis vidée, j'ai l'impression d'y avoir passé six heures. » Personne ne nous aide. On se sent complètement abandonnées par la hiérarchie. Chaque CSI garde précieusement ses infirmières, on ne partage pas, il n'y a plus d'entraide. C'est la guerre, et chacun essaye de préserver ses ressources. Voilà la réalité, ce qu'il se passe sur le terrain pendant que vous tergiversez sur des constructions abstraites, à l'abri dans vos hautes sphères.
- *Henri* : Mais vous avez une cadre qui a été recrutée et qui est supposée vous accompagner dans ces situations... ?
- *Magali* : Ça n'arrête pas de changer ! Les cadres ne sont pas ou mal formés et inexpérimentés. Ou alors elles sont en arrêt et pas remplacées. Par exemple, sur CSI 4, ça allait tant qu'on avait notre cadre, celle qui nous aidait pour les tournées, qui était

⁹⁹ CSEE, 11/06/2021

¹⁰⁰ Journal de Bord, 15/06/2021

là depuis longtemps, c'était un pilier. *« C'était notre maman, dès qu'on avait un souci elle était là, elle ne comptait pas ses heures, défendait ses équipes, partait en tournée de soins pour nous aider. Je sais c'est des mauvaises habitudes, n'empêche que ça fait bizarre, aujourd'hui si on se fait insulter, si on a un gros problème, la responsable nous dit qu'elle ne peut pas, elle a réunion »*. Pourtant on a besoin de soutien car les situations de fin de vie, les familles, c'est pas toujours simple. Je vous parlais du Monsieur en fin de vie... Avec la fille c'était très compliqué. *« La fille c'est horrible, elle me rabaissait continuellement, elle me surveillait, elle me disait comment faire mon métier »*. *« Elle m'a dit que j'étais incompétente, elle nous accuse de tous les maux, je ne peux plus y aller, on pleure à chaque fois en sortant tellement elle nous rabaisse »*. *« On nous prend vraiment pour des connes, des incapables »*. On a de la reconnaissance nulle part, on essaye de rester professionnelle et de faire de notre mieux, mais à quel prix ? Voilà ce qui a poussé l'équipe de CSI 4 à partir.

- *Henri* : Il faut arrêter de faire des prises en charges si vous n'êtes pas capables de les assumer.
- *Magali* : Oui mais si on ne prend plus de patients on va finir par fermer tous les sites ! Les sites rescapés finiront par fermer comme les autres ! On a peur de l'effondrement des CSI alors on continue de prendre les patients¹⁰¹.
- *Henri* : J'ai bien remarqué oui... *« On a revu les tournées hier après-midi avec une infirmière. On a dû refuser deux patients, ça aurait coûté trop cher. Je me suis fait traiter de tous les noms. Ce matin j'ai deux démissions »*¹⁰². L'autre jour, une autre infirmière a menacé de démissionner si je ne lui accordais pas ses congés comme elle voulait¹⁰³. En ce qui concerne les CSI, pour l'instant il n'y a pas de PSE¹⁰⁴ prévu. Pour les sites en difficulté, on garde la même stratégie : on transmet la patientèle aux libéraux. Et des propositions individuelles vont être faites à chaque salarié¹⁰⁵.
- *Magali* : [cri de colère] *« C'est inadmissible de faire porter la faute sur les infirmiers !!! »*
¹⁰⁶Inadmissible !!!

Quelques jours plus tard...

- *Henri* : Comme vous vous plaignez souvent d'être sous-payées, on a mis en place des primes d'investissement.
- *Magali* : On n'était pas au courant, certains ont eu la surprise sur leur bulletin de salaire. Personne n'a été informé, on ne connaît pas les conditions d'attribution. On voudrait quand même savoir à qui cette prime a été donnée, pourquoi, sur quels critères ? On n'arrive déjà pas à faire notre travail correctement, Henri ne met pas en œuvre les mesures nécessaires. Alors comment peut-on atteindre des objectifs qu'on ne connaît même pas ?

¹⁰¹ Journal de Bord, 22/06/2023

¹⁰² Journal de Bord, 06/2021

¹⁰³ Journal de Bord, 24/06/2021

¹⁰⁴ Plan de Sauvegarde de l'Emploi

¹⁰⁵ Journal de Bord, 29/06/2021

¹⁰⁶ Journal de Bord, 01/07/2021

- *Henri* : Je tiens à rappeler que « le salarié doit faire son travail comme le stipule son contrat sans objectif de prime. Une prime est là pour récompenser un travail supplémentaire, un projet ou une situation particulière. »¹⁰⁷
- *Magali* : Justement, moi j'ai remplacé à de nombreuses reprises des collègues au pied levé, et je n'ai rien eu ! C'est très injuste ! « Ca n'aide pas les gens à rester, les gens vont se barrer ». ¹⁰⁸ Alors qui y a eu droit et pourquoi, si cela ne mérite pas une prime ?!
- *Henri* : Vous n'aurez « ni les noms ni le nombre de personnes concernées ni d'autre information supplémentaire à ce propos aujourd'hui. »¹⁰⁹

[En aparté] : C'est dur... particulièrement au CSE. « On s'en prend plein la figure, ils sont haineux, avant on répondait, on essayait d'élaborer, de discuter, maintenant on dit simplement « merci de ce retour » et on en rit quand on nous voit pas. Les sites qui se portent mal sont ceux qui rassemblent « les élus les plus virulents ». « Ils tirent tout le monde vers le bas, ils disent qu'ils veulent sauver les CSI, mais avec leur agressivité ils les ont coulés en sapant le moral des autres, à vouloir absolument montrer que ça ne va pas ». L'autre il est en arrêt de travail et continue de venir, d'être agressif et revendicatif !¹¹⁰. « Ce n'est pas les mêmes... au CSE ou en service, c'est pas du tout les mêmes ». En instance, ils ont un comportement théâtral, hystérioriforme ! « C'est aussi le fait d'être tous ensemble entre eux », « on est dans l'émotion, il n'y a pas de fait, c'est que du ressenti ». « Les séances sont éprouvantes » Pfff. « Y a des moments on en a marre, on a envie de baisser les bras... » ... « c'est dur... de se sentir seul contre tous, à dire, mais c'est là qu'il faut aller, il faut des moyens... on nous dit, allez y, foncez, ça viendra... mais ça vient pas... »... « Les promesses n'engagent que ceux qui les croient ». Les équipes sont dans la défiance, mais nous, « on a fait le deuil des services »¹¹¹.

En juin 2021, neuf infirmières ont posé leur démission. Les quatre infirmières de CSI 4 ont démissionné. Sur CSI 3, il ne reste que deux IDE sur douze, toutes deux en arrêt maladie. La patientèle est confiée aux libéraux. Ces CSI « fantôme », dont l'existence juridique perdure, restent sans activité et sans personnel. Depuis l'annonce du projet de cession transfert au mois de mars 2021, il y a eu dix-neuf démissions et trois services désertés.

Juillet 2021

Une des trois responsables de service a démissionné et ne sera pas remplacé. De vives tensions apparaissent entre les responsables restants : personne ne veut reprendre la direction de services supplémentaires. En CSE, l'ambiance est électrique et DIRECTIONSIEGE2 a été appelé en renfort.

- *Magali* : « Au vu des informations et retours portés à la connaissance du CSE, à ce jour, à savoir : les CSI 3, 4 et 6 sans activité mais non fermés, faute d'IDE : quel statut juridique pour une telle structure ? Un projet (suspendu mais existant) de transfert de

¹⁰⁷ Plen CSE, 24/06/2021

¹⁰⁸ Journal de Bord, 12/08/2021

¹⁰⁹ Plen CSE, 24/06/2021

¹¹⁰ Journal de Bord, 25/06/2021

¹¹¹ Journal de Bord, 01/07/2021

CSI restants non encore transférés faute de repreneur ! Les services CRf87 ont de fait, font, ou vont faire, l'objet d'une restructuration d'ampleur par la disparition, à court ou moyen terme des CSI. Les salariés restants de ces CSI [...] s'interrogent légitimement sur leur devenir à long terme. Jusqu'alors la direction affirme qu'il n'y aura pas de licenciement. Qu'est-il donc prévu pour ces salariés ? la CRf peut-elle leur garantir un emploi stable à long terme ? le CSE dénonce une précarité professionnelle éminemment anxiogène et un non positionnement de la CRf. Le CSE ne peut que constater que l'employeur laisse ces salariés restant sans perspective d'avenir à long terme, sans plan d'action réel au national et donne l'impression d'attendre leur démission pour ne pas avoir à octroyer un licenciement économique. Si la CRf ne peut garantir un emploi à ces salariés, elle se doit de leur proposer un accompagnement dans le cadre d'un PSE. ». « Combien de temps allons nous rester dans ce no mans land, les gens sont à l'agonie de ne pas savoir ce qu'ils vont devenir. La suspension annoncée : c'est juste reculer pour mieux sauter, on n'en est pas aux licenciements, mais on va y arriver ? Combien de temps ces services peuvent rester ainsi ni ouverts ni fermés ? Maintenant nous voulons des réponses et des délais.»

- *Henri* : Il n'est pas question de PSE mais de maintien de l'emploi ! Il n'y a pas non plus de délit d'entrave ! Moi je n'ai pas de pouvoir de décision là-dessus, je relaie simplement les informations qu'on me donne ! Je transmets toutes les informations que j'ai ! Par contre je peux vous assurer qu'il n'y a pas de volonté cachée de faire démissionner les salariés !
- *Magali* : N'empêche que vos annonces ont fait « beaucoup de dégâts » ! Les infirmières de CSI4 sont parties « sans projet », « esquintées » elles n'avaient pas le choix de partir, « des infirmières sont parties pour se sauver, parties dans l'urgence de sauver leur peau, un instinct de survie », deux vont d'abord se reposer, l'autre change de métier, c'est un « drame humain. Il faut que la Croix-Rouge l'entende ». « Plusieurs infirmières ont fait leur lettre de démission en pleurant, à contre cœur car elles ne semblaient plus avoir d'autre choix pour se sauver »¹¹². « À force de tirer sur la corde des équipes, les salariés ne peuvent pas pallier à un manque de recrutement ». « Si des gens fuient la Croix-Rouge, c'est qu'ils ont des bonnes raisons et ceux qui ne fuient pas, c'est qu'ils n'ont pas d'autres solutions »¹¹³. On n'est pas écoutées et aucun effort de votre part n'est fait pour améliorer la communication comme pour essayer de nous sauver. Vous ne vous battez pas avec nous.
- *DIRECTIONSIEGE2* : On voit bien que vous êtes en souffrance. On a aussi vu « dans d'autres régions [...], des soignants qui étaient motivés, qui ont fait de l'activité, de l'activité pour pouvoir avoir des CSI attractifs, là ce n'est pas le cas. » Désolée mais à mon sens vous ne faites pas d'efforts.
- *Magali* : Je suis vraiment peinée d'entendre ces propos¹¹⁴. On a l'impression que l'argent passe avant le patient. Nos responsables ne sont pas du soin, personne ne nous comprend. On essaye de faire du mieux possible, mais ce n'est pas un travail de qualité, c'est décourageant. On n'a jamais le temps d'échanger ensemble ou de se questionner sur nos pratiques... bref, de réfléchir ensemble. Et puis quand on voit qu'on

¹¹² CSEE, 08/07/2021

¹¹³ Plen. CSE, 29/07/2021

¹¹⁴ CSEE, 08/07/2021

a même pas le Ségur¹¹⁵....On voudrait bien faire des efforts, essayer de comprendre. On n'arrête pas de demander plus de visibilité sur les chiffres, pour qu'on puisse mieux comprendre et nous projeter. On doit « *avancer tous ensemble !* » On « *pourrait lancer l'idée de recherche de projet innovant. Cela permettrait d'avoir des objectifs et que tout le monde se sente concerné* ». Mais avant ça on doit savoir... « *Quelles sont les conséquences financières ? les pertes ? les impacts ?* » on ne sait rien. Y a-t-il seulement une projection financière ?¹¹⁶

- *Henri* : Il y a une projection, oui... je vous signale qu'on s'engage sur des projets d'avenir !!! Par exemple, on est en train de rédiger le projet de service des CSI¹¹⁷.
- *Magali* : « *Les mots sont ambigus, difficiles à poser* ». Des CSI sans activité mais pas fermés, des stratégies sans chiffres. On est comme un chalutier qui peine à avancer, avec nos faibles rémunérations, face à des hors-bords. On ne peut pas être attractifs dans ce contexte¹¹⁸. Et ça nous inquiète, parce qu'on a peur que le mode dégradé qui est déjà récurrent devienne la règle. C'est fatigant¹¹⁹... la situation est anxiogène... Il y a des bruits de couloir... j'ai entendu qu'on allait être repris par un autre organisme ?
- *Henri* : Non non non non, je n'ai pas d'information à ce sujet.
- *Magali* : Vous savez, « *il y a la perte de crédibilité de la Croix-Rouge vis-à-vis des usagers mais aussi la perte de crédibilité du siège vis-à-vis de ses salariés* ». ¹²⁰ Mais notre force à nous, les infirmiers, ce sont les relations entre collègues¹²¹ ! Toute l'entraide, l'attention et le soutien que vous ne nous prodiguez pas, on le retrouve entre nous.

Aout 2021

- *Henri* : Avec la suppression d'un poste de responsable, ça risque d'être très compliqué... les salariés risquent de se sentir délaissés et de démissionner... il faut une présence accrue de gestionnaires sur les sites.
- *Magali* : Ce qui nous préoccupe, ce sont les patients ! Surtout les personnes polyopathologiques, celles qu'on ne peut pas prendre parce qu'elles nous coutent trop cher. « *Ça les isole, c'est terrible, il n'y a plus personne pour s'occuper d'eux* »¹²². Et même les patients que l'on suit, on n'a pas les moyens de s'en occuper correctement. Je pense à un patient en particulier... « *Le fait de le voir souffrir, et de rien pouvoir faire, c'est terrible. Sur mes repos j'en pleure, la nuit j'en rêve, même. Parce que quand même ce monsieur est adorable, même si ça fait pas longtemps qu'on l'a, on s'attache* »¹²³.

¹¹⁵ Plen CSE, 29/07/2021

¹¹⁶ CSEE, 08/07/2021

¹¹⁷ Plen CSE, 29/07/2021

¹¹⁸ CSEE, 08/07/2021

¹¹⁹ Plen. CSE, 29/07/2021

¹²⁰ CSEE, 08/07/2021

¹²¹ Plen CSE, 29/07/2021

¹²² Journal de Bord, 12/08/2021

¹²³ Journal de Bord, 16/08/2021

- *Henri* : « La notion de rentabilité pour [vous] c'est très violent, mais il faut passer par là, c'est nécessaire... En plus à la CRf il y a la confusion des genres, entre le secteur associatif, humanitaire et les soins à domicile, là il faut de la rentabilité »... « Ou au moins qu'on soit à l'équilibre, mais on en est loin » ! « Aujourd'hui nous sommes une entreprise, certes avec l'emblème Croix- Rouge, mais nous sommes une entreprise ». « Jusqu'ici, les IDEL prennent les patients avec les soins qui cotent, et nous orientent tous ceux qu'elles veulent pas, et jusqu'ici on acceptait sans réfléchir à la question financière. Dont acte, les CSI, plusieurs milliers d'euros de déficit »
- *Magali* : Oui, mais qui les prendra en charge ces patients dont les libéraux ne veulent pas ?!
- *Henri* : « Eh bien ça ne doit plus être notre problème. Sinon on s'en sortira pas »¹²⁴.
- *Magali* : En attendant, nous sommes sollicités de toutes parts. Quand ce ne sont pas les familles de patients en détresse et sans solution qui nous appellent, c'est l'hôpital qui fait jouer la concurrence avec les libéraux... « Ils nous mettent toujours la pression pour qu'on prenne les patients comme ça du jour au lendemain... C'est toujours la même chose, on nous fait du chantage, si vous le prenez pas demain on le confiera aux libéraux. Souvent on prend mais on a de mauvaises surprises. [...] On nous dit que tout va bien, que la personne est autonome et qu'il faut juste lui donner des médicaments, alors qu'en fait on découvre qu'il faut l'aider pour tout [...] mais s'ils l'avaient dit on aurait dit non ».
- *Henri* : Il ne faut surtout pas accepter tout et n'importe quoi ! Il faut laisser le temps à IDECC d'évaluer la rentabilité des soins, d'abord, et ensuite de voir si ça passe dans les tournées !
- *Magali* : Mais alors ils nous harcèlent ! Vraiment ! Ils appellent à plusieurs reprises et contactent ainsi différents membres de l'équipe, jusqu'à ce que quelqu'un cède et leur dise ce qu'ils veulent entendre ! Et on y passe du temps au téléphone ! « Je suis fatiguée c'est pénible c'est toujours pareil on nous fait du chantage affectif, on nous met la pression moi j'en ai marre j'ai fait 1h de rab rien que pour ça aujourd'hui ». En plus ça crée des conflits dans l'équipe. On a tous plus ou moins peur de voir nos centres vidés de leur activité et qu'on se retrouve sans travail, alors il y en a qui acceptent tout¹²⁵.
- *Henri* : « Ca fait réfléchir, à l'avenir les centres de soins infirmiers ne sont peut-être plus adaptés à cette activité calquée sur le libéral »¹²⁶. Avant, quand il n'y avait pas d'autres infirmiers, on était sûrs d'avoir de l'activité, maintenant qu'il y en a plein, c'est la foire d'empoigne. Vous n'êtes pas sans savoir que l'ARS contrôle les installations des libéraux sur les territoires, mais le modèle est mal fait. Jusqu'ici, dans la cartographie de l'activité libérale, un CSI compte pour 1 infirmier libéral, alors qu'on est plusieurs dizaines. Alors on est en surnombre. C'est mal fait.
- *Magali* : Que va-t-on devenir alors ?
- *Henri* : Il va falloir qu'on pilote un nouveau projet de santé. « Il faut mettre en place, ensemble, une organisation agile, car à 1 an, les choses peuvent changer,

¹²⁴ Journal de Bord, 12/08/2021

¹²⁵ Journal de Bord, 23/08/2021

¹²⁶ Journal de Bord, 12/08/2021

l'immobilisme c'est fini et la roue tourne très vite. Il ne faut pas qu'on s'arrête, car le jour où on va s'arrêter, on va pédaler à côté du vélo. »¹²⁷

- *Magali* : Mais aura-t-on le temps ? Tout le monde s'en va ! « *Moi je trouve ça très inquiétant, on trouve plus de personnel... on a revalorisé les salaires [dans d'autres établissements, ndr], mais ça sert à rien, quand on fait ce métier c'est pas pour l'argent... le problème c'est que les gens ont perdu le sens de leur travail... Par exemple, les jeunes recrutés sont de plus en plus souvent affectés à des pool de remplacement on demande aux infirmiers d'être polyvalents, sauf qu'il faut des années de pratique dans un service avant de bien connaître toutes les spécificités. Et donc l'autre fois, ça m'a fait peur, j'ai parlé à un infirmier, il ne savait même pas pourquoi il faisait les soins. Il se contentait de faire ce qui était écrit sur sa fiche. Exemple, il faisait une piqure de Lovenox, je lui demande si c'est en préventif ou curatif, il ne savait pas me dire. Il ne connaissait même pas la pathologie de son patient. Je lui demande si on faisait la piqure une ou deux fois par jour, il ne savait pas. Il ne connaissait pas le plan de soins, il ne connaissait que les soins qu'il avait à faire. Comme il tourne tout le temps, il n'a pas le temps de savoir tout ça. Mais c'est la base quand même. Ce n'est pas du travail d'infirmier ça, c'est pas intéressant, ça n'a aucun sens ».¹²⁸*
- *Henri* : C'est vrai qu'en général en cette période estivale, on trouve des étudiants infirmiers ou des jeunes diplômés pour nous aider... cette année, rien, c'est très inquiétant. Au siège, ils nous ont dit : ne vous inquiétez pas... « *Les élèves vont sortir ! des armées de jeunes diplômés vont sortir des écoles !!* »¹²⁹... On ne voit personne à l'horizon !

Une étudiante infirmière se joint à la conversation...

- *ESI* : « *Dans ma promo, on est tous un peu désorientés... on se questionne... moi par exemple, j'ai peur de prendre un poste maintenant, je ne me sens pas capable. Je me donne l'été pour réfléchir mais je ne suis pas sûre de continuer. »* Un tiers de mes collègues a abandonné la formation en cours de route. « *A aucun moment en stage, j'ai pu être moi-même. [...] On est direct catalogués. Il faut pas rigoler, il faut pas pleurer. Il faut être malléable et discipliné. »*. « *On m'accusait d'être trop lente, mais je n'arrivais pas à accélérer car j'étais peinée par les situations de patients en fin de vie [...], et je ne me voyais pas « les expédier »*. *Je ne me sentais pas du tout dans mon rôle d'infirmière bienveillante comme on le voit à l'école »¹³⁰*. Voilà pourquoi je ne postule pas pour cet été.
- *Henri* : « *Les étudiants ont déjà été mobilisés pendant la crise sanitaire, tout ce qu'ils veulent c'est prendre des vacances, s'ils ne sont pas déjà recrutés par les CHU. »¹³¹*
- *Magali* : Il n'y a pas que ça. J'ai une copine infirmière qui ne travaille pas en ce moment. Quand je lui ai dit qu'on avait besoin de bras, voilà ce qu'elle m'a répondu : « *Je*

¹²⁷ Journal de Bord, 12/08/2021

¹²⁸ Journal de Bord, 26/08/2021

¹²⁹ Journal de Bord, 08/06/2021

¹³⁰ Journal de Bord, 17/08/2021

¹³¹ Journal de Bord, 08/06/2021

voudrais bien postuler mais moi je ne veux pas avoir un entretien avec un bureaucrate... Moi je veux parler à quelqu'un qui comprend notre travail »¹³².

Deux anciens infirmiers en soins à domicile passent par là ...

- *Ancien infirmier1* : Personnellement, j'ai quitté la CRf parce que j'en avais marre, il y avait trop de préoccupations financières, je trouvais que la responsable avait une façon de gérer qui était très agressive, elle manquait d'humanité¹³³.
- *Ancien infirmier2* : Moi, les soins à domicile, j'ai déjà donné et je ne le ferai plus. On a trop de pression. « *J'ai arrêté les soins à domicile parce que j'en pouvais plus des relations avec la sécu. Toujours des questions de fric. J'adorais la relation avec les patients je m'éclatais. Mais alors avec la sécu.... Toujours soupçonné d'essayer de frauder alors que c'était faux. On est toujours accusé de quelque chose, ils sont toujours sur notre dos à essayer de ne pas nous payer, il faut même justifier ce qui est évident [...]. On a l'impression d'être constamment surveillé. Il faut toujours justifier de sa bonne foi, en permanence* ». Par exemple, j'ai été embêté à cause d'une ordonnance qu'il aurait fallu que je donne à douze reprises dans le mois ! Je travaillais dans l'angoisse d'oublier le moindre truc. « *On est comme fliqués* », on doit toujours justifier de la légitimité des soins que l'on réalise, à des gens dans des bureaux qui ne sont pas sur le terrain. Ils contrôlent quelque chose qu'ils ne comprennent pas¹³⁴.
- *Magali* : Oui c'est vrai, mais ça n'a pas toujours été le cas. « *J'ai l'impression... Depuis un an, un an et demi... La sécu elle regarde énormément, elle chipote sur le moindre papier, le moindre truc, ça prend du temps* ». « *J'avais jamais connu ça avant* ». « *L'autre fois elle était limite menaçante, disant que la responsable avait signé le papier, engageait sa responsabilité etc., juste pour une histoire de demande d'accord préalable. On s'est expliqués et ça a été nickel, mais ça mange du temps* »¹³⁵.
- *Henri* : En ne faisant pas les papiers en temps et en heure, vous avez accumulé un retard de facturation terrible !! Il a fallu s'activer à facturer, mais ça n'a pas été correctement fait, dans la précipitation, souvent il a manqué des papiers, et du coup, on a eu plein de rejets ! Et les rejets il faut bien les traiter et ça prend plus de temps que si on avait bien fait les choses dès le départ.
- *Magali* : La Croix-Rouge, l'hôpital, la sécu, la concurrence avec les IDEL, les patients et leur famille... ça en fait des sources de pression sur nos épaules...! Quand on sait qu'on sort tout juste d'une crise sanitaire inédite au cours de laquelle on a été en première ligne... Il y a de quoi s'en arracher les cheveux, moi je vous le dis ! Et après on s'étonne de pas trouver de personnel...

Septembre 2021

Après un été sous tension, DIRECTIONSIEGE2 est de nouveau présente en renfort d'Henri pour participer à la réunion de rentrée du CSE.

¹³² Journal de Bord, 05/08/2021

¹³³ Journal de bord, 12/10/2021

¹³⁴ Journal de Bord, 11/08/2021

¹³⁵ Journal de Bord, 21/09/2021

- *Henri* : Les postes sont toujours ouverts au recrutement, mais pas l'ombre d'une candidature infirmière à l'horizon...
- *Magali* : Et nous, on travaille toujours sur un mode dégradé. On est fatiguées, on en a marre.
- *Henri* : Je vous demande de ne plus dire « *travail en dégradé* ». Dorénavant nous utiliserons le terme « *travail adapté* ».
- *Magali* : Pourtant c'est bien la qualité de notre travail qui se dégrade. Ce travail « adapté » engendre des modifications de la prestation de soins. Quand on n'est pas en nombre, on ne peut pas s'occuper correctement de tout le monde. Par exemple, au lieu de doucher une personne tous les jours comme elle en a toujours eu l'habitude, on le la douche plus qu'une fois par semaine. L'encadrement ne nous aide pas. Ça change tout le temps. Ça engendre des difficultés de fonctionnement. On répète toujours les mêmes choses et on n'est jamais écoutés. Malgré nos multiples et vaines demandes, et vos fausses promesses, on n'a toujours pas connaissance des chiffres !
- *Henri* : La présentation des comptes se fait normalement en février, ce n'est pas le moment.
- *Magali* : Ha, c'est nouveau ça !
- *Henri* : Et puis les cadres doivent trouver leurs marques aussi, il faut leur laisser le temps.
- *Magali* : Nous sommes en « *détresse* » face au management du siège qui nous détruit à petit feu. On ne sait plus quoi faire. Je me demande s'« *il ne faut pas faire appel à la presse pour que le siège prenne conscience des difficultés rencontrées par la base* ».
- *DIRECTIONSIEGE2* : J'ai une idée, il faudrait peut-être organiser des groupes de discussion afin d'échanger sur les problématiques internes et améliorer la communication.
- *Magali* : Mais ça fait des années qu'on le demande !!! Nos demandes restent toujours sans suite !!¹³⁶

Octobre 2021

- *Henri* : Nous sommes à ce jour toujours dans une démarche de récupération d'argent qui dort ! Je voudrais aujourd'hui vous alerter sur la quantité de soins impayés ! Si les gens ont une mutuelle, ils doivent fournir une attestation à jour, sinon ils doivent payer les soins ! Et il faut facturer auprès de la sécu ensuite, et pour cela encore une fois, envoyer les bons papiers ! Ca suffit !
- *Magali* : Mais en sous-effectif, c'est difficile d'avancer sur l'administratif ! On peine déjà à réaliser les soins ! On croule sous le travail ! Depuis mars 2021, il nous manque en tout 18 ETP non pourvus suite à des démissions ou des non-renouvellements de contrat ! Sans compter les arrêts de travail !
- *Henri* : Nous avons actuellement des difficultés de recrutement car le métier d'infirmier est « *un métier en tension* ».

¹³⁶ Journal de Bord, 30/09/2021

- *Magali* : « La CRf ne peut justifier de difficultés de recrutement par le seul argument que ces métiers sont sous tension. Il existe : un manque d'attractivité des postes à pourvoir à la CRf suite à des conditions de travail médiocres (surcharge de travail, surmenage, épuisement, accès à la formation impossible par manque de personnel, équilibre vie privé/professionnelle impacté...) et un manque de reconnaissance financière entre-autre ; ainsi qu'une incapacité à fidéliser ces salariés ». Nous n'arrêtons pas de vous le dire et de proposer des axes d'amélioration que vous persistez à ignorer depuis des mois.
- *Henri* : Ça suffit !! Si ça continue, j'exigerai l'interruption des tournées de soins le temps de se mettre en conformité !! Il est hors de questions que nous travaillions gratuitement !
- *Magali* : La CRf nous demande toujours plus d'efforts mais on ne sait toujours rien des finances ! A ce jour on a trois CSI sans activité, les charges de fonctionnement courent toujours, quelles sont les conséquences financières de cette perte d'activité ? On s'inquiète, comment peut-on supporter ces charges sans mettre en péril les sites restants ? Quel devenir pour nous, rescapés des CSI ? Depuis le mois de juin et l'annonce de la suspension du projet de cession transfert, on a aucune nouvelle ! Vous nous avez dit qu'on en aurait suite aux élections. Un nouveau président a été élu mi-septembre, et cela ne nous a pas apporté « *de nouvelles perspectives pour les CSI contrairement à ce qui avait été promis* ». Nous exigeons d'« *avoir accès à l'état financier de tous les CSI du 87, CSI vides d'activité compris* ».
- *Henri* : Ces informations ne vous sont pas destinées ! Elles sont réservées au CSEC.
- *Magali* : Vous nous mentez. L'article L2312-69 du code du travail stipule le contraire, nous avons un CSE qui doit être informé de cela.
- *Henri* : Avez-vous quelque chose à ajouter avant qu'on aborde le point suivant ? On a fait un plan d'action qualité. Et on a un nouveau projet de création de pool de remplacement infirmier.
- *Magali* : Vous ne semblez pas entendre notre détresse. On n'en peut plus, on n'y arrive plus¹³⁷.

Les élus nationaux se sont réunis avec la direction du siège en CSEC au sujet de l'avenir des CSI. Il est présenté un groupement CSI 87 « dont la situation économique est dégradée depuis longtemps. De nombreuses actions ont été menées dans la région ; en vain ; l'activité est restreinte et la concurrence forte sur le territoire ». La poursuite du projet de cession transfert doit, selon la direction nationale, reprendre. En fait, la décision a bien été prise sur la base des audits qui ont été diligentés dans le cadre du plan de performance porté par la « Commission de la performance », porté par un CA¹³⁸ précédent.

Quoiqu'il en soit, la stratégie de la direction nationale ne fait pas l'unanimité parmi les élus nationaux qui évoquent : « Je ne sais pas comment vous allez pouvoir récupérer tout le

¹³⁷ Plen CSE, 28/10/2021

¹³⁸ Conseil d'Administration

personnel infirmier, qui est parti car la CRf a annoncé que des CSI allaient fermer, même si vous mettez des projets en place et que vous dites que vous ferez ceci ou cela. Nous vous rappelons quand même que les salariés des CSI ne sont pas concernés par le ségur et que même dans les établissements CRf qui le sont il est difficile de récupérer du personnel infirmier ». « Comme après la centralisation et la régionalisation des payes, vous avez vidé les établissements et les salariés sont partis. Vous n'allez pas pouvoir les remplir à nouveau, et, dans quelque temps ; vous nous direz : « l'effectif fait que nous ne pouvons pas poursuivre notre activité, donc ils vont fermer ». Il y a eu un appauvrissement du personnel et vous avez vidé complètement les centres de soins. »¹³⁹

La direction nationale assume sa position en évoquant un modèle économique en plein changement, et une possibilité de confier les centres de soins à un groupe privé lucratif, ce qui met les élus très en colère : « Aujourd'hui, le CA, appliquant la logique du retour à la performance, et donc la recherche d'un excédent pour chaque établissement, fait le choix de céder l'ensemble des activités et des salariés des centres de santé [...] pourtant, ce n'est pas la performance des équipes soignantes et administratives des centres de santé mais bien celle de la gestion de la CRf qui interroge » notamment « des créances irrécouvrables cumulées sur 4 ans (2012-2016), des indemnités journalières irrécouvrables parce que non traitées par la CRf, des frais de siège proportionnels aux charges et donc anormalement élevés en raison du rattrapage de charges d'années précédentes, projet de cession [d'un autre CSI] qui a provoqué le départ de nombreux salariés et simultanément le gel des embauches, soit près d'un tiers du déficit global- le projet de cession a été annulé et les effets sont restés ! ces points sont directement liés à la mauvaise gestion de la CRf et leurs conséquences sont versées directement au passif des centres de santé. Encore une fois, le coupable est la CRf et les victimes sont les salariés et les bénéficiaires. [...] la CRf contribue à accentuer la marchandisation de la santé et le développement d'une société à deux vitesses, où tous ne pourront pas accéder à des soins devenus trop coûteux. Après avoir sciemment vidé les centres de santé de ses professionnels par sa gestion calamiteuse, la CRf brade ses salariés ! ». Les élus évoquent un « virage pris par la CRf qui tourne le dos aux valeurs de l'association ». « Nous ne sommes pas surpris, mais cela ne tempère pas notre colère. En effet, c'était cousu de fil blanc, tant on nous a martelé, depuis 4 ans, que le nouveau leitmotiv de notre association humanitaire à but non lucratif est le retour à la performance »

« La stratégie du pourrissement [...] est vraiment à l'œuvre, depuis un certain temps, et cela continue. Vous avez pris la décision ferme de fermer des structures et vous attendez qu'il n'y ait plus personne, ainsi il n'y aura pas de PSE. Il faut que ce soit clair, nous nous en doutions bien »

« Le siège a une mauvaise perception des choses, globalement, car il n'est pas un centre responsable. Il faudrait aller du modèle centre de coûts vers le modèle centre responsable. Pour prendre un parallèle et essayer de me rendre compréhensible, c'est un peu la démarche qui a été menée dans les mutuelles – est-elle bonne ou mauvaise ? – avec le fameux contrat responsable. Devenir un centre responsable, c'est rendre visible la nature de ses dépenses et de ses coûts et dire, par exemple « tel coût augmente du fait de tel service ». Par exemple, un service de messagerie peut augmenter car le coût du prestataire a augmenté, etc. C'est détaillé et les dépenses sont justifiées service rendu par service rendu aux établissements. Le siège devrait donner à minima cette visibilité aux établissements, pour ne pas avoir ce retour de bâton consistant à dire : « vous êtes un centre de coût uniquement », mais à ma connaissance il ne le fait pas, ou pas assez. C'est pour ça qu'il y a cette mauvaise perception du siège, qui est considéré comme un centre de

¹³⁹ CSEC, 09/11/2021

coûts qui coute de l'argent et ne rapporte rien car il ne fait pas l'effort d'avoir une démarche responsable et d'explicitier, service rendu par service rendu, ce qu'il fournit aux établissements, en tout état de cause pas de manière visible, transparente et compréhensible. »

« Il a été annoncé en CSE local qu'il est impossible de connaître l'état des comptes précis des CSI, le DRH le confirme, alors que même pour des antennes de CSI ces structures ont un numéro d'établissement, donc le détail des comptes existe. »¹⁴⁰

Novembre 2021

- *Henri* : J'ai une information sur le devenir des CSI... Je vous la transmets... On reprend le projet de cession transfert. La fermeture des CSI sans activité a été décidée. On va céder les trois autres, au motif que la situation économique est très dégradée, l'activité restreinte avec une forte concurrence.
- *Magali* : D'accord, qui reprend nos centres alors ?
- *Henri* : Je n'ai pas d'information concernant un quelconque repreneur identifié ou une absence de repreneur. Je n'ai pas entendu parler de plan de sauvegarde de l'emploi, peut-être que la CRf les garderait s'il n'y avait pas de repreneur, je ne sais pas.
- *Magali* : Mais c'est prévu pour quand ?
- *Henri* : Je n'ai pas non plus connaissance d'un échéancier. Je vous garantis que je vous dis tout ce que je sais.
- *Magali* : Vous nous parlez de situation économique dégradée, mais on ne sait toujours rien de celle-ci, et l'audit a présenté des chiffres faux ! On l'a dit pourtant ! Mais on ne nous écoute pas ! On aurait fait tous ces efforts pour rien ?!
- *Henri* : Alors, la situation économique s'est améliorée certes, mais on est toujours en PRP.
- *Magali* : Et puis on n'est pas d'accord quand vous dites qu'il n'y a pas beaucoup d'activité ! Il y en a de l'activité !! C'est juste qu'elle n'est pas visible car on a pas le temps de facturer¹⁴¹ ! Vous parlez de situation économique qui s'est améliorée, mais moi je vous dis que la situation que l'on vit est difficile depuis 5 ans, et ces deux dernières années c'est pire. Il y a des centres, c'est terrible. Par exemple, « *nous sommes toujours à CSI5 sur une guerre* »
- *Henri* : Il y a plein de projets en cours ! On va déménager CSI5. On va relancer le projet de santé, un étudiant gestionnaire a fait des diagnostics territoriaux. Je vais participer à un comité de pilotage sur le devenir des CSI¹⁴². Vous n'êtes pas conviés aux discussions, ceci dit, je vous rappelle que « *tout le monde doit aller dans le même sens* ».
- *Magali* : Mais on n'a plus envie ! On est démotivés. On est lassés, épuisés, trop souvent sollicités « *et de ce fait ne plus pouvoir organiser notre vie privée. [...] Les*

¹⁴⁰ CSEC, 10/12/2021

¹⁴¹ CSEE, 10/11/2021

¹⁴² Journal de Bord, 09/11/2021

personnes qui ont trente ans d'ancienneté ne partent pas seulement pour un problème de salaire mais surtout à cause des conditions de travail qui se dégradent. Les salariés avaient signé un contrat en connaissance de cause », on le savait que les salaires étaient plus bas qu'ailleurs¹⁴³.

- *Henri* : Normalement, vous devriez avoir droit au Ségur en janvier prochain.
- *Magali* : On ne parle pas de ça ! « *Quand j'ai embauché ici on travaillait encore avec des religieuses... on avait un tiers de religieuses. On nous disait, enfin, vous n'allez pas noter vos heures supplémentaires, vous êtes à la Croix-Rouge quand même* ». On n'a jamais été là pour le salaire. Mais ce qui nous use, c'est le travail en dégradé chronique, on ne peut pas travailler correctement dans ces conditions, et on a même plus de planning !
- *Henri* : Savez-vous qu'il est important de préserver sa vie privée ? Pour cela, nous avons fait le choix de ne plus appeler les salariés pour les faire revenir sur leurs repos en cas d'absence.
- *Magali* : Oui mais du coup celui qui reste doit faire le travail de plusieurs personnes !
- *Henri* : Non mais en termes d'organisation, un vrai problème organisationnel de fond a toujours été caché... Ecoutez, nous allons nous inscrire dans une démarche de « *départementalisation et d'unification des pratiques* ». Le but : avoir des pratiques similaires et pouvoir ainsi avoir une organisation plus flexible et adaptable !
- *Magali* : Le problème est surtout qu'on ne se sent pas épaulées. Quand il y avait les anciens responsables, qui étaient infirmiers de formations, on était bien accompagnées... Je pense par exemple à la gestion de la qualité et de l'hygiène. L'ancienne responsable, elle maîtrisait bien, elle organisait des réunions, des formations... Quand j'ai appris que la nouvelle responsable était aussi référente qualité, je suis tombée des nues. Elle n'a clairement pas les compétences, elle n'est pas soignante ! Pourtant, on en aurait eu besoin, avec la crise sanitaire... mais « *pendant le COVID quand j'avais un problème relatif à l'hygiène et que j'allais la voir elle ne pouvait rien faire, elle ne comprenait pas* ». ¹⁴⁴
- *Henri [en aparté]* : C'est le premier jour de COPIL national aujourd'hui. On se réunit entre gestionnaires avec le siège pour trouver des idées innovantes pour les CSI... ou les accompagner dans la fermeture... Je ne sais pas trop. Si on en croit DIRECTIONSIEGE3, il s'agit de « *mettre en place un suivi aiguisé pour donner à l'ensemble des professionnels qui pilotent les CSI les clés de la réussite de la mise en œuvre d'un plan d'actions, avec éventuellement des supports qui pourront s'aligner pour accompagner la dynamique de performance globale* » ¹⁴⁵. En tous cas, on est assez mal barrés en fait... Ce qui s'est dit en première séance, c'est que selon l'IGAS, l'équilibre financier d'un CSI est difficilement atteignable en dessous de 77% d'AMI... en 2019 seulement 49% des actes produits sont des AMI. Le reste, ce sont des AIS. Ce que ça veut dire, c'est qu'on fait trop d'accompagnement médicosocial ! Pas assez de soins techniques ¹⁴⁶.

¹⁴³ CSEE, 10/11/2021

¹⁴⁴ Journal de Bord, 16/11/2021

¹⁴⁵ CSEC, 09/11/2021

¹⁴⁶ Journal de Bord, 16/11/2021

Décembre 2021

Un médecin du travail interroge sur la suite donnée à l'alerte qui avait été faite par les salariés au mois de juin.

- *MED2* : Bonjour Henri, je me permets de venir à vous afin de faire un point sur la santé au travail au sein de vos services. Je vous avoue que je m'inquiète de la participation des salariés, plus précisément sur la présence de temps d'échange et leur implication dans la nouvelle organisation.
- *Henri* : A ce sujet, un travail de concertation sur le mode dégradé est prévu en début d'année prochaine. On présentera une nouvelle organisation début 2022.
- *MED2* : L'importance des temps de concertation entre professionnels n'est pas à négliger. Y a-t-il eu des avancées depuis qu'on s'est vus en juin dernier ?
- *Henri* : Pour l'instant, on n'a rien fait de plus à vrai dire. Ha, si, depuis peu on permet aux salariés d'utiliser leur voiture de service pour revenir chez eux lorsqu'ils le peuvent, quand ils sont en coupé.
- *Magali* : Ca ne suffira pas... Il y a plein de lettres de démission qui sont écrites... On attend juste de voir si quelque chose va bouger, mais on n'a plus beaucoup de patience. On n'en peut plus. On ne sait plus quand on doit travailler, on est rappelés sur nos jours de repos, les week-ends, on travaille en dehors de l'amplitude horaire conventionnelle... Si on accepte ces changements récurrents, c'est pour les collègues et nos patients. Mais je ne sais pas si beaucoup de salariés resteront. Moi personnellement, je ne vois rien venir. Je suis fatiguée de travailler en dégradé, de faire autant de coupés, la seule chose qui me ferait regret ce sont les patients et les collègues.
- *Henri* : Ne vous inquiétez pas, des choses vont être mises en place... on va trouver des solutions...
- *Magali* : Les solutions que l'on propose sont toujours repoussées. On a maintes fois tiré la sonnette d'alarme, on n'a jamais été entendues. La Croix-Rouge veut-elle vraiment améliorer les conditions de travail et sauver les CSI ? Il y a de moins en moins de CDI, de plus en plus de CDD, et de trop nombreux licenciements pour inaptitude dont une qui « *ne pouvait plus voir la Croix-Rouge* », des personnes sont détruites par la CRf et ont du mal à se reconstruire. « *Il n'est pas normal de vouloir faire un travail que l'on aime et d'en ressortir détruit. Il n'est pas normal que la Croix-Rouge, qui se dit humaniste, ne pense pas beaucoup à ses salariés* ». « *Les salariés n'ont pas le retour de l'énergie qu'ils donnent à la Croix-Rouge* ».
- *MED2* : Il est certain que vos difficultés de recrutement sont liées à des conditions de travail éprouvantes pour les salariés. « *Il faut privilégier l'attractivité et mettre des moyens pour éviter que les salariés qui restent ne s'essouffent davantage et n'arrivent à un point de rupture.* »
- *Magali* : Quelle attractivité ? Il y a eu des primes, elles ont été versées à des cadres ! les non-cadre n'ont pas eu de prime depuis 2019 alors que les cadres si ! On n'arrête pas de demander des chiffres et on n'a jamais rien... Les comptes de cette association sont bien opaques... On a lu dans la presse... « *230 millions d'euros que l'on utilise pas*

pour les salariés mais pour privatiser le porte-avion Charles de Gaulle pour un anniversaire ! »¹⁴⁷. Et quelles difficultés de recrutement ?! sur CSI5, on nous le « met à l'envers » ! Le rythme est effréné, on est à effectif -1 et vous nous avez dit qu'on ne recruterait pas, qu'il fallait que ça tourne comme ça ! Du coup, pas de congé pour les fêtes de fin d'année, sinon ça ne tourne pas ». On travaille dans l'angoisse ! Que faire si une de nous est malade ? On nous a expliqué qu'il n'y aurait pas d'appel à l'intérim parce que « ça coûte trop cher ».

- *Henri* : Je vous répète qu'en janvier, nous avons prévu une nouvelle organisation...
- *Magali* : Une nouvelle organisation qui consiste à supprimer une tournée, donc un poste, et à mettre tous les soins dans une seule ! au lieu d'être deux par jour, on sera toute seule ! Alors oui, « oui ça passerait... techniquement dans le planning... mais au moindre truc, ça va péter. »
- *Henri* : L'idée, ça serait que vous soyez polyvalente et que vous puissiez vous remplacer, être multisite.
- *Magali* : « J'ai peur que ça fasse comme sur CSI6... La responsable a voulu tout réorganiser et supprimer des tournées, pour optimiser, et qu'on soit multisite pour pouvoir s'auto remplacer. Suite à ça il y a eu une démission sur chaque site. Et puis ça a tourné comme ça mais au bout de quelques semaines les infirmiers ont fait un burn-out et ont tous démissionné en même temps ... Restait que moi, mais on fait pas tourner un centre tout seul. J'ai continué quelques jours et puis arrêt de travail. Voilà c'est comme ça que ça a fermé ensuite ». « Ça va finir comme ça de toute façon »¹⁴⁸.

Janvier 2022

- *Magali* : Ce sont vraiment les patients qui nous font tenir... L'autre jour, une dame est venue nous apporter des chocolats, elle a demandé des nouvelles de tout le monde. C'est un peu comme des membres de la famille. On se tutoie, on prend le temps de discuter, ça nous donne le sourire.
- *Henri* : Vous perdez du temps alors que nous avons de la facturation en retard ! Nous avons retravaillé les cycles de travail, l'objectif, optimiser votre temps pour que vous puissiez facturer. On réduit les temps morts et les déplacements. On impose les horaires aux patients et on s'organise pour être efficaces, plus question de faire trop de route, il faut réduire le temps de déplacement. Si ça ne satisfait pas un patient, et qu'il souhaite un autre horaire, alors on lui facture un supplément pour « *convenance personnelle* »¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Plen CSE, 16/12/2021

¹⁴⁸ Journal de Bord, 06/12/2021

¹⁴⁹ Plen CSE 27/01/2022

En COPIL national, DIRECTIONSIEGE4 évoque un climat social globalement dégradé avec des équipes assez instables surtout depuis dernier trimestre 2021 et une baisse significative de la durée moyenne de contrat.

DIRECTIONSIEGE5 se met en colère et annonce une « fin des CSI programmée premier trimestre 2022 si pas d'effort financier de fait ». Il n'est pourtant pas question de compenser l'absence de prime Ségur sur les fonds propres de la CRf au motif que cela mettrait en péril les établissements déjà en grande insécurité financière.

DIRECTIONSIEGE3, animateur de la réunion, invite les membres à réfléchir à un nouveau modèle financier pour les CSI et à trouver des « outils pédagogiques à donner aux directeurs pour vendre leur offre ». ¹⁵⁰

Février 2022

- *Magali* : La nouvelle organisation n'a rien arrangé, nous sommes toujours en difficulté. On devait se rencontrer pour voir comment on pouvait ajuster l'activité... Mais cette rencontre n'a pas eu lieu¹⁵¹...

Mars 2022

- *Magali* : Cela fait un an qu'on nous a annoncé ce projet de cession transfert... Nous sommes dans l'inquiétude et le désarroi le plus complet. On a toujours aucune nouvelle, ni vent d'un quelconque repreneur... Y va-t-il du nouveau ?
- *Henri* : Non, je n'ai pas d'information.... Mais DIRECTIONSIEGE6 va venir vous voir...
- *Magali* : Tout ce qu'on souhaite, c'est une annonce mettant un terme à cette attente trop longue qui ressemble à une stratégie délibérée. Heureusement que l'on se soutient entre collègues¹⁵².

Avril 2022

- *DIRECTIONSIEGE6* [à Magali] : En l'absence de repreneur, ce sera « l'extinction de l'activité et le licenciement des professionnels ». Les CSI non repris fermeront.
- *Magali* : ... « Au moins on sait où on va ».
- *Henri* [en aparté] : Je ne connaissais pas le contenu de cette annonce... « C'est affreux... c'est irrespectueux » ... Je suis démotivé¹⁵³.

Henri fait diffuser une note de service proposant à ses salariés le soutien de psychologues.

¹⁵⁰ Journal de Bord, 26/01/2022

¹⁵¹ Plen CSE, 24/02/2022

¹⁵² Plen CSE, 31/03/2022

¹⁵³ Journal de Bord, 11/04/2022

V.2. Des CSI soumis au processus de financiarisation

La Croix-Rouge française n'a pas échappé à un mouvement de financiarisation que nous avons décrit de façon approfondie dans notre premier chapitre. Face à des tensions financières et concurrentielles, l'association s'adapte : le siège national adopte un nouveau paradigme de performance, entraînant des mutations organisationnelles et un pilotage financier renforcé au niveau local.

Nous nous intéresserons ainsi dans cette section à la nouvelle gouvernance de la Croix-Rouge, qui impulse des mesures de performance au sein de ses structures, notamment celles confrontées à des difficultés en termes de développement économique (V.2.1). Ainsi, le siège national mobilisera au service des CSI Haute-Vienne des stratégies gestionnaires visant à renforcer le pilotage financier de ces sites (V.2.2).

V.2.1. Une « association entreprise » en quête de performance face aux difficultés locales

La Croix-Rouge, assumant clairement une posture entrepreneuriale, a mis en place dès 2018 un pilotage vertical avec un siège national aux commandes, qui se charge de définir des modèles économiques pour ses centres, dessinant ainsi les contours d'une « *nouvelle Croix-Rouge* »¹⁵⁴. Ces ambitions nationales de performance se heurtent à une réalité toute autre : des centres de soins dont l'efficacité financière est empêchée par de multiples facteurs, à la fois organisationnels et contextuels. Le CSI Haute-Vienne présente des recettes en déclin ainsi qu'un déficit financier depuis plusieurs années, en lien avec des difficultés locales, organisationnelles et liées au mode de financement. Face à ce constat, le siège national impulse un plan de retour à la performance. Un climat de pression financière naît alors, point de départ d'une course à l'activité de soins.

V.2.1.1. Un développement économique local freiné

Sur le CSI Haute Vienne, on observe, selon un audit réalisé en 2020, un nombre de cotations enregistrées en déclin depuis 2017 dont les causes seraient multiples : une problématique de recrutement, une concurrence importante notamment des IDE des CSI qui se sont installées en reprenant la patientèle, un retard important de facturation¹⁵⁵, et des ETP administratifs en baisse.

Les freins au développement économique du CSI Haute- Vienne sont multiples.

¹⁵⁴ <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/La-Croix-Rouge-francaise/Transformation-et-RSO/La-transformation-de-la-Croix-Rouge-francaise>

¹⁵⁵ Un encadré disponible en annexe 9 ci- permet de mieux comprendre le processus de soin, de la planification de celui-ci à sa facturation.

Tout d'abord, la Croix-Rouge cherche à se défaire d'une réputation historique de « dispensaire pour indigents » qui pose deux problèmes majeurs :

- La réputation de la Croix-Rouge est d'offrir une qualité de soins médiocre ou au moins à destination d'une certaine catégorie de la population, démunie ;
- Les bénéficiaires attendent des soignants des comportements humanitaires et sont à cet égard assez exigeants envers eux, et les considèrent comme un dernier recours en cas de refus de prise en charge des libéraux, ou de sortie précipitée d'hospitalisation.

En second lieu, les CSI, anciennement construits en zone rurale très fortement sous dotée, font désormais face à une installation massive d'acteurs libéraux. Trois problématiques afférentes aux CSI ont alors fait leur apparition : d'abord, du fait de son image humanitaire, les professionnels orientent préférentiellement les personnes en demande de soins peu valorisés financièrement vers l'association. Ensuite, la présence d'infirmiers libéraux sur le territoire a fait disparaître la possibilité pour l'association de facturer les kilomètres parcourus jusqu'au domicile du patient. Enfin, en l'absence de clause contractuelle de non-concurrence, et il est fréquent que les infirmiers démissionnaires de la Croix-Rouge s'installant en libéral récupèrent la patientèle qu'ils avaient lorsqu'ils étaient salariés. Il n'est en effet pas rare que les jeunes diplômés viennent avec le projet de faire leurs armes à la Croix-Rouge afin d'obtenir le quota d'heures réglementaire nécessaire pour s'installer en libéral (3200 heures soit 24mois)¹⁵⁶.

En troisième lieu, il existe une problématique liée au mode de financement. Depuis leur création, les SSIAD sont financés via la dotation globale. Lorsque des patients pris en charge en SSIAD bénéficient de soins infirmiers, qu'ils proviennent de CSI ou d'infirmiers libéraux, le tarif des soins effectués est imputé du budget journalier, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de financement supplémentaire de la part de la CPAM. Au sein du budget prévisionnel du CSI, une enveloppe spécifique, dite « auxiliaires médicaux » est consacrée au financement des soins infirmiers des patients accueillis en SSIAD. En 2018, pour le pôle domicile 87, le prix de journée SSIAD accordé par les autorités de tarification était de 35.81€ par personne et par jour. L'enveloppe accordée pour la rémunération des auxiliaires médicaux s'est élevée à 293 952€, c'est-à-dire 3.35€ par jour et par patient (240 places SSIAD). Au-delà, il y a déficit. Les personnes suivies dans ce type de structure sont des personnes âgées en perte d'autonomie, elles ont majoritairement besoin de soins infirmiers, pour la préparation des médicaments par exemple (coût de l'acte AIS4 = $4 \times 2.65€ = 10.6€$). Lorsqu'il s'agit de préparer un pilulier une fois par semaine, la dépense est possible, mais imaginons le cas de patients polyopathologiques, diabétiques, qui ont besoin des soins infirmiers trois fois par jour, ou de pansements lourds : la réfection d'un pansement complexe est une AMI 4 ($4 \times 3.15 + 1.35$) = 13.95€ soit plus de 4 fois le budget quotidien d'une personne. Le montant de l'enveloppe accordée est systématiquement dépassé. En théorie, si les financements sont négociés avec l'autorité de tarification, la conjoncture économique ne laisse que très peu de place à la discussion. Il est assez classique que les budgets soient reconduits d'année en année avec un taux directeur, permettant de suivre plus ou moins l'inflation et plus précisément les hausses de charges afférentes au fonctionnement de la structure, et de moins en moins de mesures nouvelles sont accordées. Le risque de déficit financier lié à la rémunération d'auxiliaires médicaux est prépondérant en SSIAD. Face à ce risque, plusieurs stratégies sont

¹⁵⁶ <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/processus-installation>

potentiellement mobilisables. Mobiliser l'hôpital à domicile (HAD) a été une solution envisagée mais peu utilisée : cela n'est possible que pour une certaine typologie de patient, la seule motivation financière ne justifiant pas le recours à ce service. Deux stratégies ont donc été employées :

- Transférer les patients polypathologiques et dépendants du SSIAD vers le CSI, charge aux infirmiers de réaliser les soins de nursing incombant en principe plutôt aux aides-soignants du SSIAD, pour permettre leur financement par la CPAM. Or les soins de nursing (AIS) sont chronophages et peu valorisés professionnellement et financièrement ;
- Discriminer les patients dès l'entrée en refusant les polypathologiques relevant à la fois du SSIAD et du CSI, trop coûteux.

Ces stratégies n'ont pas eu les effets financiers escomptés. Ainsi, le résultat du CSI Haute-Vienne en 2018 est de -474 038.68€.

La gouvernance nationale déploiera alors, cette même année, un dispositif visant à permettre aux CSI déficitaires de retrouver un équilibre financier.

V.2.1.2. Mise en place d'un plan de retour à la performance (Mai 2018)

Si la Croix-Rouge française est historiquement connue pour ses actions humanitaires, il n'en demeure pas moins que l'équilibre de ses centres de soins infirmiers est devenue une préoccupation majeure de l'association. Les autorités de tarification et de contrôle, qui ont longtemps contribué à couvrir les déficits creusés notamment par la rémunération des auxiliaires de santé, ont petit à petit demandé aux établissements de se responsabiliser. Ainsi, la Croix-Rouge a enjoint ses centres à rejoindre l'équilibre financier.

Dans sa décision du 18 mai 2018, le Conseil d'Administration de la Croix-Rouge française entérine une stratégie financière visant le respect par les établissements des ratio cibles financiers suivants :

- Excédent d'EBITDAR de 10% des produits d'exploitation encaissés
- Excédent d'EBITDA de 6% des produits d'exploitation encaissés
- Résultat net à minima entre 0.5 et 1% des produits d'exploitation encaissés
- Maitrise de la masse salariale à 62.5% des produits d'exploitation encaissés
- Maitrise des achats à 22% des produits d'exploitation encaissés
- Maitrise de la charge financière à 0.5% des produits d'exploitation encaissés

Une note d'orientation de la direction générale de septembre 2018 présente cette stratégie désormais nommée Plan de Retour à la Performance (PRP). On peut y lire que « *l'équilibre financier des établissements Croix-Rouge française est notre objectif majeur des prochaines années, objectif pour lequel les responsables, les équipes régionales et le siège doivent mobiliser tous les moyens nécessaires* ». La direction générale entend contrôler les efforts des établissements « *un travail associant la direction financière et la ligne managériale est mené pour proposer un dispositif de reporting comptable régulier* » (Note d'orientation PRP-document interne Croix-Rouge française, septembre 2018).

L'entrée en PRP peut se faire tout au long de l'année et est décidée en CODIR régional, après analyse du compte de résultat et du suivi budgétaire des établissements. Le PRP est déclenché en cas de résultat déficitaire et/ou d'EBITDAR inférieur aux objectifs du modèle économique.

Par la suite, les établissements concernés devront présenter trimestriellement un diagnostic avec plan d'action et résultats de leur PRP au siège et à la région. Il est indiqué en gras sur la note d'orientation que : « *le directeur d'établissement est responsable des résultats obtenus par sa structure. Lorsque celle-ci est en difficulté financière, il est en charge du retour à la performance* ». En cela, c'est le directeur de l'établissement qui devra, dans un délai d'un mois après la décision du CODIR, élaborer et transmettre un PRP constitué :

- D'un diagnostic, incluant un questionnement en termes de positionnement stratégique ;
- D'une comparaison par rapport au modèle économique théorique (c'est-à-dire par rapport aux ratios standards) ;
- D'une différenciation entre causes structurelles (sous- dotation, excédent d'ETP, inadéquation de l'offre au territoire...) et conjoncturelles (dépenses exceptionnelles, planning inadapté, recours à des prestataires...) ;
- D'un plan d'actions correctrices chiffrées comportant des échéances. Ainsi, le directeur doit lister les décisions et actions à mettre en œuvre (recherche de recettes supplémentaires, révision du projet d'établissement, développement de l'activité, amélioration de l'efficacité de l'établissement via facturation, recouvrement de créances, réorganisations, optimisation de plannings...). L'impact économique de ces actions doit être chiffré, les moyens à mobiliser identifiés, ainsi que les échéances, des indicateurs de performance, tout cela dans un tableau de suivi.

« *La mise en place d'un PRP doit porter ses fruits sous 3 ans maximum. Dans le cas contraire cela signifie que l'établissement a des difficultés nécessitant la prise de décisions stratégiques d'envergure : restructurations importantes, rénovations importantes, transfert ou fermeture* » (Note d'orientation PRP- document interne Croix-Rouge française, septembre 2018)¹⁵⁷. S'il est identifié dans le diagnostic préalable que le redressement de l'établissement semble d'emblée compromis dans le délai de 3 ans, une commission performance et développement doit être mobilisée et disposera d'un mois pour prendre une décision.

Ainsi, en mai 2018, les CSI Haute-Vienne entrent dans le dispositif PRP. La mise en place de ce dispositif a entraîné au niveau local la mise en place de stratégies organisationnelles visant à atteindre les objectifs financiers.

V.2.2. Le renforcement du pilotage financier et stratégies gestionnaires au CSI Haute Vienne

Pour se conformer à la stratégie impulsée par le PRP, la Direction de la Haute-Vienne mettra en œuvre au niveau local trois stratégies : le recrutement de responsables gestionnaires à la

¹⁵⁷ (Note d'orientation PRP- document interne Croix-Rouge française, septembre 2018).

place de profils soignant, l'adoption d'un modèle économique de référence avec tableau de pilotage de l'activité et enfin un plan d'action PRP.

V.2.2.1. Un choix assumé de recrutement de responsables non soignants

Le CSI Haute Vienne est historiquement divisé en trois secteurs dirigés chacun par un responsable de services. Ces derniers, qu'on pourrait qualifier de piliers des services, étaient historiquement soignants, et après plusieurs années en tant qu'infirmiers pour la Croix-Rouge, ils avaient évolué au poste de responsable. Mais à partir de 2018, la Direction départementale fait le choix de recruter des cadres gestionnaires plutôt que soignants.

En mai 2018, une des trois responsables de service, infirmière de formation, part à la retraite après plus de vingt ans de service à la Croix-Rouge française. S'en suivront plusieurs remplaçants (5 de mai 2018 à avril 2022) de formation gestionnaire qui démissionneront tous au bout de quelques mois.

En juin 2019, c'est une responsable d'un autre secteur qui démissionne après plus de trente ans d'activité en tant qu'infirmière puis cadre sur le CSI87. Cette dernière est également remplacée par une gestionnaire sans expérience du milieu infirmier.

Enfin, sur le troisième secteur, la responsable, infirmière également, démissionne en juillet 2019. Elle sera remplacée par une gestionnaire nouvellement diplômée qui démissionnera à son tour en septembre 2021. Elle ne sera pas remplacée et deux secteurs seront fusionnés. Ainsi à partir de ce moment, le CSI Haute- Vienne compte deux secteurs sous la responsabilité de deux responsables de formation gestionnaire, sans expérience antérieure du milieu soignant, et issus du secteur privé.

V.2.2.2. La mise en place du tableau Plan d'action qualité PRP

Dès décembre 2019, un nouvel outil de gestion fait son apparition au sein du CSI Haute-Vienne. Il s'agit d'un tableau Excel comprenant six thématiques : logistique, gestion financière, travail en réseau, management stratégique et gouvernance, gestion des ressources humaines et système d'information. Pour chaque grande thématique, on retrouve différents objectifs, qui se déclinent ensuite tous de la façon suivante : action, pilote de l'action, date de début, échéance prévisionnelle, date de réalisation, statut (à planifier, en cours...) et modalité de suivi de l'action.

1) Management stratégique et gouvernance

Étaient envisagés les objectifs suivants : améliorer la cotation (définition d'un référent cotation au sein de l'équipe infirmière et lui accorder une contrepartie financière), gérer les absences (création d'un pool de remplacement) et améliorer les organisations (piloter le poste administratif et revoir la répartition des ETP administratifs). Pour ce dernier item, il s'agit de rationaliser l'effectif administratif considéré comme trop important au vu de l'ETP soignant (par

rapport au modèle économique théorique) et d'optimiser ses missions afin de permettre une meilleure facturation des actes infirmiers.

2) Travail en réseau

L'objectif étant la communication, les actions envisagées consistaient à développer le réseau via l'élaboration d'un plan de communication, démarcher les prestataires et laboratoires, travailler les partenariats et enfin rencontrer les équipes du CSI qui a servi d'exemple pour l'élaboration du modèle économique.

3) Logistique

Il s'agit de gérer les absences en mettant en place un pool de remplacement, de sécuriser la facturation en proposant des ordonnances type aux médecins et en utilisant un outil permettant la facturation à domicile, de déployer une application permettant de se positionner sur des soins (un système d'appel d'offre)

4) Gestion financière

On retrouve trois objectifs dans cette rubrique : piloter l'activité tout d'abord, avec la mise en place de tableaux de bord, l'analyse mensuelle des résultats et la mise en place de mesures correctives, et réaliser un état des recettes et dépenses trimestriel). L'analyse mensuelle se fait sur une journée en présence du responsable de service concerné et de la Direction départementale. Ensuite, améliorer la cotation : identifier un référent départemental sur la base du volontariat pour la cotation et valoriser (=facturer) tous les actes réalisés par les infirmiers.

5) Gestion des ressources humaines

Dans cette thématique, on retrouve les objectifs suivants : améliorer la cotation via la mise en place des formations nomenclature et la définition des missions du référent, gérer les absences (définition des missions du pool de remplacement), et améliorer les organisations (définition des missions et tâches des administratifs).

6) Systèmes d'information

Il s'agit dans cette rubrique de sécuriser et optimiser l'outil métier qui contient des bugs et lacunes de complétude en développant son utilisation sur smartphones.

Le Plan d'actions qualité indique une volonté de maîtrise avec une forte présence d'éléments de *logos* gestionnaire comme : Piloter (6 occurrences) mettre en place (4 occurrences). Ce tableau a pour vocation à orienter le fonctionnement de l'association vers plus d'efficacité. Le tableau de pilotage de l'activité ainsi mis en place permet ainsi d'évaluer la performance des CSI et, puisqu'il y a un onglet par antenne, de comparer les résultats, dans une volonté d'optimisation de la gestion financière. On note les éléments de champ lexical de la performance : améliorer (7 occurrences) optimiser (1 occurrence) ; ainsi que des éléments de réorganisation (le pool de remplacement, le poste administratif, le référent cotation...).

Le plan d'action ainsi créé a pour vocation à ramener le fonctionnement des CSI à un ensemble cohérent de connaissances obéissant à des lois, attestant d'une recherche de

rationalité. Il s'agit de prévoir (avec un échéancier et des modalités de suivi de réalisation), sécuriser (1 occurrence), analyser (1 occurrence).

V.2.2.3. L'adoption d'un modèle économique de référence et mise en place de tableaux de pilotage de l'activité CSI

Si la plupart des CSI en France est en difficulté financière, certains centres réussissent à dégager un excédent et sont érigés comme modèle par la direction nationale. C'est le cas du CSI C. Situé en secteur péri-urbain et disposant d'un service d'HAD, ce dernier ne partage que peu de caractéristiques avec les CSI du 87, qui est cependant enjoint, dès décembre 2019, de copier le modèle économique du CSI C, devenu référence pour tous les CSI au niveau national. Ce dernier est consultable en annexe 7.

Partant de ces chiffres de référence, les objectifs suivants ont été poursuivis :

- Augmentation du nombre d'actes par infirmier (alors que les soins multiples sont décotés) ;
- Réduction des ETP administratifs (alors qu'il y a un retard de facturation des soins) ;
- Réduction du taux d' AIS, ce qui pose une double problématique :
 - La patientèle potentielle de cette zone rurale est vieillissante et le besoin en AIS est prégnant ;
 - Les soins de nursing des patients poly pathologiques sont stratégiquement affectés au CSI en lieu et place du SSIAD pour préserver l'enveloppe auxiliaires médicaux du SSIAD, ce qui augmente par phénomène de vase communicant la proportion d' AIS en CSI.

Afin de contrôler le suivi des objectifs, la direction départementale a élaboré un outil visant à contrôler les actes effectués, leur typologie, leur nombre et à contrôler l'écart avec le modèle économique de référence.

Ce tableau, intitulé « tableau de pilotage de l'activité CSI »¹⁵⁸ est rempli par les responsables de services sur la base de chiffres extraits d'un logiciel métier permettant la facturation des actes et a pour objectif d'aider la direction dans ses choix stratégiques, RH et financiers. Ce tableau décrit, mois par mois, le nombre d'actes mensuels réalisés, dont les AMI et AIS, ainsi que diverses composantes de la facturation des soins, mais aussi le nombre d'heures de travail des infirmiers et l'ETP infirmier.

¹⁵⁸ Les tableaux de pilotage de l'activité 2021 et 2022 sont disponibles en annexe 8.

Tableau 22: Tableau de pilotage de l'activité CSI (2021)

CSI Haute Vienne	PRODUCTION MENSUELLE REALISEE												2021
	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
Actes Réalisés													
Nombre AMI	28 535	24 887	29 646	27 886	23 469	21 931	20 213	17 235	16 575	17 647	18 885	17 745	264 654
Nombre AMX	928	771	480	641	379	260	278	325	159	569	548	648	5 987
Nombre AIS	14 721	14 221	14 295	12 926	10 217	10 630	9 229	7 947	7 366	6 794	6 310	6 141	120 797
Nombre MAU	5 053	5 100	6 099	5 468	4 169	4 114	3 526	2 762	2 910	3 016	2 832	3 139	48 188
Nombre MCI	624	482	593	518	528	438	445	302	336	555	563	568	5 952
Nombre MIE	10	9	5	12	14	14	1	17	6	2	9	18	117
Nombre de DSI : 1er dossier	8	11	4	10	4	7	2		3	1	3	4	57
Nombre de DSI : Renouv.	20	23	32	8	23	32	16	9	9	4	4	15	195
Nombre de BSI : 1er dossier			6	3									9
Nombre de BSI : Renouv.				6									6
Nombre de BSA	31	37	45	40	39	43	41	35	35	35	30	25	436
Nombre de BSB	48	48	115	201	233	261	217	172	143	151	179	142	1 910
Nombre de BSC	42	56	79	60	62	113	68	31	30	31	30	19	621
IFA (ex IFD)	14 108	12 895	14 669	13 494	11 161	10 826	9 943	8 323	7 865	8 318	8 109	8 170	127 881
IFI	214	225	377	431	487	645	501	365	298	306	161	271	4 281
nombre IK	6 590	7 339	9 224	7 429	4 807	4 044	3 109	1 642	517	1 990	2 137	1 347	50 175
nombre IKM	74 664	70 737	85 723	80 401	61 988	59 715	56 278	52 407	53 679	58 474	48 777	41 929	744 772
Majorations Nuits	373	279	317	255	218	235	182	107	90	64	61	28	2 209
Majorations Milieu de Nuits													
Majorations Dimanches et Fériés	2 488	1 705	1 734	2 149	3 079	1 280	1 492	1 160	903	1 170	1 435	938	19 533
Kimomètres réalisés	47 836	45 394	50 667	29 354	40 866	12 774	9 432	9 857					246 180

Valorisation	P.U.	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
AMI	3,15	89 886	78 393	93 385	87 841	73 926	69 083	63 671	54 291	52 211	55 587	59 488	55 897	833 660
AMX	3,15	2 923	2 427	1 512	2 020	1 194	819	876	1 024	501	1 792	1 727	2 042	18 857
AIS	2,65	39 011	37 684	37 882	34 254	27 075	28 170	24 457	21 060	19 520	18 004	16 722	16 274	320 111
MAU	1,35	6 822	6 885	8 234	7 382	5 628	5 554	4 760	3 729	3 929	4 072	3 823	4 238	65 054
MCI	5,00	3 120	2 410	2 965	2 590	2 640	2 190	2 225	1 510	1 680	2 775	2 815	2 840	29 760
MIE	3,15	32	28	16	38	44	44	3	54	19	6	28	57	369
DSI : 1er dossier (1,50)	15,00	120	165	60	150	60	105	30		45	15	45	60	855
DSI : Renouv. (1)	10,00	200	230	320	80	230	320	160	90	90	40	40	150	1 950
Nombre de BSI : 1er dossier	25,00			150	75									225
Nombre de BSI : Renouv.	12,00				72									72
BSA	13,00	403	481	585	520	507	559	533	455	455	455	390	325	5 668
BSB	18,20	874	874	2 093	3 658	4 241	4 750	3 949	3 130	2 603	2 748	3 258	2 584	34 762
BSC	28,70	1 205	1 607	2 267	1 722	1 779	3 243	1 952	890	861	890	861	545	17 823
IFD	2,50	35 270	32 238	36 673	33 735	27 903	27 065	24 858	20 808	19 663	20 795	20 273	20 425	319 703
IFI	2,50	535	563	943	1 078	1 218	1 613	1 253	913	745	765	403	678	10 703
IK	0,35	2 307	2 569	3 228	2 600	1 682	1 415	1 088	575	181	697	748	471	17 561
IKM	0,50	37 332	35 369	42 862	40 201	30 994	29 858	28 139	26 204	26 840	29 237	24 389	20 965	372 386
Majorations Nuits	9,15	3 413	2 553	2 901	2 333	1 995	2 150	1 665	979	824	586	558	256	20 212
Majorations Milieu de Nuits	18,30													
Majorations Dimanches et Fériés	8,50	21 148	14 493	14 739	18 267	26 172	10 880	12 682	9 860	7 676	9 945	12 198	7 973	166 031

TOTAL DES ACTES REALISES		244 599	218 967	250 813	238 615	207 287	187 818	172 300	145 569	137 840	148 408	147 765	135 779	2 235 760
TOTAL ACTEUR		240 689	214 714	249 102	235 244	202 284	184 025	168 843	141 314	134 782	144 614	143 935	119 512	2 179 058
TOTAL DES ACTES REALISES FACTURES		144 008	137 475	159 595	133 636	80 897	99 076	78 560	58 571	39 665	76 826	76 003	64 972	1 149 284
DONT FACTURES REJETEES (AMO/AMC/ASS)		2 490	2 837	1 749	1 434		2 958	1 312	1 204	4 095	2 069	1 013	2 643	23 804
Fact intégration Qualiacc		282 279	214 278	126 380	125 312	211 616	176 100	102 942	87 137	138 640	188 661			1 653 346
Heures effectuées		6 258	6 225	6 427	5 607	5 648	4 320	3 917	3 286	2 985	2 318	2 362	2 213	51 565
ETP		47	47	49	43	43	33	30	25	23	18	18	17	39 128
Nbre de soins/IDE	↘	911	828	901	960	786	994	991	1 010	1 057	1 390	1 406	1 423	24,73
CA /IDE	↘	5 153	4 637	5 144	5 610	4 839	5 731	5 799	5 841	6 088	8 440	8 247	8 088	6 135
% Kms facturés/Km réalisés		170%	172%	187%	299%	163%	499%	630%	548%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
%AIS	↘	34%	36%	33%	32%	30%	33%	31%	32%	31%	28%	25%	26%	

Grâce à des formules, les chiffres reportés sur le tableau sont automatiquement traités et permettent de mettre en exergue :

- Le total des actes réalisés ;
- Le total des actes facturés ;
- Le nombre de rejets ;
- Le nombre de soins par infirmier ;
- Le chiffre d'affaires par infirmier ;
- Les kilomètres facturés/ réalisés ;
- Le pourcentage d'AIS.

Ainsi, la direction se dote d'un arsenal instrumental lui permettant de suivre l'activité des centres dans un souci d'optimisation de l'activité. Ce faisant, la Croix-Rouge s'inscrit dans une logique comparative grâce à ces outils de mesure qui se destinent à impulser et légitimer des décisions managériales. Le management par objectifs ainsi décrit conduit à l'émergence d'une pression financière ayant des impacts sur l'activité infirmière.

V.2.3. Une pression à l'activité à l'origine d'une occultation de celle-ci

L'entrée dans le dispositif de PRP et la mobilisation de l'arsenal gestionnaire qui l'accompagne servent à l'application d'une stratégie visant l'augmentation des recettes et l'optimisation des dépenses, signant l'émergence d'une situation de pression financière. Face à l'augmentation de la cadence de soins techniques, les infirmiers délaissent le travail administratif nécessaire à la traçabilité et surtout à la rémunération des soins exécutés et déplorent un manque de reconnaissance et de soutien hiérarchique. Un conflit de valeurs émerge.

V.2.3.1. Une quête de performance entraînant une pression financière

Afin d'assurer un pilotage renforcé de la performance des CSI, nous avons vu que la direction départementale s'était dotée de « tableaux de pilotage de l'activité », qui ont vocation à contrôler le nombre et le type de soins délivrés par infirmier, afin d'aboutir à un chiffre d'affaires par infirmier qu'il s'agit de maximiser. Le siège national utilise ces tableaux pour contrôler l'activité et la conformité avec les objectifs fixés (notamment en lien avec le modèle économique du CSI C) et ainsi exercer une pression financière sur la direction départementale. Cette pression s'exerce notamment lors de rendez-vous mensuels, au cours desquels la direction départementale doit rendre compte des efforts financiers réalisés. Ces rencontres sont le théâtre de reproches et d'injonctions diverses, comme l'atteste le verbatim de DIRECTIONSIEGE1 : « *vous vous êtes engagée à réduire les factures à établir et ça ne fait qu'augmenter !* » (23/3/2021). Nous faisons ainsi le constat d'une pression financière du siège sur la direction départementale.

La pression financière exercée par le siège ruisselle sur les salariés par d'injonctions à la performance de la direction départementale. Ces dernières concernent l'optimisation du chiffre d'affaires par infirmier, d'une part, et d'autre part, la facturation de l'activité.

V.2.3.1.1. Une stratégie de développement du chiffre d'affaires par infirmier

La direction départementale souhaite, conformément à sa stratégie comparative avec le CSI C, développer le chiffre d'affaires par infirmier. Cette stratégie implique de modifier la typologie des soins proposés (choisir les plus rentables) et d'augmenter la cadence de soins.

En ce qui concerne la typologie des soins, les gestionnaires ont observé que selon l'IGAS, l'équilibre financier d'un CSI est difficilement atteignable en dessous de 77% d'AMI. Conclusion : le CSI Haute Vienne est trop « médico-social », trop peu « sanitaire ». Les salariés ont donc été enjoins par la direction départementale de réaliser davantage d'AMI, mieux valorisés financièrement, moins chronophages, à arrêter complètement les AIS. Après un tollé auprès des infirmiers (« *les toilettes, c'est notre fonds de commerce, et on peut pas abandonner les gens comme ça du jour au lendemain, on marche sur la tête !* » (IDE 4 CSI 2) qui a attisé les braises d'un conflit avec la direction, les salariés ont finalement été encouragés à réduire les AIS au profit d'AMI. Ainsi, dès l'automne 2020, les infirmiers évoquent un

sentiment de pression financière réduisant la qualité des soins, comme le montrent les échanges suivants entre IDEC5 et IDE 1 CSI 5 (07/10/20) :

- IDE 1 CSI 5 « *on ne peut pas faire du bon travail, ce n'est pas du bon travail que l'on fait, on s'y retrouve pas.* »
- IDEC5 : « *Que faudrait-il pour que vous soyez mieux dans votre métier ?* »
- IDE 1 CSI 5 : « *des bras supplémentaires* » « *on est en sous-effectif* » « *un pote a été supprimé et n'a pas été renouvelé* » « *on est pas des machines* ».

La direction souhaite aussi maximiser le volume de soins produit par infirmier. La lecture des tableaux de pilotage de l'activité nous permet d'observer que globalement, l'activité a diminué, de même que les ETP infirmiers. La réduction des ETP soignants n'a pas été suivie d'une réduction d'activité proportionnelle, car on note une augmentation assez spectaculaire de la charge en soins des infirmiers : de 911 soins par IDE en janvier 2021, on passe à 3704 en juin 2022, soit une activité devenue quatre fois plus intense en quelques mois... mais malgré tout loin de l'objectif du modèle théorique (11380 actes). Pour augmenter le volume de soins, la direction demande aux infirmiers d'organiser leur tournée dans le sens d'une optimisation des déplacements, alors qu'ils avaient l'habitude de l'organiser en fonction des déplacements des patients. En guise de compromis, la direction invite les soignants à faire payer un dépassement d'honoraires aux patients qui demandent un horaire particulier pour « *convenance personnelle* ». (Plen CSE 27/01/2022). Les infirmiers ne procéderont jamais à ce type de facturation.

Au printemps 2021, une soignante appelait la doctorante et tirait la sonnette d'alarme, attestant d'une situation de pression devenue insupportable : « *des gens sont mal...des gens sont en arrêt* », « *les gens sont très en colère...* », « *un très grand mal-être... il y a même des personnes qui ont évoqué des idées suicidaires...* », « *une corde qui a été tirée...* » (26/05/2021). Sur la période 2021-2022, nous notons une augmentation quasi constante du nombre d'actes réalisés par IDE (et du chiffre d'affaires) illustrant une augmentation de la charge en soins. La proportion d' AIS a diminué sur l'année 2021, passant de 34% en janvier à 26% en décembre, indiquant une augmentation des actes de soins techniques au détriment des soins plus relationnels.

Un compte-rendu de réunion du 18 décembre 2019, à la suite de la présentation du modèle économique, nous a permis de constater que les infirmiers avaient dès le lancement des craintes sur la faisabilité des objectifs : « *Selon le site de la ville de C, il y a 12000 habitants ville et 20000 habitants agglomération. Mais il faut également noter que 19% de la population masculine à plus de 60 ans et 28% de la population féminine à plus de 60 ans. En ce qui concerne la superficie de la ville, sur le point géographique C s'étend sur 13.28 km². Cela nous semble peu étendu et concentré en population. De ce fait les comparaisons nous paraissent inégales* ». Pourtant, c'est bien ce modèle qui a été utilisé pour légitimer des stratégies de gestion des ressources humaines, notamment le choix de remplacement d'un salarié ou non, par comparaison avec le modèle théorique du CSI C, dans une logique comparative grâce à la prétendue transparence qu'offre le tableau de pilotage de l'activité.

V.2.3.1.2. L'illusion de la mesure : d'une facturation empêchée à une activité occultée

Le cheval de bataille de la direction départementale consiste, outre le développement de l'activité soignante, à veiller à la bonne facturation des soins réalisés. Si peu de soins sont tracés, ils génèrent peu de factures à établir. L'augmentation des factures à établir peut donc s'expliquer par un travail plus assidu de traçabilité des soins, mais qui ne va pas au bout du processus de facturation. Il y a donc des efforts réalisés mais qui passent inaperçus pour la direction centrale. Les salariés sont confrontés à des difficultés empêchant le pilotage de la facturation exigé par la direction.

Les outils informatiques sont considérés comme inadaptés et générateurs d'erreurs. Les outils mobilisés par la Croix-Rouge au service de la traçabilité et de la facturation des soins ne satisfont pas les professionnels et ne permettent pas de valoriser correctement l'activité produite. « *Les membres du CSEE insistent sur les conséquences de nombreux dysfonctionnements [de logiciels, ndlr] qui génèrent non seulement des pertes financières pour la Croix-Rouge mais également aggravent la situation de stress et de malaise* » (Plénière CSEE 29/10/ 2020). Lors d'un audit réalisé en 2020, les équipes ont pointé du doigt des outils informatiques inadaptés, pas à jour et trop lents. De plus, les professionnels manqueraient de formation pour les utiliser. Cela engendre des pertes de temps, des doubles saisies ou des soins non facturés. En effet, lors de la Plénière CSEE du 29 octobre 2020, les élus avaient souligné que le logiciel métier comportait « *beaucoup de bugs* » et qu'une partie de l'activité réalisée en 2019 n'avait pas été attribuée au CSI concerné. « *La confiance [...] est donc très limitée* ».

Conséquence de l'augmentation de l'activité de soins et des difficultés informatiques, des dossiers de facturation incomplets stagnent, et certains soins ne sont donc pas facturés. En 2019, le CSI 87 accuse 359 312.40€ de créances irrécouvrables dues à des facturations non traitées atteignant leur délai de forclusion (2ans). Les salariés pointent un manque de moyens humains et organisationnels pour réaliser la facturation, ainsi que des éléments manquants bloquant le processus (absence de mutuelle, d'ordonnance, de BSI/DSI...) alors que l'infirmier a travaillé (Plen CSE 28/10/2021 et Plen CSEE 29/10/ 2020). En effet, début 2021, le CSI 1 accuse par exemple un an et demi de retard sur les DSI. IDE 6 CSI 1 déplore ainsi : « *on est pas assez nombreuses pour rattraper le retard* » « *on n'arrive pas à se dégager du temps pour le faire [les DSI, pour facturation, ndlr], si on fait des heures supp' on se fait taper sur les doigts* » « *il faut trouver d'autres solutions d'organisation* ».

L'absence de facturation engendre une occultation de l'activité soignante. Si certains CSI ont été accusés de manquer d'activité, selon IDE 3 CSI 1, l'activité est globalement bien présente mais reste invisible car tous les soins ne sont pas tracés informatiquement (CSEE 10/11/2021). Ainsi, la facturation n'est pas en adéquation avec l'activité soignante réalisée.

Pourtant des choix en termes de gestion des ressources humaines ont été faits en conséquence par la Direction, en application du modèle économique du CSI C (non-remplacements de postes infirmiers et administratifs). Ainsi, les effectifs soignants et administratifs ont été réduits dans un contexte où les infirmiers se plaignaient déjà d'un trop-plein d'activité et de manque de temps pour le travail administratif nécessaire à la bonne facturation des soins. Le 24 avril 2021, le CSE alerte sur le travail administratif (des infirmiers, ndlr) qui ne peut plus être fait avec entre autres la facturation qui n'est plus du tout établie,

dans un contexte de travail en sous-effectif, épuisement des salariés et turn over). « *En sous effectif c'est difficile de prendre le temps de réaliser le travail administratif* » « *on doit toujours faire plus d'administratif !!* » évoque une infirmière (Plen CSE 28/10/2021).

Ainsi, si la facturation peinait déjà à être établie, la diminution des effectifs entraîne des périodes où celle-ci n'est plus établie du tout. Soit les soins ne sont pas tracés informatiquement, soit il manque des éléments permettant la facturation (en général les ordonnances). DIRECTION1 pointe un manque de pilotage par les IDEC et un manque d'investissement des équipes dans le processus de facturation. DIRECTION4 évoque de « grosses difficultés concernant l'implication des salariés » concernant le travail administratif (Plen. CSE 27/05/2021).

DIRECTION1 soulève en réunion avec ses subordonnés le 23 mars 2021 la problématique du retard de facturation, indiquant qu'il faut « s'activer », souhaite « piloter les outils ». La rhétorique gestionnaire n'ayant pas d'impact sur les infirmiers, ces injonctions à la facturation restent lettre morte et DIRECTION1 menace : « *si les dossiers ne sont pas rapidement mis à jour elle interdira la réalisation des soins. La CRf ne doit pas travailler gratuitement, si nécessaire elle fera interrompre les tournées le temps de se mettre en conformité.* » (Plen CSE 28/10/2021). Les tournées n'auront jamais été suspendues (que faire des patients pendant ce laps de temps ?). Ces menaces attestent cependant d'une situation conflictuelle entre les salariés et la hiérarchie qui adopte une posture autoritaire.

V.2.3.2. Du manque de reconnaissance au conflit de valeurs

En situation de pression financière, les infirmiers favorisent les soins auprès des patients et délaissent l'aspect administratif de leur travail. L'absence de traçabilité sur le logiciel métier a pour conséquence la non-valorisation des soins réalisés, donc des pertes financières et une activité occultée. La direction utilise cependant les indicateurs informatiques pour se mettre en conformité avec les ratio-cible ETP/activité du CSI C. En résulte une pression à l'activité encore accrue et les incidences négatives décrites précédemment se multiplient. Dans ce contexte, les infirmiers se sentent incompris par leur hiérarchie gestionnaire, déplorent un manque de soutien managérial et évoquent une perte de sens de leur travail.

V.2.3.2.1. Un manque de reconnaissance et de soutien hiérarchique

Les problématiques de facturation ne sont pas uniquement en lien avec l'organisation. Certaines sont liées aux modalités de facturation en elles-mêmes, comme par exemple la difficile gestion de la facturation des soins des personnes polypathologiques prises en charge simultanément en CSI et SSIAD que nous avons évoqué précédemment.

Autre illustration, le BSI créé en 2020 : un outil pensé pour les infirmiers libéraux mais qui peine à se mettre en place sur les centres de soins infirmiers, qui sont toujours, à l'heure actuelle, dans la recherche de solutions adaptatives. Plus précisément, les modalités de facturation du BSI, qui correspond à des soins de long cours, ne permettent pas l'utilisation par plusieurs cartes CPS (cartes de professionnel de santé). Cela signifie que l'infirmier qui enregistre le premier soin sera celui qui, officiellement, réalisera tous les autres, ce que l'organisation du temps de travail en CSI ne rend pas possible. D'autres infirmiers réalisent donc officieusement les soins enregistrés au nom de leur pair. Cette situation crée de l'anxiété chez les soignants qui craignent que leur responsabilité ne soit engagée pour un acte qu'ils n'auraient pas fait mais qui serait tracé en leur nom. Les cadres, ne trouvant pas de réponse auprès des organismes de tarification et de contrôle, et ne parvenant pas à accompagner les infirmiers dans leur acquisition de l'outil, perdent en légitimité pendant que les conflits internes, ne trouvant pas de résolution ni d'arbitrage satisfaisant, s'enkystent.

Dans ce contexte, les infirmiers ne se sentent pas soutenus par leur hiérarchie, ils déplorent un manque de communication et un encadrement qui semble déconnecté de la réalité du terrain : « *le corps encadrant peut avoir des difficultés à percevoir les difficultés du terrain* » (CSEE 11 /06/2021). Les infirmiers reprochent régulièrement à leurs managers de ne pas être soignants et posent le postulat que de ce fait, ils ne peuvent pas comprendre leurs difficultés « *vous ne comprenez pas, vous pas êtes du métier ! ce ne sont pas des chaises ou des papiers* » (17/03/2021). Face à une posture managériale autoritaire, une salariée évoque que le ressenti des salariés n'est pas assez pris en compte et qu'il est source de départs, qui eux génèrent un malaise (CCSEE 23/04/21). Les efforts des salariés ne sont pas, pour les raisons évoquées ci-dessus (occultation de l'activité), pris en considération ce qui occasionne un sentiment de manque de reconnaissance : « *on nous demande d'être toujours productifs et ramener de l'argent mais on pourra pas assurer [...] on nous demande de rester et de bosser ! mais dans quelles conditions !!* » (17.3.21 point cession transfert CSI 3), allant jusqu'à un sentiment d'épuisement : « *on est fatiguées, on en peut plus* » (17.3.21 point cession transfert CSI 3). Le vécu d'injustice est majoré par le mode d'exercice salarié et sans intéressement sur les bénéficiaires : « *quand on voit ce que rapporte nos tournées et ce qu'on touche... ça fait mal au cœur* » (17.3.21 point cession transfert CSI 3).

V.2.3.2.2. Un changement de pratiques professionnelles à l'origine d'un conflit de valeurs

Les infirmières évoquent des pratiques anciennement plutôt médico-sociales. « *Au début quand j'ai commencé, il y a 11 ans, on ne nous demandait pas ça, de surveiller les factures, les cotations...* ». « *Pour moi être infirmière c'est faire une prise en charge globale, faire tous les soins dont la toilette. On n'a pas le temps de les faire, avant on le faisait, à l'époque je voyais même pas comment on pouvait déléguer* ». Les infirmiers évoquent un changement de pratiques qui a commencé cinq ans en arrière et qui s'est durci il y a deux ans environ, produisant de nombreuses difficultés (CSEE 10/11/2021), soit concomitamment à l'entrée dans le dispositif PRP. Les infirmiers déplorent avec cynisme l'abandon des valeurs pourtant toujours promulguées par l'association : « *la Croix- Rouge, les principes on les a appris en partiels.... Ils se font bien mousser avec* », « *La détresse des salariés est en constante augmentation. Ceux-ci ne trouvent plus auprès de la CRf les valeurs qu'elle prônait autrefois* » (Plénière CSE 25/02/2021).

Les pratiques médico-sociales ayant trait à une prise en charge globale des patients ne trouvent plus leur place dans un contexte de financiarisation. La diminution des AIS au profit des AMI atteste d'une sanitarisation de l'organisation.

DIRECTION1 : « *La notion de rentabilité pour les infirmiers c'est très violent, mais il faut passer par là, c'est nécessaire... en plus à la Croix- Rouge il y a la confusion des genres, entre le secteur associatif, humanitaire et les soins à domicile, là il faut de la rentabilité* » « *ou au moins qu'on soit à l'équilibre, mais on en est loin [...]. Aujourd'hui nous sommes une entreprise, certes avec l'emblème Croix- Rouge, mais nous sommes une entreprise. Jusqu'ici, les IDEL prennent les patients avec les soins qui cotent, et nous orientent tous ceux qu'elles veulent pas, et jusqu'ici on acceptait sans réfléchir à la question financière. Dont acte, les CSI, plusieurs milliers d'euros de déficit* »

IDE : « *oui mais qui les fera (les soins non facturables ou peu rentables, ndlr), les IDEL voudront pas* » ;

DIRECTION1 : « *eh bien ça ne doit plus être notre problème. Sinon on s'en sortira pas* »

IDE : « *ça les isole, c'est terrible, il n'y a plus personne pour s'occuper d'eux* » (12.08.21).

C'est dans cette situation de conflit de valeurs que le projet de cession transfert fut annoncé, puis suspendu, puis enfin repris. Les salariés, qui n'ont plus confiance en leur management, évoquent une « *stratégie du pourrissement* » dont le but est de laisser démissionner les salariés pour éviter de mettre en place un plan de sauvegarde de l'emploi (CSEC 10/11/2021). « *les salariés sont épuisés, n'y croient plus, tout a été détruit, ils n'ont plus confiance* » (CSEE 11 /06/2021). Dans ce contexte, nous observons l'émergence de nombreuses émotions de valence négative.

V.3. Des émotions non régulées source de rejet d'une logique médico-financière

Sur la période d'observation, les émotions négatives ont, en l'absence d'instances de régulation, foisonné jusqu'à devenir des émotions collectives (V.3.1). Les infirmiers acceptent difficilement les changements que tentent de piloter les managers (V.3.2). Dans ce contexte, la pression financière conduit à une situation de défaillance émotionnelle et financière en spirale (V.3.3).

V.3.1. Des émotions négatives non régulées au processus de contagion émotionnelle : un climat émotionnel délétère empêchant l'hybridation

Le tableau synthétique présenté ci-après a vocation à qualifier les émotions et à les analyser au regard du contexte, permettant ainsi de mettre en valeur le processus qui les fait émerger. Nous procédons selon l'analyse dimensionnelle en précisant leur valence et leur intensité. Nous utilisons des périodes de temps mensuelles pour notre analyse. Nous verrons qu'il y a eu, à plusieurs reprises, des tentatives d'hybridation dont le groupe soignant était à l'origine. Le groupe gestionnaire n'a pas saisi les opportunités, et des émotions de valence négative et d'intensité de plus en plus forte ont été observées. Lorsque le groupe gestionnaire proposera à son tour une stratégie d'hybridation, il sera trop tard : la colère conduit les infirmiers au rejet de celle-ci. Nous développerons les éléments synthétisés dans le tableau à sa suite, faisant le constat d'une hybridation avortée dans un contexte de climat émotionnel délétère.

Tableau 23: Synthèse des émotions collectives et des rendez-vous d'hybridation manqués

Date	Emotions observées ou exprimées	Valence	Intensité	Contexte	Tentative d'hybridation
Octobre 2020	-	-	-	Réunion CSE	Les infirmiers demandent à la direction de l'état financier des CSI qui diffère la demande
Décembre 2020	-	-	-	Projet d'audit sur la facturation des soins	Les infirmiers souhaitent participer à l'audit mais sont écartés par la direction
Février 2021	Colère	Négatif	Faible	Alerte sur la dégradation des conditions de travail que les infirmiers assimilent à la conséquence de coupes financières	Les infirmiers demandent à la direction de l'état financier des CSI qui diffère la demande
Mars 2021	Colère	Négatif	Forte	Présentation du projet de cession transfert en CSE	
Mars 2021	Tristesse Colère	Négatif	Forte Forte	Présentation du projet de cession transfert sur CSI 1	
Mars 2021	Déception	Négatif	Faible	Présentation du projet de cession transfert sur CSI 2	
Mars 2021	Colère -Rage Dégout	Négatif	Très forte Très fort	Présentation du projet de cession transfert sur CSI 3	
Mars 2021	Colère	Négatif	Faible	Présentation du projet de cession transfert sur CSI 4	

	Mépris		Fort		
Mars 2021	Inquiétude	Négatif	Forte	Présentation du projet de cession transfert sur CSI 5	
Mars 2021	Désap- pointement Mépris	Négatif	Faible Fort	Présentation du projet de cession transfert sur CSI 6	
Avril 2021	Colère Désap- pointement	Négatif	Forte Fort	Injonctions de la direction à développer l'activité soignante tout en procédant à la facturation, et à choisir les patients les plus rentables.	Les infirmiers cherchent sans succès à être accompagnés par les gestionnaires dans leur difficile acculturation à un nouvel outil financier (BSI)
Avril 2021	Jalousie Colère	Négatif	Fort	Les infirmiers se rendent compte que pour un même travail, exceptionnel puisqu'il s'agit de vacations de vaccination, les IDELs gagnent 220€ alors que les salariés, rien de plus car la Croix-Rouge encaisse la totalité du montant de la vacation	Les infirmiers proposent une prime pour la réalisation des sessions de vaccination. La direction refuse.
Avril 2021	Colère	Négatif	Très forte	Constat de démissions massives et fermeture de CSI faute de personnel Réorganisation contestée par les infirmiers	Les infirmiers sont en colère et jugent que les agissements de la direction ne sont pas conformes à ses engagements
Mai 2021	Anxiété Peur	Négatif	Très forte	Nouvelles fermetures de CSI et dégradation des conditions de travail	Les infirmiers déplorent ne pas avoir pris part aux réflexions concernant la nouvelle stratégie d'organisation. Ils se sentent trahis et n'ont plus confiance.

Juin 2021	Colère- rage Tristesse Peur Dégout	Négatif	Très forte Forte Forte Fort	Annnonce de la suspension du projet de cession transfert Distribution de prime jugée injuste	Les infirmiers expriment se lancer dans une course pour développer l'activité, considérant que la direction la fait sciemment baisser. Ils sont en quête d'une évaluation transparente de leur travail
Juillet 2021	Inquiétude	négatif	Forte	Vague de démissions d'infirmiers (9)	Les infirmiers demandent à la direction de communiquer l'état financier des CSI, cette dernière diffère la demande Les infirmiers proposent de collaborer avec la direction dans la construction d'un projet innovant
Aout 2021	Désap- pointement Anxiété Tristesse Joie	Négatif Négatif Négatif Positif	Fort Fort Très forte Faible	Réorganisations et manque de personnel Réflexions sur le sens du travail infirmier	La course à l'activité amène une perte de sens au travail exprimée par les infirmiers pour lesquels les relations avec les autorités de tarification et de contrôle sont source d'angoisse.
Septembre 2021	Désap- pointement Découra- gement	Négatif	Fort Fort	Difficultés de recrutement et travail en sous-effectif	La direction annonce son idée de mettre en place des instances de discussion, ce qui met en colère les infirmiers qui ne se saisissent pas de l'opportunité d'hybridation

Octobre 2021	Colère Découragement	Négatif	Faible Très fort	La direction menace d'interdire la réalisation des soins tant qu'ils ne sont pas tous facturés	Les infirmiers exigent l'accès à l'état financier, un article du code du travail à l'appui. Après avoir répété que les informations viendraient plus tard, la direction exprime désormais clairement un refus de les communiquer.
Novembre 2021	Déception Découragement	Négatif	Très fort Très fort	Annonce de reprise du projet de cession transfert – sans repreneur identifié Annonce de projets sur l'avenir des CSI	Les infirmiers dénoncent des indicateurs inadaptés ne permettant pas l'accès à l'activité réelle et un audit faussé Les infirmiers ne sont pas associés à la discussion sur l'avenir des CSI
Décembre 2021	Désappointement Angoisse	Négatif	Très fort Très forte	Alerte faite par les salariés sur les conditions de travail Primes d'investissement versées uniquement à des cadres Privatisation par la croix rouge d'un porte avion pour un évènement festif	Les infirmiers pensent que la direction a une volonté malveillante, ils dénoncent une gestion financière opaque, des sommes colossales employées à mauvais escient et une gestion douteuse du système de primes
Janvier 2022	Joie Lassitude	Positif	Faible Fort	Les infirmiers déplorent la diminution des temps de relationnel, qui leur procurent de la joie, la direction répond par des injonctions à la performance financière	La direction demande aux infirmiers d'optimiser le temps de travail, d'imposer des horaires aux patients et de leur facturer des suppléments pour convenance personnelle. La direction présente une nouvelle organisation, dont l'objectif est de libérer du temps de travail administratif pour les infirmiers pour la facturation des soins.

Février- mars 2022	Inquiétude Désap- pointement	Négatif	Très fort Très fort	Les infirmiers se disent épuisés émotionnellement	Les infirmiers sollicitent des temps d'échange avec la direction dans l'objectif de trouver des solutions pour ajuster l'activité soignante. La rencontre n'a pas eu lieu.
Avril 2022	-	-	-	Annnonce de fermeture des CSI non repris	-

Nous allons analyser les émotions au sein des différentes périodes définies grâce à notre démarche narrative.

Période 1 : Une situation instable sous contrôle (avril 2020- février 2021)

Durant cette période, les émotions sont peu présentes. Les discussions sont centrées autour des problématiques financières rencontrées par l'association. Dès le mois d'octobre, les infirmiers évoquent que pour adapter leur travail, ils ont besoin de connaître l'état financier, ce qui leur permettrait de mieux accepter les changements. La direction répond que les chiffres ont été communiqués aux responsables de chaque site qui les communiquerons bientôt. Mais plusieurs mois plus tard, les salariés déplorent toujours un « *manque de visibilité sur les performances atteintes et le résultat de [nos] actions* » (Plen CSE, 27/05/2021). Au mois de décembre, la direction présente un projet d'audit sur le processus de facturation des soins. Le projet plait aux infirmiers qui pointent régulièrement des dysfonctionnements à ce niveau. Plusieurs d'entre eux se portent volontaires pour y participer, mais la direction refuse leur participation.

Ces événements constituent des tentatives d'hybridation à l'initiative des infirmiers. Les gestionnaires ne se sont pas saisis de cette opportunité.

Les élus du CSE alertent sur la dégradation des conditions de travail qu'ils attribuent à des coupes financières amenant une réduction des effectifs. Ils évoquent des salariés en détresse et déplorent ne plus retrouver les valeurs prônées par la Croix-Rouge : « *Une alerte est faite sur l'état critique de l'ensemble des salariés du [CSI87] qui ne se limite pas au seul aspect financier. [Nous sommes] inquiets de l'état de santé de l'ensemble des salariés tant psychologiquement que physiquement. Il y a un réel épuisement, ras le bol, le personnel est à bout. Les membres du CSE constatent que les centres ont été mis à mal par des coupes financières et au niveau des effectifs du personnel. Les salariés en sont lourdement affectés. [Nous insistons] sur la solitude du personnel et le manque de soutien de la hiérarchie.* » (CA CRf, 15, 16/12/2020).

A partir de ce moment, un conflit de valeurs s'amorce et une émotion de colère, d'intensité faible est observée.

Période 2 : L'apparition d'un élément perturbateur (mars 2021)

L'annonce du projet de cession transfert des centres met le feu aux poudres.

En CSE, les élus expriment de la colère d'intensité forte ainsi que des émotions anticipées telles que de l'anxiété et du découragement face à une situation future qu'ils perçoivent comme leur étant défavorable. « *Les infirmiers et les administratifs n'ont plus le cœur à l'ouvrage, on va continuer à faire agoniser les gens, c'est de la torture plus que de la maltraitance, nous avons le sentiment d'avoir été dupés, il va falloir des psychologues* » (CSEE, 13/03/2021).

Les effets de l'annonce diffèrent selon les CSI.

Sur CSI 1 sont observées des émotions de colère et de tristesse d'intensité forte. La plupart des salariés observés ne verbalisent rien mais ont les larmes aux yeux. Ils sont en état de sidération. Le silence est pesant. Une minorité présente une attitude de défi vis-à-vis de la direction : « *On peut faire la révolution, non ? Et si on réduisait les frais de siège ? Les gens des bureaux doivent faire un geste pour l'attractivité au futur repreneur, ça peut être une stratégie, non ?* » (CSI1, 18/03/2021). Leur réaction manifeste un sentiment de mépris et d'injustice ainsi que de la colère s'exprimant par des propos menaçants à l'égard de la direction.

Sur CSI 2, les infirmiers expriment de la déception de faible intensité ainsi qu'un sentiment de trahison, cependant ils sont dans l'acceptation de la situation voire la soumission aux pratiques : « *Merci des explications, c'est plus rassurant* » ; « *Est ce qu'on peut continuer à avoir cette transparence ?* » (CSI2, 23/03/2021).

Sur CSI 3, les émotions exprimées sont particulièrement fortes. Les infirmiers évoquent un sentiment de trahison et de maltraitance et expriment du dégoût vis-à-vis de la dégradation de la qualité de leur travail dont la responsabilité est attribuée aux gestionnaires qui ignoreraient la réalité de leur travail. La colère est si intense qu'elle devient à certains moments de la rage. L'annonce de la grève sans organisation de continuité de soins exprime une volonté de sabotage de l'organisation. La demande de réquisition illustre un besoin de reconnaissance, que les infirmiers expriment aussi verbalement. Mais Henri se met au défi de surpasser seul. Si jusqu'ici les émotions négatives étaient uniquement portées contre le groupe gestionnaire, la colère se diffuse désormais au sein du groupe soignant, à l'encontre des salariés soutenant la gestion d'Henri. De son côté, ce dernier manifeste un certain mépris vis-à-vis des émotions exprimées qu'il qualifie de « *passionaria* » et qui représentent à son sens un frein à la communication et à l'efficacité de l'organisation.

Sur CSI 4, sont observées de la colère d'intensité faible et du mépris d'intensité forte. « *Ils n'ont pas trop peur là-haut de la fuite des infirmiers, parce que ça va être le cas* » (CSI4, 22/03/2021). Les propos ironiques et menaçants illustrent de la colère et un manque de confiance et de communication avec la hiérarchie, dans un contexte d'anticipation d'une situation future perçue comme défavorable.

Sur CSI 5, les infirmiers expriment de l'inquiétude d'intensité forte ainsi qu'un manque de confiance envers la hiérarchie : « *La confiance elle fait des vagues... on la gagne on la reperd.... C'est compliqué...* » (CSI5, 24/03/2021). Les infirmiers évoquent des rumeurs de départs massifs sur tout le département, ce qui est une façon de remettre en question la communication descendante.

Sur CSI 6, l'attitude désinvolte des infirmiers exprime du mépris d'intensité forte à l'égard d'Henri. On note également des émotions anticipées liées à l'appréhension d'une nouvelle organisation du temps de travail associée à des problématiques de recrutement. Désappointés, les infirmiers ferment la discussion sur les projets futurs (ils ne sont pas associés à leur élaboration) en pointant une problématique pragmatique et actuelle (retard de transmission du planning). Un désappointement d'intensité faible est aussi observé.

La parution d'un article de journal sera un élément supplémentaire attisant la colère des salariés. Deux clans s'opposent désormais de façon affirmée : les gestionnaires et leurs « suppôts » administratifs (ceux qui ont signé une lettre de soutien de la direction suite à la parution de l'article) et les infirmiers qui dénoncent une situation injuste. Ces derniers vont même jusqu'à évoquer un complot, une stratégie de manipulation de la direction qui ne communiquerait pas les chiffres pour masquer des détournements de fonds.

Le refus de la main tendue des infirmiers en faveur d'une stratégie d'hybridation ainsi que les émotions de valence négative et d'intensité fortes exprimées à la suite de stratégies managériales ont ainsi contribué à rompre le lien ténu de confiance qui les unissait aux gestionnaires.

Période 3 : Le nouement (avril 2021- ...)

« Alors que jusque-là il avait été déclaré que tout départ serait remplacé, la responsable du secteur a clairement annoncé qu'il n'y aurait pas de recrutement et donc diminution de l'effectif [...] les IDE sont face à un discours et une réalité bien différente » (CSEE 23/04/2021). Au mois d'avril, les acteurs constatent des démissions massives et la fermeture de centres, faute de personnel. Les soignants, toujours dans une colère d'intensité très forte nourrie par un sentiment de trahison et un manque de reconnaissance des difficultés qu'ils traversent (« on est des pions ») et sous la pression des émotions présentes et anticipées, expriment une inaptitude à l'inaction. Ils expriment désormais un refus de considérer la question financière dans le cadre des prises en charge de patients. Suite à la réforme du BSI qui impliquait de nouvelles modalités de facturation des soins infirmiers, ces derniers indiquent qu'ils n'ont pas été accompagnés par les gestionnaires dans l'acculturation à ces nouvelles pratiques. Ils indiquent avoir dû se débrouiller seuls dans l'acquisition de ces nouvelles compétences financières : ils sont donc prêts à se saisir d'outils financiers et à faire évoluer leurs pratiques. Les gestionnaires ont cependant manqué une nouvelle fois le rendez-vous de l'hybridation. Selon les infirmiers, l'acculturation à ce nouvel outil fut chronophage et a majoré le sentiment de stress de prendre du retard dans les tournées, ils assimilent leur journée de travail à une course. Ils expriment un manque de reconnaissance et un sentiment d'injustice et aimeraient que des solutions en termes d'organisations soient trouvées. En sus, les infirmiers se rendent compte que pour un même travail, exceptionnel puisqu'il s'agit de vacations de vaccination, les IDELs gagnent 220€ alors que les salariés, rien de plus. Des sentiments de jalousie poussent sur le terreau fertile d'un manque de reconnaissance : « On voudrait au moins une prime » (Journal de Bord, 22/04/21). On observe une nouvelle diffusion d'émotions intra groupe avec la colère exprimée entre salariés.

Au mois de mai, la peur fait son apparition. D'intensité forte, celle-ci est liée à la fermeture de plusieurs centres, et à l'appréhension de la fermeture de l'ensemble de ceux-ci. « l'édifice Croix-Rouge va s'effondrer » « Tous les centres vont tomber comme des châteaux de cartes ! » (CSEE, 06/05/2021). Le lien de confiance entre gestionnaires et infirmiers semble bel et bien brisé. Les soignants, en colère, ressentant un manque de soutien managérial et de reconnaissance, accusent Henri de sabotage. Dans ce contexte d'incertitude quant au devenir des centres, les émotions négatives anticipées foisonnent. Une nouvelle charge de travail émotionnel est née : la gestion de la tristesse des pairs. La pression émotionnelle est renforcée par le travail émotionnel réalisé auprès des patients en lien avec la communication sur la

réorganisation des tournées. Les infirmiers déplorent par ailleurs ne pas avoir été intégrés dans l'élaboration des stratégies de réorganisation, ainsi qu'un manque de transparence chronique sur le volet financier, ne leur permettant pas de constater les résultats de leurs efforts. C'est un nouveau constat de déficit d'hybridation. Le manque de confiance est tel que les salariés vivent dans la peur que leurs propos puissent leur causer du tort : « *Les gens n'osent pas contacter les services psy mobilisés car ils ont peur que leurs propos soient répétés* » ; « *quand on a eu les groupes QVT on était contents, mais on a été trahis... des choses dites ont été utilisées contre nous* » « *on a été trahis par la QVT* » (Journal de Bord, 26/05/21). Dans ce contexte, la régulation émotionnelle est empêchée.

En juin, les émotions de valence négative telles que la rage, la tristesse, la peur et le dégoût, foisonnent à la suite de l'annonce de la suspension du projet de cession transfert. L'inaptitude à l'action par la pression émotionnelle s'illustre par le fait que les infirmiers cherchent à prendre en charge un maximum de patients, espérant ainsi développer l'activité et éviter la fermeture des centres. Les infirmiers accusent la direction de laisser sciemment baisser l'activité : « *il n'y a pas eu de bataille de la direction* » (CSEE, 11/06/2021). Les gestionnaires sont alors considérés comme des éléments détracteurs de l'hybridation. La distribution de primes pour investissement, essentiellement à des managers, attise la colère des salariés dans la mesure où ils n'ont pas connaissance des conditions d'attribution de celles-ci. Ils se demandent comment atteindre des objectifs qu'ils ne connaissent pas, ou autrement dit, sont en quête d'une évaluation transparente de leur travail.

Une vague inédite de démissions d'infirmiers a lieu au mois de juillet. Certains soignants ont, après une période de dépression, accepté la situation et décidé de démissionner, non sans tristesse. Ceux qui restent ont peur pour leur avenir professionnel, mais envisagent une acceptation des stratégies gestionnaires : ils envisagent de coopérer si Henri communique les chiffres qu'ils demandent. Ils ne veulent pas subir le processus mais en être acteurs. : la colère laisse progressivement la place au marchandage. Les infirmiers évoquent également un processus de régulation émotionnelle entre pairs. Par contre la hiérarchie est perçue comme une source d'émotions négatives et n'est pas envisagée comme un élément régulateur. L'inquiétude est forte et l'heure est au regret « *de ne pas avoir vu plus de leviers soulevés pour améliorer la performance économique comme pour faire des économies* » (CSEE, 08/07/2021). Ce verbatim atteste d'un nouveau constat de déficit d'hybridation, dans un contexte où les infirmiers annoncent vouloir « *avancer tous ensemble* » (CSEE, 08/07/2021), proposent l'élaboration commune de projets innovants pour construire une nouvelle dynamique mais se retrouvent toujours confrontés à une absence de visibilité sur les données financières des centres.

Au mois d'août, les infirmiers déploient une nouvelle fois des stratégies en lien avec une inaptitude à l'inaction par la pression des émotions, notamment la peur de voir les centres fermés. Ils acceptent un maximum de patients pour développer l'activité mais font parallèlement face à des problématiques de recrutement de personnel. Cette situation atteste d'une implication maladroite dans la stratégie financière, symptôme d'une hybridation avortée. Cette situation majore la tristesse et le travail émotionnel des infirmiers qui offrent aux patients en souffrance une qualité de soin dégradée. Les soignants évoquent une perte de sens au travail. Une jeune professionnelle évoque des difficultés relatives à l'exercice du travail émotionnel dans un temps restreint. Ils ont l'impression de ne pouvoir réaliser les valeurs de la profession et de faire un mauvais travail, à tel point qu'ils ne cherchent pas, pour se protéger émotionnellement, à exercer après leur diplôme. Magali exprime un sentiment de mépris qui

illustre les difficultés liées au clivage entre les mondes gestionnaire et soignant. Si les relations avec les patients procurent de la joie, les relations avec les autorités de tarification et de contrôle procurent du stress du fait d'un sentiment constant d'être surveillé. En centre de soins infirmiers, cette pression administrative entraîne une pression temporelle et des conflits avec la hiérarchie. Les émotions négatives prennent le pas sur la joie procurée par le relationnel entre collègues. « *Je travaillais dans l'angoisse de faire une connerie, d'oublier un papier, de me faire toquer par la sécu* » (Journal de Bord, 11/08/2021).

Les tentatives de marchandage consistant à une coopération basée sur une connaissance partagée des données financières semblent échouer. Les infirmiers, fortement déçus, constatent que leurs multiples demandes restent sans suite « *On a l'impression de redites* » (Journal de Bord, 30/09/2021). Découragés par un sentiment de manque de soutien managérial, de communication et d'écoute, les infirmiers n'envisagent plus vraiment la direction comme porteur de solution. Ils verbalisent leur « *détresse devant la lourdeur du management du siège qui ruine les salariés* » (Journal de Bord, 30/09/2021). Ironie de la situation, la direction propose, au mois de septembre, d'organiser des groupes de discussion pour favoriser la communication : la direction ici réalise une tentative d'hybridation en manifestant un désir de travail partagé. Contre toute attente, les infirmiers réagissent avec colère, répondent qu'ils le demandent depuis des années sans résultat et ne se saisissent pas de l'opportunité.

Au mois d'octobre, la colère est faible mais le découragement des infirmiers se fait très fort, face à la direction qui martèle des exigences de facturation des soins dans un contexte de pression à l'activité de soin où les possibilités de temps de travail administratif s'amenuisent. Dans un contexte de travail en sous-effectif, nous constatons que les infirmiers privilégient la réalisation de soins au détriment du travail administratif, conséquence, la facturation des soins n'est pas établie et l'activité baisse fictivement. Face à cela, la direction réagit avec colère et menace d'interdire la réalisation des soins. De guerre lasse, les infirmiers évoquent un manque d'attractivité des postes à la Croix-Rouge qu'ils imputent à des conditions de travail dégradées et à un manque de communication avec la hiérarchie. Ils répètent que leurs propositions organisationnelles ne sont pas entendues. Les infirmiers sont déçus car une nouvelle fois leurs demandes d' « *avoir accès à l'état financier de tous les CSI du 87, CSI vides d'activité compris* » restent lettre morte. La direction ne diffère plus ces demandes et change de discours, évoquant désormais que les informations financières sont destinées au CSEC, ce que réfute les soignants, citant un article du code du travail rappelant que le CSE doit être informé. « *La direction de la CRf ne semble pas réagir* », « *un jour on n'y arrivera plus, et ce jour est arrivé* » (Plen CSE, 28/10/2021). Les infirmiers, pourtant enclins à prendre part à la discussion financière, sont déçus d'en être écartés : l'hybridation est empêchée par une direction qui veut garder le contrôle de ce territoire gestionnaire, et les infirmiers cantonnés à un rôle d'exécutant dans des conditions qui leur semblent insatisfaisantes.

En novembre, le découragement et la déception sont très fortes. La reprise du projet de cession transfert est annoncée alors qu'il n'y a toujours pas de repreneur potentiel identifié. Les infirmiers sont déçus et ont l'impression d'avoir fourni des efforts inutilement, dans un contexte de perte de valeurs et de détérioration des conditions de travail. Ils expriment une nouvelle fois du mépris face aux responsables qui ne sont pas soignants et qu'ils estiment de ce fait incompetents pour les comprendre et les soutenir dans la difficulté : « *on se sent bien seules depuis des années* » (Journal de Bord, 16/11/2021). Ils ont un vécu d'injustice car la direction, pour prendre ses décisions, mobilise des indicateurs jugés inadaptes à l'évaluation

du travail réel, qui conduisent à céder des CSI sur la base de « *chiffres dénoncés comme faussés* » (CSEE, 10/11/2021). Les infirmiers évoquent « *des efforts mais cela ne va pas durer longtemps* » (Journal de Bord, 09/11/2021). Ils disent « *partir par lassitude, et par épuisement d'être trop souvent sollicités* » (CSEE, 10/11/2021). Ils sont épuisés émotionnellement. La direction annonce des projets en cours : un comité de pilotage sur l'avenir des CSI et un diagnostic territorial confié à un étudiant stagiaire en management, projets dans lesquels les infirmiers ne sont pas inclus : une nouvelle manifestation d'absence d'hybridation.

Durant le mois de décembre, nous notons des émotions de désappointement et d'angoisse d'intensité très forte. Les soignants ont le sentiment constant ne pas être écoutés. Si certains ont déjà accepté la situation et sont partis, les autres restent dans l'espoir d'un changement, tout en étant inquiets pour leur avenir. Ils craignent que leurs conditions de travail jugées défavorables entraînent une fuite des infirmiers et la fermeture des centres. Ils éprouvent un sentiment d'injustice à l'égard des membres du siège national qui consacrent des sommes colossales pour des festivités tandis qu'ils travaillent sous pression temporelle et financière. « *C'est angoissant, il n'y a aucune marge de manœuvre* » (Journal de Bord, 06/12/2021) : les infirmiers expriment une inquiétude constante liée au travail en effectif réduit, et déplore que la direction ne les soutienne pas en sollicitant l'intérim au motif que « *ça coûte trop cher* » (Journal de Bord, 06/12/2021). Ils n'ont pas confiance en leur hiérarchie et doutent de la « *réelle volonté de la Croix-Rouge de vouloir améliorer les conditions de travail pour éviter l'hémorragie de salariés [...], de recruter et fidéliser de jeunes salariés [...] et de vouloir maintenir certains services* » (Plen CSE 16/12/2021). Les infirmiers pensent qu'il y a une stratégie malveillante de la direction visant à fermer tous les centres. Ils dénoncent des primes dont les conditions d'attribution de sont pas claires et qui auraient été versées uniquement à des cadres, dans un contexte de gestion financière opaque où l'association dépense des sommes colossales pour des événements festifs. Le déficit d'hybridation est ainsi vecteur de colère en lien avec un vécu d'injustice.

C'est au mois de janvier 2022 que nous constatons pour la première fois l'expression d'émotion de valence positive. Entretenir avec les patients une relation de qualité procure aux infirmiers de la joie, mais les perspectives de ressentir cette émotion positive dans ce contexte sont réduites par la pression temporelle qui réduit les temps de relationnel d'une part, et par la pression financière d'autre part qui met fin à la personnalisation de la planification des soins. La direction répond par des injonctions à la performance financière, autrement dit, augmenter l'activité, optimiser le temps de travail, imposer des horaires aux patients et leur facturer des suppléments pour convenance personnelle. Si les infirmiers, de guerre lasse, ne réagissent pas, ils n'auront toutefois jamais recours à ce type de facturation et continuent de privilégier le bien être du patient. Dans ce contexte, la lassitude des infirmiers est très forte. La direction présente une nouvelle organisation incluant des temps de travail administratif consacrés à l'optimisation de la cotation et à la facturation des soins, mais ces derniers se rempliront petit à petit de soins, illustrant un nouvel échec d'hybridation.

Durant le premier trimestre 2022, les infirmiers, épuisés émotionnellement, ont sollicité la direction dans l'objectif de trouver des solutions pour ajuster l'activité soignante. Il s'agit d'une nouvelle et dernière tentative d'hybridation impulsée par les infirmiers. Mais la direction n'aura pas donné suite et la rencontre n'a pas eu lieu. L'inquiétude et le désappointement sont très forts. Depuis l'été 2021 qui a vu la suspension du projet de cession transfert puis une vague

de démissions, il n'y a plus de colère mais de plus en plus de désappointement pour les infirmiers. Les tentatives de marchandage motivées par des espoirs d'amélioration échouent les unes après les autres. Les infirmiers soulignent de nouveau l'importance de la régulation interactionnelle entre pairs.

En avril 2022, toujours en l'absence de repreneur potentiel, annonce est faite aux salariés que les CSI non repris seront fermés. Aucune émotion n'a été observée de la part des infirmiers qui semblent avoir fait le deuil de l'organisation. Une note de service proposant un soutien psychologique sera diffusée à la suite de cette rencontre, mais les infirmiers n'auront jamais utilisé cette instance de régulation émotionnelle.

Sur la période d'observation, nous observons neuf tentatives d'hybridation de la part du groupe infirmier. Elles consistent essentiellement à une demande de partage d'informations financières et la participation à des groupes de projet, dans une volonté de prendre part, aux côtés du groupe gestionnaire, aux stratégies pour optimiser la performance de la structure. La direction n'accède pas à ces demandes et renforce sa posture autoritaire en redoublant de menaces et d'injonctions. Nous observons des émotions de colère de plus en plus intenses sur les deux premières périodes, ces dernières laissant peu à peu la place à l'anxiété et la déception sur la troisième période du récit.

Les émotions individuelles négatives telles que la colère ne sont pas régulées convenablement. Les observations ont montré que, sauf mentions contraires, les émotions observées par les acteurs au sein du groupe soignant étaient partagées au sein de ce même groupe : le processus de contagion émotionnelle a fait naître des émotions intra groupes. Nous retrouvons en très grande majorité de la colère et de l'anxiété, avec une forte proportion de colère en début d'observation, cette dernière laissant place au fil des mois à du désappointement. Des émotions, de valence négative et d'intensités variables, et nées du processus de contagion émotionnelle intra groupe, s'expriment à l'encontre du groupe gestionnaire et sont réactionnelles à des événements contextuels : il s'agit d'émotions intergroupes.

Une tentative d'hybridation de la part des gestionnaires est observée. Cette dernière correspond à une demande des infirmiers de mettre en place des espaces de discussion, et pourtant elle produit de la colère et un refus brutal (septembre 2021). L'hybridation est empêchée par cette émotion intergroupe. Dès lors, l'implication des infirmiers dans le dialogue financier se cantonnera à des exigences de transmission d'informations, code du travail à l'appui, et non plus à une recherche de discussion.

DIRECTIONSIEGE4 évoque effectivement un climat social globalement dégradé, avec des équipes assez instables surtout depuis le dernier trimestre 2021 et une baisse significative de la durée moyenne de contrat (26.01.22, COPIL national CSI). Autrement dit, les émotions négatives foisonnantes rendent le climat émotionnel délétère.

Nous avons, lors du traitement des données, procédé à l'analyse de la trajectoire émotionnelle d'un infirmier, que nous n'avons pas retenu ici, souhaitant valoriser la prégnance du collectif. La trajectoire émotionnelle est cependant consultable en annexe 10.

V.3.2. Une réticence des infirmiers à adhérer aux changements impulsés par les gestionnaires

Les infirmiers n'adhèrent pas à la stratégie financière impulsée par la direction départementale. De nombreuses forces restrictives au changement freinant l'hybridation par la production d'émotions négatives ont été observées. A la suite de la présentation de celles-ci, nous évoquerons deux forces propulsives illustrant des bribes d'hybridation. Un tableau permettant d'illustrer les faits de verbatims correspondants est disponible en annexe 9.

- Changement mené par un gestionnaire, non soignant

Lorsque l'encadrement tente d'expliquer des décisions liées au recrutement du personnel en lien avec le contexte financier, comme le 17 mars 2023 par exemple, les infirmiers ne sont pas réceptifs et adoptent une attitude que l'on pourrait qualifier de passive-agressive. Ce faisant, ils se ferment à la discussion financière avec leur responsable hiérarchique non soignante. Ils renvoient, par leurs actes et leurs paroles, l'échange vers leur cœur de métier. Ils estiment que celle-ci ne peut pas comprendre la réalité de leur métier notamment l'approche relationnelle.

- Changement causant du tort au patient et motivé par la question financière, en conflit avec valeurs humanitaires

Les infirmiers n'acceptent pas les changements lorsqu'ils estiment que ces derniers ne sont pas favorables aux patients. Le conditionnement de leur prise en charge à des motifs économiques produit de la colère. La course à l'activité leur semble incompatible avec un exercice infirmier respectant les bonnes pratiques professionnelles enseignées lors de la formation initiale ainsi que les valeurs humanitaires promulguées par la Croix-Rouge. Les infirmiers expriment de la colère produite par une impression de faire un travail de mauvaise qualité. « *C'est honteux de travailler comme ça !! on fait de la merde ! on fait de la merde (cri) tout ! la globalité ! on fait de la merde !* » (CSI3, 17/03/2021). Ainsi, lorsqu'ils ne sont pas en accord avec les directives de leur autorité hiérarchique (le cadre gestionnaire), deux cas de figure se présentent. Soit ils en réfèrent à leur autorité *fonctionnelle (le médecin) pour outrepasser les consignes jugées inadaptées, soit ils abandonnent et démissionnent. Ainsi, une IDEC déplore : « quand ça va pas, elles font à notre place. Elles se fichent de ce qu'on a fait, elles vont voir le médecin pour faire changer »* (Journal de bord, 02/06/21).

- Turn over, travail en sous-effectif et réorganisations : une dégradation des conditions de travail

Les salariés des CSI étudiés ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail. Dès le 25 février 2021, les membres du CSE alertent sur le manque d'attractivité des CSI et les problèmes de recrutement. Selon ces derniers, la politique départementale ne favorise pas l'attractivité, les nombreuses solutions proposées par le CSE ne sont jamais entendues (Plen CSE 16/12/2021). On note, au sein du CSI87, des amplitudes horaires de travail différentes

en fonction des sites, avec sur certains des horaires en coupé, et non sur d'autres, des journées plus denses sur des horaires continus avec des difficultés pour prendre des pauses. En sus, l'organisation de travail est jugée peu ou pas adaptée du fait de l'amplitude horaire liée à la convention collective (11heures maximum) et au travail en coupé : si l'infirmier doit commencer tôt sa journée de travail pour réaliser les soins matinaux, il doit aussi de fait finir tôt, c'est-à-dire 18h pour une journée commencée à 7h. Cela pose problème pour prendre en charge les soins atypiques (de nuit par exemple) et augmente la cadence de travail à réaliser le soir et le matin. Ainsi, les soignants anciens ont pointé les désavantages depuis la renégociation de la convention collective (novembre 2021). Les salariés pointent également des difficultés organisationnelles liées à des plannings trop changeants (Journal de Bord, 22/04/21 ; Plen. CSE 27/05/2021).

Les réorganisations du travail opérées par la hiérarchie en lien avec le contexte financier produisent de l'anxiété et un sentiment d'injustice chez les infirmiers. L'anxiété et le vécu d'injustice sont aussi perceptibles du côté des cadres. A la détresse émotionnelle exprimée, les membres de la direction répondent de façon non émotionnelle en utilisant le logos gestionnaire. Cette réaction engendre chez les infirmiers une émotion de désespoir : « *On n'a plus envie !! On s'est battues pendant 15-20 ans, il n'y a rien au bout ce n'est pas la peine* » (CSI3, 17/03/2021).

« *Les gens n'attendent pas de souffrir pour partir [...] les nombreuses désorganisations ont des conséquences sur le personnel à former perpétuellement ce qui impacte sur les conditions de travail* » (Journal de Bord, 23/4/21). La tension liée au travail en sous-effectif alliée au temps consacré à la formation des nouveaux salariés épuise les infirmiers. Ces derniers doutent que la direction veuille réellement recruter, comme l'atteste la verbatim d' IDE 3 CSI 1 : « *Comment la direction peut-elle affirmer qu'elle a tout mis en œuvre pour rechercher des remplaçants pour les démissionnaires sans que les annonces pour ces postes ne soient passées ?!* ». La direction tente, à plusieurs reprises lors de la période d'observation, de regagner la confiance des salariés en assurant qu'elle sera désormais dans la transparence. Les salariés, qui ne font plus confiance à leur hiérarchie, répondent avec cynisme : « *mouais...on verra ça* » (IDE1 CSI 4).

- Manque de confiance et d'écoute émotionnelle

Les salariés expriment souffrir d'un manque de prise en compte de leurs émotions. Quand le sujet d'un salarié ayant tenu des propos suicidaires dans le cadre de son travail est évoqué en CSE, DIRECTION1 prétend à une manœuvre de sabotage, que la personne a été manipulée et que ses propos, déformés et amplifiés, ont été instrumentalisés pour nuire. En guise de réponse à un élu qui souligne la détresse des soignants, DIRECTION1 demande s'il y a des questions avant de passer au point suivant. DIRECTION2 expliquera que les CSI vont mal car des élus virulents opèrent sur ces centres. L'expression d'émotions des infirmiers est vécue par les gestionnaires comme une tentative de manipulation. La méfiance est telle que les groupes soignants et gestionnaires s'accusent mutuellement de complot.

La confiance n'est d'ailleurs pas de mise non plus au sein du groupe gestionnaire, mais aussi entre la direction du siège et la direction locale. DIRECTIONSIERGE1 dénoncera ainsi un CSI « *instrumentalisé par les instances centrales* » (Journal de Bord, 01/06/2021).

Les cadres gestionnaires procèdent, entre pairs, par des stratégies de mise à distance émotionnelle par le biais de l'humour, comme l'exprime le verbatim de DIRECTION2 : « *heureusement qu'il n'y a pas de caméra, des fois on rigole* » (Journal de Bord, 25/06/2021).

- Absence d'implication des salariés dans les stratégies gestionnaires

L'annonce de la suspension du projet de cession transfert a produit de la colère, voire de la rage et de l'anxiété chez les infirmiers. Si jusque-là ils continuaient de s'investir dans l'organisation, ce revirement de situation a fini de les démotiver et marque un réel point de rupture entre les soignants et les gestionnaires. Les infirmiers évoquent un impact négatif de la situation sur leurs conditions de travail, notamment parce qu'il constitue une source de stress empêchant le deuil de l'organisation « *si on avait fermé directement, au moins on aurait été soulagés ! ça aurait été fait !* » (IDE 7 CSI 3). Ils subissent la situation au travers de communications descendantes, sans en être acteurs. Les soignants pensent qu'il s'agit d'une stratégie délibérée de la Croix-Rouge pour faire démissionner les salariés et ainsi éviter d'avoir à recourir à des licenciements économiques. « *Quand on veut tuer son chien ne dit-on pas qu'il a la rage ?* » (IDE3 CSI1).

Les infirmiers semblent avoir besoin de travailler dans la confiance et la transparence avec leur hiérarchie, notamment par le biais de discussions budgétaires. Une absence de communication récurrente sur la question financière, rendant impossible l'implication des salariés dans la stratégie, a entraîné des émotions de colère d'intensité très forte et des pratiques de sabotage telles que des vagues d'arrêts maladie ou de démissions simultanées, une saisie médiatique ainsi qu'un mouvement de grève général. Le journal local citera les propos suivants : « On a fait des propositions, mais on n'a pas été entendus ».

- Manque de reconnaissance financière

Les infirmiers expriment un vécu d'injustice face à manque de reconnaissance financière, dans un contexte post-COVID où l'écart entre travail réel et prescrit semble s'être creusé. En effet, durant cette période, les infirmiers ont réalisé des tâches qu'ils n'avaient pas l'habitude de réaliser et qui ne correspondent pas au travail pensé par la hiérarchie sur leur fiche de poste, et correspondant à des adaptations qu'ils ont réalisées, suite à une évaluation cognitive de la situation au regard du contexte. A la suite de la pandémie, des primes exceptionnelles pour investissement ont été distribuées à des cadres et il n'y a pas eu de communication au sujet des critères d'attribution de celle-ci. « *Si vous appelez pas ça nous prendre pour des connes !* » (IDE4 CSI 5). Les salariés expriment ainsi avec colère un vécu d'injustice. Ainsi peut-on lire sur le compte-rendu du CSEE : « *Le CSE informe de la démotivation des IDE qui étaient en première ligne et qui ne sont plus récompensés à la hauteur de leur implication. Le CSE demande à DIRECTION1 de faire remonter l'incompréhension, la non reconnaissance des soignants face à l'attribution de la prime. Également, les membres du CSE signalent que les IDE ont fait face à cette crise en prenant des soins au SSIAD, en faisant le ménage des centres, en remplaçant les secrétaires... et que désormais ils ne feront que leur travail et non celui des autres professionnels* » (Plénière CSEE, 31/07/2020). Le manque de reconnaissance entraîne une démotivation des infirmiers qui annoncent désormais se cantonner au travail prescrit par l'organisation.

- Dysfonctionnements informatiques empêchant la reconnaissance de l'activité réalisée et entraînant des adaptations organisationnelles inadaptées

Les outils informatiques ne permettent pas la reconnaissance de l'activité réelle des soignants, et de ce fait la facturation des soins. Les changements opérés par la direction pour s'adapter à cette diminution artificielle de l'activité sont inadaptés au regard de la réalité de l'activité, exprimée par les infirmiers. Cette situation occasionne du stress chez les soignants.

« Les membres du CSEE insistent sur les conséquences de nombreux dysfonctionnements [de logiciels, ndlr] qui génèrent non seulement des pertes financières pour la CRf mais également aggravent la situation de stress et de malaise [...]. Partant de la baisse des recettes, une réduction des dépenses est alors demandée mais les outils en place sont décriés dans leur efficacité et l'adaptabilité à la situation pour réduire les dépenses ». Les infirmiers évoquent beaucoup de bugs dans le logiciel professionnel utilisé pour la cotation et la facturation. Par exemple, en 2019 une partie de l'activité réalisée n'avait pas été attribuée au CSI concerné « la confiance [...] est donc très limitée » (Plénière CSEE 29/10/ 2020).

- Manque d'adhésion des cadres intermédiaires dans la stratégie gestionnaire

Les cadres intermédiaires (les IDEC) ne semblent pas impliqués dans la stratégie de la direction. Les gestionnaires constatent une rétention d'information de leur part, ces derniers se sentiraient « fliqués » et « jugés » par la direction, ils partageraient le sentiment des infirmiers de faire du mauvais travail.

- « DIRECTION2 : les IDEC freinent des 4 freins pour diffuser les informations descendantes... aujourd'hui on veut avancer sur les problématiques de facturation... plus de 600 000€ de factures à établir [...] des conditions difficiles, les IDECs sont pas aidantes, les responsables c'est compliqué.. ils font de la rétention d'info... on fait beaucoup de travail, ça n'arrive pas jusqu'aux équipes... les RDS bloquent...
- IDECC : les IDECS ont l'impression d'être fliquées, qu'elles font mal leur travail... les RDS se sentent mis en porte à faux... ils se sentent jugés dans leur façon de gérer les sites. »

Les verbatim ci-dessus indiquent que les cadres intermédiaires ne semblent pas adhérer aux stratégies financières impulsées par la direction. Par contre, elle montre l'implication d'IDECC, infirmière coordinatrice en charge de la cotation et de la facturation, dans cette dynamique. Lors du recrutement de cette dernière, les objectifs financiers lui ont été clairement présentés ainsi que son rôle dans le rééquilibrage budgétaire attendu. Elle s'inscrit donc dès son arrivée au sein d'un contexte financiarisé explicité, dans une dynamique gestionnaire dont elle utilise les outils et adhère aux valeurs. Cette première observation nous amène à constater qu'une infirmière peut adhérer aux pratiques gestionnaires dans un contexte de financiarisation dans la mesure où les pratiques financières sont des éléments attendus dans le poste : dès lors, il n'y a pas de rupture avec le contrat psychologique.

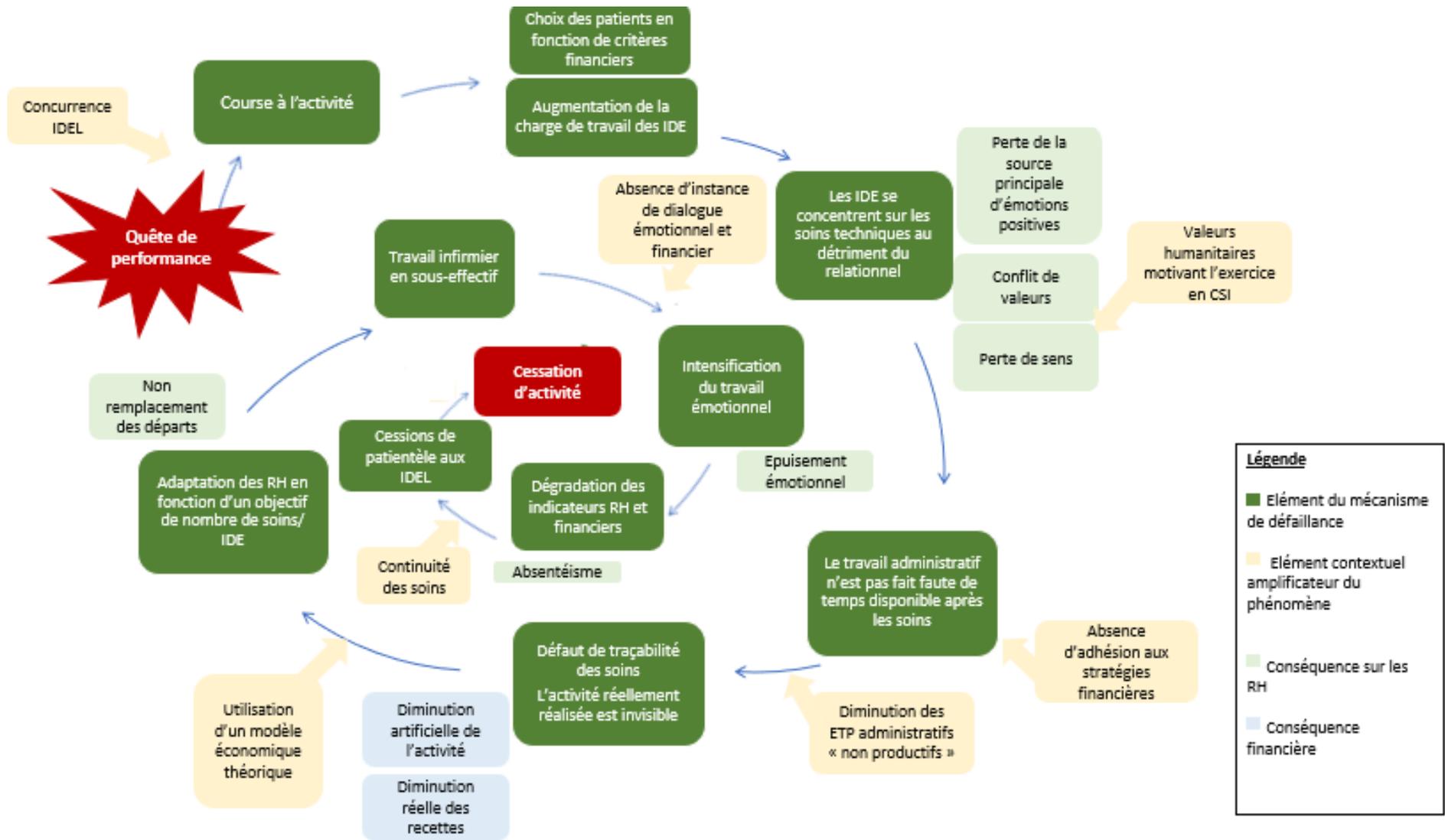
En sus, les changements en lien avec la stratégie financière de la direction semblent mieux acceptés lorsqu'ils sont présentés par un pair. Lorsqu'à l'occasion d'une formation sur la cotation et la facturation des soins, la formatrice, infirmière, déclare « *Ce n'est pas très humain mais il faut arrêter d'en prendre [des patients peu ou pas rentables, ndlr]. C'est pas très humain mais malheureusement on est dans une logique comptable à tous les niveaux* » (Journal de Bord, 20/04/21), les infirmiers hochent la tête et notent. Sur la dizaine d'infirmiers présents, aucun n'aura montré signe de désapprobation.

Les nombreuses forces restrictives au changement auront toutefois causé un phénomène de réticence des infirmiers qui ne souhaitent pas financiariser leurs pratiques professionnelles : à défaut d'être acteurs du changement, ils s'en font détracteurs. Si certains ont pu avoir recours à des pratiques de sabotage, dans l'espoir d'une alternative, l'acceptation de la situation par d'autres s'est traduite par des vagues de démissions illustrant un phénomène de défaillance émotionnelle et financière.

V.3.3. Un processus de défaillance émotionnelle et financière en spirale

De conditions de travail jugées insatisfaisantes dans un contexte de pression financière émergent de nombreuses émotions négatives s'illustrent par des problématiques RH. En l'absence d'instances de dialogue financier et de régulation émotionnelle, en lien avec une perte de sens au travail, un conflit de valeurs et un sentiment de manque de soutien managérial, apparaît une véritable spirale de la défaillance aboutissant à la cessation d'activité des CSI.

Figure 18: La spirale de la défaillance en CSI



La quête de performance de la Croix-Rouge française s'illustre, dans le cadre d'une situation de concurrence avec le secteur privé (notamment les IDEL), et comme nous l'avons indiqué plus tôt, par une course à l'activité de soins qui demeurent en partie occultés. De plus, des difficultés liées à la fois à l'articulation des modes de financement du SSIAD et du CSI et à une recherche d'optimisation ont conduit à une discrimination des patients en fonction de critères financiers.

Dans ce contexte, et en lien avec le plan de retour à la performance, l'association souhaite augmenter le volume de soins réalisés par infirmier, ce qui revient à augmenter leur charge de travail. Les infirmiers procèdent alors, à contre-cœur, à des choix stratégiques visant à privilégier les soins techniques au détriment du relationnel, non facturable et chronophage. Ils perdent ainsi leur principale source d'émotions positives, ont l'impression de faire un travail de piètre qualité qui a perdu son sens, et se retrouvent dans une situation conflictuelle avec les valeurs promues par l'association qui motivaient pourtant leur exercice professionnel à la Croix-Rouge. Ainsi, les infirmiers tiennent des propos forts tels que : « *on a l'impression de faire du travail de merde* », « *c'est pas possible de travailler comme on le fait, c'est pas du travail, on jette les patients* », « *c'est pas des soins, c'est de l'abatage* » ((CSI3, 17/03/2021).

S'ils délaissent l'aspect relationnel de leur travail, ils délaissent aussi l'aspect administratif, prétextant des tournées trop chargées pour qu'ils aient le temps, à leur retour, de procéder à la cotation des soins. Ils sont pourtant, sans succès, en demande de « chiffres » à la direction départementale, qui pourraient leur permettre de s'organiser et d'adapter leur fonctionnement. Ils sont en désaccord avec la stratégie de la Croix-Rouge visant à discriminer les patients, augmenter la charge en soins et facturer des dépassements d'honoraires pour adapter leur organisation aux patients. Dans le même temps, les ETP administratifs, considérés comme non productifs, sont diminués selon le modèle économique du CSI C. On observe alors un défaut de traçabilité des soins : les infirmiers ne procèdent plus à la traçabilité informatique des actes qu'ils réalisent. La facturation n'est pas possible et leur activité réelle se retrouve occultée. Le volume de soins réalisé diminue de façon artificielle mais les recettes diminuent réellement. Face à un nombre de soins/IDE trop faible au regard du modèle économique, la direction fait le choix de ne plus remplacer les départs. Les ETP infirmiers diminuent donc alors que l'activité soignante réelle n'a pas diminué : les infirmiers travaillent alors en sous-effectif par rapport à la charge de travail qui leur est imposée. L'augmentation de la cadence de travail, la diminution des temps consacrés au relationnel ainsi que l'insatisfaction des patients face à ce nouveau mode d'exercice causent une augmentation du travail émotionnel.

De plus, les stratégies managériales sont elles-mêmes pourvoyeuses d'émotions négatives.

En CSEE, le 10 novembre 2021, IDE 3 CSI 1 dit que l'absence de planning, « *les difficultés rencontrées (facturation, DSI, remplacement...) sont source de démotivation. « Les salariés font des efforts mais cela ne va pas durer longtemps* ».

Lorsqu'un salarié part, il n'est pas forcément remplacé selon le même ETP ce qui engendre des difficultés de gestion des plannings. Sur certains CSI, les tournées se réalisent en dehors du cadre légal du temps de travail avec une amplitude (conventionnelle, ndlr) largement dépassée (CSE, 16/12/2021), avec de nombreux arrêts de travail non remplacés.

Ainsi, on retrouve au sein du CSI87 des changements de plannings récurrents (Plen. CSE 27/05/2021) qui peuvent se réaliser à horizon très court ». L'encadrement intermédiaire est en difficulté quant à la gestion des plannings, et rappelle les salariés sur leurs jours de congé ou

procède à des remaniements de planning, ce qui impacte la vie personnelle des salariés. Les salariés se disent fatigués de ces changements récurrents (visite du CSE au CSI4, 4/02/21).

La crise sanitaire a provoqué de profondes remises en question pour les professionnels de santé, leurs conditions de travail ont été médiatisées durant cette période, ce qui a conduit à une revalorisation de leur salaire par le gouvernement, à l'occasion du Ségur de la santé. Si les infirmiers salariés des EHPAD et des hôpitaux ont bénéficié d'une hausse de salaire à hauteur de 183€net mensuels, les IDE salariés des CSI ont été exclus du dispositif. L'écart de creuse donc encore davantage avec le salaire des autres infirmiers, notamment des infirmiers libéraux qui travaillent selon le même modèle (tournées de soins à domicile) qui perçoivent la rémunération des soins qu'ils ont effectués. « *Nous vous rappelons quand même que les salariés des CSI ne sont pas concernés par le ségur et que même dans les établissements CRf qui le sont il est difficile de récupérer du personnel infirmier* » (CSEC 9/11/2021). Les salariés infirmiers ont un sentiment d'injustice car les cadres bénéficient de davantage de primes : « *les position 1 à 8 n'ont pas eu de prime depuis 2019 alors que les 9+ si* » (Plen CSE 16/12/2021).

En l'absence d'instances de régulation émotionnelle et de dialogue financier, les infirmiers en arrivent à un épuisement émotionnel source de désagréments RH : un médecin évoque des salariés fatigués, avec des conditions de travail à l'origine de difficultés de recrutement et de nombreuses démissions. Ces propos sont en corrélation avec les résultats d'un audit réalisé en 2020 qui indiquait : « *l'augmentation significative des démissions et des licenciements pour inaptitude interroge sur l'évolution des conditions de travail dans les structures* ». Dans la même veine, le CSE constate une hausse des CDD et diminution des CDI depuis 3 ans, un turn over important, ainsi qu'une augmentation des départs pour inaptitude (Plen CSE 16/12/2021). En effet, le taux de rotation des CSI en augmentation : 2017 : 20.4 ; 2018 : 27.4 ; 2019 : 28.3 ; 2020 : 23.4 ; 2021 : 29.9) (CSSCT 24/03/2022).

L'audit de 2020 soulignait déjà un emploi CDI orienté à la baisse depuis 2019, en lien avec une situation :

- structurelle : les difficultés économiques ont conduit à des réductions d'effectifs, notamment administratif (atteinte d'un ratio cible d'un modèle économique « si cette prescription (...) trouve des justifications dans des équations économiques prescrites, elle a probablement des effets collatéraux sur l'organisation des services ») , mais aussi infirmiers (baisse des effectifs CDI en 2020 portée par une recherche d'optimisation des activités des service : moindre remplacement des départs, turn over très important sur les activités d'IDE depuis 4ans) ; et
- conjoncturelle (difficultés de recrutement et de fidélisation), et dans le cadre de la pandémie, une demande nationale de limiter les activités non essentielles et donc une entrée de CDI amoindrie en 2020.

Ce même audit souligne une corrélation entre le taux d'absentéisme et l'évolution des effectifs : en 2018, une hausse des effectifs infirmier et administratif a produit une diminution de 3% de l'absentéisme. Cependant, en 2019 et 2020, des diminutions de personnel ont fait grimper le taux d'absentéisme.

Un tableau permettant de mettre en relation les évènements et les fluctuations RH est disponible en annexe 11. Les chiffres correspondant au nombre de démissions proviennent

de tableaux de bord utilisés par le pôle de gestion du CSI 87. On retient globalement trois vagues de démissions des infirmiers :

- Une première vague le trimestre suivant la mise en place du Plan d'action qualité PRP et l'adoption du modèle économique du CSI C (10 démissions)
- Une seconde vague de démissions suite à l'annonce du projet de cession transfert (4 le mois même puis 6 les deux mois suivant)
- Une troisième vague de démissions, qui est la plus remarquable, suite à l'annonce de suspension du projet de cession transfert (9 le mois même)

Face à ces démissions massives, et dans un contexte où elle n'arrive pas à recruter, la direction, pour assurer la continuité des soins, cède des tournées entières de patients aux IDEL. Ces pratiques sont sources d'émotions négatives pour les infirmiers restant, notamment de la colère. Le travail émotionnel est augmenté : les infirmiers doivent expliquer à des patients qu'ils suivent parfois depuis plusieurs années, et dans un laps de temps restreint, cette rupture de continuité de prise en charge, ce qui occasionne des émotions négatives comme de l'anxiété et de la tristesse que les infirmiers doivent gérer. Les infirmiers restant, découragés et épuisés émotionnellement et physiquement de l'absorption de travail supplémentaire, finissent par démissionner. Faute de patientèle et d'infirmiers, et pliant sous le poids des charges fixes qu'il doit assumer, le CSI cesse son activité.

« Voilà le résultat de ce qu'a pu mener [...] la direction actuelle. On est loin des valeurs de la Croix-Rouge. Rassurez-vous les infirmières travailleront ailleurs, elles sont déjà en train de partir. Il ne restera que des centres vides sans patientèle (pardon, clientèle) à céder. Les patients sont attachés aux infirmières, pas au centre... le grand quid : qui acceptera de soigner les patients aux soins lourds que seule la Croix-Rouge acceptait de prendre en charge. Pour une poignée de financiers gaspilleurs, ce sont les patients qui vont trinquer. »

JOURNAL LE POPULAIRE DU CENTRE 19/03/21- commentaire en ligne

Synthèse des résultats

Nos résultats mettent en évidence des CSI soumis à un processus de financiarisation à plusieurs strates. Celle-ci a pour origine le siège de l'association qui exerce une pression financière sur la direction départementale par le biais du PRP.

Les infirmiers perçoivent le processus de financiarisation au travers de leur vécu des stratégies managériales. Ces dernières consistent à renforcer le pilotage à grand renfort d'éléments de praxis gestionnaire tels que des tableaux de bord de pilotage de l'activité permettant un management par objectifs dans le cadre d'une stratégie comparative avec un modèle économique théorique. Ces outils de mesure permettent un contrôle de l'activité dans un souci d'optimisation de celle-ci.

Les infirmiers, peu acculturés à la question financière, sont attachés aux valeurs humanitaires afférentes aux pratiques médico-sociales de l'organisation. L'optimisation de l'activité implique une modification des pratiques professionnelles dans le sens d'une sanitisation en lien avec le mode de tarification à l'acte, alors que l'aspect relationnel est la principale source d'émotion positive des infirmiers. En outre, ils perçoivent la gestion financière comme un élément perturbant le bon exercice de leur profession au sein de la Croix-Rouge.

Les stratégies gestionnaires concernent l'optimisation du chiffre d'affaires par infirmier (en augmentant le nombre de soins par infirmier et en choisissant les soins les plus rentables), d'une part, et d'autre part, l'optimisation de la facturation et de la cotation de l'activité. Attachés au modèle traditionnel de leur exercice, les infirmiers peinent à s'acculturer aux outils financiers et ainsi les tableaux de bord ne permettent pas de rendre compte de l'activité réellement réalisée, faute de traçabilité des soins. Les indicateurs utilisés ne permettent pas non plus de mettre en valeur les éléments de relationnel et de travail émotionnel réalisés, le jugement gestionnaire sur le travail portant essentiellement sur la performance financière et non sur la qualité des soins chère aux soignants. Ces derniers n'adhèrent pas du tout aux stratégies gestionnaires qu'ils assimilent à un complot pour nuire à leur activité. La direction utilise cependant les indicateurs financiers pour légitimer les décisions managériales et un conflit de valeurs apparaît entre deux mondes qui ne se comprennent plus.

Notre narration fait état d'une forte implication émotionnelle des soignants dans un contexte où les espaces de discussion font défaut. Des émotions de valence négative émergent, et, faute de régulation satisfaisante, se disséminent au sein du groupe soignant et viennent détériorer le climat organisationnel. Lors de la seconde période de notre narration, les émotions sont d'intensité très forte et de valence négative. Face à la détresse émotionnelle invoquée par les soignants, la direction renforce sa posture autoritaire et multiplie les injonctions à la performance attestant d'un climat de pression financière, tandis que les infirmiers souffrent d'un manque de reconnaissance et de soutien hiérarchique. Sur la troisième période, la valence est toujours négative mais l'intensité diminue et la colère laisse place au désappointement, à la tristesse et à la lassitude, démontrant un phénomène progressif d'épuisement émotionnel. Une modélisation de nos résultats met en valeur un processus de défaillance émotionnelle et financière en spirale.

Chapitre VI. D'une hybridation avortée à la naissance d'un nouveau levier émotionnel

Nos résultats permettent de mettre en lumière un processus de financiarisation dont la description est inédite dans le cadre d'une association à vocation humanitaire régissant des CSI. Les infirmiers vivent ce processus au travers des stratégies managériales reflétant une logique de NPM. Notre étude vient en cela confirmer l'abondante littérature sur les effets délétères du NPM. Des émotions intergroupes de valence négative liées à un conflit de valeurs émergent, et l'hybridation est empêchée dans un contexte de régulation émotionnelle défaillante (VI.I). Nous proposons un nouveau levier d'hybridation impliquant la prise en compte des émotions dans une organisation complexe empreinte de valeurs et décrivons un environnement organisationnel favorable à celui-ci. Notre modèle conceptuel sera présenté enrichi des apports de la présente thèse (V.II).

VI.1. Autopsie d'une hybridation avortée : d'un conflit de valeurs à l'émergence d'émotions négatives

Les effets de la financiarisation se matérialisent par un processus de colonisation comptable se manifestant par une multiplication d'outils gestionnaires, faisant émerger un climat de pression financière. Les infirmiers les perçoivent comme des éléments faisant obstacle à la bonne réalisation de leur travail et un conflit émerge entre deux mondes aux valeurs paraissant antagonistes (VI.1.1). Dès lors, des émotions de valence négative émergent, et dans un contexte de régulation émotionnelle défaillante, des émotions intergroupes d'intensité forte émergent, venant faire obstacle à l'hybridation (VI.1.2).

VI.1.1. Un processus de financiarisation à l'origine d'un conflit de valeurs

En l'absence de stratégie d'hybridation, la financiarisation de l'organisation a été vécue par les salariés au travers des stratégies managériales visant l'efficacité. Ces dernières se matérialisent par l'implémentation d'éléments de praxis gestionnaires qui n'emportent pas l'adhésion des infirmiers qui ne perçoivent plus les valeurs inhérentes à leur profession. Ce paragraphe analyse un processus de colonisation comptable à l'origine d'un conflit de valeurs faisant émerger des émotions individuelles de valence négative.

VI.1.1.1. D'une colonisation comptable à l'émergence de pression financière : des éléments de praxis gestionnaire attestant de pratiques issues du NPM

La mise en place du PRP du CSI Haute-Vienne et l'imposition par le siège d'un modèle économique théorique auquel il doit se conformer sont des éléments révélateurs de pression budgétaire (Georgescu et Hartman, 2013, Georgescu et Commeiras, 2011, Georgescu et Naro, 2012). Cette pression est exercée par le siège sur la direction départementale et ruisselle ensuite sur les salariés, mettant ainsi en évidence un processus de financiarisation à plusieurs strates. Cette pression budgétaire est à l'origine d'une course à l'activité, largement documentée dans la littérature en sciences de gestion dans le domaine sanitaire. Nous la décrivons ici dans un contexte inédit.

La recherche de conformité avec un modèle économique théorique atteste d'un contrôle des organisations à partir de la mesure d'objectifs de production, et d'une importance accrue donnée à des standards de performance mesurables (Hood, 1991). On peut aussi noter une volonté de standardisation des pratiques puisque ce modèle économique a été diffusé à l'ensemble des CSI au niveau national.

La recherche du développement des sources de recettes (plan de communication, partenariats, démarchage de collaborateurs, déploiement d'une application...), et de maximisation des recettes (optimisation de la facturation et choix de patients aux soins les plus rentables) illustre le concept de marchandisation de la santé développé par Angelé Halgand (2015).

La démarche de rationalisation et d'optimisation des ETP administratifs, ainsi que celle de création d'un pool de remplacement mettent en évidence une recherche de réduction des coûts (Hood, 1991). Le pool de remplacement n'aura jamais vu le jour, par contre les ETP administratifs ont bien été réduits (de 11.6 en 2018 à 8.8 ETP en 2020).

L'utilisation de tableaux de pilotage illustre une démarche de management par objectifs et reporting (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012), des systèmes de mesure de la performance délaissant la qualité au profit aspects quantitatifs (Emery et Giauque, 2005). Il s'agit de la mise en place de systèmes d'évaluation visant la transparence (Domingo *et al.*, 2018, Boussard, 2008, Chappoz et Puppion, 2012) voire la surveillance hiérarchique car il s'agit *in fine* d'un système de contrôle (Angelé Halgand et Garrot, 2015) de conformité avec le modèle économique théorique, qui n'est pas sans rappeler le panoptique de Foucault (1975).

En outre, le fait que les tableaux consistent en une analyse de l'activité par antenne peut être observée comme une désagrégation de l'organisation en unités entrepreneuriales, qui sont considérées comme autant de centres de coût (Hood, 1991) et mises en concurrence entre elles.

La volonté de développer un plan de communication, de démarcher les partenaires potentiels ainsi que l'utilisation de l'application permettant une réponse rapide pour les prises en soin sur la base d'un système d'appel d'offres illustre une mise en concurrence (Hood, 1991, Affes et Boujelbene, 2010) avec les autres professionnels notamment les infirmiers libéraux.

Le Plan d'actions qualité peut être considéré comme un élément de praxis gestionnaire, mettant en œuvre les trois principes (maîtrise, performance et rationalité) qui « *fondent une rhétorique, mettant en scène une forme des conduites des organisations présentée comme universelle et évidente* » (Boussard, 2008) : maîtrise, performance et rationalité. Ce plan d'actions a impliqué la désignation d'un référent pour la cotation et la facturation des soins, qui n'a pas été choisi parmi les infirmiers employés. La stratégie a consisté à un recrutement extérieur par la Direction d'une infirmière anciennement libérale extérieure à la Croix-Rouge (l'expérience du libéral a été un critère de recrutement) promue Infirmière Coordinatrice référente cotation. On peut y voir un développement du pouvoir de la direction (Hood, 1991) avec captation du pouvoir, voire un système comparable au panoptique de Bentham (Foucault, 1975) : « *on a l'impression d'être constamment surveillé* » confie ainsi ANCIENINFIRMIER2, évoquant des émotions de stress et de peur de sanctions éventuelles. Les outils gestionnaires permettent ainsi une surveillance continue de l'activité comme analysé par Angelé Halgand et Garrot (2015) où les infirmiers sont eux-mêmes responsables de la surveillance de leur activité par le biais de la cotation et de la facturation. La mise en place de ce système de référence peut aussi être analysée comme une volonté d'autonomisation des professionnels (Emery et Giauque, 2005 ; Angelé Halgand et Garrot, 2014).

Les soins en CSI consistent en un travail solitaire du fait de son exécution mais qui s'exerce cependant sous la houlette d'une organisation qui contrôle l'activité et qui doit fournir les moyens nécessaires pour agir et assurer la coordination de tous les partenaires de santé (Teiger *et al.*, 2005 ; Anceaux *et al.*, 2003 ; Gagnon *et al.*, 2003). Il apparaît dès lors nécessaire de mettre en place des mesures permettant au personnel d'appréhender le mode de financement (tarification à l'acte sur la base de la NGAP). En effet, les variations de tarification des actes sont légion dans le secteur du domicile. La nomenclature infirmière est complexe

pour une initiée, et inabordable pour un néophyte. Des dépenses doivent donc être engagées de façon régulière pour former les soignants à cette nomenclature (ils ne le sont pas lors de leur formation initiale). En définitive, les recettes engrangées par les CSI dépendent moins du volume de l'activité que de l'optimisation de la cotation. Si le volume d'activité est trop important, les professionnels n'ont pas le temps d'optimiser la cotation (voire même de coter les soins) : on peut ainsi rencontrer avec un établissement avec un volume d'activité conséquent mais pour autant déficitaire, comme dans le cas d'espèce où l'absence d'acculturation des infirmiers à la question financière a entraîné une défaillance émotionnelle et financière.

VI.1.1.2. Du conflit de valeurs à l'émergence d'émotions de valence négative

La pression temporelle est déterminante de l'activité de soins à domicile (Van de Weerd, 2016), ce que notre étude vient confirmer puisque nous avons observé, suite à une augmentation de la cadence de travail, une augmentation des actes techniques et une diminution du temps consacré au relationnel (principale source d'émotions positives), aux transmissions (absents de la nomenclature) et à l'administratif (permettant la valorisation des soins). Selon Grosjean et Van de Weerd (2005), l'intensité du travail émotionnel varie selon la représentation de l'individu de l'origine du travail émotionnel. Le travail émotionnel est mieux accepté quand il vient du cœur de métier que de problématiques organisationnelles. Quand sa source est considérée comme extérieure au travail normal, cela produit des émotions négatives. Ainsi, en l'espèce l'engagement affectif n'est pas constant, ce qui est conforme avec les conclusions de Georgescu et Commeiras (2011) en l'espèce il diminue suite aux pressions financières. La gestion financière est perçue comme un incident dans l'exercice professionnel ce qui cause des émotions négatives.

La formalisation du tableau de pilotage est une illustration de la recherche de maîtrise, performance et rationalité et vise, par la mise en lumière (d'une partie) de l'activité soignante, à la transparence du travail à destination des managers (non soignants), permettant ainsi la « fiction d'une transparence au travail » (Périlleux, 2005) à des fins de jugement du travail. « *En même temps que se développent des méthodes d'évaluation gestionnaire nouvelles et sophistiquées, se perpétue un déni du procès par lequel les individus engagent effectivement leurs efforts dans la réalisation de la production* » (Brackelaire et al., 2000). Périlleux (2005) évoque un rapport de forces qui peut être brutal, sous couvert de mesure objective des performances.

Si ces tableaux de bord ont bien été mis en place et renseignés par les responsables, ils ne donnent pas lieu à des instances de discussion budgétaire avec les salariés (seuls le responsable de service et la Direction sont présents lors des séances d'analyse mensuelles), alors que celles-ci sont nécessaires dans le cadre d'une hybridation médico financière (Sponem et Lambert, 2010 ; Flachere et Habran, 2019), et ce, malgré les multiples demandes de participation des salariés. De même, les indicateurs n'ont pas été construits avec les salariés qui les critiquent et ne s'en saisissent pas. En l'espèce, les infirmiers ne font pas ou peu la traçabilité des soins, dans un contexte où ils n'adhèrent pas à la stratégie financière. Si le manque de temps est pointé du doigt, on peut aussi y voir une stratégie défensive de rétention d'information visant à garder le contrôle d'un territoire professionnel (Boussard,

2008), la maîtrise des zones d'incertitudes permettant de stabiliser le pouvoir (Balle et Peaucelle, 1972). Pavé (1989) a décrit une telle stratégie dans le domaine ferroviaire : les stratégies des opérateurs consistaient à transmettre des informations erronées ou en retard pour jeter le discrédit sur un système de contrôle jugé non fiable. Ces pratiques peuvent être ici assimilées à des pratiques de sabotage dans la mesure où la transmission des informations conditionne le paiement des actes de soins, et donc la pérennité de la structure.

La psychodynamique du travail propose une « *analyse psychodynamique des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail* » afin de comprendre ce que vit le sujet en relation avec son travail (Molinier et Flottes, 2012). Selon Dejours (2003), il existe plusieurs types de jugement, qui sont nécessaires à la reconnaissance, « *condensant à la fois des critères d'efficacité et des critères de justice* » (Dejours 2003) : le jugement d'utilité (rentabilité, valeur marchande, régularité de production...) et le jugement de beauté (du travail réel par ses acteurs, originalité d'un style personnel, traditions de l'organisation, valeurs de l'équipe, histoire, règles informelles du métier...). Ces deux éléments sont souvent en contradiction par manque de débat sur le travail (Monlinier et Flottes, 2012). Le tableau de pilotage ne permet qu'un jugement d'utilité, « *systématique d'efficacité rentable* », ce qui, selon Dejours, amène à une perception d'injustice des salariés « ce qui est vécu comme injuste et insupportable, c'est que la direction en arrive à les adopter (les critères) comme uniques critères d'évaluation de l'activité aux fins de sa coordination ». Dejours (2003), indique qu'il y a toujours un décalage entre travail réel, travail prescrit et mesuré. Les mesures ne peuvent pas être pertinentes puisqu'elles ne prennent pas en compte les ajustements réalisés par les salariés (qui comblent l'écart entre réel et prescrit) ni les spécificités du travail. Ainsi, c'est la part quantitative du métier d'infirmier qui est analysée, faisant fi des aspects qualitatifs de la prise en soin par les professionnels dont la notion de travail vivant, mis à l'épreuve du réel (Dejours, 2003). La mobilisation à outrance du jugement d'utilité et les stratégies qui en découlent comme l'augmentation de la charge de travail (Anderson, 2005) donne aux infirmiers l'impression de faire un travail de piètre qualité, à l'origine d'une souffrance éthique (Molinier et Flottes, 2012 ; Dejours, 1993, 2004). Nous observons également une perte de sens en lien avec des outils d'évaluation du travail inadaptés, qui, en l'absence de dialogue, ne permettent pas aux infirmiers de réflexion sur leur travail. Or, l'évaluation doit être « *une situation qui interrompt un moment le cours de l'action pour susciter le moment réflexif sur les objectifs et les intentions de l'action, sur la manière dont celle-ci se déroule et sur le sens qu'elle est en train de prendre* » (Dumez, 2008).

La logique économique a un impact défavorable sur la pratique des soins car elle induit des changements de valeurs faisant en sorte que la performance emboîte le pas au soin holiste empreint de *caring*, lequel est précisément au cœur de l'idéal professionnel infirmier (Anderson, 2005). La mobilisation à outrance d'outils gestionnaires ainsi que la standardisation des pratiques musèlent la subjectivité que pourrait engager le salarié dans le travail et prive les salariés de mobiliser des marges de manœuvre au profit de la gestion de la pression temporelle. Pourtant, c'est cette subjectivité même qui entraîne une sublimation du travail et grâce à cela, des performances professionnelles remarquables (Dejours, 2005). Ainsi, la mise en échec d'un salarié au regard de son exigence vis-à-vis de lui-même est vecteur de souffrance et de conflits au travail. « *Le travail engage la subjectivité de tous ceux qui s'impliquent authentiquement dans un travail de qualité* » et la « *participation à des conduites productrices d'absence de sens* » peut entraîner de graves déstabilisations psychologiques

(Dejours, 2005). Quand la souffrance devient trop importante, les défenses se radicalisent, et nous faisons le constant d'une idéologie défensive du métier (Dejours, 1993).

Ainsi, la culture professionnelle infirmière, marquée par le contrôle clanique (Abernethy et Stoelwinder 1995, Tagaki, 2006) portant un jugement de beauté, entre en conflit avec la culture bureaucratique fondée sur le contrôle professionnel (Ouchi 1979 ; Abernethy et Stoelwinder 1995) proférant un jugement d'utilité. Nous retrouvons deux groupes d'acteurs aux intérêts parfois contradictoires comme décrit par Georgescu (2011), en désaccord sur les modalités de jugement de leur travail.

Au travers du prisme d'analyse de Boltanski et Thévenot (1991), nous constatons un désaccord sur la grandeur. Une contestation est observée de la part du groupe infirmier qui dénonce la défaillance du groupe gestionnaire, percevant une incohérence et un manque de soutien. Ils perçoivent une discordance entre les pratiques managériales et les valeurs humanitaires promues, ne permettant pas de proposer au patient une prise en charge qualitative. La dispute intervient quand apparaît une perception d'inéquité entre l'importance du sacrifice et la distribution des grandeurs. En l'occurrence, l'objet (humanitaire) est valable, mais sa mise en œuvre est factice.

On observe grâce à l'éclairage de Brunsson (1993, 2002), une situation d'hypocrisie organisationnelle, avec un discours humanitaire au travers d'une promotion de valeurs en décalage avec la réalité opérationnelle. Les salariés, dans l'attente d'une relation axée humanitaire qui ne trouve pas de réalisation pratique, sont en situation de souffrance émotionnelle. Ainsi, l'organisation ne parvient, au travers de ses pratiques gestionnaires, qu'à accéder à une légitimité cérémonielle (Barreda, 2018) qui ne convainc pas les salariés et une situation de découplage s'observe conformément aux observations théoriques (Meyer et Rowan, 1977 ; Fiss et Zajac, 2006 ; Nyland et Pettersen, 2004). Dans ce contexte, le contrat psychologique (Argyris, 1960) liant le salarié à l'organisation est violé : les infirmiers ont réalisé une évaluation cognitive leur indiquant que la Croix-Rouge n'a pas tenu ses promesses ni rempli ses obligations, ce qui entraîne des émotions négatives (Morrison et Robinson, 1997). Ces émotions sont d'autant plus fortes que la promesse (réalisation des valeurs humanitaires) est importante pour les salariés (Rousseau, 1995) et qu'ils perçoivent une rupture de confiance et sentiment d'injustice (Robinson, 1996 ; Campoy et Neveu, 2005 ; Dulac, 2005 ; Rossano, 2015)

Dans ce contexte, l'hybridation semble empêchée. Cependant, nous retrouvons des perspectives embryonnaires d'hybridation. Une infirmière, dont l'aspect financier constitue le socle du poste puisqu'elle est chargée de l'optimisation de la cotation et de la facturation, s'implique aux côtés des gestionnaires. En outre, des stratégies consistant à discriminer les patients pour des motifs financiers ont été présentées aux salariés par une formatrice, infirmière de profession. Ces dernières ont été notées, discutées mais aucune opposition n'a été retrouvée. Une infirmière peut donc adhérer voire promouvoir pratiques gestionnaires dans un contexte de financiarisation dans la mesure où les pratiques financières sont des éléments attendus dans le poste : dès lors, il n'y a pas de rupture avec le contrat psychologique (Argyris, 1960). En sus, les changements en lien avec la stratégie financière de la direction semblent mieux acceptés lorsqu'ils sont présentés par un pair. Dans ces deux cas, aucune émotion négative n'est observée.

Boltanski et Thévenot (1991) soulignent la possibilité de la réalisation d'un compromis en cas de conflit entre deux mondes de valeurs, via l'articulation des principes supérieurs communs propres à chaque monde. Le compromis se matérialise par la création d'un dispositif composite. Celui-ci est possible dans la mesure où il ne fait renoncer ni à l'un ni à l'autre à son système de valeurs. Dans ce cadre, les deux groupes, renonçant à se disputer, s'attachent à maintenir « *une disposition intentionnelle orientée vers le bien commun* » ; ce qui suggère un accord sur la notion de bien commun qui « *dépasserait les deux formes de grandeur en les comprenant toutes deux* » (Boltanski et Thévenot, 1991). Ces observations soulignent la nécessaire hybridation, entendue comme la création d'un phénomène nouveau en assemblant des éléments préalablement (Flachere et Habran, 2019 ; Battilana et Lee 2014 ; Miller *et al.*, 2008).

Nous avons décrit une situation de conflit de valeurs vectrice d'émotions de valence négative. Pour trouver un accord sur le bien commun, et donc parvenir à un compromis, les temps d'échange sont nécessaires. Nos observations ont montré que ceux-ci, bien que demandés par les salariés, faisaient défaut : ils ont été écartés de l'organisation au profit d'activités de soins rémunératrices. Les salariés doivent aussi être disponibles émotionnellement pour échanger : nos observations ont montré que la communication était bloquée par une colère intense mettant en échec les tentatives d'hybridation.

VI.1.2. Des émotions non régulées empêchant l'hybridation

Conformément aux études précédentes, nous notons que le management est une source d'émotions négatives. Notre étude vient ainsi confirmer celle de Ribert Van de Weerd et Baratta (2016).

Les apports de la présente thèse se situent notamment dans la mise en évidence d'émotions intergroupes en contexte de financiarisation. Les émotions individuelles deviennent collectives dans la mesure où elles se diffusent au sein du groupe infirmier par un phénomène de contagion émotionnelle en absence de régulation efficace.

VI.1.2.1. Un processus de régulation défaillant

Notre revue de littérature a permis de souligner l'importance du soutien organisationnel en tant qu'élément modérateur du travail émotionnel. Dans cette optique, les salariés pourraient fournir un travail émotionnel très intense, sans en arriver à l'épuisement grâce au manager qui se fait catalyseur des facteurs de stress ; à l'inverse lorsque les éléments de reconnaissance font défaut, les salariés souffrent d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation (Grandey, 2000). En situation de stress, les employés cherchent le soutien social pour consolider leurs ressources (Tschan *et al.*, 2005), tandis que l'exercice à domicile, isolé, offre des perspectives limitées de régulation avec les pairs.

Les infirmiers de notre étude ont verbalisé à plusieurs reprises un sentiment de manque de soutien hiérarchique, évoquant une détresse émotionnelle restant sans réponse managériale. Dans ce contexte, en réponse au manque de réciprocité perçu et en guise de rééquilibrage, les employés réduisent leur investissement (Schaufeli, *et al.*, 1996 ; Tschan *et al.*, 2005) : en l'espèce, ils tendent de moins en moins leur main vers l'hybridation, jusqu'à refuser les tentatives proposées par les gestionnaires et pratiquer du sabotage. Le manque de reconnaissance contribue à l'épuisement émotionnel (Schaufeli *et al.*, 1996). Mais dans notre étude, cet élément de régulation semble absent. Les gestionnaires, ne percevant pas l'investissement réel des salariés faute d'indicateurs adaptés et ne partageant pas le monde de valeurs des infirmiers, ne peuvent avoir les comportements de reconnaissance adaptés. Les infirmiers observés considèrent que leur hiérarchie ne peut pas les comprendre puisqu'ils ne sont pas soignants. Ce faisant, ils utilisent le même procédé de disqualification que les musiciens de Becker (1963) pour réguler leurs émotions : ils considèrent que les gestionnaires ne sont pas légitimes à émettre un avis pertinent, et se protègent ainsi de leur jugement estimé profane. Ces conclusions rejoignent celles de Jeantet (2018) qui expliquait que ce processus de régulation émotionnelle par la requalification et la disqualification permettait de se protéger du jugement d'autrui. La technicité de l'activité offre ainsi un refuge professionnel (Jeantet, 2018).

L'opérativité est une stratégie de compensation d'une déstabilisation émotionnelle par une action (Grosjean, 2001) que nous retrouvons lors de nos observations. Notre revue de littérature décrivait une inaptitude à l'inaction par pression des affects (Bar Eli *et al.*, 2007) ainsi qu'une spontanéité naturelle des émotions créant une préférence pour le présent (Loewenstein, 1996 ; Elster, 2010). Ces caractéristiques conduisent les sujets à faire des choix irrationnels et notamment le choix d'un petit gain immédiat plutôt que gros gain futur. Nous retrouvons ces éléments en l'espèce : les infirmiers, anxieux de voir les CSI fermer les uns après les autres, se lancent dans une course à l'activité soignante, en prenant en charge un maximum de patients, quitte à s'épuiser et ne plus pouvoir facturer les soins. Cette stratégie constitue un hyperactivisme masochiste comme décrit par Dejours (2004) et Molinier et Flottes (2012). Nous pouvons aussi constater le phénomène de réification des infirmiers analysé par Angelé Halgand et Garrot (2015) : l'individu s'investit tellement dans un objectif qu'il en oublie le contexte des événements. Autrement dit, il s'oriente vers l'activité à outrance en occultant l'importance de la gestion budgétaire et n'accomplit pas les tâches administratives (Georgescu et Naro, 2012).

VI.1.2.2. Des émotions intergroupes empêchant l'hybridation

La mobilisation de la métaphore des mondes de Boltanski et Thévenot (1991) permet d'illustrer la présence de deux mondes en situation de dispute de valeurs : le monde soignant et le monde gestionnaire. Le monde soignant manifeste des émotions négatives à l'encontre du groupe gestionnaire, illustrant le phénomène d'émotion intergroupe décrit par Garcia Prieto *et al* (2005) et Garcia Prieto (2019). Conformément à cette théorie, les émotions intergroupes sont déterminées par l'identification ressentie par l'individu dans un contexte donné (Gordijn *et al.*, 2006 ; Yzerbyt *et al.*, 2006). Nous observons que cette identification est liée à un processus de socialisation émotionnelle (Jeantet, 2018) des soignants dont la profession est régie par des règles d'affichage émotionnel ou *feeling rules* (Hochschild, 1979, 1983, 2003)

caractéristiques de leur groupe d'appartenance. Les éléments de contexte déclencheurs d'émotions intergroupe ont été soulignées lors de l'analyse de nos résultats, mettant en avant des éléments déclencheurs risquant de mettre en péril le bien-être collectif : le projet de cession transfert remettant en question le devenir des CSI. Ces émotions intergroupes, de valence négative et d'intensité forte à très forte, ne constituent pas, dans ce contexte, un levier de régulation des comportements intergroupes comme évoqué par Mackie *et al.* (2004). Ces émotions viennent plutôt perturber les interactions entre le groupe soignant et gestionnaire par des phénomènes tels que des mouvements de grève, des démissions massives ou arrêts maladie de tout un service.

Dans un premier temps de notre narration, la colère est prédominante. Garcia Prieto (2019) et Smith (1993) décrivent, pour une émotion intergroupe de colère, une évaluation cognitive d'injustice avec un faible potentiel de maîtrise, ce que nos résultats viennent confirmer. L'envie d'affronter se manifeste par des pratiques de sabotage et des échanges virulents avec les membres du groupe gestionnaire. La perception d'intentionnalité décrite par les auteurs se retrouve également dans nos résultats dans la mesure où les salariés évoquent régulièrement une stratégie de la Croix-Rouge pour anéantir les CSI. Les infirmiers manifestent à plusieurs reprises une volonté de participer aux réflexions financières mais sont systématiquement écartés par la direction, ce qui occasionne de la colère d'intensité forte, un sentiment d'injustice et de manque de soutien managérial. En réponse à cela, les membres du groupe disposant de pouvoir ressentent à leur tour de la colère, ce que nous retrouvons en l'espèce. Le dégoût est aussi évoqué, lié à l'évaluation cognitive du comportement d'un tiers qui s'écarte des normes. En l'espèce, les valeurs financières promues par le groupe gestionnaire s'écartent des valeurs chères au groupe soignant. Conséquence intergroupe, une forme de dégoût naît de cette cohabitation forcée (Garcia Prieto, 2019 ; Smith, 1993). Petit (2015) indique qu'une conduite déviante des règles organisationnelles entraîne l'émergence d'émotions morales négatives telles que la colère et le dégoût. En l'espèce, le groupe soignant perçoit de la part du groupe gestionnaire une conduite déviante dans la mesure où ce dernier menace l'intérêt supérieur du patient par les stratégies financières qu'il tente d'incrémenter dans les pratiques professionnelles.

Lors d'une seconde partie de notre narration, les émotions sont moins fortes et la colère laisse place au désappointement. Nous observons des comportements de retrait et d'évitement en lien avec des émotions de résignation telles que décrites par Garcia Prieto *et al.* (2005) et Tran (2019). Ces dernières entraînent, selon ces auteurs, un phénomène de renforcement des liens intra groupe, des blocages, amenant le groupe à penser que rien ne peut plus fonctionner. D'ailleurs, à cette période, les tentatives d'hybridation de la part des infirmiers se font de moins en moins fréquentes et les salariés démissionnent massivement.

Nous retrouvons aussi, durant l'intégralité de notre observation, des émotions liées à la peur. L'analyse de Garcia Prieto (2019) et Smith (1993) retient dans ce contexte une évaluation cognitive d'un événement incertain avec un faible potentiel de maîtrise, entraînant comme tendance à l'action une envie de fuir le groupe qui détient le pouvoir, que nous pouvons mettre en parallèle avec les démissions massives. Notre revue de littérature a en effet permis de souligner que les situations génératrices d'émotions négatives amènent les infirmiers à élaborer des stratégies de protection afin de maintenir l'équilibre interne (Fox *et al.*, 2001): pour gérer la pression au travail (Hackett et Bycio, 1996), les infirmiers adoptent des conduites de retrait dont l'absentéisme est l'expression première (Rhodes et Steers, 1990 ; Spector, 1997).

Compte tenu de l'importance majeure des émotions décrites lors des frictions entre les mondes gestionnaires et soignants, nous faisons la proposition de transformer ces freins en leviers d'hybridation.

VI.2. Le travail émotionnel pour hybrider dans le contexte médico-social

Nous proposons au sein de ce paragraphe un nouveau levier émotionnel pour hybrider les logiques soignantes et gestionnaires, qui se ferait garant des valeurs chères aux acteurs (VI.2.1). Pour mobiliser efficacement ce dernier, nous émettrons des pistes stratégiques, évoquant la régulation émotionnelle collective au sein d'espaces de discussion ainsi que le Post-NPM (VI.2.2).

VI.2.1. Des émotions comme levier l'hybridation

Les leviers d'hybridation cités au sein de notre revue de littérature font, pour la plupart, référence à des aspects émotionnels en tant que conséquence d'actions. Mais aux côtés de tous ces leviers recensés, les émotions pourraient bien en constituer un en tant que tel.

Selon Kaufman (1999), il existe un niveau d'éveil émotionnel optimal. Comme nous l'avons vu, la loi psychologique de Yerkes et Dodson (1908) nous indique qu'un niveau activation émotionnel faible affecte la performance par la sous-mobilisation des capacités cognitives. A l'inverse, un niveau émotionnel trop intense est contreproductif : il est nécessaire de tempérer les émotions. De plus, une personne dont l'état émotionnel et positif est plus ouvert à l'information du milieu, plus enclin à exploration et découverte que si elle était dans un état affectif négatif ou neutre (Isen, 2000).

La création par une autorité d'un terrain émotionnel pour « inciter les individus à adopter des comportements qu'ils n'auraient pas spontanément » est une pratique qualifiée de paternalisme émotionnel (Petit, 2015). Dans la même veine, Boisard-Castelluccia et Van Hoorebeke (2010) ont présenté un levier original de gestion des conflits intra groupes : la contagion émotionnelle positive, qui se ferait catalytique des conflits et cohésive. Dans cette perspective, il s'agit de créer un environnement émotionnel positif en utilisant la propriété de contagiosité émotionnelle. Il conviendrait donc pour le manager d'exprimer des émotions positives, mais pas seulement : ce dernier doit anticiper les aléas émotionnels et en tenir compte dans ses communications : « le contenu d'une politique aussi bien que la forme avec laquelle elle est mise en œuvre sont cruciaux pour qu'elle soit effectivement acceptée et relayée par les acteurs. A défaut, les projets institutionnels ou organisationnels qui négligeraient l'impact affectif qu'ils peuvent provoquer (sentiment d'injustice, indignation, dégoût, crainte, surprise, exaltation) seraient voués à l'échec » (Petit, 2015).

Prenons l'exemple de la colère, qui est l'émotion dominante en l'espèce. Il s'agit d'une émotion morale (Petit, 2015) suscitée par un évènement déplaisant à caractère blâmable (Ortony *et al.*, 1990). La colère invite à l'action et modifie la propension au rejet, dont le taux est corrélé positivement avec l'intensité de la colère déclarée (Pillutla et Murnighan, 1996 ; Bosman et

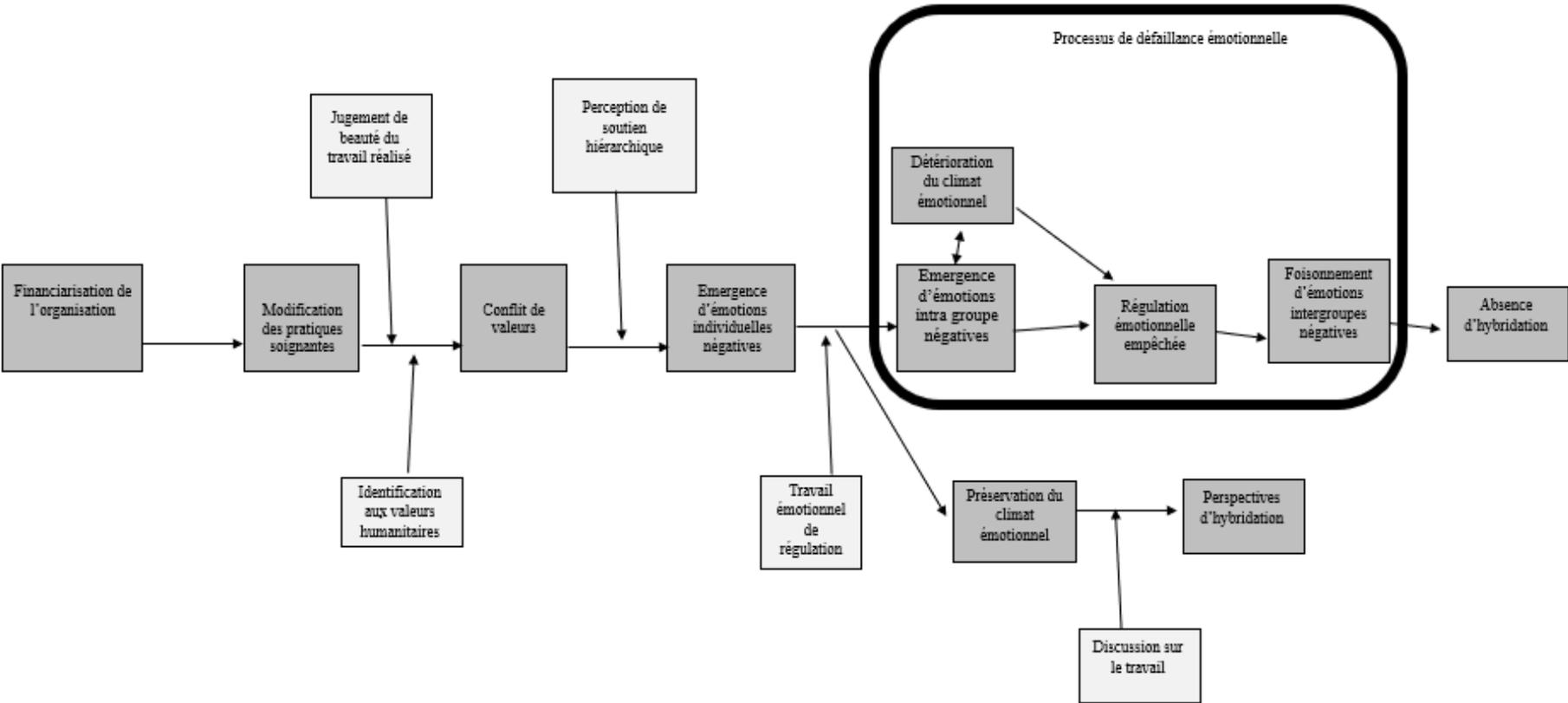
van Winden, 2002). Selon Bosman et van Winden (2002), la colère est un « *aléa émotionnel* » à l'origine d'un coût d'inefficacité économique dû à une rupture de la communication. Ceci dit, si la colère est exprimée explicitement et de façon anticipée, le négociateur peut adapter son comportement et les rejets sont moins fréquents (Xiao et Houser, 2009) : la colère devient alors un outil stratégique pour revendiquer une offre plus équitable (Petit, 2015). Mais cela implique une attitude empathique et des espaces permettant de verbaliser les émotions.

Nous avons souligné l'importance de planifier les changements financiers sur le long terme en travaillant sur une meilleure maîtrise émotionnelle (Gifford, 2002) permettant de conscientiser ses émotions sur planification lointaine et présente (Petit, 2004). La direction départementale a informé les salariés du projet de cession transfert dès qu'elle l'a appris. Cependant, la communication n'était pas claire, on ne savait pas grand-chose du projet et la direction refusait toujours, sur la base d'arguments différents, de communiquer les tableaux financiers. Le manque d'éléments factuels a poussé les salariés à juger en fonction de leur heuristique d'activité (Finucane *et al.*, 2000) et des images mentales qu'ils se représentaient, auxquelles sont associées des émotions (Petit, 2015), en l'espèce négatives. L'aversion naturelle des humains pour l'ambiguïté et la préférence pour le connu signent une préférence de l'individu pour le connu, en lien avec l'heuristique de la suspicion (Ellsberg, 1961) : en l'absence de communication d'informations factuelles, les infirmiers se sont inquiétés, ont proposé sans succès des stratégies d'hybridation puis se sont mis en colère, jusqu'à songer à un complot pour éradiquer les CSI. La transparence dans la communication aurait pourtant permis d'établir un climat de confiance (Petit, 2015).

Nous avons observé que la direction oppose aux arguments émotionnels une posture autoritaire. Face à l'expression des émotions négatives, la direction répond par des injonctions à la performance ce qui ne fait que renforcer leur production. C'est un cercle vicieux émotionnel comme décrit par Eggrickx et Mazars chapelon (2012). La posture non émotionnelle est typique de la bureaucratie wéberienne dont le mantra est : contrôle des émotions, neutralité, objectivité (Eggrickx et Mazars Chapelon, 2012). Cependant, notre revue de littérature a indiqué que pour créer un contexte favorable à l'hybridation, le manager devait se montrer empathique et ainsi encourager les rapports pro sociaux et moraux (Czap *et al* 2013, Ovchinnikova *et al.*, 2009). Nous observons en l'espèce un déficit d'empathie que nous expliquons, grâce à l'éclairage de Petit (2015) par la distance en termes de culture qui sépare le groupe soignant et gestionnaire. Le conflit de valeurs qui sépare les cultures professionnelles gestionnaires et soignantes empêche l'empathie. Ce mécanisme est à l'origine de la multiplication des émotions intergroupes de valence négative. Ces dernières nécessitent un travail émotionnel pour être régulées et ne pas détériorer le climat organisationnel.

Pour cette raison, nous proposons le travail émotionnel de régulation en tant que levier d'hybridation qui se ferait rempart contre le processus de défaillance émotionnelle.

Figure 19: Apports du travail de recherche



Cette nouvelle modélisation propose deux sorties du processus : une absence d'hybridation ou des perspectives d'hybridation. Nos recherches permettent d'identifier comme variable clé le travail émotionnel de régulation, qui ouvre la voie vers l'une ou l'autre direction.

En l'absence de travail émotionnel de régulation, ou si ce travail est défaillant, les émotions négatives individuelles viennent, par le biais du processus de contagion émotionnelle intra groupe, détériorer le climat organisationnel et majorer le besoin de régulation. Selon Tran (2019) les dispositions d'évaluation cognitive commune partagées au sein d'une organisation professionnelle sont les composantes essentielles de ce qui est généralement appelé culture ou climat d'entreprise. Nous mobilisons, en cohérence avec la théorie de l'évaluation cognitive, la notion de climat émotionnel qui a été souvent utilisée dans le cadre de travaux de recherche au sein d'une organisation professionnelle (par exemple, Eggrickx et Mazars Chapelon, 2012 ; Tran, 2004).

Les infirmiers procèdent majoritairement à une régulation interactionnelle, entre pairs (Grosjean, 2001). En situation de pression financière, l'infirmier ressent des émotions négatives telles que le stress qui augmentent encore le besoin de régulation (Barreda *et al.*, 2018). Or les temps d'échange ne sont pas pris en compte dans la NGAP et ne sont donc pas valorisables financièrement. Dans un contexte de financiarisation, en lien avec la course à l'activité, les espaces de discussion visent à se réduire au profit d'activité de soins techniques, diminuant ainsi le temps de régulation émotionnelle. Les émotions intra groupes n'étant pas régulées, elles se multiplient et gagnent en intensité : pour faire face à la pression budgétaire, les salariés se soutiennent mutuellement en partageant leurs émotions, et le groupe infirmier constitue alors un contrepoids au groupe gestionnaire (Argyris, 1952). Le schisme se creuse et des émotions collectives négatives apparaissent à l'encontre du groupe « rival ».

Boltanski et Thévenot (1991) proposent un modèle destiné à analyser le jugement des acteurs en situation, en utilisant la métaphore des mondes. Moriniere (2021) analyse les interactions hospitalières au travers de ce prisme. Cette entreprise permet de comprendre comment les mondes se construisent, fonctionnent et interagissent entre eux. Dans un contexte de découplage, ce regard sociologique permet de mettre l'accent sur la compétence cognitive des acteurs. Celle-ci est cruciale dans la mesure où elle leur permet d'élaborer un jugement moral. Le prisme d'analyse des mondes de Boltanski et Thévenot (1991), qui s'accorde avec la mobilisation de la théorie de l'évaluation cognitive des émotions, permet de comprendre comment, d'une situation de discordance sur les valeurs, naissent des émotions intergroupes (Smith, 1993 ; Mackie *et al.*, 2000 ; Garcia Prieto *et al.*, 2005). Ces dernières, en l'espèce de valence négative et d'intensité forte, viennent empêcher l'hybridation en mettant en échec toute perspective embryonnaire.

Dans ce contexte, l'hybridation des logiques soignantes et financières ne peut avoir lieu car elle est empêchée par le contexte émotionnel. A partir du moment où la défaillance émotionnelle est enclenchée, il est trop tard car les émotions sont trop fortes et empêchent l'hybridation.

Le travail émotionnel de régulation collective permet d'éviter le processus de défaillance émotionnelle et ainsi de préserver le climat organisationnel, situation qui permet une discussion sur le travail et ouvre la voie à des perspectives d'hybridation. Le travail émotionnel de régulation réalisé en amont du processus de défaillance émotionnelle permet de préserver

le climat émotionnel. Dans un contexte apaisé, des discussions sur le travail et les valeurs deviennent possibles et la construction d'un compromis, envisageable. Nous envisageons ainsi le travail émotionnel en tant que levier à part entière pour hybrider les logiques soignantes et gestionnaires.

Notre démarche abductive ainsi que nos résultats ont permis de souligner l'importance des espaces de discussion, qui ne doivent pas constituer uniquement des lieux de résolution de conflits mais des espaces d'échange sur les valeurs professionnelles et permettant de conscientiser les émotions. En ce sens, nous proposons le travail émotionnel au sein d'espaces de discussion en tant que facteur d'hybridation, par le brassage de cultures professionnelles permettant la régulation des émotions collectives.

VI.2.2. Un travail émotionnel de régulation collective par la discussion

La discussion sur les émotions est une stratégie de régulation émotionnelle collective (Desmarais et Agassiz, 2024) qui fait défaut dans notre cas d'étude. Pourtant, ces espaces de discussion pourraient bien constituer les instances mobilisatrices du levier d'hybridation émotionnel, dans le cadre d'un paradigme de gestion publique renouvelé.

VI.2.2.1. Stratégies de régulation émotionnelle collective au sein des espaces de discussion

Nous avons évoqué au sein de notre premier paragraphe (VI.1) l'importance des espaces de discussion en tant qu'instances permettant de verbaliser le travail réel, et ainsi le mettre à l'épreuve du travail prescrit et d'analyser les ajustements réalisés par les salariés à la lumière des valeurs professionnelles qui leur sont chères. Cette démarche est particulièrement importante dans le contexte du travail contemporain comprenant une intensification du travail et la multiplication d'outils de gestion (Detchessahar, 2013) entravant la qualité du travail réalisé avec un impact négatif sur la santé au travail (Clot, 2015). Face au besoin des salariés de donner du sens à leur travail (Davezies, 2012 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017), les espaces de discussion sont une proposition séduisante permettant de limiter la souffrance au travail (Desmarais et Agassiz, 2024) notamment par le renforcement des liens sociaux pour prévenir la souffrance au travail (Theorell et Karasek, 1996).

Dans une étude de cas ethnométhodologique en service de soins d'urgence mobilisant la théorie de l'évaluation cognitive, Monier (2020) propose le concept de régulation émotionnelle collective en tant que stratégie collective de régulation des émotions impliquant un soutien social hiérarchique et la construction de règles socio émotionnelles dans un collectif de travail. Plus précisément, il s'agit de « *processus collectifs et managériaux par lesquels les groupes de travail ajustent un ou des antécédents de la réponse émotionnelle et modifient la trajectoire d'une ou plusieurs composantes de la réponse émotionnelle* » (Monier, 2020). Les éléments contextuels de cette étude ne sont pas sans rappeler ceux observés dans notre cas d'espèce : une culture organisationnelle forte, un *turnover* de l'équipe encadrante ainsi que des émotions récurrentes d'intensité forte qui ne sont pas correctement régulés faute d'espaces de

discussion. Cela entraîne également des verbalisations revendicatives, un sentiment de travail empêché (Clot et Stimec, 2013), un sentiment d'impuissance et de méfiance.

Si une régulation émotionnelle collective efficace permettrait une meilleure coopération (Baron *et al.*, 1990) et l'émergence de plus d'émotions positives et moins de conflits interpersonnels (Ayoko *et al.*, 2008, Boros, 2020), elle permettrait aussi, à notre sens, de réduire les effets négatifs liés aux émotions négatives, notamment le déficit d'hybridation.

Ainsi, les espaces de discussion favorisent trois stratégies de régulation émotionnelle collective (Desmarais et Agassiz, 2024) :

- Le changement cognitif, permettant la réinterprétation d'un événement affectif ;
- Le partage social des émotions ;
- L'expression clarificatrice, c'est-à-dire la communication aux parties prenantes internes des conséquences émotionnelles de leurs actions.

La régulation émotionnelle collective implique une vigilance et une réflexivité sur la nature des émotions encouragées et proscrites et suppose un lien de confiance avec la hiérarchie (Desmarais et Agassiz, 2024) car la possibilité d'une expression émotionnelle dépend de la sécurité psychologique au sein d'une équipe (Edmondson, 1999). « *La sécurité psychologique se définit comme un climat qui permet aux collaborateurs de partager librement leurs idées, même à l'état d'ébauche, leurs préoccupations, leurs interrogations et leurs erreurs, sans crainte d'être jugés ou de subir des représailles* » (Desmarais et Agassiz, 2024). Dans notre cas d'étude, les infirmiers ne se saisissent pas des instances de régulation proposés (entretiens avec une psychologue, groupes de travail sur la QVT), et évoquent un sentiment de trahison en lien avec des propos prétendument confidentiels lors de ces ateliers mais qui aurait été répétés, déformés et amplifiés pour leur desservir. Dans ce contexte, une intervention sur la régulation émotionnelle serait vouée à l'échec faute de sentiment de soutien hiérarchique. Un lien de confiance avec l'encadrement est une condition *sine qua non* à la mise en place d'une régulation émotionnelle collective au sein des espaces de discussion.

« Le manager ou l'équipe peuvent ainsi veiller à permettre la discussion sur tout événement émotionnel affectant au moins une partie de l'équipe et à autoriser l'expression des émotions, même négatives. Il s'agit de favoriser une culture émotionnelle qui privilégie l'ouverture et d'organiser la mise en œuvre de séquences de discussion qui permettent une régulation fonctionnelle des émotions. » (Desmarais et Agassiz, 2024).

Nous avons cependant constaté, en l'espèce, que les stratégies issues du NPM contribuaient à la réduction des espaces de discussion et à une certaine verticalisation des relations hiérarchiques, qui deviennent alexithymiques sous le prisme bureaucratique wéberien. La mise en place de stratégies de régulation collective des émotions au sein d'espaces de discussion implique de dépasser le modèle du NPM.

VI.2.2.2. Le post NPM : un terreau plus fertile pour l'hybridation ?

Le modèle bureaucratique traditionnel (Weber, 1958) est associé à une logique de régulation fondée sur une hiérarchie verticale avec l'acteur public qui assure la coordination et cadre les relations entre les acteurs (Demeyere, 2023). Cette asymétrie du pouvoir entre acteurs publics et associatifs (Anheier *et al.*, 2019) laisse les associations dans une sorte de passivité : en situation de dépendance financière aux subventions (Johston *et al.*, 2011), elles sont reléguées au rang d'*exécutants* de la commande publique (Ramanath et Ebrahim, 2010). Dans ce contexte, les contraintes environnementales pèsent, sur les acteurs notamment du point de vue de la collaboration (Bryson *et al.*, 2015). « *La vision institutionnelle des relations gouvernements-associations limite la compréhension de l'agentivité des acteurs* » (Ramanath et Ebrahim, 2010, cité par Demeyere, 2023). De plus, elle est source d'inertie collaborative (Vangen et Huxham, 2010) avec « *des résultats décevants et des échecs nombreux* » (Demeyere, 2023). Le besoin d'un modèle de gestion publique renouvelé permettant aux acteurs davantage de marges de manœuvre, notamment collaboratives, se fait sentir.

A partir des années 2000, d'autres paradigmes de gestion publique émergent et tendent à remplacer le NPM. En effet, ce dernier modèle, fondé sur une liaison verticale entre les acteurs, laisse peu de place aux parties prenantes. Ainsi, il est nécessaire de redéfinir un modèle incluant les acteurs intersecteurs liés horizontalement, par la confiance (Torfing et Sorensen, 2014) dans un processus collaboratif (Thynne et Peters, 2015). « *Le post-new public management définit l'hôpital comme un système social transversal* » (Bouzanef et Van Caillie, 2017). Ainsi, le nouveau paradigme Post-NPM émerge, « *fondé sur la promotion d'une logique de réseau collaboratif, qui s'ajoute à la logique hiérarchique associée à l'administration publique traditionnelle et à la logique de marché associée au NPM* » (Demeyere, 2023). « L'objectif principal poursuivi par le Post-NPM est de contrecarrer la fragmentation provoquée par le NPM en remettant les organisations publiques dans une situation de plus grande intégration et coordination (Christensen et Lagreid, 2007b) en prônant une stratégie plus holistique (Bogdanor, 2005). Christensen (2012) évoque un effort croissant de coordination et de cohérence des politiques publiques en ce sens.

Le Post-NPM s'évertue à favoriser la liberté d'action des acteurs internes et de mettre en place des pratiques optimisant leur bien-être au travail (Bouzanef *et al.*, 2020). En application des préceptes du Post-NPM, l'organisation doit être transformée selon six mesures (Pupion, 2016) :

- autonomie stratégique générée par la décentralisation décisionnelle ;
- adaptabilité des orientations et des activités ;
- égalité des chances et nouvel organigramme hybride ;
- implication des acteurs internes ;
- transparence et responsabilisation partagée ;
- obligation de rendre compte.

La compétitivité entre les acteurs, séquelle du NPM, peut, au travers du prisme du Post-NPM, être mise à profit en tant qu'élément stimulant la collaboration sur des sujets stratégiques et pour défendre des intérêts sectoriels (Irvin, 2010).

Dans ce contexte, la tutelle hiérarchique a pour bénéfice de protéger la collaboration hiérarchique (Héritier et Lehmkuhl, 2008) ce qui permet trois bénéfices identifiés par Levelt et Metze (2014, cité par Demeyere, 2023) : « (1) elle incite les acteurs à collaborer, notamment via la maîtrise des subventions ; (2) la capacité de contrôle et d'évaluation engage la responsabilité des acteurs (Acar et al., 2008) ; (3) la hiérarchie amène de la légitimité à la construction collaborative. »

Ce modèle paraît séduisant dans la mesure où il permettrait aux acteurs associatifs de trouver une autre voie que l'*accountability* pour gagner en légitimité, dans un contexte de concurrence secondaire aux pratiques de NPM qui entre en tension avec la création de confiance (Demeyere, 2023).

Il ne s'agit pas non plus de trébucher de nouveau sur le biais de l'hypocrisie organisationnelle, où la quête de légitimité ne serait qu'une façade pour duper les parties prenantes. « Sans la construction d'une représentation commune, la collaboration risque de fournir une caution éthique renouvelant le NPM plutôt que le dépassant, malgré l'aspiration commune des acteurs à collaborer. Nous soulignons la nécessité de déplacer le débat de l'illégitimité de l'autorité hiérarchique des acteurs publics – une croyance associée au NPM – vers la recherche des modalités d'exercice légitimes de la hiérarchie dans la collaboration » (Demeyere, 2023).

La problématique de l'intégration est une préoccupation majeure des réformes liées au Post-NPM (Mulgan, 2005) dont l'objectif est de travailler au-delà des cloisonnements administratifs et financiers pour atteindre des objectifs communs (Christensen, 2012) : l'idée que la fragmentation des tâches et des missions offrait une plus grande efficacité est désormais révolue. Le nouveau mantra est de travailler au-delà des frontières organisationnelles pour élaborer des politiques plus efficaces et efficientes (Christensen, 2012).

Le Post-NPM propose donc de donner au management des dimensions nouvelles, éthiques et citoyennes (Goldfinch et Wallis, 2010 cité par Michel-Clupot et Rouot, 2021). En effet, dans cette perspective, le citoyen se voit conférer un rôle central en tant qu'individu (Michel-Clupot et Rouot, 2021) : « une approche axée sur le citoyen est mentionnée comme les caractéristiques de base d'administration publique post-moderne » (Ozcan et Agca, 2010). La traditionnelle bureaucratie souveraine se voit donc affaiblie par le pluralisme au profit d'une participation citoyenne. Ainsi, le Post-NPM pourrait permettre au patient d'être perçu, non plus comme un « *homo oeconomicus* » « vecteur de recettes » et « producteur et consommateur de soins » (Angelé-Halgand et Garrot, 2015) mais de redevenir un véritable partenaire à part entière de l'échange.

L'application d'un modèle post-NPM permet de développer la motivation des professionnels de santé à coopérer avec la stratégie de l'établissement. Si les systèmes de mesure de performance étaient critiqués pour leur rôle coercitif dans le cadre du NPM, ils peuvent être mis à profits comme « catalyseur à collaboration » (Melo et al., 2022) sous le prisme du post-NPM. Dans ce cadre, la confiance entre les acteurs permet le développement d'une autonomie professionnelle, facilitatrice de collaboration et d'innovation intra organisationnelle (Melo et al., 2022).

En matière d'action publique, le défi à relever est désormais le couplage de l'éthique et de la performance : « Un discours associant les deux dimensions, dès lors qu'il est traduit en actes et valorisé, notamment dans une démarche qualité, ne peut constituer qu'une force. Il sera le

reflet de l'association d'une culture des moyens, du résultat et du sens » (Phanuel et Lemaire, 2015).

Dans ce contexte, le modèle du Post-NPM ouvre la voie à des perspectives d'hybridation des logiques soignantes et financières.

Synthèse des points de discussion

Nous avons relevé différents éléments de praxis gestionnaire attestant d'une colonisation comptable. A la lumière de la littérature, nous avons également analysé des pratiques issues du NPM. Ces stratégies contribuent à développer un sentiment de pression financière chez les infirmiers, dont les effets retrouvés en l'espèce font écho aux différents travaux analysés dans le cadre théorique, notamment l'augmentation de l'intensité du travail émotionnel lié aux pratiques managériales. Le manque d'adhésion aux stratégies financières est tel que nous retrouvons de la part des infirmiers une posture défensive voire virulente avec des pratiques de sabotage. Une analyse à la lumière des apports de la psychodynamique du travail nous permet de comprendre le sentiment de perte de sens des infirmiers, en désaccord avec leur hiérarchie sur les critères de jugement de leur travail. Les cultures professionnelles sont différentes et les groupes soignant et gestionnaire sont en situation de dispute de valeurs. Le schisme se creuse encore davantage suite à une hypocrisie organisationnelle dont le démasquage entraîne un viol du contrat psychologique liant le salarié à l'organisation. Les soignants, qui croyaient pouvoir, au sein de la Croix-Rouge, réaliser des valeurs qui leur sont chères, ressentent alors des émotions négatives d'intensité fortes. La réalisation d'un compromis entre les mondes est cependant possible dans la mesure où les groupes parviendraient à un accord sur le bien commun, ne faisant renoncer ni à l'un ni à l'autre groupe à son système de valeurs. Le dispositif composite ainsi créé permettrait l'hybridation des pratiques et une collaboration plus harmonieuse entre les deux mondes.

Les émotions négatives véhiculées par les stratégies gestionnaires se retrouvent enkystées au cœur de stratégies de régulation défailtantes. Les infirmiers utilisent des mécanismes de régulation nuisibles pour leur santé, la dynamique collective mais aussi la gestion financière. L'encadrement ne parvient pas à fournir les comportements de reconnaissance attendus par les infirmiers. Cette situation clivée est un terrain propice au développement d'émotions intergroupes de valence négative et d'intensité plus ou moins forte selon les périodes : l'intensité des émotions, notamment la colère qui est prédominante, diminue conjointement aux tentatives avortées d'hybridation, laissant place au désappointement dans un contexte démissionnaire.

Constatant la place prépondérante des émotions qui agissent en l'espèce comme un frein, et forts des apports de la littérature sur le concept d'hybridation nous amendons notre modélisation conceptuelle de la mise en évidence du processus de défaillance émotionnelle, moment à partir duquel l'hybridation n'est plus possible car empêchée par le tourbillon des émotions. Nous mettons en avant le travail émotionnel de régulation comme variable clé permettant d'ouvrir une voie alternative au processus de défaillance émotionnelle. Ainsi, nous faisons la proposition du travail émotionnel de régulation en tant que levier d'hybridation à part entière. Nous proposons, en ce sens, des stratégies de régulation collective des émotions au sein d'espaces en discussion, permettant des échanges sur les valeurs gestionnaires et soignants matérialisant ainsi une recherche de compromis et d'accord sur le bien commun.

Les stratégies managériales issues du NPM sont à la fois la source du besoin de régulation émotionnelle et de son empêchement, par la réduction d'espaces de discussion au profit de l'intensification de l'activité soignante. Pour se défaire de ce mécanisme toxique, nous envisageons le Post-NPM comme un paradigme plus favorable à l'hybridation.

Conclusion de la partie 2

La présente recherche explore les impacts émotionnels du processus de financiarisation au sein des CSI, adoptant une posture interprétativiste et une méthodologie abductive. Les aller-retour théorie/empirie sur une longue période dépassant la période de la thèse ont permis la construction d'un modèle causal selon l'approche de Miles et Huberman (2003). Ce modèle a alors servi de grille d'interprétation aux nombreuses données collectées sur le terrain et sur un temps long.

Les résultats de notre étude montrent que les CSI sont soumis à un processus complexe de financiarisation à plusieurs strates, initié par le siège de l'association qui exerce une pression financière via le PRP sur la direction départementale. Les infirmiers perçoivent ce processus à travers des stratégies managériales axées sur le renforcement du contrôle et de l'optimisation financière, utilisant des outils comme les tableaux de bord et une gestion par objectifs. Cependant, ils sont peu familiarisés avec ces aspects financiers et restent attachés aux valeurs humanitaires de leur pratique, ce qui les conduit à percevoir la gestion financière comme perturbatrice pour leur profession.

Les stratégies managériales visent à augmenter le chiffre d'affaires par infirmier et à optimiser la facturation, mais les infirmiers éprouvent des difficultés à s'adapter à ces nouvelles exigences, considérant ces stratégies comme une menace à leur pratique traditionnelle. Cette divergence crée un conflit de valeurs entre la direction (les gestionnaires) et les soignants, exacerbant les émotions négatives au sein de ce dernier groupe, notamment la colère. Ces émotions, dans le cadre d'un travail émotionnel de régulation défaillant, affectent le climat organisationnel et met en échec les perspectives embryonnaires d'hybridation observées.

Notre étude révèle que les pratiques gestionnaires adoptées, inspirées du Nouveau Management Public (NPM), entraînent une colonisation comptable dans les centres de soins infirmiers. Ces stratégies accentuent la pression financière sur les infirmiers, augmentant ainsi l'intensité du travail émotionnel lié à leur activité. En réaction à ces pratiques perçues comme menaçantes pour leurs valeurs professionnelles, les infirmiers adoptent parfois une posture défensive, voire hostile, incluant des actions de sabotage. Notre analyse à la lumière de la littérature révèle un conflit de valeurs entre les soignants et la direction, exacerbant un schisme déjà existant.

Le croisement de la littérature sur le sanitaire et l'appréhension du contexte de recherche conduit à constater un processus de financiarisation à l'œuvre par le biais d'une colonisation de pratiques infirmières par les outils comptables. Cela a pour conséquence une confrontation des valeurs, provoquant des émotions négatives. Ces dernières, individuelles puis collectives, viennent perturber la réalisation du travail émotionnel, empêchant alors le processus d'hybridation.

Pour améliorer la situation, nous proposons le travail émotionnel en tant que levier d'hybridation des pratiques, visant à favoriser une articulation plus harmonieuse entre les valeurs gestionnaires et soignantes pour une meilleure collaboration. Les émotions négatives retrouvées dans le cas d'espèce entravent cette hybridation, soulignant l'importance d'une régulation émotionnelle collective pour créer un espace de dialogue constructif sur les valeurs et les pratiques. En conclusion, l'approche Post-NPM est recommandée pour faciliter cette évolution vers un accord sur le bien commun au sein des organisations médico-sociales.

Conclusion générale

Cette conclusion s'articule en trois paragraphes. Dans un premier temps, nous rappelons les objectifs de cette thèse et les modalités de mise en œuvre de la démarche de recherche. Ensuite, nous proposons une synthèse des résultats et des points de discussion. Enfin, nous présentons les contributions théoriques, méthodologiques et managériales de notre travail ainsi que ses limites et des perspectives pour de futures recherches.

Objectifs et mise en œuvre de démarche de recherche

Au sein de ce paragraphe, nous revenons sur le projet de recherche nous ayant animé durant ces quatre années avant d'évoquer les modalités de mise en œuvre de celui-ci.

- **Le projet de recherche**

Cette thèse de doctorat interroge les conséquences émotionnelles du processus de financiarisation. Dans un contexte de NPM, une pression financière est apparue au sein de cette association humanitaire. Les mutations organisationnelles réalisées pour répondre à la quête de performance impulsée par le siège ont consisté à augmenter l'activité sanitaire des soignants et à réaliser des choix de prise en charge de patients sur la base de critères financiers. Une pression financière est ainsi née dans un univers où les soignants ont pour habitude de prioriser les besoins du patient en les soignant sans aucune forme de discrimination. Des émotions très fortes ont, dans ce contexte, été exprimées et les stratégies organisationnelles ont été mises en échec.

D'un point de vue théorique, ayant constaté que les sciences de gestion négligeaient l'hybridation chez les infirmiers, nous souhaitons enrichir la littérature sur les effets de la financiarisation en proposant une étude en CSI.

D'un point de vue empirique, les CSI sont des structures méconnues dont l'exploration en sciences de gestion fait défaut, alors qu'ils constituent une denrée précieuse dans un contexte de tension hospitalière amenant une augmentation du besoin ambulatoire. Nous avons fait le constat d'un nombre de CSI en diminution continue alors que le besoin en termes de soins à domicile ne cesse de croître. Jusqu'alors, dans la littérature, il n'existait pas de modélisation pouvant expliquer ce phénomène étonnant.

D'un point de vue méthodologique, nous avons souhaité croiser des études issues de plusieurs disciplines (sciences de gestion, sciences infirmières et psychologie). Cette pluralité nous a permis de dépasser une vision des émotions en tant que compétences potentiellement mobilisables au sein d'une organisation : cette vision entraîne une vulnérabilisation des travailleurs en accroissant leur responsabilisation (Jeantet, 2018). « *L'expansion des services à la personne donne à la gestion des émotions une dimension économique* » (Molinier et Laugier, 2013). Nous nous inscrivons ainsi dans une démarche nous préservant d'une

instrumentalisation excessive des émotions pouvant aboutir à un phénomène de marchandisation des émotions ou capitalisme émotionnel (Hochschild, 1983 ; Molinier et Laugier, 2013), réduisant la gestion émotionnelle à un calcul rationnel de gains et de pertes (Hochschild, 1983).

Nous nous sommes donc demandé **en quoi le travail émotionnel pouvait-il influencer le processus d'hybridation médico-financière au sein des CSI associatifs engagés dans un processus de financiarisation ?**

Ainsi le cadre conceptuel mobilisé examine les concepts de financiarisation, d'hybridation, d'émotions et de travail émotionnel.

- **Mise en œuvre du projet de recherche**

Une analyse du concept de financiarisation nous a permis de décrypter un processus de colonisation comptable unilatéral entraînant une forme de découplage au sein de l'organisation, tandis que le concept d'hybridation vise plutôt à rassembler des entités (Flachere et Habran, 2019) dans une dynamique de réflexion et d'action collaborative. Force est de constater que dans notre cas d'étude, l'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier des CSI fut manquée, malgré plusieurs manifestations embryonnaires observées. Notre revue de littérature a mis en valeur une profession infirmière caractérisée par un travail émotionnel intense (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Van de Weerd, 2016 ; Soares, 2000 ; Teiger *et al.*, 2005 ; Cudré, 2008) dont l'importance est souvent négligée (Gray et Smith, 2009). Constatant un interstice dans la littérature sur ce sujet, nous avons donc choisi d'explorer cette piste dans l'objectif de comprendre le rôle que pouvait jouer le travail émotionnel dans un contexte où les pratiques soignantes demandent à être hybridées.

Notre modèle conceptuel issu de plusieurs cadres et réalisé selon la méthode de Miles et Huberman (2003) montre un processus de défaillance émotionnelle conduisant à une absence d'hybridation. Nous mettons en évidence une nouvelle perspective grâce au travail émotionnel de régulation qui permet la préservation d'un climat émotionnel, ouvrant dès lors la voie à des perspectives d'hybridation par le biais notamment de discussions sur le travail.

Adoptant une posture épistémologique interprétativiste, nous avons poursuivi l'objectif de comprendre la réalité subjective des infirmiers au sein des CSI au travers de leur vécu du processus de financiarisation. Nous avons mobilisé un raisonnement de type abductif. Notre approche qualitative s'est matérialisée par une étude de cas au sein du CSI Croix-Rouge en Haute-Vienne, réparti initialement en six antennes et employant 54 ETP. La période d'immersion pour notre observation participante a duré 16 mois. L'observation fut dominante (1516 heures), avec des actes de participation en tant qu'infirmière coordinatrice (434 heures de participation) et infirmière (450 heures de participation). Les données ont été récoltées principalement à l'aide d'un journal de bord et d'autres sources secondaires ont été utilisées, tels que des comptes-rendus de réunions, d'audit, des tableaux de données, des articles de presse et divers documents internes tels que des notes d'orientation. Après avoir procédé à une première analyse des données par codage conceptuel selon la méthode Gioai (Gioai *et al.*, 2013) permettant une analyse approfondie des résultats, nous avons procédé à un codage chronologique permettant une rédaction des résultats sous forme narrative.

La narration en tant que méthode d'investigation d'un matériau empirique permet l'exploration de phénomènes dynamiques (Dumez et Jeunemaître, 2005). Cette méthodologie a permis d'identifier des périodes critiques ponctuant le passage de l'état initial à l'état final, en cohérence avec notre approche processuelle et longitudinale sur plusieurs années. L'adoption d'une démarche narrative méthodologiquement rigoureuse a permis la colligation des données recueillies et la mise en évidence d'un phénomène nouveau (la défaillance émotionnelle) par la liaison de particularités complexes (Walsh, 1984). La forme dialogique, entre deux personnages fictifs permet d'illustrer la dualité entre deux mondes de valeurs en proposant une illustration dynamique des données collectées. Ce mode de rédaction permet, sans chasser le « bruit » (Dumez et Jeunemaître, 2005) de mettre en évidence la complexité du processus et des interactions, et d'illustrer les tensions et émotions observées sur le terrain.

Ce travail offre deux approches différentes, deux façons différentes d'appréhender les résultats, au bénéfice d'une compréhension plus approfondie de la complexité du phénomène étudié (Wieland *et al.*, 2024).

Synthèse des résultats

Nos résultats montrent que les CSI sont soumis à une financiarisation, que les infirmiers perçoivent et subissent au travers de stratégies managériales visant la performance financière de l'organisation. Ces derniers, attachés aux valeurs humanitaires de leur pratique, voient cette optimisation de l'activité comme perturbatrice de leur activité professionnelle.

Les stratégies gestionnaires visent à optimiser le chiffre d'affaires par infirmier en augmentant le nombre de soins rentables, ainsi que la facturation et la cotation de l'activité. Les infirmiers peinent à s'adapter à ces nouveaux outils financiers, qui ne rendent pas compte de manière adéquate de leur activité réelle, notamment de la dimension relationnelle et émotionnelle de leur travail, souvent ignorée au profit de la performance financière. Faute de clarification sur ces outils et d'une absence de soutien managérial, ce désaccord crée un conflit de valeurs entre les soignants et la direction, exacerbant des émotions négatives qui nuisent au climat organisationnel.

Notre étude souligne une forte implication émotionnelle des soignants, marquée par des émotions négatives intensifiées par un manque de régulation adéquate. Au fil du temps, ces émotions évoluent en intensité et en nature, passant de la colère à un désappointement et une tristesse croissante, illustrant un épuisement émotionnel progressif conduisant à un phénomène de défaillance émotionnelle et financière en spirale.

Ce récit nous conduit alors à identifier le travail émotionnel comme levier d'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier en CSI en tant que réponse potentielle à ces défis émotionnels.

Synthèse des points de discussion

L'analyse de nos résultats à la lumière de la littérature met en évidence des pratiques gestionnaires influencées par le NPM se matérialisant par une colonisation comptable qui engendre une pression financière accrue chez les infirmiers, faute d'accompagnement dans la mise en œuvre de ces outils et la modification des pratiques soignantes qu'ils peuvent engendrer. Cette situation renforce l'intensité du travail émotionnel des infirmiers, qui adoptent une attitude défensive voire saboteuse face aux stratégies financières qu'ils jugent incompatibles avec leurs valeurs humanitaires et médico-sociales.

La psychodynamique du travail fournit un éclairage sur les conséquences de ce conflit de valeurs entre les soignants et leur hiérarchie, exacerbé par une hypocrisie organisationnelle malmenant le contrat psychologique des infirmiers.

Les tensions émotionnelles résultant des pratiques gestionnaires visant l'efficacité se cristallisent dans des émotions négatives intenses au sein des équipes de soins. Les tentatives infructueuses d'hybridation des pratiques amplifient une situation de discordance et nourrissent un climat organisationnel délétère. Nous observons dès lors un schisme entre les mondes gestionnaire et soignant dont les frictions font émerger des émotions intergroupes négatives, ainsi qu'un processus de régulation émotionnelle défaillante bloquant toute perspective d'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier en CSI.

Nous faisons le constat d'une littérature sur l'hybridation mobilisant régulièrement les émotions en tant que conséquence d'actions mais notre recherche nous encourage à proposer de considérer les émotions comme un véritable levier d'hybridation au même titre que d'autres comme la construction d'outils financiers adaptés ou la formalisation d'instances de discussion budgétaire (Kurunmäki, 2004 ; Flachère et Habran, 2019). Nous identifions, grâce à l'éclairage de notre revue de littérature, un manque d'empathie de la part de la hiérarchie, typique de la bureaucratie wébérienne, mais malgré tout nécessaire à l'hybridation. Nous analysons une distance culturelle séparant les groupes soignant et gestionnaires et empêchant le premier de fournir les éléments de reconnaissance attendus par le second.

Nos recherches mettent en avant l'identification aux valeurs humanitaires comme une variable clé du processus d'hybridation. Moins les systèmes de valeurs sont opposés, plus il est facile d'effectuer cette hybridation. Il est crucial d'initier ce processus dès le début pour prévenir l'apparition d'émotions négatives qui pourraient entraver cette évolution. Une fois que la défaillance émotionnelle est amorcée, il est difficile voire impossible de procéder à l'hybridation, car les émotions deviennent trop intenses.

Notre revue de littérature et nos résultats soulignent l'importance des espaces de discussion. Ces derniers ne doivent pas seulement servir à résoudre des conflits, mais aussi à échanger sur les valeurs professionnelles et à conscientiser les émotions. À cet égard, nous proposons comme levier d'hybridation le travail émotionnel de régulation au sein de ces espaces, qui favorisent le mélange des cultures professionnelles et la régulation des émotions collectives, invitant ainsi à la recherche coopérative de compromis et d'accord sur le bien commun comme décrits par Boltanski et Thévenot (1991).

Contributions

Nous développons au sein de cette thèse un cadre conceptuel que nous avons contextualisé.

Les CSI sont des structures atypiques, sanitaires par la lettre, médico-sociales par l'esprit, peu encadrées d'un point de vue réglementaire. Leur identité est caractérisée par la structure qui en est porteuse : en l'occurrence, une association aux valeurs humanitaires fortes, qui semblent entrer en conflit avec l'avènement d'une culture gestionnaire promouvant l'efficacité organisationnelle.

La mobilisation du concept de financiarisation en CSI permet d'apporter un éclairage sur un processus de transition organisationnelle subi par les acteurs soignants. Le cadre théorique sur les émotions permet de comprendre le vécu émotionnel des acteurs, d'un point de vue tant individuel que collectif. L'articulation de ces deux cadres permet d'envisager l'absence d'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier en CSI comme origine d'une défaillance émotionnelle et financière. En conséquence, l'hybridation des pratiques infirmières, peu décrite dans la littérature en sciences de gestion, est envisagée comme une solution alternative à la colonisation comptable et permettant de contrer les problématiques organisationnelles découlant d'un conflit de valeurs lié au processus de financiarisation. Le travail émotionnel sera proposé comme levier inédit d'hybridation.

En ce sens, les contributions de cette thèse sont à la fois théoriques, méthodologiques et managériales.

- **Contributions théoriques**

En premier lieu, notre recherche permet de caractériser le lien entre le processus de financiarisation et l'émergence d'émotions négatives en CSI. Les recherches empiriques concernant l'hybridation des pratiques en service de soins se sont intéressées aux médecins et aux cadres de santé, peu au personnel infirmier et à notre connaissance, il n'existe pas de recherche sur cette thématique concernant les infirmiers en soins à domicile. Cette réflexion sur l'hybridation des pratiques soignantes à domicile est une première contribution.

En second lieu, la présente thèse permet de caractériser le lien entre les stratégies gestionnaires liées au processus de financiarisation et l'émergence d'émotions négatives individuelles et collectives. Nous mettons en évidence la prégnance du collectif au sein d'un processus de défaillance émotionnelle empêchant l'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier en CSI dans un contexte de financiarisation. La mobilisation du concept d'émotions collectives des infirmiers dans le cadre de l'analyse d'un processus de financiarisation et son impact sur l'hybridation est une seconde contribution.

Troisièmement, nous proposons également un modèle conceptuel matérialisant l'émergence d'un processus de défaillance émotionnelle empêchant l'hybridation ainsi qu'une voie alternative rendant possible l'hybridation grâce au travail émotionnel de régulation. En ce sens, notre troisième contribution consiste à présenter le travail émotionnel de régulation des émotions individuelles et collectives comme un véritable levier d'hybridation, aux côtés de ceux déjà identifiés par Kurunmäki (2004) et Flachere et Habran (2019).

Enfin, les CSI souffrent de problématiques financières récurrentes entraînant une diminution de leur nombre. Il n'existe pas à ce jour de modèle de défaillance pour les centres de soins

infirmiers pouvant expliquer ce phénomène. Notre thèse offre en ce sens une quatrième contribution relative à la modélisation du processus de défaillance en spirale en CSI.

- **Contributions méthodologiques**

D'un point de vue méthodologique, nous rédigeons les résultats sous une forme dialogique entre deux personnages fictifs mais s'inspirant des faits réels vécus dans plusieurs CSI constituant le terrain d'étude, l'un infirmier, l'autre gestionnaire, afin d'illustrer la dualité entre les deux mondes de valeurs. Ce mode rédactionnel permet une illustration inédite des interactions émotionnelles intergroupes en structure de soins. En personnifiant les mondes de valeur, nous rendons les émotions collectives plus facilement intelligibles. De cette façon, nous mettons en scène les non-dits sous-jacents au conflit de valeurs vécu par le personnel soignant et son rôle dans l'apparition d'un schisme entre le monde soignant et managérial.

- **Contributions managériales**

D'un point de vue managérial, la présente thèse souligne la nécessité de planifier régulièrement des temps collectifs de régulation émotionnelle en service de soins à domicile, afin d'éviter les dérives émotionnelles liées au processus de colonisation comptable. Les émotions non régulées empêchent l'hybridation des pratiques soignantes du personnel infirmier en CSI, allant même jusqu'à engendrer des pratiques de sabotage mettant en péril la survie de la structure. La création d'instances de dialogue émotionnel et financier est nécessaire. L'hybridation médico financière implique tant une intégration des infirmiers dans la discussion financière qu'une intégration des financiers dans le dialogue soignant. En ce sens, nous proposons le travail émotionnel comme un levier d'hybridation à part entière. Si les émotions sont suffisamment régulées, elles peuvent permettre une nouvelle façon pour les soignants de travailler, libérés de leur fardeau émotionnel. En ce sens, le travail émotionnel peut favoriser l'acceptabilité de l'hybridation des pratiques soignantes.

Limites et perspectives pour les futures recherches

La principale limite que nous retrouvons est liée à l'exercice de l'étude de cas : il s'agit de la généralisation des résultats. Si les résultats d'une étude de cas unique peuvent bien prétendre à une généralisation (Barlatier, 2018 ; Eisenhardt, 1989 ; Yin, 2003, 2009), nous avons évoqué pour les CSI des pratiques organisationnelles davantage liées à l'identité de la structure qui en est porteuse qu'au cadre législatif pauvre, donc de potentielles fortes disparités. En effet, la forme de l'organisation du CSI varie selon son implantation (rurale, péri urbaine, urbaine, la densité de population, la proximité de structures hospitalières, la démographie médicale, la concurrence libérale), la typologie de patientèle (besoins en soins), la forme de l'organisation gestionnaire (à but lucratif ou non, publique ou privée) et les partenariats (SSIAD, SAAD, HAD, CPTS), la qualité de la relation avec les libéraux (compétition ou coopération ?). Il conviendrait donc de tester la répliquabilité du modèle proposé.

Une étude de cas comparative des différentes antennes des CSI aurait également été une perspective de recherche intéressante, afin de mettre en lumière et d'expliquer d'éventuelles disparités : nos résultats montrent en effet des réactions divergentes de la part des infirmiers lors de l'annonce de la suspension du projet de cession transfert. Nous aurions souhaité réaliser les trajectoires émotionnelles de différents acteurs de chaque antenne. Pour ce faire, une seconde phase de retour terrain aurait été nécessaire, mais n'a pas été possible du fait des perturbations RH conduisant à un arrêt de l'activité sur les différents centres.

Les tensions générées par la concurrence libérale nous font nous questionner sur d'éventuelles perspectives de coopération entre ces deux groupes d'acteurs partageant *a priori* les mêmes valeurs professionnelles.

Notre étude ouvre la voie à de futures recherches constructivistes mobilisant les concepts d'hybridation, d'espaces de discussion et de régulation émotionnelle collective afin de proposer des contributions managériales relatives aux stratégies de mobilisation du levier émotionnel d'hybridation.

Les mots de la fin

Cette thèse soutient que le travail émotionnel peut constituer un levier d'hybridation médico-financière. Si les émotions ne sont pas prises en considération, elles nuisent au processus, entraînant une situation de défaillance émotionnelle et financière pouvant aller jusqu'à l'anéantissement de l'organisation. Cette perspective permet de dépasser le clivage entre gestionnaires et soignants largement documenté dans la littérature, et permet de considérer les infirmiers comme des acteurs clé de l'hybridation.

J'avais évoqué en guise de propos introductifs, plusieurs situations de vie infirmière et gestionnaire qui m'avaient impactée et remise en question. D'un point de vue très personnel, ce travail de thèse m'a permis de lier un contexte à des émotions et à des pratiques professionnelles : la distanciation offerte par ces années de recherche aura donc apaisé mon esprit. Elles m'auront aussi convaincue que la recherche universitaire est un merveilleux instrument au service de la compréhension du monde que j'aspire, par cet exercice, contribuer à rendre meilleur.

Quand je repense à l'infirmière que j'étais, je peux désormais mettre des mots sur une course à l'activité qui me causait des émotions négatives.

Quand je repense à la gestionnaire que j'étais, je comprends mieux mon implication dans un processus de financiarisation en absence d'hybridation.

Quand je pense à la chercheuse que je suis devenue, je me dis malgré tout qu'à la réponse à cette fameuse question « qu'est ce qui cloche ? », il existe encore beaucoup de choses à découvrir. A celle-ci s'ajoute, dans une perspective constructiviste : « que peut-on faire ? » ... autant de perspectives de recherche que j'ai hâte d'explorer !

Références bibliographiques

A

AARONS, G. A., SAWITZKY, A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological services*, 3(1),

ABBOTT, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. The University of Chicago Press.

ABERNETHY, M. A., STOELWINDER, J. U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations, *Organizations and Society*, 20(1), 1-17.

ABORD DE CHATILLON, E., DESMARAIS, C. (2017). Espaces de discussion, management et épuisement professionnel. @ *GRH*, (2), 13-36.

ABORD DE CHATILLON, E. DESMARAIS, C. (2012). « Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? », *Management international*, 16(3), p. 10–24.

ABRAHAM, R. (1998). Emotional dissonance in organizations : Antecedents, consequences and moderators. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124, 229-246.

ACAR, M. ; GUO, C. ; YANG, K. (2008). Accountability when hierarchical authority is absent : Views from public-private partnership practitioners. *The American Review of Public Administration*, 38(1), p. 3-23.

ADELMANN, P. K. (1995). Emotional Labor as a potential source of job stress. In S.L. Sauter et L.R. Murphy (Eds), *Organizational Risk Factors for Job Stress*. Washington DC : American Psychological Association (pp. 371-381).

ADLER P, ADLER P ,ROCHFORD B (1986). The Politics of Participation in Field research. *Urban Life*, 14, no4,pp363-376.

AFFES H., ALI BOUJELBENE M. (2010). L'impact de la participation budgétaire et de l'incertitude environnementale sur la performance et la satisfaction au travail. Crises et nouvelles problématiques de la Valeur.Nice, France. pp.CD-ROM.

AGGERI F., HATCHUEL A. (1997). Les instruments de l'apprentissage, dans *Du mode d'existence des outils de gestion*, sous la direction (Moisson, JC et Hatchuel, A.), 216-247.

AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M. ET SOCHALSKI J. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 288, 1987–1993.

ALDERSON, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1), 76-86.

- ALLAIN, E., LEMAIRE, C. ET LUX, G. (2021). Managers' subtle resistance to neoliberal reforms through and by means of management accounting. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 34 (3) : 591–615.
- ALLAN, H., BARBER, D. (2005). Emotional boundary in advanced fertility nursing roles. *Nursing ethics*, 15(4): 392-403
- ALLARD-POESI, F., PERRET, V. (2014). Chapitre 1. Fondements épistémologiques de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 14-46).
- ANCEAUX, F., BENNANI, N., BRICON-SOUF, N., WATBLED, L., BEUSCART-ZEPHIR, M., ET LECOMTE, S. (2003). Prise en charge de patients à domicile : un contexte nécessitant l'élaboration de systèmes d'informations coopératifs. *Revue des sciences et technologies de l'information, Série Ingénierie des systèmes d'information*, 8, 75-93.
- ANDREONI J., HARBAUGH W., KRAUSE K. ET VESTERLUND L. (2003), « The carrot or the stick : rewards, punishments and cooperation », *American Economic Review*, no 93, p. 893-902.
- ANGELE-HALGAND, N., et Garrot, T. (2014). Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. *Comptabilité Contrôle Audit*, tome 20(3), 15-41.
- ANGELE-HALGAND, N., ET GARROT, T. (2015). Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification ?. *Entreprises et histoire*, 79(2), 41-58.
- ANGELE-HALGAND, N. (2014). « Manager pour réformer l'hôpital : les enjeux de l'efficience sans délégation », in M. Djouldem, G. Tellier et C. de Visscher (dir.), *Les réformes des finances publiques : enjeux politiques et gestionnaires*, Bruxelles, Bruylant, 2014, p. 159-186
- ANGELE-HALGAND, N. (2015). T2A et réification du social dans le soin : la résilience organisationnelle comme piste de solution ?. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 33(2), 103-106.
- ANGUE, K. (2009). « Rôle et place de l'abduction dans la création de connaissances et dans la méthode scientifique peircienne », *Recherches qualitatives*, vol. 28, no 2, 2009, p. 77-78.
- ANHEIER, H.K. ; LANG, M. ; TOEPLER, S. (2019). Civil society in times of change : shrinking, changing and expanding spaces and the need for new regulatory approaches. *Economics*, 13(1).
- ARGYRIS, C. (1952). *The impact of budgets on people*. New York : School of Business and Public Administration, Cornell University.
- ARGYRIS, C. (1960). *Understanding Organizational Behaviour*, Tavistock Publications.
- ARKIN R. M. (1990). Centennial celebration of Principles of Psychology. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16.

ARNAL, C. (2015). « Professionnaliser ses émotions : une injonction qui divise ». *La nouvelle revue du travail*, 6, en ligne.

ARNOLD, M.B. (1960). *Emotion and personality*. New York : Columbia University Press.

ASHFORTH, B. E., ET HUMPHREY, R. H. (1993). Emotional labour in service roles : The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88-115.

AUE, T. (2014). *Chapitre 6. Motivation et tendances à l'action*. Dans : David Sander éd., *Traité de psychologie des émotions* (pp. 200-232). Paris: Dunod.

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 et Management*, vol. 20, n°1, p. 61-98.

AVENIER, M. (2017). Chapitre 2. Transformer son expérience en science avec conscience : la rigueur scientifique dans différents cadres épistémologiques. Dans : Paul Beaulieu éd., *Le projet de thèse de DBA* (pp. 29-67). Caen: EMS Editions.

AVENIER, M.J. ET GAVARD-PERRET, M-L. (2012), Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique, in Gavard-Perret M-L., Gotteland, D., Haon, C., Jolibert A. (eds.), *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion – Réussir son mémoire ou sa thèse*, 2e édition, Pearson Education France, Paris, p. 11-62.

AVERILL, J. R., 1976, « Emotion and Anxiety : Sociocultural, Biological, and Psychological Determinants », pp. 87-130. Dans : *Emotion and Anxiety : New Concepts, Methods and Applications*, edited by M. Zuckerman and C. D. Spielberger, New York, Wiley.

AVERILL J. R. (1980), « A Constructivist View of Emotion », in R. Plutchik et H. Kellerman (eds) *Emotion, Theory, Research and Experience*, vol. I, San Diego Academic Press.

AYACHE, M. ET DUMEZ, H. (2011), Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?, *Le Libellio d'Aegis*, vol. 7, no 2, p. 33-46.

AYOKO, O. B., CALLAN, V. J., HÄRTEL, C. E. (2008). The influence of team emotional intelligence climate on conflict and team members' reactions to conflict. *Small Group Research*, 39(2), 121-149.

B

BALLÉ, C. ET PEAUCELLE, J.-L. (1972). *Le pouvoir informatique dans l'entreprise*. Les éditions d'organisation, 166p

BANDURA A. (1997), *Self-efficacy: the exercise of control*, New York, Freeman.

- BAR-ELI M., AZAR O. H., RITOV I., KEIDAR-LEVIN Y. ET SCHEIN G. (2007), « Action bias among elite goalkeepers : the case of penalty kicks », *Journal of Economic Psychology*, no 28, p. 606-621.
- BARET, C. et ROBELET, M. (2010). « Quelles nouvelles pratiques pour réduire les tensions de la relation patient-soignant à l'hôpital ? », In : D. Retour, M. Dubois et M. E. Bobillier Chaumon (éd.), *Nouveaux services, nouveaux usages*, De Boeck, Bruxelles.
- BARIBEAU, C. (2005). Le journal de bord. *Recherches qualitatives*, Hors-série, 2, 98-113.
- BARLATIER, P. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 126-139). Caen: EMS Editions.
- BARON, R. A., FORTIN, S. P., FREI, R. L., HAUVER, L. A., SHACK, M. L. (1990). Reducing organizational conflict: The role of socially-induced positive affect. *International Journal of Conflict Management*, 1(2), 133-152
- BARREDA, M. (2018) La création d'un climat d'accountability dans les hôpitaux publics français, entre légitimités(s) et influence(s): une approche par la théorie néo institutionnelle, Thèse de Doctorat sous la direction d'Irène Georgescu, présentée le 04/12/2018
- BARREDA, M., GEORGESCU, I., AUGÉ, B. ET VERNHET, A. (2018). Chapitre 11. Des illusions et désillusions de la mesure : le cas du secteur hospitalier. Dans : P. Chapellier éd., *Comptabilités et Société: Entre représentation et construction du monde* (pp. 255-270). Caen, France: EMS Editions.
- BARSADE S.G. (2002), "The ripple effect: Emotional Contagion an its Influence on group behaviour", *Administrative Science Quarterly*, 47, 647-675.
- BATSON C. D. (1998), « Altruism and prosocial behavior », in Gilbert D. T., Fiske S. T. et Lindzey G. (dir.), *The Handbook of Social Psychology*, New York, McGraw-Hill, no 2, p. 282-315.
- BATTILANA J. ET DORADO S. (2010). "Building sustainable hybrid organizations : The case of commercial microfinance organizations", *Academy of Management Journal*, vol. 53, n° 6, p. 1419-1440.
- BATTILANA, J., BESHAROV, M., MITZINNEC, B. (2017). On hybrids and hybrid organizing: A review and roadmap for future research In R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence, et R. E. Meyer (Eds.), *The Sage handbook of organizational institutionalism 2 ed.*: 122-162. Los Angeles: Sage.
- BAUMARD, P. ET IBERT, J. (2014). Chapitre 4. Quelles approches avec quelles données ?. Dans : R.-A. Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 105-128).
- BAUMEISTER, R. F., STILLWELL, A. S., et HEATHERTON, T. F. (1994), « Guilt: An interpersonal approach », *Psychological Bulletin*, 115, 243-267
- BEAUD, S., WEBER, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.

- BECKER, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press Glencoe.
- BECKER, H. S. (2020). *Faire preuve. Des faits aux théories*. La Découverte.
- BELKAOUI, A. (1989). *Behavioral accounting: The research and practical issues*. New York : Quorum Books.
- BELORGEY, N. (2010). *L'hôpital sous pression: Enquête sur le « nouveau management public »*. La Découverte.
- BEN SLIMANE, K. (2019). 5. Théorie néo-institutionnelle : une perspective micro. Dans : Sébastien Liarte éd., *Les grands courants en management stratégique* (pp. 131-160). Caen: EMS
- BENHADDOUCH M. et EL FATHAOUI H. (2022). Paradigmes épistémologiques et choix méthodologiques en science de gestion : Revue de littérature. *Revue Française d'Economie et de Gestion*. 3, 5 (juill. 2022).
- BERGERON H., CASTEL P. ET NOUGUEZ E. (2013). « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, vol. 2, n° 54, p. 263-302.
- BERLOT, L. (1985). *Le bazar de la solidarité*, Paris, J.C. Lattès.
- BERNARD, Julien (2015). « Les voies d'approche des émotions », *Terrains/Théories* [En ligne], 2 | 2015, mis en ligne le 17 octobre 2014, consulté le 04 avril 2022, URL : <http://journals.openedition.org/teth/196>
- BERNARDINI-PERINCIOLO, J.,BERTOLUCCI, M. (2018). Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité: L'Hôpital public ou le lieu de la confrontation entre les logiques institutionnelles médico-soignante et économique-managériale. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XXIV, 91-109.
- BERTEREAU, C., MARBOT, E. ET CHAUDAT, P. (2019). Positionnement épistémologique et orientation de la recherche : un focus sur l'étude des stéréotypes. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, 34,8, 51-66.
- BEZES P., 2005 (2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management, *Informations sociales*, 2005/6, n°126, pp. 26-37.
- BJØRK, IT, SAMDAL, G.B., HANSEN, B.S., TØRSTAD, S., HAMILTON, G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp. 747-757
- BLOOR, D. (1976). *Knowledge and social imagery*, Chicago, The university of Chicago press.
- BOGDAN, R. ; TAYLOR, S.J. (1975). *Introduction to qualitative research methods*.
- BOGDANOR, V. (2005). Introduction. In V.Bogdanor (ed.), *Joined-Up Government*. British Academy

- BOISARD-CASTELLUCCIA, S., VAN HOOREBEKE, D. (2010). Le management de la diversité des équipes par la contagion émotionnelle, au cœur de la performance de groupe ?. *Management et Avenir*, 8(8), 240-
- BOLTANSKI, L., CHIAPELLO, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. — Paris, Gallimard, 843 p.
- BOLTON, SC (2005). Women's work, dirty work : the gynaecology nurse as « other ». *Gender, work et organization*, 19(4): 685-703
- BONASTRE, J. ET AL (2013). « activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », *questions d'économie de la santé*, n°189
- BONNICI, B. (2007). L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires. *ETUDES DE LA DOCUMENTATION FRANCAISE*, (5247).
- BONO, J.E., VEY, M.A. (2005). Toward understanding emotional management at work : a quantitative review of emotional labor research. In : Hartel CE, Zerbe WJ, Ashkanasy NM, editors. *Emotions in organizational behavior*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associate Publishers, p 213-33
- BOROŞ, S. (2020). Controversy without conflict: How group emotional awareness and regulation can prevent conflict escalation. *Group Decision and Negotiation*, 29(2), 251-269.
- BOSMAN R. ET VAN WINDEN F. (2002). Emotional hazard in a power-to-take experiment. *Economic Journal*, no 112, p. 147-169.
- BOUMARD, P. (1989). *Les savants de l'intérieur*, Paris, Armand Colin.
- BOURGUEIL, Y., BENAMOUGIZ, D. (2023). La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives, SciencesPO, Chaires santé
- BOURN, M., EZZAMEL, M. (1986b). Organizational culture in hospitals in the national health service. *Financial Accountability and Management* 2 (3) : 203-225.
- BOROWICK, A. (2017). Optimiser les réponses physiologique et affective à l'exercice chez les personnes âgée et obèse. *Santé publique et épidémiologie*. Université Grenoble Alpes.
- BOUSSARD, V. (2008). *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Belin, coll. « Perspectives sociologiques », 263 p.
- BOUSSARD, V., MERCIER, D., TRIPIER, P. (2004). *L'aveuglement organisationnel ou comment lutter contre les malentendus*, Paris : CNRS Éditions, 183 p.
- BOUTIGNY, E. (2005). Vers un renouvellement de la démarche qualitative en sciences de gestion ?. *Management et Avenir*, 4, 59-69
- BOUNAZEF, D., VAN CAILLIE, D. (2017). Rôle de l'intégration des principes du post new-public management dans la responsabilisation des médecins dans l'hôpital. *Gestion et Management Public*.

- BOXENBAUM, E., ARORA-JONSSON, S.. (2008). Isomorphism, Diffusion and Decoupling. n3.
- BOYATZIS, R. E., GOLEMAN, D., RHEE, K. S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. In R. Bar-On et J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 343–362). Jossey-Bass.
- BOYLE, M. (2005). “you wait until you get home”: emotional regions, emotional process work, and the role of onstage and offstage support. In; Hartel CE, Zerbe WJ, Ashkanasy NM, editors. *Emotions in organizational behavior*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associate Publishers, p 45-65
- BOYNE, G. A. (2003). What is public service improvement?. *Public administration*, 81(2), 211-227.
- BRABET J. (1988), « Faut-il encore parler d’approche qualitative et d’approche quantitative ? », in *Recherche et Applications en Marketing*, Vol 3, n° 1./88, pp. 75-89.
- BRACKELAIRE, J.-L., GIOT, J., KINABLE, J., PERILLEUX, T. (2000). « De ce que l’institution universitaire laisse en souffrance ». *Le portique, revue de philosophie et de sciences humaines*, n°6 : 67-98
- BRILLET F, SAUVIAT I, SOUFFLET E.,(2017) *Risques psycho-sociaux et qualité de vie au travail*, Dunod, 207 pages
- BRINER, R. B. (1999). The neglect and importance of emotion at work. *European journal of work and organizational Psychology*, 8, 323-346.
- BROTHERIDGE, C., ZYGADLO, D.. (2006). Selling shoes through gendered emotional displays. *International Journal of Work Organisation and Emotion*. 1. 10.1504
- BROTHERIDGE, C.M., GRANDEY, A.A. (2002). Emotional labour and burnout: comparing two perspectives of “people work”. *Journal of vocational behavior* 60, 17-39
- BRUNSSON, N. (1993), « The necessary hypocrisy », *International Executive*, vol. 35, n° 1, p. 1-9.
- BRUNSSON, N. (2003). *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*, Copenhagen Business School Press.
- BRUNSSON, N., OLSEN, J. P. (1998), *Organizing organizations*, Oslo, Fagbokforlaget.
- BRYMAN, A. (1999). « the debate about qualitative and quantitative research « , in Bryman A., Burgess, R.G. (eds.), *Qualitative research, volume I, fundamental issues in qualitative research*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1999, pp35-69
- BRYSON, J.M. ; CROSBY, B.C. ; STONE, M.M. (2015). Designing and implementing cross-sector collaborations : Needed and challenging. *Public administration review*, 75(5), p. 647-663.

BURELLIER, F. ET VALETTE, A. (2011). Garder ou tomber la blouse : Analyse de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire au sein de deux établissements hospitaliers français. *Journal d'économie médicale*, 29, 336-345.

BUSCO, C., QUATTRONE, P. (2017). In Search of the "Perfect One": How accounting as a maieutic machine sustains inventions through generative 'in-tensions'. *Management Accounting Research* 39:1-16.

BUUNK, B. P. (1994). Social comparison processes under stress: Towards an integration of classic and recent perspectives. *European review of social psychology*, 5(1), 211-241.

BUUNK, B. P., SCHAUFELI, W. B., YBEMA, J. F. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(19), 1701–1718.

BYRKJEFLOT, H., JESPERSEN, P. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*. 27.

C

CAHILL, L., HAIER, R. J., FALLON, J., ALKIRE, M. T., TANG, C., KEATOR, D., ... ET MCGAUGH, J. L. (1996). Amygdala activity at encoding correlated with long-term, free recall of emotional information. *Proceedings of the National Academy of sciences*, 93(15), 8016-8021.

CAHOUR, B., VAN DE WEERDT, C. (2016). Emotions au travail : définition, processus et approches méthodologiques. In M.E. Bobillier-Chaumon, E. Brangier, M. Dubois, G. Vallery (Eds.), *Psychologie du travail et des organisations : 100 notions*

clés. Recensement des notions en psychologie du travail et des organisations. Paris : Dunod, pp.164-168

CALVET R., ALM J. (2014), « Empathy, sympathy, and tax compliance », *Journal of Economic Psychology*, no 40, p. 62-83.

CAMPANALE, C., CINQUINI, L. (2016). Emerging pathways of colonization in healthcare from participative approaches to management accounting, *Critical Perspectives on Accounting*, Volume 39, Pages 59-74

CAMPOY, E., 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.

CANNON, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology*, 39(1/4), 106-124.

- CANOLLE, F., PIERRON, J.-P., VINOT, D. (2023). « le soin en démesure : méthodes en transition, nouvelles positions ». in *Le soin en démesure, alternatives pour des approches qualitatives de la relation de soin*, Seli Arslam, p 9-24
- CARLILE P. (2004). "Transferring, translating and transforming : An integrative framework for managing knowledge across boundaries", *Organization Science*, vol. 15, n° 5, p. 555-568.
- CARLIN, T. M. (2005). Debating the impact of accrual accounting and reporting in the public sector. *Financial Accountability et Management*, 21, 309-336.
- Carmack, B. J. (1997). Balancing engagement and detachment in caregiving. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 29(2), 139-143.
- CARPENTIER-ROY, M. C. (2001). Être reconnu au travail: nécessité ou privilège.? Actes du colloque «Travail, reconnaissance et dignité humaine».
- CATELLIN, S. (2004). L'abduction: une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès, La Revue*, 39, 179-185
- CAUVIN, C. (1997), « Etablissements de santé: spécificité de la gestion et particularité du management », in *Encyclopédie de gestion*, sous la dir. de Y. Simon et P. Joffre, Economica.
- CHA S.E., EDMONDSON A.C.(2006). When values backfire: Leadership, attribution, and disenchantment in values-driven organization, *The Leadership Quarterly*, vol. 17, pp. 57-78.
- CHABROL, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.
- Chaire de l'économie sociale et solidaire UGE (2022). L'ESS dans la petite enfance et le grand âge à l'heure néo libérale: premiers résultats d'une étude exploratoire comparative, cahier de recherche chaire ESS-UGE, numéro spécial 2022
- CHANLAT J.-F. (2005), La recherche en gestion et les méthodes ethnosociologiques, in P. Roussel et F. Wacheux (coord.), *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en Sciences humaines et sociales*, de Boeck, 159-175.
- CHANLAT, J. (2003). Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle. *Travailler*, 9(1), 113-132.
- CHANNOUF, A., ROUAN, G. (2002). Chapitre 1. Historique des liens entre émotion et cognition. Dans : A. Channouf et G. Rouan (Dir), *Émotions et cognitions* (pp. 7-39). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- CHAPPOZ, Y., PUPION, P. (2012). Le New Public Management. *Gestion et management public*, 1(2), 1-3.
- CHARREIRE-PETIT, S., DURIEUX, F. (2014). Chapitre 3. Explorer et tester : les deux voies de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 76-104).

- CHAUVEY, J. (2010). Hypocrisie, déraison : les nouveaux leviers du contrôle ?. *Comptabilité Contrôle Audit*, 16, 33-51.
- CHENG, C., BARTRAM, T.; KARIMI, L., LEGGAT, S. (2013). The role of team climate in the management of emotional labour: Implications for nurse retention. *Journal of advanced nursing*. 69.
- CHENHALL, R. H., HALL, M., SMITH, D. (2013). Performance measurement, modes of evaluation and the development of compromising accounts. *Accounting, Organizations and Society* 38(4): 268-287.
- CHERKAOUI, A., HAOUATA, S. (2017). Eléments de Réflexion sur les Positionnements Epistémologiques et Méthodologiques en Sciences de Gestion, *revue interdisciplinaire*, n°2, vol 2
- CHONG, V. K., EGGLETON, I. R., LEONG, M. K. (2005). The impact of market competition and budgetary participation on performance and job satisfaction: a research note. *The British accounting review*, 37(1), 115-133.
- CHRISTENSEN, T. (2012). Post-NPM and changing public governance. *Meiji journal of political science and economics*, 1(1), 1-11.
- CHRISTENSEN, L. T., METTE, M., THYSSEN, O. (2010), « The polyphony of Corporate Social Responsibility: deconstructing transparency and accountability and opening for identity and hypocrisy », in G. Cheney, S. May, D. Munshi. (éds.), *Handbook of Communication Ethics*, Taylor et Francis, p. 457-474.
- CHRISTENSEN, T., P.LÆGREID (2007a). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67 (6): 1059–1066.
- CHRISTOPHE, V (1998). *Les Émotions : Tour d'horizon des principales théories*. Nouvelle édition [en ligne]. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion
- CHU, KH-K. (2004). *The effects of emotional labour on employee work outcomes*, Virginia Polytechnic institute and state university.
- CLOT, Y. (2015). *Le travail à coeur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- CLOT, Y., STIMEC, A. (2013). «Le dialogue a une vertu mutative», les apports de la clinique de l'activité. *Négociations*, (1), 113-125.
- CLOT Y., LITIM, M. (2008). Activité, santé et collectif de travail. *Pratiques Psychologiques*, Volume 14, Issue 1,
- CLOT, Y., DEJOURS, C. (2012). Plaisir et souffrance au travail, deux regards. *Sciences Humaines*, 242, 6-6.

CŒUGNET, S., CHARRON, C., VAN DE WEERDT, C., ANCEAUX, F., NAVETEUR, J. (2011). La pression temporelle : un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier, *Le Travail Humain*, 74(2), 157-181.

COFFEY, A., ATKINSON, P. (1996), *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

COMERFORD, S.E., ABERNETHY, M.A. (1999). Budgeting and the management of role conflict in hospitals. *Behavioral Research in Accounting* 11 (1) : 93-110.

CORDIER, A. (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des sages*, Paris, la documentation française

CORLEY K.G., GIOIA D.A. (2004). Identity ambiguity and change in the wake of a corporate spin-off, *Administrative Science Quarterly*, vol. 49, p. 173-208.

CORON, G. (2017). Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, 91-92, 213-235.

COSNIER, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. FeniXX.

COSNIER, J. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments*, Retz, coll. « Psychologie dynamique ».

COUANAU, R. (2003). Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Assemblée Nationale (France), 81.

CROZIER, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Éditions du Seuil, 413 p

CUQ F., SEHILI D., TRIPIER P. (2000). « Forme, contenu et dynamiques des dispositifs de gestion », in *Dynamiques professionnelles et temporalités*, L'Harmattan « Utinam », , p. 93-112.

CUSHEN, J. (2013). Financialization in the workplace : Hegemonic narratives, performative interventions and the angry knowledge worker. *Accounting, Organizations and Society*, 38(4), 314-331.

CZAP N. V., CZAP H. J., KHACHATURYAN M., BURBACH M. E., LYNNE G. D. (2013), « Smiley or frowney : the effects of emotions and empathy framing in a downstream water pollution game », *International Journal of Economics and Finance*, no 5, p. 9-23.

D

DAGOT, L. ET PERIE, O. (2014). Le burnout et la dissonance émotionnelle dans l'activité de care en centre d'appel. *Le travail humain*, 77, 155-175.

DAHLING, J.J., JOHNSON, H.-A. (2010). *Promoting good service: effects of trait and state regulatory focus on emotional labor*. Paper presented at the 25th annual conference of the society for industrial and organizational psychology, Atlanta, GA.

DAMASIO A.,(1994) *L'erreur de Descartes*, Odile Jacob Sciences, 396 p.

DAMASIO H, FRANK R, (1992) « three-dimensionnal in vivo mapping of brain lesions in humans » *archives of neurology*, n°49, p 137-143

DANA, CL. (1921). The anatomic seat of the emotions: a discussion of the James-Lange theory. *Arch NeurPsych.* 1921;6(6):634–639

DARWIN, C. (1872) *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, John Murray, London

DAVEZIES, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (14-2)

DAVID, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. In Conférence de l'AIMS (pp. 1-23).

DE BONIS, M. (1996) Connaitre les émotions humaines, volume 212. *Psychologie et sciences humaines*, 1996

DE GAULEJAC, V. (2006). L'idéologie managériale comme perversion sociale. Dans : Joyce Aïn éd., *Perversions: Aux frontières du trauma* (pp. 189-206). Toulouse: Érès.

DE POUVOURVILLE, G. (2010). La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *Le journal de l'école de Paris du management*, (6), 22-29.

DE RAEVE, L. (2002). The modification of emotional responses: a problem for trust in nurse-patient relationship? *Nursing ethics* 9, 465-471

DE RIVERA, J. (1977), « A structural theory of the emotions », *Psychological Issues*, 10 (4), 178.

DE RIVERA, J. (1992). Emotional climate: Social structure and emotional dynamics. In K. T. Strongman (Ed.), *International review of studies on emotion*, Vol. 2, pp. 197–218). John Wiley et Sons

DECI, E.L., RYAN, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York, Plenum Press.

DEEPHOUSE, D. L., BUNDY, J., TOST, L. P., SUCHMAN, M. C. (2017). Organizational legitimacy : Six key questions, In R. Greenwood, C. Oliver, T. Lawrence et R. Meyer (Eds.) (p. 27-54). Thousand Oaks CA : SAGE.

DEJOURS, C. (1993). *Travail et usure mentale*, Paris, Bayard.

- DEJOURS, C. (2001). *Le corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, Payot
- DEJOURS, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel: Critique des fondements de l'évaluation*. Éditions Quæ.
- DEJOURS, C. (2005). Nouvelles formes de servitude et suicide. *Travailler*, 13(1), 53-73
- DEJOURS, C. (2015). La clinique et la psychodynamique du travail. *Le Carnet PSY*, 193(8), 1-1.
- DEJOURS, C. (2018). *Le facteur humain*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- DELELIS, G., CHRISTOPHE, V., BERJOT, S., DESOMBRE, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ?. *Bulletin de psychologie*, 5(5), 471-479.
- DELLEY, J.-D. (1997). *Nouvelle Gestion Publique : le débat n'est pas clos*. Domaine public, 1997, p. 4
- DEMEYERE, C. (2023). Construire un paradigme d'action publique post-NPM : approche ethnographique d'une collaboration gouvernements-associations. *Gestion et management public*, 11(N1), 71-88.
- DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. (2008), *The landscape of qualitative research*, Los Angeles, Sage Publications.
- DESLAURIERS, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill La Chenelière.
- DESMARAIS, C., AGASSIZ, I. (2024). Les stratégies de régulation émotionnelle collective au sein des espaces de discussion: l'étude de trois équipes dans des secteurs à risque émotionnel. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 30(80), 11-34.
- DETCHESSAHAR, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux: quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80
- DEVILLERS, L., VIDRASCU, L., LAMEL, L. (2005). Challenges in real-life emotion annotation and machine learning based detection. *Neural Netw.*, vol. 18, no. 4, pages 407-422,
- DIEFENBACH, T. (2009). New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public administration*, 87(4), 892-909.
- DIEFENDORFF, J., ERICKSON, R., GRANDEY, A., DAHLING, J. (2011). Emotional Display Rules as Work Unit Norms: A Multilevel Analysis of Emotional Labor Among Nurses. *Journal of occupational health psychology*. 16. 170-86.
- DIEFENDORFF, J.M., MEHTA GABLE, S., REIS, H.T., ELLIOT, A.J. (2000). Behavioral activation and inhibition in everyday life. *Journal of personality and social psychology*, 78, 1135-1149

DIENER, E., SMITH, H., FUJITA, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 130–141.

DIMAGGIO, P. J., POWELL, W. W. (1983). « The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.

DIXON, C. (2005). *African american women in higher education administration : their professional position and relationship of professional socialization and systematic barriers in their carrier path*, Thèse de doctorat, Minneapolis, Capella university

DOMINGO, H., EGGRICKX, A., NARO, G., BOURRET, R. (2018). Le Time Driven Activity Based Costing (TDABC), modèle de calcul de coût adapté au parcours de soins des maladies chroniques : Cas du parcours de soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC). *Gestion et management public*, volume 6 / 3(1), 71-93.

DONIOL-SHAW, G. (2009). "L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes". *Travailler* (22), 27-42

DORMONT, B. (2020) « la tarification (T2A) à la française », *revue française d'administration publique*, février 2020, pages 487 à 497

DOWLING, J., PFEFFER, J. (1975) Organizational Legitimacy: Social Values and Organizational Behavior. *Pacific Sociological Review*, 18, 122-136.

DREES (2023). Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. *DREES, études et résultats*, 1277.

DUFFY, E. (1962). Activation and behavior.

DUFFY, J. R. (2008). *Quality caring in nursing: Applying theory to clinical practice, education, and leadership*. Springer Publishing Company.

DULAC, T. (2005), chapitre 2 « De la formation à l'évaluation du contrat psychologique : Revue de la littérature et perspective de recherche », in Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D. et Mignonac, K. (dir.), *Comportement organisationnel* (Vol 1) : Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle, Bruxelles, De Boeck, 416 p.

DUMEZ, H., JEUNEMAITRE, A. (2005). La démarche narrative en économie. *Revue économique*, 56, 983-1005

DUMEZ, H. (2010). La description : point aveugle de la recherche qualitative, *Le Libellio d'Aegis*, vol. 6, n° 2, pp. 28-43

DUMEZ, H. (2012). Qu'est-ce que l'abduction, et en quoi peut-elle avoir un rapport avec la recherche qualitative ?, *Le Libellio d'Aegis*, vol. 8, n° 3, pp. 3-9.

DUMEZ, H. (2013) *Méthodologie de la recherche qualitative*, Paris, Vuibert

DUMEZ, H. (2013). Qu'est-ce qu'un cas?. *Le Libellio d'AGEIS*. 9. 13-26.

DUMEZ, H. (2016), *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive*, Paris, Vuibert.

DUMEZ, H. (2016). L'hypocrisie organisationnelle. Dans : Jean-Michel Saussois éd., *Les Organisations: État des savoirs* (pp. 267-273). Auxerre: Éditions Sciences Humaines.

DURIEZ, B. (2002). L'aide à domicile. Statut de l'intervention et relation d'aide (Commentaire). In: *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°3. pp. 65-73.

DURKEIM, E. (1925). *L'Éducation morale*, P. Fauconnet (éd.), PUF, Paris.

E

EDEY GAMASSOU C., M LOUREL. (2008), « Epuisement professionnel, implication et sentiment d'efficacité: un modèle fondé sur les ressources » in Chasseigne G., Berjot S., Grebot E. et Lassarre D. (dir.), « Stress : conceptions, mesures, implications professionnelles », *Cognition, Santé et Vie Quotidienne*, vol. 2, , éditions Publibook Université.

EDMONDSON, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383

EGGRICKX, A., MAZARS-CHAPELON, A. (2007) Performance, émotions et bureaucratie. *Comptabilité et environnement*, May 2007, France. pp.CD-Rom.

EGGRICKX, A., MAZARS-CHAPELON, A. (2012). Bureaucratie et émotions. Des injonctions paradoxales ?. *Revue française de gestion*, 223(4), 59-73.

EISENHARDT, K.M. (1989), Building theories from case study research, *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, p. 532-550.

EKMAN, P. E., DAVIDSON, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.

EKMAN P. (1989). « L'expression des émotions », in B. Rimé et K. Scherer (dir.) *Les Émotions*, Delachaux et Niestlé.

EKMAN, P. (1972). Universal and Cultural Differences in Facial Expression of Emotions. In J. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 207-283). Lincoln: University of Nebraska Press.

EKMAN, P. (1982). *Emotion in human face*. Cambridge : University Press.

EKMAN, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition et emotion*, 6(3-4), 169-200.

EKMAN, P. (1992). Facial Expressions of Emotion: New Findings, New Questions. *Psychological Science*, 3(1), 34-38.

- EKMAN, P., FRIESEN, W. V. (1978). Facial action coding system. *Environmental Psychology et Nonverbal Behavior*.
- EKMAN, P., SORENSON, E.R., FRIESEN, W. V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotions. *Science*, 164, 86-88
- ELGOFF, C., SCHMUCKLE, L. C., BURNS, L. R., SCHWERDTFEGER, A. (2006). Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks : Associations with negative affect, anxiety expression, memory and physiological responding. *Emotion*, 6, 356-366.
- ELIAS, N. (1939). *La civilisation des moeurs*. rééd. Calmann-Lévy, coll. « Liberté de l'esprit », trad. fr. 1973, 1991.
- ELLSBERG D. (1961). Risk, ambiguity, and the savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, no 73, p. 643-669.
- ELLSWORTH P. (1994). William James and emotion : Is a century of fame worth a century of misunderstanding ? *Psychological Review*, vol. 101, N° 2, 222-229.
- ELOVAINIO, M., SINERVO, T. (1997) Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care for the elderly, *Work et Stress*, 11:4, 351-361
- ELSBACH K. D., SUTTON, R. L. (1992), « Acquiring organizational legitimacy through illegitimate actions: a marriage of institutional and impression management theories ».
- ELSTER, J. (2010). « Emotional choice and rational choice », in Goldie P. (dir.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Emotions*, Oxford, *Oxford University Press*, p. 263-282.
- EMERY, Y., GIAUQUE, D. (2005). Emploi dans les secteurs public et privé : vers un processus confus d'hybridation. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 71, 681-699.
- ESTRYN-BEHAR, M., LE NEZET, O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière, *Soins cadres*, Hors série n°2
- ESTRYN-BEHART, M., MUSTER, D. (2007). Promouvoir la santé des soignants. Plus d'un sur dix veut abandonner sa profession. *Le Concours Médical*, 129 (29/30), pp. 1020-1025
- ESTRYN-BEHART, M., NEGRI, J.-F., LE NEZET, O. (2007) Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit Déontologie et Soins*, 7, pp. 308-327
- EWUSI-MENSAH, K. (1981). The external organizational environment and its impact on management information systems. *Accounting, Organizations and Society*, Elsevier, vol. 6(4), pages 301-316,
- EZZAMEL, M., WILLMOTT, H., WORTHINGTON, F. (2008). Manufacturing shareholder value: The role of accounting in organizational transformation. *Accounting, Organizations and Society*, 33(2-3), 107-140.

F

FAUCHEUX, C., MOSCOVICI, S. (1971). *Psychologie sociale théorique et expérimentale*. Paris – la Haye : Mouton Ed

FINEMAN, S. (2008). *The emotional organization: passions and power*. Malden, MA: Blackwell

FINUCANE M. L., ALHAKAMI A., SLOVIC P., JOHNSON S. M. (2000), « The affect heuristic in judgment and risk and benefits », *Journal of Behavioral Decision Making*, no 13, p. 1-17.

FISHER, C. D. (2002). Antecedents and consequences of real-time affective reactions at work. *Motivation and emotion*, 26(1), 3-30

FISHER, C.D. (2000). Mood and emotions while working: missing pieces of job satisfaction ?, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 21, pp.185–202.

FISS, P. C., ZAJAC, E. J. (2006). The symbolic management of strategic change: Sensegiving via framing and decoupling. *Academy of Management Journal*, 49(6), 1173-1193.

FLACHERE, I., HABRAN, Y. (2019). Outils financiers et hybridation des expertises et des pratiques: Cas de l'hybridation médico-financière. *Comptabilité Contrôle Audit*, 25, 107-131.

FOUCAULT (2004). *Naissance de la biopolitique*. Cours au Collège de France. 1978-79, Paris, Gallimard-Seuil-EHESS, p. 227-229

FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, p. 210.

FORGAS, J. P. (Ed.). (1991). *Emotion and social judgments* (Vol. 23). Oxford: Pergamon Press.

FOX, M.L., SPECTOR, P.E., MILES, D. (2001). Counterproductive work behavior (CWB) in response to job stressors and organizational justice: some mediator and moderator tests for autonomy and emotions. *Journal of vocational behavior*, 59, 291-309.

FREUD, A. (2001). *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, Presses Universitaires de France, 166

FRICK, R. W. (1985). Communicating emotion: The role of prosodic features. *Psychological bulletin*, 97(3), 412.

FRIJDA, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK : Cambridge University Press

FRIJDA, N. H., MESQUITA, B. (1994). The social roles and functions of emotions. In S. Kitayama et H. R. Markus (Eds.), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence* (pp. 51-87). Washington, DC, US: American Psychological Association

FRIJDA, N. H., MESQUITA, B., SONNEMANS, J., VAN GOOZEN, S. (1991). The duration of affective phenomena or emotions, sentiments and passions.

FRIJDA, N., KUIPERS P, TER SCHURE E. (1989). « Relations Among Emotion, Appraisal, and Emotional Action Readiness », *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 212-228

FRIJDA, N.H. (1993). « Moods, emotion episodes and emotions ». In Haviland, J. et Lewis, M. (Eds), *Handbook of emotions*. New York : Guilford Press, pp. 381-403.

FYNN, C. P. (2001). Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 38, pp. 349-357

G

GAGNON, I., DAVID, H., CLOUTIER, E., OUELLET, F., LEDOUX, É., BOURDOUXHE, M., TEIGER, C. (2003). Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 26(107), 131-148.

GALERAND, E., KERGOAT, D. (2008). Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail". *Nouvelles questions féministes* 27(2), 67-82

GARCIA-PRIETO, P., TRAN, V., WRANIK, T. (2005). Les théories de l'évaluation cognitive et de la différenciation des émotions: une clé pour comprendre le vécu émotionnel au travail. *Comportement organisationnel*, 1, 195-222.

GARCIA-PRIETO CHEVALIER, P. (2019). Chapitre 10. Émotions intergroupes : l'application des théories de l'évaluation et de la différenciation des émotions (théories de l'*appraisal*) aux relations intergroupes. Dans : David Sander éd., *Traité de psychologie des émotions* (pp. 315-331). Paris: Dunod.

GBEHOUNOU, S., LECHELLIER, F., FERNANDEZ-MALOIGNE, C. (2012). Extraction de l'impact émotionnel des images. En ligne. URL : https://www.researchgate.net/publication/282064125_Extraction_de_l%27impact_emotionnel_des_images#pf6

GEERTZ, C. (1973), Thick description : toward an interpretive theory of culture. *The interpretation of cultures : selected essays*, Basic Books, New York, p. 3-30.

GEOFFROY, F. (2012). Quand l'hypocrisie managériale protège l'organisation: Les apports de Nils Brunsson. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XVIII, 301-315.

GEORGESCU, I., COMMEIRAS, N. (2011). Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 29(6), 294-304.

GEORGESCU I. (2010). La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français. Gestion et management. Université Montpellier I

- GEORGESCU I., HARTMANN F. G.H. (2013). Sources of financial pressure and up coding behavior in French public hospitals, *Health Policy*, vol 100 Issues 2-3, 156-163
- GEORGESCU, I., NARO, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité Contrôle Audit*, tome 18(3), 67-95
- GEORGESCU, I., RIVIERE, A. (2013). Évolution des pratiques chez les acteurs du soin à l'hôpital: managérialisation et identité professionnelle. In 24ème Congrès de l'AGRH.
- GERARD, B., LEMAIRE, C. (2023). Financiarisation des politiques publiques, autopsie des technologies de contrôle dans le scandale Orpea. *Comptabilité Contrôle Audit*, 29, 19-56.
- GERRING, J. (2004) "What is a case study and what is it good for?", *The American Political Science Review*, vol. 98, n° 2, pp. 341-354.
- GIFFORD A. (2002), « Emotion and self-control », *Journal of Economic Behavior and Organization*, no 49, p. 113-130.
- GIGNON-MARCONNET, I. (2003). Les rôles actuels de la gestion budgétaire en France : Une confrontation des perceptions des professionnels avec la littérature. *Comptabilité-Contrôle-Audit* 9 (1) : 53-78.
- GILBERT, P. (2016). La gestion des associations. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 4 (126), 73-74.
- GINSBOURGER, F. (2008). *Des services publics face aux violences : Concevoir des organisations source de civilité*. Editions de l'ANACT, 144 p.
- GIOIA D., CHITTIPEDDI K. (1991). "Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation", *Strategic Management Journal*, vol. 12, n° 6, p. 433-448.
- GIOIA D.A, CORLEY K.G., HAMILTON A.L.. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, vol. 16, pp. 15-31.
- GIORDANO Y. (dir.) (2003), *Conduite un projet de recherche. Une perspective qualitative*, EMS.
- GIORDANO, Y., JOLIBERT, A. (2016). Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Revue internationale P.M.E.*, 29(2), 7–17.
- GIRIN J. (1990), L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode, in A.-C. Martinet, *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris, Economica, chapitre IV.
- GIRIN J. (1995). « Les agencements organisationnels », *Des savoirs en action : contributions de la recherche en gestion*, F. Charue-Duboc (éd.), L'Harmattan, Paris, p. 233-279.
- GIROUX, N., MARROQUIN, L. (2005). L'approche narrative des organisations. *Revue française de gestion*, n 159), 15-42.

- GIROUX, N. (2003). L'étude de cas. Dans Y. Giordano (dir.), *Conduire un projet de recherche* (p. 41-84). Cormelles-le-Royal, EMS.
- GLASER, B. (1978), *Theoretical Sensitivity : Advances in the Methodology of Grounded Theory*, Mill Valley, CA, Sociology Press.
- GLASER, B.G., ET STRAUSS, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL : Aldine.
- GLEADLE, P. ET HASLAM, C. (2010). An exploratory study of an early-stage RetD-intensive firm under financialization. *Accounting Forum*, 34, 54-65.
- GLOMB, T.M., TEWS, M.J. (2004). Emotional labor: a conceptualization and scale development. *Journal of vocational behavior* 64, 1-23
- GOFFMAN E, (1959). *The presentation of self in everyday life*, garden city, N. Y., Double day
- GOFFMAN E. 1974 (1967), *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN E. (1969). *Strategic Interaction*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- GOLDFINCH, S., WALLIS, J. (2010). Two myths of convergence in public management reform. *Public Administration*, Vol. 88 (4), p. 1099-1115.
- GOLEMAN D. (1997). *L'intelligence émotionnelle*, Tome 1, Laffont.
- GOND J.-P., HERRBACH O., MIGNONAC K. (2005). « Rationalité et émotions dans les organisations : une relecture de l'oeuvre de James March », numéro hors série, *Revue française de gestion*, p. 41-62.
- GONIN, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles: historicité, ancrage et fonctions*. Thèse de doctorat en psychologie
- GORDIJN E.H., WIGBOLDUS D., YZERBYT V. (2001). « Emotional consequences of categorizing victims of negative outgroup behaviour as ingroup or outgroup ». *Group Processes and Intergroup Relations*, 4, 317-326.
- GOSSERAND,R., DIEFENDORFF, J. (2005) . Emotional display rules and emotional labor : the moderating role of commitment. *Journal of applied psychology*. 90(6):1256-64
- GRANDEY A.A. (2000), « Emotional regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor», *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, pp. 95-110
- GRANDEY, A. A. (2003). When "the show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86–96.
- GRANDEY, A. A., FISK, G. M., STEINER, D. D. (2005). Must "Service With a Smile" Be Stressful? The Moderating Role of Personal Control for American and French Employees. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 893–904

- GRANDEY, A. A., TAM, A. P., BRAUBURGER, A. L. (2002). Affective states and traits in the workplace: Diary and survey data from young workers. *Motivation and Emotion*, 26(1), 31–55.
- GRANDJEAN, D., SCHERER, K.R. (2008). Unpacking the cognitive architecture of emotion processes. *Emotion*, 8, 341-351.
- GRANDJEAN, D., SCHERER, K.R. (2009). Théorie de l'évaluation cognitive et dynamiques des processus émotionnels. In D. Sander et K.R. Scherer, *Traité de psychologie des émotions* (pp. 41-76). Paris : Dunod.
- GRAY B, SMITH P. (2009) Emotional labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in East London. *Nurse Educ Pract*. Jul;9(4):253-61
- GRAY, A.J. (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition and emotion*. 4, 269-288
- GREEN, D. P., SALOVEY, P. (1999). In what sense are positive and negative affect independent? A reply to Tellegen, Watson, and Clark. *Psychological science*, 10(4), 304-306.
- GREINER B.A., KRAUSE N., RAGLAND D.R., FISHER J.M. (1998), Objective Stress Factors, Accidents, and Absenteeism in Transit Operators: a Theoretical Framework and Empirical Evidence, *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 130-146.
- GRENIER, C., BERNARDINI-PERINCILOLO, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles: Analyse d'un médecin-chef de pôle hospitalier. *Revue française de gestion*, 250, 125-138.
- GRENIER, C., JOSSERAND, E. (2014). Chapitre 5. Recherches sur le contenu et recherches sur le processus. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 129-165). Paris: Dunod.
- GROSJEAN, M. (1993), « Polyphonie et positions de la sage-femme dans la conduite de l'accouchement », dans J. Cosnier, M. Grosjean, M. Lacoste (éds.) *Soins et Communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, PUL, 121-160.
- GROSJEAN, M. (2001), «La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier », *Revue Internationale de Psychosociologie*, 7, pp. 339-355.
- GROSJEAN, V. RIBERT-VAN DE WEERDT, C. (2005). Vers une psychologie ergonomique du bien-être et des émotions : les effets du contrôle dans les centres d'appels. *Le travail humain*, 4(4), 355-378.
- GROSJEAN, M., LACOSTE, M. (2015). *Communication et intelligence collective: le travail à l'hôpital*. PUF.
- GROSS, J. (1998a). Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 74, No. 1, 224-237

GROSS, J. (1998b), « The emerging field of emotion regulation: An integrative review ». *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

GROSS, J. J. (2002). Emotion Regulation: Affective, Cognitive, and Social Consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

GROSS, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press.

GROSS, J. J., RICHARDS, J. M., JOHN, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson, et J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). American Psychological Association.

GROSS, J. JOHN, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes : Implications for affect, relationships, and well-being, *Journal of personality and social psychology*, 85, p. 348-362.

GROSS, J., MUÑOZ, R. (1995). Emotion regulation and mental health, *Clinical psychology : science and practice*, 2, p. 151-164

GROSS, J., THOMPSON, R. (2007). Emotion regulation : conceptual foundations, in Gross (J.), *Handbook of emotion regulation*, New York, Guilford press, p. 3-24.

GUBA, E. G. LINCOLN, Y. S. (2007), Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, in N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage, London, p. 191-215.

H

HABEREY-KNUESSI, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 1(1), 23-29.

HACKETT, R.D., BYCIO, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses. *Journal of occupational and organizational psychology*, 69, 327-338.

HAFFERTY F.W., LIGHT D.W. (1995). *Professional dynamics and the changing nature of medical work*, *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 132-153.

HAIDT J. (2003), The Moral Emotions, in Davidson R. J., Scherer K.R., Goldsmith H. H. (Eds.), *Handbook of affective sciences*, Oxford University Press.

HALE T.N. (2008). "Transparency, accountability, and global governance", *Global Governance*, vol. 14, n° 1, p. 73-94./

- HALL, M. (2010). Accounting information and managerial work. *Accounting, Organizations and Society* 35(3): 301-315.
- HALLÉE, Y., GARNEAU, J. M. É. (2019). L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche : de l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*, 38 (1),
- HALLEE, Y., KLITSCH, A., VANDEWATTYNE, J. (2018). L'abduction de Peirce comme mode d'inférence et comme méthode et stratégie de recherche en sociologie : l'expérience de la négociation sociale en Belgique
- HATFIELD E., CACIOPPO J. T., RAPSON R. L. (1994). *Emotional Contagion*, Paris, Cambridge University Press.
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2018) Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, avis et rapport
- HAVILAND-JONES, L. F. BARRETT (Eds.) (2008). *Handbook of emotions* (pp. 138–156). The Guilford Press.
- HELY, M. (2009). *Les métamorphoses du monde associatif*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- HEMMELGARN, A. L., CHARLES G., LAWRENCE R. J. (2006): "Organizational culture and climate: Implications for services and interventions research." *Clinical Psychology: Science and Practice* 13.1 73.
- HENNING-THURAU, T., GROTH, M., PAUL, M., GREMLER, D.D. (2006). Are all smiles created equal? How emotional contagion and emotional labor affect service relationships. *Journal of marketing*, 70(3): 58-73.
- HÉRITIER, A. ; LEHMKUHL, D. (2008). The shadow of hierarchy and new modes of governance, *Journal of public policy*, 28(1), p. 1-17.
- HERREID, C. (1997/1998). What Makes a Good Case? *Journal of College Science Teaching*, 27, 163-165.
- HINDS, P. S., QUARGNENTI, A. G., HICKEY, S. S., MAGNUM, G. H. (1994). A Comparison of the Stress–Response Sequence in New and Experienced Paediatric Oncology Nurses. *Cancer Nursing* (February 1994), 17, 1, 61–71
- HLADY RISPAL, M. (2002). *La méthode des cas: Application à la recherche en gestion*. De Boeck Supérieur.
- HLADY RISPAL, M. (2015). Une stratégie de recherche en gestion: L'étude de cas. *Revue française de gestion*, 253, 251-266.
- HOBFOLL, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.

HOBFOLL, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and physiology of stress*. New York: Plenum Press

HOBFOLL, S. E., SHIROM, A. (1993) « Stress and burnout in work organizations ». In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organization behavior* (pp. 41– 61). New York: Dekker

HOBFOLL, S.E. (1988). *The ecology of stress*. New York:Hemisphere

HOCHSCHILD, A. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9, 19-49.

HOCHSCHILD, A. R., (1979), Emotion, work, feeling rules and social structures. *Amer. J. Sociol.* 85, 3, 551-575.

HOCHSCHILD, A.R. (1983). *The managed heart : Commercialization of human feelings*. Berkeley, CA : University Press

HONNETH, A. (2007). Recognition as ideology. Recognition and power: Axel Honneth and the tradition of critical social theory, 323-347.

HORNER, S. D. (2012). Best practices for improving intervention fidelity that every nurse should know. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(2), 171.

HUGUES E.-C.(1955). « social work and division of labor », in *Men and their work*, Glencoe, The free press

HUGUES E.-C., (1951, 1956, 1958, 1970), 1996, *Le Regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Ed. de l'Ehess.

I

IGAS (2012). Rapport : Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'Etat

ILLOUZ, E. (2006). *Les sentiments du capitalisme*, Paris, Le Seuil.

IRVIN, R.A. (2010). Collaboration versus competition in the third sector. Dans B. Seaman & D. Young (éds.), *Handbook of research on nonprofit economics and management*, Edward Elgar Publishing, p. 83-95.

ISEN A. M. (2000). « Positive affect and decision making », in Lewis M. et Haviland-Jones J. M. (dir.), *Handbook of Emotions*, New York/Londres, Guilford Press, 2e édition, p. 417-435.

IZARD, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York, NY: Plenum Press

IZARD, C. E. (1971). *The face of emotion*. Appleton-Century-Crofts.

IZARD, C. E., ACKERMAN, B. P., SCHOFF, K. M., FINE, S. E. (2000). Self-organization of discrete emotions, emotion patterns, and emotion–cognition relations. In M. D. Lewis et I. Granic (Eds.), *Emotion, development, and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 15–36). Cambridge University Press

J

JACOBS, K. (2005). Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability et Management* 21(2): 135-162.

JAMES N. (1989). « Emotional Labour : Skill and Work in the Social Regulation of Feelings », *Sociological Review*, 37 (1) : pp. 15-42.

JAMES, W. (1948). What is emotion? 1884. In W. Dennis (Ed.), *Readings in the history of psychology* (pp. 290–303). Appleton-Century-Crofts.

JANIS I.L. (1982), Decision Making under Stress, in L.Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 69-87), New York, The Free Press.

JASSERON, C., ESTRYN-BEHAR, M., LE NEZET, O., RAHHALI, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, 85(2), 46-64.

JAZAYERI, M., HOPPER, T. (1999). Management accounting within world class manufacturing: a case study. *Management Accounting Research* 10(3): 263-301.

JEANTET, A. (2018). *Les émotions au travail*. CNRS éditions

JEANTET, A. (2003). L'émotion prescrite au travail. *Travailler*, 9, 99-112.

JESPERSEN, P.K., NIELSEN, L.L., SOGNSTRUP, MH (2002). Professions Institutional Dynamics, and New Public Management in the Danish Hospital Field. *International Journal of Public Administration*, 25 (12), pp. 1555-1574

JOANNIDES V., JAUMIER S. (2013). Une armée qui résiste : l'accountability à l'Armée du Salut. *Nouvelle Revue du Travail*, n° 3, <http://art.revues.org/1244>

JOHN, O., GROSS, J. (2007). Individual differences in emotion regulation, in Gross (J.), *Handbook of emotion regulation*, New York, Guilford press, p. 351-372.

JOHNSTON, E.W. ; HICKS, D. ; NAN, N. ; AUER, J.C. (2011). Managing the inclusion process in collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(4), p. 699-721.

JÖNSSON, S., GRÖNLUND, A. (1988). Life with a sub-contractor: new technology and management accounting. *Accounting, Organizations and Society* 13(5): 513-532.

JORDAN, S., MESSNER, M. (2012). Enabling control and the problem of incomplete performance indicators. *Accounting, Organizations and Society* 37(8): 544-564.

JOURDAIN, A., MUÑOZ, J. HUDEBINE, H. (2017). Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial. *Santé Publique*, 29, 345-360.

K

KAHN, R. L., WOLFE, D. M., QUINN, R. P., SNOEK, J. D., ROSENTHAL, R. A. (1964). Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity.

KALISCH, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality*, 21(4), 306-313.

KALISCH, B. J., LANDSTROM, G. L., HINSHAW, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1509-1517.

KALTENBACH, P. P. (1996). *Associations lucratives sans but*, Paris, Denoël.

KAUFMAN B. E. (1999). « Emotional arousal as a source of bounded rationality », *Journal of Economic Behavior and Organization*, no 38, p. 135-144.

KELLY, J. R., BARSADE, S. G. (2001). Mood and emotions in small groups and work teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86(1), 99–130.

KEMPER THOMAS D., 1978, « Toward a Sociological Theory of Emotion : Some Problems and Some Solutions », *American Sociologist* 13, 30-41.

KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., MAJOR, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval: Beauchemin

KETELAAR T., CLORE G. L. (1997). « Emotions and reason : the proximate effects and ultimate fonctions of emotions. In G. Matthews (Ed.), *Personality, emotion and cognitive science*, Elsevier, pp355-396

KHACHAB, C. E. (2013). The logical goodness of abduction in C. S. Peirce's thought. *Transactions of the Charles S. Peirce Society : A Quarterly Journal in American Philosophy of the Social Sciences*, 49(2), 157-177.

KIRKPATRICK I, ACKROYD S., WALKER R. (2005), *The New Managerialism and Public Service Professions; Change in Health, Social Services and Housing*, Palgrave Macmillan, March

KLEIN, H., MYERS, M. (1999), A Set of Principles for Conducting and Evaluating Interpretive Field Studies in Information Systems, *MIS Quarterly*, vol 23, n° 1, p. 67-94.

KLEINGINNA, P.R., KLEINGINNA A.M . (1981). "a categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition". *Motivation and Emotion*, 5, 345-379

KLENK, T., PIEPER, J. (2013). Accountability in a privatized welfare state: The case of the German hospital market. *Administration et Society*, 45(3), 326-356.

KOENIG, G. (1993). Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles, *Revue de gestion des ressources humaines*, 11/1993

KOHN, L., CHRISTIAENS, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique, LIII, 67-82.

KORUNKA, C., SCHARITZER, D., CARAYONS, P., SAINFORT, F. (2003), « Employee Strain and Job Satisfaction Related to an Implementation of Quality in a Public Service Organization: A Longitudinal Study », *Work et Stress*. 17:1 pp52–72

KRAMER, M.W., HESS, J.A. (2002). Communication rules for the display of emotions in organizational settings. *Management communication quarterly*, 16(1): 66-80

KRAUS, K., KENNERGREN, C., ET VON UNGE, A. (2017). The interplay between ideological control and formal management control systems—a case study of a non-governmental organisation. *Accounting, Organizations and Society*, 63, 42-59.

KRAUTH-GRUBER S. (2009). La régulation des émotions. *Revue électronique de psychologie sociale*, 4, 32-39.

KURUNMÄKI, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, organizations and society*, 29(3-4), 327-347.

KURUNMÄKI, L., MILLER, P. (2011). Regulatory hybrids: partnerships, budgeting and modernising government. *Management Accounting Research* 22(4), 220-241.

L

LACOSTE, M., GROSJEAN, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: Presses Universitaires de France.

LEMAIRE, C. (2021). Quand le contrôle de gestion façonne les relations inter-organisationnelles: le cas de l'introduction d'un tableau de bord dans le médico-social. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 27(3), 7-40.

LANDY F.J., RASTEGARY H., THAYER J., COLVIN C. (1991), Time Urgency: the Construct and its Measurement, *Journal of Applied Psychology*, 76, 644-657./

LANG P. J. (1994). The varieties of emotional experience : A meditation on James-Lange theory. *Psychological Review*, vol. 101, N° 2, 211-221.

- LANG PJ, BRADLEY MM, CUTHBERT BN. (1998) Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44:1248–1263
- LANGE, C. J., W. (1948). *What is emotion?* 1884.. (1885). Om Sinsbevaegelser : Et psykofysiologiske Studie. Copenhage : Rasmussen
- LANGLEY A., ABDALLAH C.(2011). Templates and Turns in Qualitative Studies of Strategy and Management. In: *Research Methodology in Strategy and Management*, Bingley, Emerald Group Publishing, 2011, pp. 201-235.
- LANGLEY, A., RAVASI, D. (2019). Visual artifacts as tools for analysis and the orizing. In T. B. Zilber, J. M. Amis, J. Mair (Eds.), *The production of managerial knowledge and organizational theory: New approaches to writing, producing and consuming theory (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 59)* (pp. 173–199). Emerald Publishing Limited.
- LAPASSADE, G. (2016). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie: Références et positions* (pp. 392-407). Toulouse: Érès.
- LARIVEY M. (2002), *La puissance des émotions. Comment distinguer les vraies des fausses*, Montréal
- LASCHINGER, H. K. S., SHAMIAN, J., THOMSON, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19(5)*.
- LAUFER, R. (2008). Où est passé le management public ? Incertitude, institutions et risques majeurs, *Politiques et management public*, Vol. 26/3 | 2008, 25-48.
- LAZARUS R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- LAZARUS, R. S. et COHEN-CHARASH, Y. (2001). Discrete emotions in organizational life. *In Emotions at work : theory, research and applications for management*, Chichester, pp45-81
- LAZARUS, R. S. (1991a). « Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion », *American Psychologist*, 46, 819-834.
- LAZARUS, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. WHO regional publications. *European series*, 44, 11-31.
- LAZARUS, R. , FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer
- LAZARUS, R.S., ALFERT, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
- LAZARUS, R.S. (1966), *Psychological stress and the coping process*, New York, Mac Graw-Hill
- LEDOUX, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270(6), 50-57.

- LEE R.T., ASHFORTH B.E. (1996), « A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout », *Journal of Applied Psychology*, 81, 123 - 33.
- LEE, R. T., ASHFORTH, B. E. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- LEGALAIS, L., MORALES, J. (2014). Interfaces, narrations et légitimation de la financiarisation, *Revue française de gestion*, vol. 40, n° 240, 165-184.
- LEHTONEN, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting—Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research* 18(3): 367-395.
- LEVELT, M. ; METZE, T. (2014). The legitimacy of regional governance networks : Gaining credibility in the shadow of hierarchy. *Urban Studies*, 51(11), p. 2371-2386.
- LEVENSON, R. W., EKMAN, P., FRIESEN, W. V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 27(4), 363–384.
- LEVINE, P. (1996). Nature's lesson in healing trauma. Foundation for human Enrichment, Lyon, 15p
- LEWIS M., HAVILAND J. M. (EDS.). (1993). *Handbook of emotions*. New York, NY, US: Guilford Press.
- LHEUREUX, F. (2010). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du Travail et des Organisations*, Volume 16, Issue 4, pp 312-324.
- LHUILIER, D. (2006). Compétences émotionnelles: de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12(2), 91-103.
- LIGHT, P.C. (2002). The troubled state of the federal public service. Washington, DC: Brookings Institution.
- LIND, J. (2001). Control in world class manufacturing—A longitudinal case study. *Management Accounting Research* 12(1): 41-74.
- LIU, S. R., CHENG, C. Y. (2010). Organisational climate, organisational commitment and intention to leave amongst hospital nurses in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1635-1644.
- LIU N., DELLANDRÉA E., CHEN L. (2011). Evaluation of features and combination approaches for the classification of emotional semantics in images. In *International Conference on Computer Vision Theory and Applications*
- LLEWELLYN, S. (2001). Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies* 22(4): 593-623.

LOEWENSTEIN G. (1987). « Anticipation and the valuation of delayed consumption », *Economic Journal*, no 97, p. 666-684.

LOFLAND, J., LOFLAND, L.H. (1984). Analyzing social setting. A guide to qualitative observation and analysis (2e

LORIOU, M. (2012). *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes

LORIOU, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Mentale*, 2013, 177, pp.60-63.

LORIOU, M., BOUSSARD, V., Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés au travail: Le cas des policiers de voie publique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 165, 106-113

LUMINET, O. (2002). *Psychologie des émotions*. Bruxelles : De Boeck et Larcier.

LUMINET, O. (2013), *Psychologie des émotions. Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*. Paris : De Boeck Supérieur, 340 p

M

MACINATI, M. S. (2010). NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: Lessons from two case-studies. *Financial Accountability et Management*, 26(4), 422-4

MACKIE D.M., DEVOS T., SMITH E.R. (2000). « Intergroup emotions : Explaining offensive action tendencies in an intergroup context ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 602-616.

MACKIE D.M., SILVER L.A., SMITH E.R. (2004) « Intergroup Emotion : Emotions as an intergroup phenomenon ». In L.Z. Tiedens C.W. Leach (éd.) *The Social Life of Emotions*. Cambridge : Cambridge University Press.

MACKINTOSH, C. (2007). Protecting the self : a descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *Int J Nurs Stud*; 44(6): 982-90

MAKHLOUFI, I, ET AL. « Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid », *Santé Publique*, vol. 24, no. 6, 2012, pp. 573-585.

- MALHERBE, D. (2018). L'incertaine construction d'une identité professionnelle : les directeurs et cadres d'ESMS associatifs dans le secteur gérontologique. *Management et Avenir Santé*, 4, 13-33
- MANN, S. (2005). A health care model of emotional labour. An evaluation of the literature and developemnt of a model. *Journal of health organization and management*, 19:304-17
- MANN, S., COWBURN, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *J psychiatr Ment Health Nurs*, 12(2): 154-62
- MARAÑON, G. (1924). Contribution à l'étude de l'action  motive de l'adrenaline, *Rev. fran. d'endocrinol.*, 2, 1924, 301.
- MARCH J.G. (1990). The technology of foolishness. *In Organization Theory, selected readings*, DS PUGH.
- MARCH J.G. (2006). Rationality, foolishness and adaptative intelligence. *Strategic Management Journal* 27 : 201-214.
- MARINIER, I. R. P. (2008). *A computational unification of cognitive control, emotion, and learning*. University of Michigan.
- MARTINET A.-C. (1990). *Grandes questions épistémologiques et sciences de gestion, épistémologies et sciences de gestion*, A.-C. Martinet (coord.), Economica, Paris, p. 9-29.
- MARTINUSSEN P. E., MAGNUSSEN J. (2011), "Resisting market-inspired reform in healthcare : the role of professional subcultures in medicine", *Social Science et Medicine*, vol. 73, n  2, p.193-200.
- MASLACH, C, JACKSON, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 2. 99 - 113.
- MASON, C., GRIFFIN, M.A. (2005). Group task satisfaction : the group's shared attitude to its task and work environment. *Group and organization management*, 30,625-652
- MAUS, M. (1921) 1968. *L'expression obligatoire des sentiments, Essais de sociologie*,  ditions de Minuit, Paris.
- MBENGUE, A., VANDANGEON-DERUMEZ, I., GARREAU, L. (2014). Chapitre 11. Construire un modèle. Dans : Raymond-Alain Thiétart  d., *Méthodes de recherche en management* (pp. 334-387). Paris: Dunod.
- MCCREIGHT, B.S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud*, 42(4):439-48
- MCGIVERN, G., CURRIE, G., FERLIE, E., FITZGERALD, L., WARING, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work : the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.
- MCQUEEN, A.C.H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs*, 47(1):101-8

- MEIER K.J., MASTRACCI S.H., WILSON K. (2006). Gender and emotional labor in public organizations: an empirical examination of the link to performance, *public administration review*, 66(6): 899-909
- MELO, S., DE WAELE, L., POLZER, T. (2022). Le rôle du post-nouveau management public dans le façonnement de l'innovation : le cas d'un hôpital public. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 88, 811-828.
- MERCHANT, K.A., MANZONI, J.-F. (1989). The achievability of budget targets in profit centers: A field study. *The Accounting Review* 64 (3) : 539-558.
- MERRIEN, F. (2007). Introduction. Dans : François-Xavier Merrien éd., L'État-providence (pp. 3-10). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- MERTON, R. K. (1965), "Structure sociale, anomie et déviance." In déviance et criminalité, pp. 132-165. Textes réunis par Denis Szabo. Paris: Librairie Armand Colin, 1970, 378 pp. Collection "U/U2".
- MEYER, J. W., ROWAN, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- MICHEL-CLUPOT, M., ROUOT, S. (2021). NPM et post-NPM dans les métropoles européennes : le défaut de communication, outil de résilience de l'élu. *Management international / International Management / Gestiòn Internacional*, 25(4), 164–191.
- MIKKELSEN, A., OSGARD, T., LOVRICH, N. (2000), « Modeling the Effects of Organizational Setting and Individual Coping Style on Employees », Subjective Health, Job Satisfaction and Commitment, *Public Administration Quarterly*, 24:3 pp371–97.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M. (1994). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.
- MILLER D., FRIESEN P. (1982). « The Longitudinal Analysis of Organizations : a Methodological Perspective », *Management Science*, vol. 28, n° 9, pp. 1013- 1034.
- MILLER, P., KURUNMÄKI, L. O'LEARY, T. (2008). Accounting, hybrids and the management of risk. Accounting, *Organizations and Society* 33(7-8): 942-967.
- MINTZBERG H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation.
- MITCHELL, D., SMITH, P. (2003). Learning from the past : emotional labour and learning disability nursing. *Journal of learning disabilities*, 7(2): 109-17
- MOLINIER, P., FLOTTES, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 129(1), 51-66
- MOLINIER, P. (2015). Les métiers du care : le grand écart entre recommandations officielles et expérience concrète. Dans : Annie Thébaud-Mony éd., Les risques du travail: Pour ne pas perdre sa vie à la gagner (pp. 188-191). Paris: La Découverte.

- MOLINIER, P., LAUGIER, S., PAPERMAN, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot, Paris
- MOLINIER, P., LAUGIER, S. (2013). Capitalismes émotionnels. *Multitudes*, (1), 159-162.
- MONGE, P.R. (1990) Theoretical and Analytical Issues in Studying Organizational Processes. *Organization Science*, 1, 406-430.
- MONIER, H. (2020). « Designer » la Régulation Émotionnelle Collective aux Urgences : l'incontournable compétence de demain. *Management & Avenir - Santé*, 6, 63-81.
- MONIER, H. (2022). La GRH est-elle alexithymique ? Étude des régulations des émotions dans des métiers à incidents émotionnels. *Revue de gestion des ressources humaines*, 124, 45-57.
- MONIER, H. (2017). *Les régulations individuelles et collectives des émotions dans des métiers sujets à incidents émotionnels: quels enjeux pour la Gestion des Ressources Humaines?* (Doctoral dissertation, Université Jean Moulin (Lyon III)).
- MONIER, H. (2014). La gestion des émotions au travail: le cas des policiers d'élite. *Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme*, (4), 105-121.
- MORGAN, G. (1989). *Creative organization theory: A resourcebook*. Sage.
- MORGANA, L. (2012). Un précurseur du New Public Management : Henri Fayol (1841-1925). *Gestion et management public*, 1(2), 4-21
- MORINIÈRE, A. (2021). Analyse du rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de compromis dans les hôpitaux publics français (Doctoral dissertation, Université Montpellier).
- MORINIÈRE, A., GEORGESCU, I. (2021). Hybridity and the use of performance measurement: facilitating compromises or creating moral struggles? Insights from healthcare organizations. *Accounting Auditing et Accountability Journal*.
- MORLEY, L. (2005). "The Micropolitics of Quality." *Critical Quarterly* 47(1-2):83-95
- MORRIS, J. A., FELDMAN, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *The Academy of Management Review*, 21(4), 986–1010
- MORRISON E.W., ROBINSON S.L. (1997), When employees feel betrayed : A model of how psychological contract violation develops, *Academy of Management Review*, vol.22, p.226-256.
- MORTELMANS, D. (2009), *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*, Leuven, Acco.
- MOSCOVICI, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. PUF, 332p
- MOUCHOT, C. (1986). *Introduction aux sciences sociales et à leurs méthodes*. Lyon : Presses

MOYNIHAN, D. P. (2006). Managing for results in state government: Evaluating a decade of reform. *Public Administration Review*, 66(1), 77-89

MUCCHIELLI, A. (1996). Compréhensive (approche). Dans A Mucchielli Dictionnaire des méthodes qualitatives (sous la direction d'Alex Mucchielli) (p. 28). Paris : Armand Colin.

MULGAN, G.(2005). Joined-Up Government: Past, Present, and Future. In *Joined-Up Government*, edited by Vernon Bogdanor, chap 8. Oxford: Oxford University Press.

MULGAN, R. (2000) Accountability: An Ever-Expanding Concept? *Public Administration*, 78, 555-573.

N

NARING, G., BRIET, M., BROUWERS, A. (2006). Beyond demand-control: emotional labour and symptoms of burnout in teachers. *Worket Stress*, 20(4): 303-15

NARO, G. (2015). Chapitre 11 Le new public management ou la gestion malade de la société. Dérives et perspectives de la gestion: échanges autour des travaux de Julienne Brabet, 169.

NEUMAN, J. H., BARON, R. A. (1998). Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *Journal of Management*, 24(3), 391–419.

NEWHOUSE J.-P. (1996), « Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection », *Journal of Economic Literature*, n° XXXIV, p. 1236–1263.

NYLAND, K., PETTERSEN, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability et Management*, 20(1), 77-102.

O

OGBONA E., HARRIS, L.C. (2004). Work intensification and emotional labour among UK university lecturers: an exploratory study. *Organizational studies*, 25(7): 1185-203

OR, Z., RENAUD, T. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). *Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères [document de travail]*. Paris (France): Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

ORLIKOWSKI, W.J. (1991). Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations. *Organization Science* 11 (4) : 404-428.

ORTONY A., CLORE G., COLLINS A. (1990). *The Cognitive Structure of Emotions*, Cambridge, Cambridge University Press.

ORTONY, A., TURNER, T. J. (1990). What's basic about basic emotions ? *Psychol Rev*, pages 315-331

ORTONY, A., CLORE, G., COLLINS, A. (1988), « The Cognitive Structure of Emotion », *Contemporary sociology* 1988/1 Vol 18

OSTERGREN, K., (2009). Management control practices and clinician-managers: the case of the Norwegian Health sector. *Financial Accountability and Management* 25(2): 167-195.

OUCHI, W. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science* 25 (9) : 833-848.

OVCHINNIKOVA N. V., CZAP H. J., LYNNE G. D., LARIMER C. W. (2009). « "Don't want to be selling my soul" : two experiments in environmental economics », *The Journal of Socio-Economics*, no 38, p. 221-229.

OZCAN, K., AGCA, V. (2010). Traces of Postmodernism in the New Public Management Paradigm. *TODAJE's Review of Public Administration*, Vol. 4 (3), p. 1-31

P

PACHE A.C., SANTOS F. (2013). Embedded in hybrid contexts : How individuals in organizations respond to competing institutional logics. *Research in the Sociology of Organizations*, vol. 39, p. 3-35.

PAEZ, D., ASUN, D., GONZALEZ, J.L. (1995). Emotional climate, mood and collective behavior: Chile 1973-1990, in Riquelme, H. (Ed.), *Era in Twilight: Psychocultural Situation Under State Terrorism in Latin America*, Hamburg, Foundation for children / Bilbao, Instituto Horizonte, 141-182.

PAILLE P. (2007). La recherche qualitative : une méthodologie de la proximité ». in Dorvil H. (dir.), *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp.409-443.

PANKSEPP, J. (1982). *Toward a general psychobiological theory of emotions*.

PARKINSON C.N. (1958), *Parkinson's Law. The Pursuit of Progress*, London, John Murray.

PARMENTIER-CAJAIBA, A., CAJAIBA-SANTANA, G. (2020). Visual maps for process research: Displaying the invisible. *M@n@gement*, 23(4), 65-79.

PARROTT, W. G., et SMITH, R. H. (1993). Distinguishing the experiences of envy and jealousy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 906-920.

- PARSONS, T. (1960) Structure and Process in Modern Societies. *American Journal of Sociology*, 66, 5.
- PASSERON, J. C. (1991). *Le raisonnement sociologique: l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*. Paris, Nathan
- PATON, D. (1992). Disaster research: The Scottish dimension. *The Psychologist* 5: 535–538.
- PAVE, P. (1989). *L'illusion informaticienne*. L'harmattan, 270p
- PEGDWENDE SAWADOGO, H. (2021). Module 7. Approches méthodologiques et stratégies d'enquête. Dans : Piron, F. et Arsenault, E. (dir), *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*, ESBC
- PEIRCE, C. S. (1965). *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, vol. 5, Pragmatism and Pragmaticism, Hartshorne, C., Weiss, P. (dir.), Cambridge, Harvard University Press.
- PEIRCE, C. S. (1958) *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, Volumes 7–8 edited by A.W. Burks, Cambridge, Harvard University Press.
- PEIRCE, C. S. (1878). « Deduction, Induction, and Hypothesis », dans *Writings of Charles S. Peirce, 1872-1878*, vol. 3, Bloomington, Indiana University Press.
- PEOC'H, N., CEAUX, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé : L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 108, 53-66.
- PERILLEUX, T. (2005). Le déni de l'évaluation. *Travailler*, 13(1), 113-134
- PERRET V. ET SEVILLE M. (1999), « Fondements épistémologiques de la recherche », dans Thiétard R.-A. (1999/2003), *Méthodes de recherche en management*, pp. 13-33, Dunod.
- PERRY, J., WISE, L. (1990), The motivational bases of public service. *Public Administration Review*, Vol 50, No 3, pp. 367-373 .
- PESQUEUX, Y. (2000). La question méthodologique en sciences de gestion : attitude constructiviste et attitude positiviste. Doctorat. France. 2020
- PESQUEUX, Y. (2006). Le nouveau management public (ou New Public Management). fahal00510878f
- PETIT E. (2004). « Contrôle de soi ou duperie de soi ? Une interprétation spinoziste du rôle de l'imagination », *Revue de philosophie économique*, no 10, p. 51-72.
- PETIT, E. (2015). *Économie des émotions*. La Découverte
- PETTIGREW, A.M. (1992). The Character and Significance of Strategy Process Research. *Strategic Management Journal*, 13(winter, special issue), p. 5-16.

- PHANUEL, D., LEMAIRE, I. (2015). Concilier éthique et performance dans l'économie sociale et solidaire : quelle contribution de la vision stratégique et de la qualité ? Le cas de « A.I.D.E.R ». *Gestion et management public*, 4(2), 5-30.
- PHILIPPOT, P. (2011). Chapitre 2. Le déploiement de l'émotion. Dans : , P. Philippot, *Émotion et psychothérapie* (pp. 37-71).
- PIAGET, J. (1989). Les relations entre l'intelligence et l'affectivité dans le développement de l'enfant In B. Rimé et K. Schere (Eds.), *Les Émotions. Textes de base en psychologie* (pp. 75-95). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé.
- PIAGET J. (1967) Nature et méthodes de l'épistémologie. Epistémologie de la logique. Epistémologie des mathématiques et de la physique. Piaget, J. (Ed.). *Logique et connaissance scientifique*, Paris : Gallimard
- PIERCE, J. (2003). Les émotions au travail : le cas des assistantes juridiques. *Travailler*, 9(1), 51-72
- PILLUTLA M. M., MURNINGHAN K. J. (1996). Unfairness, anger and spite : emotional rejections of ultimatum offers. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, no 68, p. 208-224.
- PLUTCHIK, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. HarperCollins College Publishers.
- PLUTCHIK, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchick « St H. Kellerman (Eds.), *Emotion, theory, research, and experience : Theories of emotions* (Vol. 1, pp. 3-34). New York : Academic Press
- PLUTCHIK, R. (1962). *The emotions: Facts, theories and a new model*. Crown Publishing Group/Random House.
- POINT, S. (2018). Chapitre 15. L'analyse des données qualitatives : voyage au centre du codage. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 262-282). Caen: EMS Editions.
- POINT, S., VOYNNET-FOURBOUL, C. (2006), Le codage à visée théorique, *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 21, no 4, p. 61-78.
- POPPER, K. (1976). « Reason or Revolution ? » in ADORNO, T. et al., *The positivist disput in german sociology*, New York, Harper Torchbooks.
- PORTER M. E. (2010). What is value in health care ? , *New England Journal of Medicine*, vol. 363, n° 26, p. 2477-2481.
- POSNER, J., RUSSELL, J. A., PETERSON, B. S. (2005). The circumplex model of affect: an integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and psychopathology*, 17(3), 715–734.

POURTOIS, J. P., DESMET, H. (1988). *Instrumentation et épistémologie en sciences humaines*. Bruxelles.

MARDAGA. PRICE, S., OLIVER, M. (2007). A Framework for Conceptualising the Impact of Technology on Teaching and Learning. *Educational Technology et Society*, 10(1), 16-27.

POWER M. (2004), *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*, La Découverte, Paris.

POWER M. (2005), *The theory of the audit explosion*, Oxford University Press, p. 326-344.

PRIDGEN, A. AND WANG, K.J. (2012) Audit Committees and Internal Control Quality: Evidence from Nonprofit Hospitals Subject to the Single Audit Act. *International Journal of Auditing*, 16, 165-183

PUGH, S. D. (2001). Service with a Smile: Emotional Contagion in the Service Encounter. *The Academy of Management Journal*, 44(5), 1018–1027.

PUGH, S.D.(2002). Emotional regulation in individuals and dyads : causes, costs and consequences, in : Lord, R, Klimski R, Kanfer R, editors. *Emotions in workplace*. San Francisco : Jossey-Bass

PUGLIESI, K. (1999). The consequences of emotional labor: Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation and Emotion*, 23(2), 125–154.

PUPION, P.-C. (2021). Les valeurs du New Public Management et de la Nouvelle Gouvernance Publique, un frein ou une chance pour la gestion de crise de la Covid-19 en France ? Illustration dans le cas des établissements hospitaliers. *Gestion et management public*, 9(N4), 161-170.

PUPION, P.-C. (2016). « L'esprit du NPM et les organisations publiques », *Gestion et Management Public*, 5, 1, pp. 1-3.

R

RACHETI Y. (1998), Les Contraintes temporelles dans le diagnostic médical de l'urgentiste et leurs conséquences, Communication présentée au 33e congrès de la self, Temps et Travail, Paris, sept.

RAFAELI, A., ET SUTTON, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *The Academy of Management Review*, 12(1), 23–37.

RAFAELI, A., ET SUTTON, R. I. (1990). Busy stores and demanding customers: How do they affect the display of positive emotion? *Academy of Management Journal*, 33(3), 623–637

RAMANATH, R., EBRAHIM, A. (2010). Strategies and tactics in NGO–government relations: Insights from slum housing in Mumbai. *Nonprofit Management and Leadership*, 21(1), 21-42.

- RAPPIN, B. (2011). De l'unité ontologique des épistémologies gestionnaires et de ses conséquences. *Management et Avenir*, 43, 476-489
- REAY T., HININGS C.R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, vol. 30, p. 629-652.
- RHODES, S.R., STEERS, R.M. (1990). *Managing employee absenteeism*. Reading(mass): Addison-Wesley
- RIBERT-VAN DE WEERDT, C., BARATTA, R. (2016). L'analyse de l'activité et des émotions : regard sur une discipline en évolution à partir d'une étude de cas. *Le travail humain*, 1, 79, 31-52.
- RICK, S., LOEWENSTEIN, G. (2008). The role of emotion in economic behavior. *Handbook of emotions*, 3, 138-158.
- RIVIERE, A. (2014). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public. *Gestion et management*. Université Montpellier II - Sciences et Techniques du Languedoc
- RIVOLIER, J. (1992). Stress et émotion. Aspects biologiques et cognitifs. *Psychologie médicale*, 24(3), 257-260.
- ROBERTS, J., SCAPENS, R. (1985). Accounting systems and systems of accountability -- understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, Organizations and Society*, Elsevier, vol. 10(4), pages 443-456
- ROBERTS, N., P. J. CANDREVA (2006). « Controlling Internal Controls », *Public Administration Review*, vol. 66, n° 3, p. 463-465
- ROBINSON, S. L. (1996), « Trust and breach of the psychological contract », *Administrative Science Quarterly*, 41, pp. 574-599.
- ROCHAT, S., TSCHAN, F. (2003), « travail émotionnel et interactions sociales : une investigation micro-événementielle ». in g. karnas, c. vandenbergh, et n. delobbe (eds.), *Développement des compétences, investissement professionnel et bien-être des personnes* (pp. 281-290). louvain-la-neuve : presses universitaires de louvain.
- ROCHER, M. (1990). Les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes à domicile. *Travail et Sécurité*, 12, 678-692.
- ROCHER, M., LANGEVIN, L., CASTEJON, C., FRACHON, M., POETE, V., VILLATTE, R. (2005). Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale" pour agir sur leurs conditions de travail et sur leur santé. Note Scientifique et Technique de l'INRS, NS 257.
- ROJOT, J. (2005). *Théorie des organisations*. MA Editions Eska, 541p
- ROKEACH, M. (1973). *The nature of human values*. Free press.

ROSEMAN, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. *Review of Personality et Social Psychology*, 5, 11–36.

ROSEMAN, I. J., ANTONIOU, A. A., JOSE, P. E. (1996). Appraisal determinants of emotions: Constructing a more accurate and comprehensive theory. *Cognition and Emotion*, 10(3), 241–277

ROSSANO, M., ABORD DE CHATILLON, E., DESMARAIS, C. (2015), Rupture du contrat psychologique et risques psychosociaux : une recherche-intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol.95, n°1, pp.58-77.

ROUSSEAU, M. D. (1995). *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements*. SAGE Publications Inc, 264p

ROYER, I., ZARLOWSKI, P. (2014). Chapitre 6. Le design de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 168-196). Paris: Dunod.

RUCKENSTEIN, M., DOW STÜLL, N. (2017). « The datification of health », *Annual review of anthropology*, vol 46, p261-278

RUILLER, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management et Avenir*, 2(2), 15-34.

RUSINEK, S. (2004). *Les émotions.(Du normal au pathologique)*. Dunod

RUSSELL, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of personality and social psychology*, 39(6), 1161.

S

SAINSAULIEU I. (2007), *L'hôpital et ses acteurs, appartenance et égalité*, Paris: Belin.

SALDAÑA, J. (2013), *The Coding Manual for Qualitative Researchers*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

SANDBERG, J. (2005), How Do We Justify Knowledge Produced with Interpretive Approaches ? *Organizational Research Methods*, vol. 8, n° 1, p. 41-68.

SANDELANDS, L., et St Clair, L. (1993). Toward an empirical concept of group. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 23(4), 423–458.

SANDER, D., SCHERER, K. (2019). *Traité de psychologie des émotions*. Paris: Dunod.

SAVETT, L. A. (2000). Values and dealing with change: We define ourselves by the choices we have made. *Creative Nursing*, 6(3), 11-15.

SCHACHTER S., SINGER J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69 (5), 379-399.

SCHACHTER S. (1964). « The Interaction of Cognitive and Physiological Determinants of Emotion States », pp. 138-173. Dans: *Psychological Approaches to Social Behavior*, edited by P. H. Leiderman and D. Shapiro, Stanford, Calif., Stanford University Press.

SCHATZMAN, L., STRAUSS, A.L. (1973). *Field research. Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall

SCHAUBROECK, J., JONES, J. R. (2000). Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*, 21(Spec Issue), 163–183.

SCHAUFELI, W. B., BAKKER, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 25(3), 293-315.

SCHAUFELI, W., LEITER, M., MASLACH, C., JACKSON, S. (1996) Maslach Burnout Inventory-General Survey. In: Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, M.P., Eds., *The Maslach Burnout Inventory: Test Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

SCHEDLER A. (1999). "Conceptualizing accountability", Schedler A., Diamond L., Plattner M. (éd.), *The self-restraining state : Power and accountability in new democracies*, Boulder, CO et Londres, Lynne Rienner Publishers, p. 13-28.

SCHERER K.R. (2001). « Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking ». In K.R. Scherer, A. Schorr, T. Johnstone (éd.), *Appraisal Processes in Emotion : Theory, Methods, Research*. New York : Oxford University Press.

SCHERER, K., WRANIK, T., SANGSUEN, J., TRAN, V., SCHERER, U.. (2004). Emotions in everyday life: Probability of occurrence, risk factors, appraisal and reaction patterns. *Social Science Information* vol 43 pp499-570

SCHERER, K., TRAN, V.. (2001). Effects of emotion on the process of organizational learning, in *Handbook of Organizational Learning* (pp.369-392)

SCHERER, K. R., SCHORR, A., JOHNSTONE, T. (EDS.). (2001). *Series in affective science. Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. New York, NY, US: Oxford University Press.

SCHERER, K. R., WALLBOTT, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of personality and social psychology*, 66(2), 310.

SCHERER, K. R. (1988). Criteria for emotion-antecedent appraisal: A review. In V. Hamilton, G. H. Bower, et N. H. Frijda (Eds.), *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (pp. 89–126). Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- SCHERER, K.R. (1985). Vocal affect signalling: a comparative approach. In J. Rosenblatt, C. Beer, M-C. Busnel, and P. J. B. Slater (eds), *Advances in the Study of Behaviour*, Vol. 15 (pp. 189–244). New York: Academic Press
- SCHERER, K. R. (1984). Les émotions: fonctions et composantes [Emotions: Functions and components]. *Cahiers de Psychologie Cognitive/Current Psychology of Cognition*, 4(1), 9–39.
- SCHLEIFER, A. (1985). A theory of yardstick competition. *The rand journal of economics*, volume 16
- SCOTT, V S.G.R. LANE (2000). A stakeholder approach to organizational identity. *Academy of Management Review*, Vol.25, n°1, p.43-62.
- SHIROM, A., MELAMED, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International journal of stress management*, 13(2), 176.
- SHIV B., FEDORIKHIN A. (2002), Spontaneous versus Influences of Stimulus-Affect on Choice Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 87, 342-370.
- SHIVERICK, B., JANELLE, P. (2009). Achieving excellence through employee commitment. *Provider (Washington, DC)*, vol. 35, no 5, p. suppl 1-4.
- SINGH, J. V., TUCKER, D. J., HOUSE, R. J. (1986). Organizational Legitimacy and the Liability of Newness. *Administrative Science Quarterly*, 31(2), 171-193.
- SMITH C.A., LAZARUS R.S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
- SMITH, CA, ELLSWORTH, P.C. (1985). « Patterns of cognitive appraisal in emotion », *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 8 | 3-838
- SMITH, P., LORENTZON, M. (2005). Is emotional labour ethical? *Nursing ethics*, 12(6): 638-42
- SOARES, A. (2003). Les émotions dans le travail. *Travailler*, 9(1), 9-1
- SONI V., (2004). From Crisis to Opportunity: Human Resource Challenges for the Public Sector in the Twenty-First Century, *Review of Policy Research*, Vol.21, No.2, pp.157-178.
- SPECTOR, P.E. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, causes and consequences*. London: sage
- SPONEM, S., LAMBERT, C. (2010). Pratiques budgétaires, rôles et critiques du budget. Perception des DAF et des contrôleurs de gestion. *Comptabilité Contrôle Audit*, 16, 159-194.
- STADEN, H. (1998) Alertness to the needs of others: a case study of the emotional labour in caring. *J adv nurs*, 27:147-66
- STAKE, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications, Inc.

STEINBERG R., J. (1990). Social Construction of Skill : Gender, Power, and Comparable Worth. *Work and Occupations*, 17 (4) : pp. 449-82

STORZ, C. (2007). Compliance with international standards: the EDIFACT and ISO 9000 standards in Japan. *Social Science Japan Journal*, 10(2), 217-241.

SUCHMAN, M. C. (1995). Managing Legitimacy : Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, 20(3), 571-610.

SUDDABY, R., GREENWOOD, R. (2005). Rhetorical Strategies of Legitimacy. *Administrative Science Quarterly*, 50(1), 35-67.

T

TAGAKI, J. (2006). L'évolution du management des médecins américains. *Revue française de gestion* 168/169 : 55-81.

TANGNEY, J. P. (1999). « The self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment and pride » (pp. 541–568). In Tim Dalgleish et M. J. Powers (eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, Wiley.

TEIGER, C., CLOUTIER, E., DAVID, H. (2005). 9. Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin. Dans : Marianne Cerf éd., *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 179-204). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

THAYER RE. (1989). *The origin of everyday moods: Managing energy, tension and stress*. New York: Oxford University Press.

THEORELL, T., KARASEK, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 9-26.

THEORELL, T., KARASEK, R. A., ENEROTH, P. (1990). Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men-a longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 227(1), 31-36.

THEVENOT, L., BOLTANSKI, L. (2022). *De la justification: Les économies de la grandeur*. Gallimard.

THIÉTART R. A., MAZARS A. (2003). *Cognition, Emotion and Economic Organization*. Working Paper, 32p..

THOITS, P. (1996). Managing the emotions of others. *Symbolic interaction*, 19(2), pp85-109

THOMPSON RA. (1994) Emotion regulation: a theme in search of definition. *MonogrSoc Res Child Dev* 59:25–52)

THORNTON P.H., OCASIO W., LOUNSBURY M. (2012). *The institutional logics perspective : A new approach to culture, structure, and process*, Oxford University Press.

THYNNE, I. ; PETERS, B.G. (2015). Addressing the present and the future in government and governance : Three approaches to organising public action. *Public Administration and Development*, 35(2), p. 73-85.

TODOROV, T. (1973). *Introduction à la littérature française*, Paris, Le Seuil

TOMKINS, S. S. (1962-1963). *Affect, imagery, consciousness* (Vol. 1-2). New York: Springer.

TOMKINS S. S. (1984). Affect theory. In K. R. Scherer et P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

TORFING, J. ; SØRENSEN, E. (2014). The European debate on governance networks : Towards a new and viable paradigm ?. *Policy and Society*, 33(4), p. 329-344.

TOTTERDELL P., Holman D. (2003) Emotion regulation in customer service roles: testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology* 8, 55–73.

TRÄINI, C. (2015). *Emotions et expertises. Les modes de coordination des actions collectives*. Rennes, presses universitaires de Rennes.

TRAN, V. (2019). Chapitre 11. Les émotions dans le monde de l'entreprise et du travail. Dans : David Sander éd., *Traité de psychologie des émotions* (pp. 333-357). Paris: Dunod.

TRUC, H., ALDERSON, M., THOMPSON, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 34-49.

TSCHAN, F., ROCHAT, S., ZAPF, D. (2005). It'sn not only clients : Studying emotion work with clients and co-workers with an event-sampling approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 195-220

TSCHANNEN, D., KALISCH, B. J., LEE, K. H. (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 22-39.

U

URBANCIC F.R., HAUSER R.C. (1991). Hospital audit committees: a comparative analysis of structural and functional characteristics. *Hosp Health Serv Adm.* Fall;36(3):383-96.

URIO, P. (1999). Le New Public Management ou la gestion publique au service du marché. In Marc Hufty, *La pensée comptable. Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Enjeux, Cahier de l'IUED, Genève, pp 91-124

URIO P. (1998), « La gestion publique au service du marché », in M. HUFTY (éds), *La pensée comptable : État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et Les nouveaux Cahiers de l'IUED, Paris et Genève, 91-124.

VAIVIO, J. (1999). Exploring a non-financial management accounting change. *Management Accounting Research* 10(4): 409-437.

V

VALEAU, P., GARDODY, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76–100.

VALETTE, A., BURELLIER, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout » ? *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (2): 4-13.

VAN DE VEN A. (1992). Suggestions for Studying Strategy Process : a Research Note », *Strategic Management Journal*, 13 (summer special issue), pp. 169-188.

VAN DE WEERDT C., MOREL O., CAËL C. (2017) Prévention des situations à risque de forte charge émotionnelle : exemple dans le secteur de l'aide à domicile. *Psychologie du travail et des organisations*, Elsevier Masson, 23 (4), pp.326-343

VAN DE WEERDT, C. (2016), « les émotions au travail des intervenants à domicile », *Hygiène et santé au travail* n°243, juin 2016, pp 42-46

VAN DE WEERDT C. (2011) Introduction sur la prise en compte des émotions et des affects dans les relations de service. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l'Anact et Pacte, May 2011, Grenoble, France

VAN DE WEERDT, C. (2003). Intérêts et difficultés de l'analyse des émotions en psycho-ergonomie. *Psychol Française*. 48. 9-16.

VANGEN, S. ; HUXHAM, C. (2010). Introducing the theory of collaborative advantage. Dans S. Osborne (éd.), *The New Public Governance ? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*, Routledge, p. 179-200.

VAN HOOREBEKE, D. (2008). L'émotion et la prise de décision. *Revue française de gestion*, 182, 33-44.

VAN HOOREBEKE D. (2007), « Contagion émotionnelle facteur modérateur de créativité et de performance de groupe au travail? », 9ème Université de printemps de l'IAS, 17,18 et 19 mai, Moscou

VAN MAANEN, J (2011). *Tales of the Field: On Writing Ethnography*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.

VAN MAANEN, J. (2011). Ethnography as work: Some rules of engagement. *Journal of management studies*, 48(1), 218-234.

VANDENBERGHE, C., STORDEUR, S., D'HOORE, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, vol. 72(3), 209-228

VAUGHAN, D. (1992). « Theory elaboration: the heuristics of case analysis », dans Ragin Charles C. et Becker Howard S. [1992], *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*, Cambridge, *Cambridge University Press*, p. 173-202.

VEGA, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*. Volume 15, n°3, 1997. pp. 103-132.

VICKERS, M. H. (2006). Writing what's relevant : workplace incivility in public administration of in sheep's clothing. *Administrative Theory et Praxis*, 28(1), 69-88.

W

WACHEUX, F. (1996). *Méthodes qualitatives de recherches en gestion*. Economica

WALDRON, V. (2000). Relational experiences and emotion at work. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in organizations* (pp. 64-82). SAGE Publications Ltd,

WALSH W. H. (1984). *An Introduction to the Philosophy of History*, Westport (Conn.), Greenwood Press.

WATSON D, CLARK LA. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*. 1992;60:441–475.

WATSON, D., CLARK, L. A., TELLEGEN, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070

- WATSON D, WIESE D, VAIDYA J, TELLEGEN A. (1990). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 76:820–838
- WATSON, T.J. (2011). Ethnography, reality and truth: the vital need for studies of 'how things work' in organisations and management. *Journal of Management Studies*, 48 (1), 202-217.
- WEBER, M. (1958). *From Max Weber, Essays in sociology*. Oxford University Press.
- WEBER M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: Oxford University Press. (first published in German).
- WEISMAN, C.S. ALEXANDER, C. S., CHASE, G. A. (1980). Job satisfaction among hospital nurses: A longitudinal study. *Health Services Researches*, 15 (4), pp. 341-364
- WEISS, H. M., CROPANZANO, R. L. (1996). Affective eventstheory : A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. *Research in Organizational Behavior*, Vol. 18, JAI Press, p. 1-74.
- WESTPHAL, J. D., GULATI, R., SHORTELL, S. M. (1997). Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative science quarterly*, 366-394.
- WHARTON, A. (2004). Femmes, travail et émotions : concilier emploi et vie de famille. *Travailler*, 12, 135-160.
- WHARTON, A.S., ERICKSON, R.J. (1993). Managing emotions on the job and at home : understanding the consequences of multiple emotional roles. *Academy of Management Review*, 18, 457-486.
- WIELAND, A., TATE, W. L., YAN, T. (2024). A guided tour through the qualitative research city. *Journal of Supply Chain Management*, 60(1), 3-12.
- WILK, L.S., MOYNIHAN, L.M. (2005). Display rule “regulators”: the relationship between supervisors and worker emotional exhaustion. *Journal of applied psychology* 90, 917-927
- WOERTH, E., SAINT-MARTIN, L. (2019). Rapport d'information relatif à la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, 11 septembre 2019
- WOUTERS, C. (2003). La civilisation des mœurs et des émotions : de la formalisation à l'informalisation. In Bonny, Y., Neveu, E., et de Queiroz, J. (Eds.), *Norbert Élias et la théorie de la civilisation : Lectures et critiques*. Presses universitaires de Rennes.
- WOUTERS, M., WILDEROM, C. (2008). Developing performance-measurement systems as enabling formalization: A longitudinal field study of a logistics department. *Accounting, Organizations and Society* 33(4-5): 488-516.
- WRANICK, T. (2005). “Personality under stress : who gets angry and why? Individual differences in cognitive appraisal and emotion”. Thèse de doctorat : Université de Genève, 276p

WRIGHT, T. A., CROPANZANO, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83, 486–493.

X

XIAO E., HOUSER D. (2005). Emotion expression in human punishment behaviour. *PNAS*, no 102, p. 7398-7401.

Y

YERKES, R.M., DODSON, J.D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit Formation. *Journal of Comparative Neurology et Psychology*, 18, 459–482.

YIN R. K. (2014). *Case Study Research : Design and Methods*, 5th ed., Thousand Oaks, CA : Sage, 2014.

YIN, R. K. (2003). Designing case studies. *Qualitative research methods*, 5(14), 359-386.

YIN, R. K. (1994). Discovering the future of the case study. Method in evaluation research. *Evaluation practice*, 15(3), 283-290.

YIN, R.K. (1991). *Case study research. Design and methods* (2e éd.). Newbury Park, Sage.

Z

Yzerbyt V.Y., Dumont M., Mathieu B., Gordijn E., Wigboldus D. (2006). « Social comparison and group-based emotions ». In S. Guimond (éd.), *Social Comparison Processes and Levels of Analysis : Understanding Cognition, Intergroup Relations, and Culture* (p. 174-205). Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Zajonc R. B. [1968], « Attitudinal effects of mere exposure », *Journal of Personality and Social Psychology*, no 9, p. 1-27.

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American psychologist*, 35(2), 151.

ZAMMUNER, V. L. (1996), « Felt emotions, and verbally communicated emotions: the case of pride ». *Eur. J. Soc. Psychol.*, 26: 233-245.

Zammunier, V., Galli, C. (2005). Wellbeing: causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International review of psychiatry*, 17(5): 355-64

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: a review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2): 237-68

Zapf, D., Isic, A., Bechtoldt, M. et Blau, P. (2003), What is typical for call centre jobs ? Job characteristics, and service interactions in different call center. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(4), 311-340.

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. et Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.

Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. et Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress : The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.

Table des matières

Introduction	8
Contextualisation de la recherche	8
Cadre conceptuel de la recherche	12
Méthodologie de recherche.....	14
Organisation du travail de recherche	15
Partie 1 :Hybridation des pratiques en CSI, travail émotionnel et émotions au travail	18
Chapitre I. La délicate hybridation des organisations sanitaires et médico-sociales et la considération des émotions.....	19
I.1. Le processus de financiarisation des secteurs sanitaires et médico-sociaux selon les dogmes du NPM	20
I.1.1. Le New Public Management, nouveau paradigme de la gestion publique	20
I.1.2. Une histoire de financiarisation de la santé	22
I.1.2.1. D'un système de santé au fondement religieux organisé bâti sur la solidarité publique (1662-1941) aux premières esquisses d'encadrement des dépenses en santé (1941-1970)	23
I.1.2.2. Les bases de la financiarisation (1970-2005)	23
I.1.2.3. Durcissement du processus de financiarisation et marchandisation de la santé (2005- aujourd'hui).....	25
I.1.2.4. D'un processus de sanitarisation à la financiarisation du secteur médico-social	28
I.1.3. Un secteur des soins à domicile dont la financiarisation entraîne une mutation des modes de gouvernance	30
I.2. De la nécessité d'hybrider les organisations sanitaires et sociales.....	32
I.2.1. Deux mondes de référence : des disputes de valeurs à l'origine de la discorde ...	32
I.2.2. Conséquences de la discorde : de la pression financière à l'émergence d'émotions négatives.....	36
I.2.2.1. Pression temporelle	37
I.2.2.2. Epuisement émotionnel et burn-out.....	38
I.2.2.3. Conflits de rôles	39
I.2.2.4. Réification	40
I.2.2.5. Renforcement des cloisonnements et sentiment de manque de soutien managérial.....	40
I.2.2.6. Détérioration du climat organisationnel	41
I.2.2.7. Modification des pratiques soignantes.....	42
I.3. Une hybridation des pratiques à la lumière des émotions	43
I.3.1. Définition de l'hybridation.....	43
I.3.2. Des perspectives d'hybridation médico-financière	45
I.3.3. Leviers en faveur d'une hybridation des pratiques issus de la littérature en sciences de gestion et du management	47
I.3.3.1. Intégrer les subordonnés dans le processus de décision budgétaire.....	47
I.3.3.2. Impliquer les managers	48
I.3.3.3. Challenger les salariés	49
I.3.3.4. Formaliser des espaces de discussion budgétaire	50
I.3.3.5. Une co-construction d'indicateurs financiers complets	51
I.3.3.6. Des outils adaptés.....	51

I.3.3.7. Des changements échelonnés dans le temps	52
I.3.3.8. Jouer la transparence	52
I.3.3.9. Encourager l'empathie, resserrer les liens interpersonnels	52
I.3.3.10. Sanctionner les comportements inadaptes.....	53
Conclusion du chapitre I.....	54
Chapitre II. Les émotions au cœur des pratiques des personnels soignants	55
II.1. Des émotions individuelles aux émotions collectives	56
II.1.1. Les émotions. Un concept polysémique	56
II.1.1.1. Principaux débats et courants théoriques.....	56
II.1.1.2. Eléments de définition de l'émotion.....	60
II.1.1.3. Des émotions basales aux émotions mixtes.....	61
II.1.2. Des émotions multi componentielles.....	62
II.1.2.1. Le sentiment subjectif	62
II.1.2.1.1. L'approche dimensionnelle	63
II.1.2.1.2. L'approche catégorielle.....	65
II.1.2.2. Les changements physiologiques et les comportements observables.....	66
II.1.2.3. Les tendances à l'action.....	67
II.1.2.4. L'évaluation cognitive.....	69
II.1.3. Des émotions réglables	70
II.1.4. Les émotions collectives.....	73
II.1.4.1. Les émotions intragroupes	73
II.1.4.2. Les émotions intergroupes	74
II.1.4.3. Les émotions contrôlées par le groupe social : les « <i>feeling rules</i> »	77
II.2. Emotions au travail et travail émotionnel	79
II.2.1. Les émotions au travail.....	79
II.2.1.1. Définition des émotions au travail.....	79
II.2.1.2. Mobilisation de la théorie de l'évaluation cognitive en faveur de la compréhension de l'émergence d'évènements émotionnels au travail et de leurs implications comportementales.....	80
II.2.1.3. La socialisation émotionnelle au travail : de la culture émotionnelle aux normes émotionnelles.....	86
II.2.2. Le travail émotionnel	88
II.2.2.1. Définition du travail émotionnel	88
II.2.2.2. Facteurs d'influence	91
II.2.2.2.1. Facteurs d'influence individuels	91
II.2.2.2.2. Facteurs d'influence collectifs et organisationnels	92
II.2.2.3. Limites du travail émotionnel.....	93
II.3. Emotions au travail et travail émotionnel dans la profession infirmière	96
II.3.1. La profession infirmière, éminemment émotionnelle	96
II.3.1.1. Des émotions au cœur des pratiques.....	96
II.3.1.1.1. Le travail émotionnel intense des infirmiers	97
II.3.1.1.2. <i>Surface et deep acting</i> : les conséquences du travail émotionnel	98
II.3.1.2. Le travail émotionnel et ses implications managériales	99
II.3.2. Des stratégies de régulation émotionnelle spécifiques	100
II.3.2.1. Les mécanismes de régulation non interactionnelle	101
II.3.2.2. Les mécanismes de régulation interactionnelle	102
II.3.3. Spécificités de l'exercice infirmier à domicile	104

Conclusion du chapitre II	107
Chapitre III. Le travail émotionnel, clé de voûte du processus d'hybridation médico financière	108
III.1. Les CSI de la Croix-Rouge au cœur d'un changement de pratiques	109
III.1.1. Des émotions dont l'étude est indissociable de leur contexte	109
III.1.2. La Croix-Rouge, une association née de valeurs humanitaires.....	111
III.1.2.1. Une histoire de conflits armés	111
III.1.2.2. Une association humanitaire porteuse de valeurs	114
III.1.3. La financiarisation des CSI de la Croix-Rouge.....	116
III.1.3.1. Des CSI aux pratiques professionnelles empreintes des valeurs humanitaires	116
III.1.3.2. Les valeurs associatives au défi des réalités financières : la nouvelle gouvernance de la Croix-Rouge	117
III.2. La financiarisation à l'épreuve des acteurs : de la colonisation comptable à l'émergence de problématiques organisationnelles.....	120
III.2.1. De l'implémentation d'outils de gestion au double écueil du management bureaucratique et gestionnaire	120
III.2.2. L' <i>accountability</i> , fer de lance d'une quête de légitimité organisationnelle.....	123
III.2.2.1. Définition de l' <i>accountability</i>	123
III.2.2.2. Une quête de légitimité organisationnelle.....	124
III.2.3. Une colonisation comptable aux origines d'une situation clivée	125
III.2.3.1. Du découplage à la rupture du contrat psychologique	125
III.2.3.2. A la recherche d'une légitimité perdue : la solution de l'hypocrisie organisationnelle.....	127
III.3. De la financiarisation à l'absence d'hybridation : proposition d'un modèle conceptuel	130
Conclusion du chapitre III	135
Conclusion de la partie 1	136
Partie 2 : Une hybridation empêchée par l'absence de gestion des émotions et spirale de la défaillance	137
Chapitre IV. Design méthodologique de la recherche : une étude de cas au service d'une recherche qualitative interprétativiste	138
IV.1. La démarche de recherche	139
IV.1.1. Une posture épistémologique interprétativiste.....	139
IV.1.1.1. Généralités épistémologiques.....	139
IV.1.1.1.1. Le positivisme	140
IV.1.1.1.2. Le constructivisme	141
IV.1.1.1.3. L'interprétativisme	141
IV.1.1.2. Fondements épistémologiques de la présente recherche et processus de construction des connaissances	142
IV.1.1.2.1. Un paradigme épistémologique interprétativiste	142
IV.1.1.2.2. Processus de construction des connaissances : une démarche abductive	142
IV.1.2. Une approche qualitative par étude de cas	144
IV.1.2.1. Une méthodologie qualitative pour une recherche sur un processus	144
IV.1.2.1.1. Le choix d'une méthode qualitative	144
IV.1.2.1.2. Une recherche sur le processus.....	146

IV.1.2.2. Une étude de cas.....	146
IV.2. Le terrain de recherche : les CSI de la Croix Rouge en Haute-Vienne.....	148
IV.2.1. Contexte de l'étude : des CSI vulnérables face à la sanitisation du secteur des soins à domicile.....	148
IV.2.1.1. Des CSI méconnus au cadre réglementaire pauvre et au mode de financement calqué sur le modèle libéral	148
IV.2.1.2. Des CSI à l'identité ambiguë et structurellement fragiles	151
IV.2.2. Présentation du cas d'étude et du rôle de la doctorante.....	155
IV.2.2.1. Le CSI Croix-Rouge en Haute-Vienne	155
IV.2.2.2. Immersion de la doctorante	157
IV.3. Collecte et traitement des données.....	159
IV.3.1. Méthode et outils de collecte de données	159
IV.3.1.1. Une observation participante	159
IV.3.1.2. Outils de collecte de données.....	160
IV.3.1.2.1. Le journal de bord	160
IV.3.1.2.2. Autres sources de données.....	161
IV.3.2. Le traitement des données.....	163
IV.3.2.1. Une démarche narrative	163
IV.3.2.1.1. Définition.....	164
IV.3.2.1.2. Principes méthodologiques	164
IV.3.2.1.3. Intérêt du rôle exploratoire de la démarche narrative et colligation des données	165
IV.3.2.2. Le codage conceptuel des données : la méthode Gioai.....	167
IV.3.2.3. La rédaction des données.....	168
Conclusion du chapitre IV.....	170
Chapitre V. Financiarisation et émotions non régulées : une hybridation empêchée	171
V.1. Récit narratif de la défaillance des CSI	172
V.1.1. Une situation instable sous contrôle (Avril 2020- février 2021)	172
V.1.2. Apparition de l'élément perturbateur : « le feu aux poudres » : le projet de cession transfert (Mars 2021).....	178
V.1.3. Le nouement (avril 2021- ...)	185
V.2. Des CSI soumis au processus de financiarisation	210
V.2.1. Une « association entreprise » en quête de performance face aux difficultés locales.....	210
V.2.1.1. Un développement économique local freiné	210
V.2.1.2. Mise en place d'un plan de retour à la performance (Mai 2018).....	212
V.2.2. Le renforcement du pilotage financier et stratégies gestionnaires au CSI Haute Vienne.....	213
V.2.2.1. Un choix assumé de recrutement de responsables non soignants.....	214
V.2.2.2. La mise en place du tableau Plan d'action qualité PRP	214
V.2.2.3. L'adoption d'un modèle économique de référence et mise en place de tableaux de pilotage de l'activité CSI	216
V.2.3. Une pression à l'activité à l'origine d'une occultation de celle-ci.....	220
V.2.3.1. Une quête de performance entraînant une pression financière	220
V.2.3.1.1. Une stratégie de développement du chiffre d'affaires par infirmier	220
V.2.3.1.2. L'illusion de la mesure : d'une facturation empêchée à une activité occultée.....	222

V.2.3.2. Du manque de reconnaissance au conflit de valeurs	223
V.2.3.2.1. Un manque de reconnaissance et de soutien hiérarchique	223
V.2.3.2.2. Un changement de pratiques professionnelles à l'origine d'un conflit de valeurs	224
V.3. Des émotions non régulées source de rejet d'une logique médico-financière	226
V.3.1. Des émotions négatives non régulées au processus de contagion émotionnelle : un climat émotionnel délétère empêchant l'hybridation	226
V.3.2. Une réticence des infirmiers à adhérer aux changements impulsés par les gestionnaires.....	239
V.3.3. Un processus de défaillance émotionnelle et financière en spirale.....	243
Synthèse des résultats	248
Chapitre VI. D'une hybridation avortée à la naissance d'un nouveau levier émotionnel.....	249
VI.1. Autopsie d'une hybridation avortée : d'un conflit de valeurs à l'émergence d'émotions négatives	250
VI.1.1. Un processus de financiarisation à l'origine d'un conflit de valeurs	250
VI.1.1.1. D'une colonisation comptable à l'émergence de pression financière : des éléments de praxis gestionnaire attestant de pratiques issues du NPM.....	250
VI.1.1.2. Du conflit de valeurs à l'émergence d'émotions de valence négative.....	252
VI.1.2. Des émotions non régulées empêchant l'hybridation	255
VI.1.2.1. Un processus de régulation défaillant	255
VI.1.2.2. Des émotions intergroupes empêchant l'hybridation.....	256
VI.2. Le travail émotionnel pour hybrider dans le contexte médico-social.....	258
VI.2.1. Des émotions comme levier l'hybridation	258
VI.2.2. Un travail émotionnel de régulation collective par la discussion	262
VI.2.2.1. Stratégies de régulation émotionnelle collective au sein des espaces de discussion.....	262
VI.2.2.2. Le post NPM : un terreau plus fertile pour l'hybridation ?	264
Synthèse des points de discussion.....	267
Conclusion de la partie 2	268
Conclusion générale.....	269
Objectifs et mise en œuvre de démarche de recherche	269
• Le projet de recherche	269
• Mise en œuvre du projet de recherche	270
Synthèse des résultats.....	271
Contributions.....	273
• Contributions théoriques.....	273
• Contributions méthodologiques	274
• Contributions managériales.....	274
Limites et perspectives pour les futures recherches.....	274
Les mots de la fin.....	275
Références bibliographiques	276
Annexes	332

Table des illustrations

Figure 1: Architecture de la thèse	17
Figure 2: Modélisation des mondes présents à l'hôpital public français à travers le prisme analytique de Boltanski et Thevenot (1991).....	35
Figure 3: Tensions entre le monde industriel et les autres, induites par l'utilisation des mesures de performance au sein d'hôpitaux	36
Figure 4: Le processus de double hybridation	44
Figure 5: Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance analysées à travers le prisme analytique de Boltanski et Thevenot (1991).....	46
Figure 6 : La courbe de l'éveil émotionnel	50
Figure 7: Le modèle circumplex de l'affect de Russel (1980).....	63
Figure 8: Le modèle circumplex de l'affect de Russel- Version détaillée (1980).....	64
Figure 9: La roue des émotions de Plutchik (1980) : modèle éclaté en deux dimensions	65
Figure 10: Les dyades ou émotions mixtes selon le modèle de Plutchik.....	66
Figure 11 : Représentation de la motivation comme antécédente et conséquente du processus émotionnel.....	68
Figure 12: Représentation synthétique du mécanisme d'évaluation cognitive.....	70
Figure 13: Mécanisme de l'émotion intergroupe	75
Figure 14: Illustration du modèle conceptuel à partir de la méthode de Miles et Huberman (2003)	132
Figure 15: Quantité totale des actes AMI et AIS par ETP CSI, ETP CDS ou IDEL (2019 ; 2021), en nombre	153
Figure 16: Pyramide des âges des infirmiers du CSI Croix-Rouge en Haute-Vienne.....	156
Figure 17: Le passage entre les mondes théorique et empirique.....	167
Figure 18: La spirale de la défaillance en CSI	244
Figure 19: Apports du travail de recherche	260

Table des tableaux

Tableau 1: Qu'est-ce qu'une émotion ? le débat James-Lange / Cannon-Brand.....	57
Tableau 2: Emotion et cognition : quelle primauté ? Le débat Zajonc / Lazarus-Mandler.....	58
Tableau 3: Perspectives d'étude des émotions.....	60
Tableau 4: Liste des émotions fondamentales proposées par les théories de Tomkins, Izard, Plutchick et Ekman.....	61
Tableau 5: Les tendances à l'action	68
Tableau 6 : Modèle psycho évolutif des émotions de Plutchik	69
Tableau 7: Distinction régulation émotionnelle/ coping	71
Tableau 8 : Précisions terminologiques concernant les modes de régulation émotionnelle - présentation par ordre chronologique	72
Tableau 9: Prédiction des évaluations cognitives, des émotions et des tendances à l'action dans des contextes intergroupes.....	76
Tableau 10: Détermination et origine de la réponse émotionnelle	81
Tableau 11: Implications comportementales générales, positives ou négatives, de chacune des classes d'émotions pour l'individu (I) et le groupe (G)	84
Tableau 12: Différentes réalisations du travail émotionnel.....	89
Tableau 13: Différents niveau de travail émotionnel	90
Tableau 14: Sources d'émotions des infirmiers en soins à domicile	105
Tableau 15: Aux origines de l'hypocrisie organisationnelle	128
Tableau 16: hypocrisie interne et externe	128
Tableau 17: Les paradigmes épistémologiques.....	140
Tableau 18: Motivation du choix de la méthode qualitative.....	145
Tableau 19: Valorisation des actes infirmiers en France métropolitaine au 29 janvier 2024	149
Tableau 20: Missions des établissements des secteurs médico-social et sanitaire.....	151
Tableau 21: Identification des CSI (effectifs CDI 2020).....	156
Tableau 22: Tableau de pilotage de l'activité CSI (2021).....	217
Tableau 23: Synthèse des émotions collectives et des rendez-vous d'hybridation manqués	227

Annexes

Annexe 1. Les mondes de Boltanski et Thévenot (1991)	333
Annexe 1.1. Les valeurs au sein des mondes de Boltanski et Thevenot (1991)	333
Annexe 1.2. Causes de la guerre des mondes (adapté de Boltanski et Thévenot, 1991)	333
Annexe 2. Ce que l'émotion n'est pas.....	335
Annexe 3. Les émotions de base	337
Annexe 4. Le processus émotionnel selon Frijda (1986).....	339
Annexe 5. Identification des CSI et des acteurs	340
Annexe 5.1. Identification des CSI (effectifs CDI 2020)	340
Annexe 5.2. Identification des acteurs.....	340
Annexe 6. Le processus de soin de la prise de rendez-vous à la facturation	343
Annexe 7. Le modèle économique de référence	344
Annexe 8. Tableaux de pilotage de l'activité CSI.....	345
Annexe 8.1. Tableau de pilotage de l'activité CSI. Synthèse départementale 2021	345
Annexe 8.2. Tableau de pilotage de l'activité CSI. Synthèse départementale 2022	347
Annexe 9. Forces propulsives et restrictives au changement.....	349
Annexe 10. Trajectoire émotionnelle d'un infirmier.....	361
Annexe 11. Synthèse des évènements et fluctuations RH	366

Annexe 1. Les mondes de Boltanski et Thévenot (1991)

Les six mondes décrits par Boltanski et Thévenot (1991) sont : le monde domestique, le monde marchand, le monde industriel, le monde civique, le monde de l'opinion, le monde de l'inspiration.

Annexe 1.1. Les valeurs au sein des mondes de Boltanski et Thévenot (1991)

	Valeurs de référence
Monde domestique	Respect des traditions, de la hiérarchie, des pratiques ancestrales, notion de racines
Monde marchand	Recherche de richesse, liberté, ambition, importance de la concurrence productive d'innovation
Monde industriel	Efficacité, performance, fiabilité, progrès. Le fonctionnement optimisé des processus montre un pouvoir de contrôle qui « grandit les êtres ».
Monde civique	Prééminence du collectif et de la volonté générale. Egalité entre les citoyens, cohésion sociale, gratuité, libre accès, participation des individus
Monde de l'opinion	Célébrité, réputation, image, renommée. La reconnaissance par le plus grand nombre confère de la dignité, convergence des opinions
Monde de l'inspiration	Imagination, imprévu, vagabondage, poésie, création, harmonie du monde et de son caractère éphémère

Annexe 1.2. Causes de la guerre des mondes (adapté de Boltanski et Thévenot, 1991)

	Monde domestique	Monde marchand	Monde industriel	Monde civique	Monde de l'opinion	Monde de l'inspiration
Monde domestique		Matérialisme, mercantilisme, importance supérieure du patrimoine Abandon des valeurs traditionnelles	Formalisme des procédures Standardisation des pratiques	Autorité du père supérieure à la notion de citoyenneté		Exubérants et rêveurs Trop d'affects

		es et familiales				
Monde marchand	Trop de particularismes qui nuisent à l'échange		Rigidité des procédures	Ne laisse pas assez de place aux initiatives individuelles Egalité = mythe	Célébrité éphémère	Trop émotionnel
Monde industriel	Inertie et particularismes nuisent au progrès Incompétence de chefs autoproclamés	Dominance et instabilité du marché, irrationalité des prix		Lourdeurs administratives Coût des politiques publiques		Imprévisible, désordonné
Monde civique	Porteur de sujétion et autoritarisme (paternalisme) = arbitraire	Egoïsme, réduction du citoyen à un rôle de consommateur voire de marchandise				Individualiste et improvisé
Monde de l'opinion	Ce qui reste interne à la famille est sans intérêt		Se coupent du monde avec leur jargon	Anonymat du collectif et grandeurs impersonnelles		
Monde de l'inspiration	Rejet des habitudes et traditions Trop hiérarchisé	Sujétion à l'argent	Obsession du raisonnable, de la compétence et de l'autorité qui entrave la liberté des individus	Impersonnel et discipliné	Superficiel	

Annexe 2. Ce que l'émotion n'est pas

Le concept d'émotion est à distinguer de concepts voisins pourtant parfois utilisés indifféremment dans la littérature organisationnelle (Garcia- Prieto *et al.*, 2005).

Sentiment	<p>N'entraîne pas de modification physiologique ni somatique comme l'émotion et renvoie à une évaluation cognitive vis-à-vis d'un besoin (exemple : le sentiment de plaisir lorsqu'un objectif est atteint) (Ribert Van de Weerd, 2003)</p> <p>Prédisposition de l'esprit, état qui perdure et qui se traduit par une expression affective dominante dans le comportement (Green, Goldman et Salovey, 1993).</p> <p>Se distingue par des causes plus complexes, une durée plus longue, d'intensité souvent plus modérée que l'émotion (Cosnier, 2015).</p> <p>Peut être considéré comme l'une des composantes de l'émotion (Sander et Scherer, 2019).</p>
Humeur	<p>Se distingue de l'émotion en ce qu'elle est moins vive, sans objet et ne dure pas dans le temps (Ribert Van de Weerd, 2003)</p> <p>L'humeur est plutôt liée à un état affectif diffus (Garcia-Prieto <i>et al.</i>, 2005), d'intensité faible, de durée relativement longue, sans cause particulière et avec une source antécédente inconnue (Ekman, 1994 ; Forgas, 1991 ; Frijda et Mesquita, 1994, Izard 1991).</p> <p>Les humeurs sont « des dispositions ou états affectifs qui constituent un arrière plan plus ou moins durable imprégnant et orientant positivement ou négativement le déroulement de la vie quotidienne » (Cosnier, 2015)</p>
Motivation	Orientée vers un but alors que l'émotion ne l'est pas (Lazarus, 1966)
Passion	« des sentiments excessifs apparentés aux états de dépendance affective qui caractérisent les addictions » (Cosnier, 2015).
Affect	« L'affect s'applique aussi bien à des états spécifiés, déclenchés par des situations ou des objets déterminés, qu'à des états vagues, indéterminés. Il n'est pas limité à des états intenses comme l'émotion, mais inclut une « tonalité émotionnelle » (de type agréable ou désagréable par exemple » (Ribert Van de Weerd, 2003).

	<p>L'affect se définit comme « : tonalité du sentiment, agréable ou désagréable, qui accompagne une idée ou une représentation » (Fernandez, 2012). C'est une notion plutôt générale qui inclut l'émotion et l'humeur (Kirouac, 1995) et peut référer à plusieurs choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un sentiment agréable au désagréable (Frijda, 1994), - Un trait de personnalité (Diener <i>et al.</i>, 1995 ; Watson <i>et al.</i>, 1988), - Une attitude (Scherer, 2001). <p>Les affects sont « <i>les faces subjectives</i> » des états précédents (Cosnier, 2015)</p>
Motivation	<p>A la différence de l'émotion, la motivation est orientée vers un but. « La motivation renverrait davantage à l'activation subordonnée à un objectif d'un point de vue comportemental. » (Van de Weerd, 2011).</p>

Annexe 3. Les émotions de base

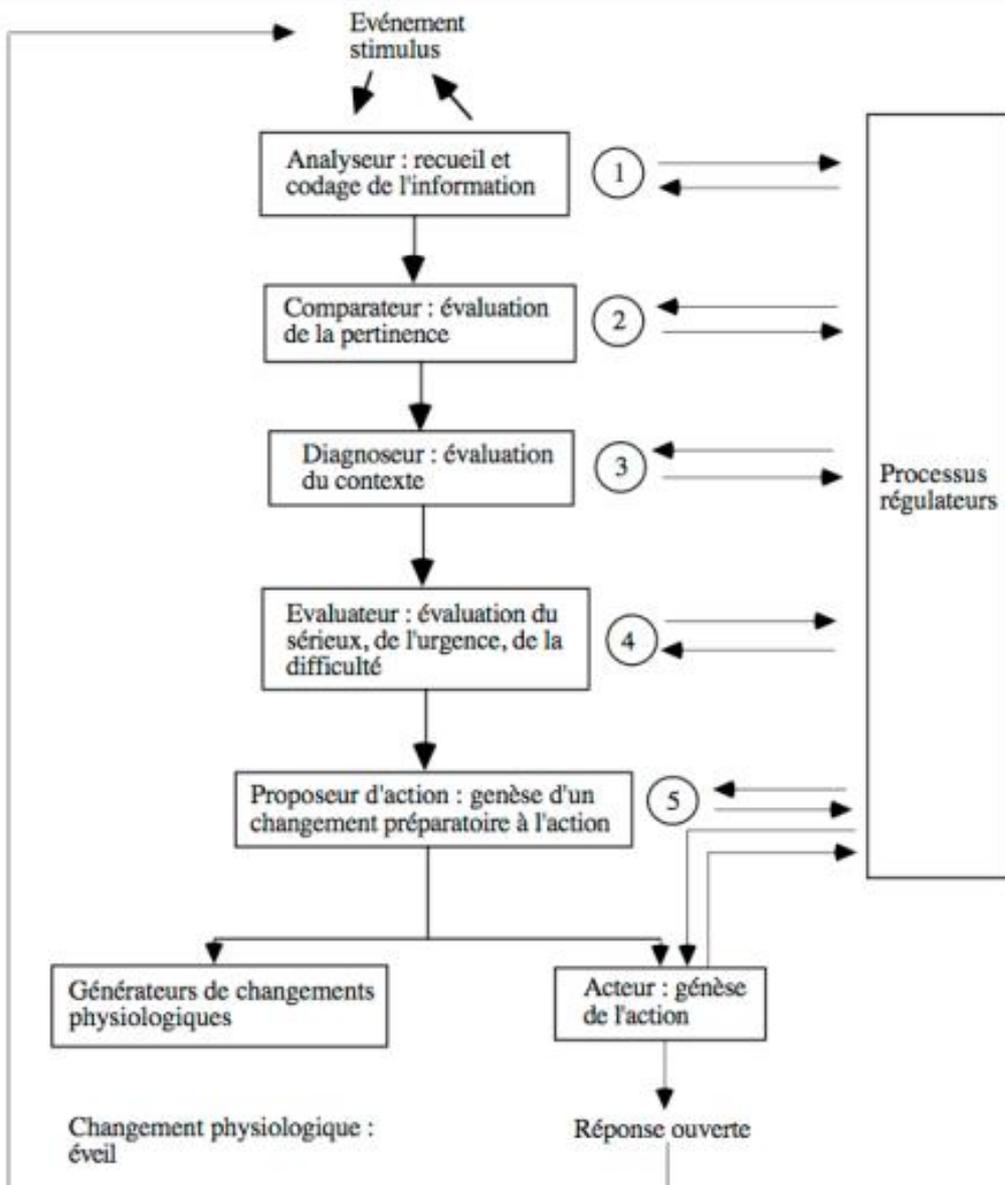
Ekman (1992) évoque neuf caractéristiques permettant d'identifier une émotion de base.

1. **Universalité des signaux émotionnels** : même s'il existe des nuances culturelles, l'expression et la reconnaissance des émotions de base est universelle, à travers des expressions faciales spécifiques.
2. **Présence d'expressions comparables chez les hommes et autres primates** : ainsi, Ekman, et plus largement les théoriciens contemporains (Plutchik, 1962), rejoignent, en reconnaissant l'existence d'expressions émotionnelles chez les animaux, la perspective Darwinienne (Cosnier, 2015).
3. **Chaque émotion possède une configuration propre de réactions physiologiques** : des acteurs entraînés à reproduire certaines mimiques émotionnelles se sont mis à ressentir effectivement les émotions correspondant aux postures qu'ils avaient adoptées, alors même qu'ils ne savaient pas quelle expression émotionnelle ils devaient reproduire (Ekman *et al.*, 1990). Cette expérimentation plaide en faveur de la théorie James-Lange en ce qui concerne l'origine potentiellement périphérique des émotions.
4. **Universalité d'événements déclencheurs universels distincts** : « *c'est un certain type de situation ou de problèmes vitaux fondamentaux qui provoque telle ou telle réaction* » (Cosnier, 2015).
5. **Cohérence des réactions émotionnelles** : c'est-à-dire que dans la plupart des cas, l'expérience émotionnelle est congruente avec son expression, et vice-versa, sauf dans le cas d'annulation de l'expression à des fins de contrôle, de convenance ou de structure caractérielle personnelle (Cosnier, 2015). A titre d'exemple, on peut citer le fameux sourire prescrit aux hôtesses de l'air, conté par Hochschild (1983).
6. **Déclenchement rapide** : cette caractéristique est liée à la fonction adaptative des émotions de base, provoquée par un événement inducteur précis (Cosnier, 2015). Les mimiques émotionnelles se déclenchent en quelques millisecondes (Ekman et Friesen, 1978).
7. **De courte durée** : selon Ekman, les émotions de base ne durent que quelques secondes, de l'ordre de 100 msec (Grandjean et Scherer, 2009). C'est ce qui les différencie des humeurs. Quelques exceptions existent notamment les émotions rémanentes et épisodes émotionnels occasionnés par un deuil par exemple (Cosnier, 2015).
8. **Perçue/ évaluée automatiquement** : sauf dans les cas de contrôle volontaire, les émotions de base surgissent brusquement, de façon involontaire et irraisonnée. Lazarus évoque un principe psychobiologique (Lazarus, 1991) où le stimulus, une fois perçu, suit les voies naturelles de la biologie ; compte tenu tout de même de différences

interpersonnelles, interculturelles et de mécanismes défensifs et adaptatifs (Cosnier, 2015).

9. **Apparition spontanée** : puisque l'émotion de base est perçue automatiquement, brève et donne lieu à des mimiques involontaires, l'expérience de celle-ci s'évite difficilement.

Annexe 4. Le processus émotionnel selon Frijda (1986)



Annexe 5. Identification des CSI et des acteurs

Annexe 5.1. Identification des CSI (effectifs CDI 2020)

Les CSI sont regroupés par secteur géographique.

CSI	Secteur géographique	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2019	ETP 2020	Moyenne d'âge	Moyenne d'ancienneté (années)
CSI 1	1	11.1	12.1	12.5	9.8	37.5	8.6
CSI 2	1	9.8	10.8	10.4	10.9	32.3	7
CSI 3	2	12.6	12.5	13.1	13.4	39.6	8.8
CSI 4	2	7.8	7.8	6.3	5.6	37.3	5.5
CSI 5	3	6.3	7.6	7.1	5.4	33.9	3.6
CSI 6	3	12.2	11.2	10.8	9	33	4
Tous CSI	-	10	10.3	10	9	35.6	6.3

Annexe 5.2. Identification des acteurs

Code CSI	Code infirmier	Age	Ancienneté
CSI 1	I.D.E. 1 CSI 1	58	36
CSI 1	I.D.E. 2 CSI 1	55	19
CSI 1	I.D.E. 3 CSI 1	48	4
CSI 1	I.D.E. 4 CSI 1	28	3
CSI 1	I.D.E. 5 CSI 1	23	1
CSI 1	I.D.E. 6 CSI 1	38	16
CSI 1	I.D.E. 7 CSI 1	37	1
CSI 1	I.D.E. 8 CSI 1	41	1
CSI 1	I.D.E. 9 CSI 1	38	12
CSI 1	I.D.E. 10 CSI 1	25	1
CSI 1	I.D.E. 11 CSI 1	22	1

Code CSI	Code infirmier	Age	Ancienneté
CSI 2	I.D.E. 1 CSI 2	37	12
CSI 2	I.D.E. 2 CSI 2	27	5
CSI 2	I.D.E. 3 CSI 2	26	4
CSI 2	I.D.E. 4 CSI 2	33	1
CSI 2	I.D.E. 5 CSI 2	37	15
CSI 2	I.D.E. 6 CSI 2	35	9
CSI 2	I.D.E. 7 CSI 2	31	3

Code CSI	Code infirmier	Age	Ancienneté
CSI 3	I.D.E. 1 CSI 3	54	29
CSI 3	I.D.E. 2 CSI 3	51	29
CSI 3	I.D.E. 3 CSI 3	25	3
CSI 3	I.D.E. 4 CSI 3	36	1
CSI 3	I.D.E. 5 CSI 3	29	6
CSI 3	I.D.E. 6 CSI 3	55	10
CSI 3	I.D.E. 7 CSI 3	36	6
CSI 3	I.D.E. 8 CSI 3	30	3
CSI 3	I.D.E. 9 CSI 3	28	2
CSI 3	I.D.E. 10 CSI 3	57	2
CSI 3	I.D.E. 11 CSI 3	35	6

Code CSI	Code infirmier	Age	Ancienneté
CSI 4	I.D.E. 1 CSI 4	38	5
CSI 4	I.D.E. 2 CSI 4	36	10
CSI 4	I.D.E. 3 CSI 4	52	6
CSI 4	I.D.E. 4 CSI 4	23	1

Code CSI	Code infirmier	Age	Ancienneté
CSI 5	I.D.E. 3 CSI 5	32	1
CSI 5	I.D.E. 4 CSI 5	57	6
CSI 5	I.D.E. 5 CSI 5	22	1
CSI 5	I.D.E. 6 CSI 5	26	2
CSI 5	I.D.E. 7 CSI 5	45	9
CSI 5	I.D.E. 8 CSI 5	28	2
CSI 5	I.D.E. 9 CSI 5	37	7

Code CSI	Code infirmier	Age	Ancienneté
CSI 6	I.D.E. 2 CSI 5	24	1
CSI 6	I.D.E. 4 CSI 5	50	4
CSI 6	I.D.E. 6 CSI 5	24	1
CSI 6	I.D.E. 8 CSI 5	34	10

Cadres non soignants

DIRECTION 1 : Membre de la direction départementale
DIRECTION 2 : Membre de la direction départementale
DIRECTION 3 : Responsable de services secteur 1
DIRECTION 4 : Responsable de services secteur 2
DIRECTION 5 : Responsable de services secteur 3
DIRECTIONSIEGE1 : Membre de la direction nationale
DIRECTIONSIEGE2 : Membre de la direction régionale
DIRECTIONSIEGE 3 : Membre de la direction nationale
DIRECTIONSIEGE4 : Membre de la direction nationale
DIRECTIONSIEGE5 : Directeur régional autre région
DIRECTIONSIEGE6 : Membre de la direction nationale

Cadres soignants

IDEC1 : Infirmière coordinatrice secteur 1
IDEC2 : Infirmière coordinatrice secteur 1
IDEC3 : Infirmière coordinatrice secteur 2
IDEC4 : Infirmière coordinatrice secteur 3
IDEC5 : Infirmière coordinatrice doctorante
IDECC : Infirmière coordinatrice en charge de la cotation et facturation des soins
MED1 : Médecin gériatre
MED2 : Médecin du travail

Autres personnages soignants

Ancien infirmier1 : salariée démissionnaire de la CRf, partie exercer en libéral

Ancien infirmier2 : ancien IDEL

ESI : étudiante en soins infirmiers

Annexe 6. Le processus de soin de la prise de rendez-vous à la facturation

Lorsque le patient téléphone pour un soin, c'est la secrétaire qui reçoit l'appel et qui fixe le rendez-vous, la plupart du temps sans consulter l'IDE, sauf dans le cas de soins particulièrement longs ou inhabituels. Elle ajoute donc informatiquement le soin dans le logiciel métier. L'ensemble des soins ajoutés génèrent ainsi des « tournées » rattachées à un secteur géographique. Le nombre de tournées est variable selon les CSI et dépend du nombre d'ETP (même si on observe des disparités en termes de charge de travail).

Tous les soirs avant de quitter son poste, la secrétaire imprime les tournées et les met à disposition des infirmiers, qui, le lendemain matin en prenant leur poste, récupèrent chacun leur document. Sur celui-ci sont listés tous les patients, adresse et soins à réaliser. En théorie, à la fin de leur journée, en rentrant au centre, les infirmiers doivent ajouter manuellement, à côté de chaque soin, la cotation correspondante.

Exemple : sur la tournée on lit : 1)MONSIEUR LEON UNTEL

1 Rue de la Croix Rouge à ENDROIT

Prise de sang

L'infirmière devra rajouter une fois le soin fait: AMI 1.5

Avant de quitter le travail, les infirmiers doivent déposer les feuilles de tournées de la journée accompagnées de ces mentions manuscrites.

Les secrétaires auront pour tâche, dès le lendemain matin, de valider informatiquement (attester de la réalisation effective du soin). Le soin est ainsi tracé informatiquement et devient alors une facture à établir. La seconde étape consiste à réaliser la facturation du soin en reportant la cotation réalisée par l'infirmière et en fournissant toutes les pièces justificatives nécessaires (attestation CPAM, mutuelle, ordonnance).

Annexe 7. Le modèle économique de référence

Le modèle économique exploitation d'un CSI -

Modèle construit sur le base du CSI C- Chiffre revu en novembre 2019

Effectif salarié

Postes	ETP
Direction (RDS-IDEDEC)	0.36
Personnels Administratifs	0.65
Infirmières	6
	7.01

Indicateur de référence

Nombre d'actes mensuel par ETP IDE	11 380
------------------------------------	--------

Soit

Dont AMI	11 290	+ 99 % de l'activité
Dont AIS	90	- 1% de l'activité

Soit activité Annuelle du CSI pour 6 ETP IDE

Nombre d'actes annuel	68 280
Dont Nombre d'AMI	67 740
Dont Nombre d'AIS	540

Annexe 8. Tableaux de pilotage de l'activité CSI

Annexe 8.1. Tableau de pilotage de l'activité CSI. Synthèse départementale 2021

CSI Haute Vienne	PRODUCTION MENSUELLE REALISEE												2021
	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
Actes Réalisés													
Nombre AMI	28 535	24 887	29 646	27 886	23 469	21 931	20 213	17 235	16 575	17 647	18 885	17 745	264 654
Nombre AMX	928	771	480	641	379	260	278	325	159	569	548	648	5 987
Nombre AIS	14 721	14 221	14 295	12 926	10 217	10 630	9 229	7 947	7 366	6 794	6 310	6 141	120 797
Nombre MAU	5 053	5 100	6 099	5 468	4 169	4 114	3 526	2 762	2 910	3 016	2 832	3 139	48 188
Nombre MCI	624	482	593	518	528	438	445	302	336	555	563	568	5 952
Nombre MIE	10	9	5	12	14	14	1	17	6	2	9	18	117
Nombre de DSI : 1er dossier	8	11	4	10	4	7	2		3	1	3	4	57
Nombre de DSI : Renouv.	20	23	32	8	23	32	16	9	9	4	4	15	195
Nombre de BSI : 1er dossier			6	3									9
Nombre de BSI : Renouv.				6									6
Nombre de BSA	31	37	45	40	39	43	41	35	35	35	30	25	436
Nombre de BSB	48	48	115	201	233	261	217	172	143	151	179	142	1 910
Nombre de BSC	42	56	79	60	62	113	68	31	30	31	30	19	621
IFA (ex IFD)	14 108	12 895	14 669	13 494	11 161	10 826	9 943	8 323	7 865	8 318	8 109	8 170	127 881
IFI	214	225	377	431	487	645	501	365	298	306	161	271	4 281
nombre IK	6 590	7 339	9 224	7 429	4 807	4 044	3 109	1 642	517	1 990	2 137	1 347	50 175
nombre IKM	74 664	70 737	85 723	80 401	61 988	59 715	56 278	52 407	53 679	58 474	48 777	41 929	744 772
Majorations Nuits	373	279	317	255	218	235	182	107	90	64	61	28	2 209
Majorations Milieu de Nuits													
Majorations Dimanches et Fériés	2 488	1 705	1 734	2 149	3 079	1 280	1 492	1 160	903	1 170	1 435	938	19 533
Kimomètres réalisés	47 836	45 394	50 667	29 354	40 866	12 774	9 432	9 857					246 180

Valorisation	P.U.	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
AMI	3,15	89 886	78 393	93 385	87 841	73 926	69 083	63 671	54 291	52 211	55 587	59 488	55 897	833 660
AMX	3,15	2 923	2 427	1 512	2 020	1 194	819	876	1 024	501	1 792	1 727	2 042	18 857
AIS	2,65	39 011	37 684	37 882	34 254	27 075	28 170	24 457	21 060	19 520	18 004	16 722	16 274	320 111
MAU	1,35	6 822	6 885	8 234	7 382	5 628	5 554	4 760	3 729	3 929	4 072	3 823	4 238	65 054
MCI	5,00	3 120	2 410	2 965	2 590	2 640	2 190	2 225	1 510	1 680	2 775	2 815	2 840	29 760
MIE	3,15	32	28	16	38	44	44	3	54	19	6	28	57	369
DSI : 1er dossier (1,50)	15,00	120	165	60	150	60	105	30		45	15	45	60	855
DSI : Renouv. (1)	10,00	200	230	320	80	230	320	160	90	90	40	40	150	1 950
Nombre de BSI : 1er dossier	25,00			150	75									225
Nombre de BSI : Renouv.	12,00				72									72
BSA	13,00	403	481	585	520	507	559	533	455	455	455	390	325	5 668
BSB	18,20	874	874	2 093	3 658	4 241	4 750	3 949	3 130	2 603	2 748	3 258	2 584	34 762
BSC	28,70	1 205	1 607	2 267	1 722	1 779	3 243	1 952	890	861	890	861	545	17 823
IFD	2,50	35 270	32 238	36 673	33 735	27 903	27 065	24 858	20 808	19 663	20 795	20 273	20 425	319 703
IFI	2,50	535	563	943	1 078	1 218	1 613	1 253	913	745	765	403	678	10 703
IK	0,35	2 307	2 569	3 228	2 600	1 682	1 415	1 088	575	181	697	748	471	17 561
IKM	0,50	37 332	35 369	42 862	40 201	30 994	29 858	28 139	26 204	26 840	29 237	24 389	20 965	372 386
Majorations Nuits	9,15	3 413	2 553	2 901	2 333	1 995	2 150	1 665	979	824	586	558	256	20 212
Majorations Milieu de Nuits	18,30													
Majorations Dimanches et Fériés	8,50	21 148	14 493	14 739	18 267	26 172	10 880	12 682	9 860	7 676	9 945	12 198	7 973	166 031

TOTAL DES ACTES REALISES		244 599	218 967	250 813	238 615	207 287	187 818	172 300	145 569	137 840	148 408	147 765	135 779	2 235 760
TOTAL ACTEUR		240 689	214 714	249 102	235 244	202 284	184 025	168 843	141 314	134 782	144 614	143 935	119 512	2 179 058
TOTAL DES ACTES REALISES FACTURES		144 008	137 475	159 595	133 636	80 897	99 076	78 560	58 571	39 665	76 826	76 003	64 972	1 149 284
DONT FACTURES REJETEES (AMO/AMC/ASS)		2 490	2 837	1 749	1 434		2 958	1 312	1 204	4 095	2 069	1 013	2 643	23 804
Fact intégration Qualiac		282 279	214 278	126 380	125 312	211 616	176 100	102 942	87 137	138 640	188 661			1 653 346
Heures effectuées		6 258	6 225	6 427	5 607	5 648	4 320	3 917	3 286	2 985	2 318	2 362	2 213	51 565
ETP		47	47	49	43	43	33	30	25	23	18	18	17	39 128
Nbre de soins/IDE		911	828	901	960	786	994	991	1 010	1 057	1 390	1 406	1 423	24,73
CA /IDE		5 153	4 637	5 144	5 610	4 839	5 731	5 799	5 841	6 088	8 440	8 247	8 088	6 135
% Kms facturés/Km réalisés		170%	172%	187%	299%	163%	499%	630%	548%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
%AIS		34%	36%	33%	32%	30%	33%	31%	32%	31%	28%	25%	26%	

Annexe 8.2. Tableau de pilotage de l'activité CSI. Synthèse départementale 2022

CSI Haute Vienne	PRODUCTION MENSUELLE REALISEE											2022	
	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
Actes Réalisés													
Nombre AMI	18 026	14 693	15 731	15 479	15 090	14 829							93 848
Nombre AMX	714	594	743	690	663	702							4 106
Nombre AIS	5 228	4 480	5 464	4 768	4 883	4 868							29 691
Nombre MAU	3 132	2 897	3 073	3 053	2 821	2 621							17 597
Nombre MCI	439	349	501	454	352	363							2 458
Nombre MIE	14	7	7	3	3	10							44
Nombre de DSI : 1er dossier	1												1
Nombre de DSI : Renouv.	10	1											11
Nombre de BSI : 1er dossier	28	23	37	5	5	1							99
Nombre de BSI : Renouv.	2	3	1	1	1	2							10
Nombre de BSA	59	74	112	117	128	121							611
Nombre de BSB	152	132	138	101	75	112							710
Nombre de BSC	31												31
IFA (ex IFD)	7 862	6 924	7 760	7 767	7 487	6 947							44 747
IFI	269	266	319	280	254	285							1 673
nombre IK	826	616	1 490	1 403	544	639							5 518
nombre IKM	37 897	33 789	33 261	33 373	33 148	31 740							203 208
Majorations Nuits	31	15											46
Majorations Milieu de Nuits													
Majorations Dimanches et Fériés	1 366	819	829	1 107	1 218	981							6 320
Kimomètres réalisés													

CSI Haute Vienne		PRODUCTION MENSUELLE REALISEE											2022	
		Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
Valorisation	P.U.													
AMI	3,15	56 782	46 283	49 553	48 759	47 534	46 711							295 621
AMX	3,15	2 249	1 871	2 340	2 174	2 088	2 211							12 934
AIS	2,65	13 854	11 872	14 480	12 635	12 940	12 900							78 681
MAU	1,35	4 228	3 911	4 149	4 122	3 808	3 538							23 756
MCI	5,00	2 195	1 745	2 505	2 270	1 760	1 815							12 290
MIE	3,15	44	22	22	9	9	32							139
DSI : 1er dossier (1,50)	15,00	15												15
DSI : Renouv. (1)	10,00	100	10											110
Nombre de BSI : 1er dossier	25,00	700	575	925	125	125	25							2 475
Nombre de BSI : Renouv.	12,00	24	36	12	12	12	24							120
BSA	13,00	767	962	1 456	1 521	1 664	1 573							7 943
BSB	18,20	2 766	2 402	2 512	1 838	1 365	2 038							12 922
BSC	28,70	890												890
IFD	2,50	19 655	17 310	19 400	19 418	18 718	17 368							111 868
IFI	2,50	673	665	798	700	635	713							4 183
IK	0,35	289	216	522	491	190	224							1 931
IKM	0,50	18 949	16 895	16 631	16 687	16 574	15 870							101 604
Majorations Nuits	9,15	284	137											421
Majorations Milieu de Nuits	18,30													
Majorations Dimanches et Fériés	8,50	11 611	6 962	7 047	9 410	10 353	8 339							53 720

CSI Haute Vienne		PRODUCTION MENSUELLE REALISEE											2022	
		Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
TOTAL DES ACTES REALISES		136 074	111 873	122 349	120 169	117 776	113 380							721 622
TOTAL ACTEUR		132 547	108 307	120 323	117 938	116 614	111 848							707 577
TOTAL DES ACTES REALISES FACTURES		121 653	100 873	112 248	111 624	108 512	91 478							646 388
DONT FACTURES REJETEES (AMO/AMC/ASS)		815	220	1 280	2 894	3 259	1 113							9 581
Fact intégration Qualiic														
Heures effectuées		3 206	2 770	3 216	2 856	2 968	2 754							17 770
ETP		24	21	24	22	23	21							11,23
Nbre de soins/IDE		3 909	3 450	3 359	3 538	3 302	3 704	#DIV/0!						
CA/IDE		22 795	20 664	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
%AIS		1	1	1	1	1	1	#DIV/0!						

Annexe 9. Forces propulsives et restrictives au changement

Forces propulsives au changement

Force	Observations	Verbatims
Changement mené par des pairs	<p>En formation sur les techniques de cotation, les infirmiers semblent très intéressés, prennent des notes et questionnent la formatrice, infirmière libérale. Cette dernière évoque la reconnaissance financière du soin (cotation juste comme moyen de reconnaissance du travail accompli). Les IDE hochent la tête, prennent des notes, semblent réceptives et intéressées.</p> <p>Les infirmiers prennent des notes et ne manifestent pas de désaccord.</p> <p>Les stratégies financières semblent acceptées dans un contexte où le changement est mené par un pair qui ne dispose pas de lien hiérarchique.</p>	<p>Au sujet des patients éloignés la formatrice déclare : « ce n'est pas très humain mais il faut arrêter d'en prendre. C'est pas très humain mais malheureusement on est dans une logique comptable à tous les niveaux ».</p>

Forces restrictives au changement

Force	Observations	Verbatims
Changement mené par	<p>Lorsque l'encadrement tente d'expliquer des décisions liées au recrutement du</p>	<p>La réforme BSI n'a pas été, du point de vue des professionnels, suffisamment bien accompagnée par les RDS (non IDE)</p>

<p>gestionnaire, non soignant</p>	<p>personnel en lien avec le contexte financier, comme le 17 mars 2023 par exemple, les infirmiers ne sont pas réceptifs et adoptent une attitude que l'on pourrait qualifier de passive-agressive :</p> <p>Ainsi, les infirmiers se ferment à la discussion financière avec leur responsable hiérarchique non soignante. Ils renvoient, par leurs actes et leurs paroles, l'échange vers leur cœur de métier. Ils estiment que celle-ci ne peut pas comprendre la réalité de leur métier notamment l'approche relationnelle.</p>	<p>IDE 7 CSI 3 : « depuis le temps qu'on est dans la boîte, on nous dit ça que maintenant ! ». Les mesures prises sont critiquées, « émanant d'un encadrement instable et déconnecté du terrain ». DIRECTION1 confirme que « le corps encadrant peut avoir des difficultés à percevoir les difficultés du terrain ».</p> <p>17.03.2021 – Point de situation transfert/cession CSI 6 <i>IDE 1 CSI 5 « et les IDE qui sont partis ils vont être remplacés ? »</i> <i>DIRECTION 1 : « En fonction des indicateurs nombre d'actes/ETP . si l'activité est bonne, on remplace ; si ce n'est pas le cas le poste est gelé jusqu'à redynamisation de l'activité. En dehors de cela, il n'y a pas de gel de poste lié au projet de transfert. »</i> <i>IDE 1 CSI 5 « et donc ??? »</i> <i>DIRECTION 4 (explications financières longues et peu compréhensibles), bref, on est en dessous du seuil d'activité ; donc en l'occurrence on ne remplace pas IDE 1 CSI 5 « il y en aura d'autres... vous verrez »</i> <i>DIRECTION 4 rappelle l'intérêt d'avoir une attitude positive pour regagner et conserver la confiance des patients et collaborateurs.</i> <i>IDE 1 CSI 5 « oui mais on ne va pas pouvoir de toute façon prendre de nouveau soin si on a pas plus de personnel »</i> <i>DIRECTION4 répond par des explications financières floues.</i></p> <p><i>DIRECTION4 monologue sur les plannings « tel jour je ne trouve personne... tel autre jour il faudra quelqu'un... j'espère qu'on reviendra à la normale en mai... sauf si.... »</i> <i>Les IDE regardent en bas, semblent ennuyées</i> <i>DIRECTION 4 Evoque cdd surcroît d'activité si besoin</i> <i>IDE 3 CSI 5 « mais on n'arrive pas à recruter comme ça... donc c'est nous qui allons devoir le faire le surcroît d'activité... » IDE 4 CSI 5« on va pas pouvoir » IDE 1 CSI 5« vous ne comprenez pas qu'on ne pourra pas augmenter l'activité en étant le nombre qu'on est, en coupé... c'est un cercle vicieux d'enlever des ETP »</i></p>
-----------------------------------	--	--

		<p><i>DIRECTION1 pointe la convention collective qui ne nous permet pas de nous organiser de façon optimale.</i></p> <p><i>Les IDE répondent au téléphone pendant la réunion ! IDE 3 CSI 5 n'hésite pas à solliciter ses collègues « c'est où tel endroit ?? », en coupant la parole à DIRECTION1, « et le planning d'avril on l'aura quand ?»</i></p> <p>« Nos responsables ne sont pas des soignants, c'est compliqué, ils ne connaissent pas la réalité du terrain » (26/05/21, appel élue CSE) ;</p> <p>« Vous ne comprenez pas vous êtes du métier ! ce ne sont pas des chaises ou des papiers » (IDE 1 CSI 3, 17.3.21 point de situation CSI 3).</p>
<p>Changement causant du tort au patient- et motivé par la question financière - en conflit avec valeurs humanitaires</p>	<p>Les infirmiers n'acceptent pas les changements lorsqu'ils estiment que ces derniers ne sont pas favorables aux patients. Le conditionnement de leur prise en charge à des motifs économiques produit de la colère. La course à l'activité leur semble incompatible avec un exercice infirmier respectant les bonnes pratiques professionnelles enseignées lors de la formation initiale ainsi que les valeurs humanitaires promulguées par la Croix-Rouge. Les infirmiers expriment de la colère produite par une impression de faire un travail de mauvaise qualité. Ainsi, lorsqu'ils ne sont pas en accord avec les directives</p>	<p><i>IDE 1 : « On a revu les tournées hier après-midi avec une infirmière. On a dû refuser deux patients, ça aurait coûté trop cher. Je me suis fait traiter de tous les noms. Ce matin j'ai deux démissions ».</i></p> <p>17.03.2021 – Point de situation tranfert/cession CSI 3</p> <p><i>IDE 7 CSI 3 « Qu'on ferme !! vous nous demandez à tous !! si on ferme ça nous arrange ! plutôt que de nous laisser glander là pendant un an ! c'est honteux de travailler comme ça !! on fait de la merde ! on fait de la merde (cri) tout ! la globalité ! on fait de la merde ! on n'a plus les moyens ! on n'a plus d'énergie !!! Donnez-moi une bonne raison de me casser le cul ! »</i></p> <p><i>DIRECTION1 : pour les patients</i></p> <p><i>IDE 7 CSI 3 « pour eux, pour le bien être, il faudrait qu'ils se barrent ! les patients nous le disent ! Barrez-vous de la Croix-Rouge »</i></p> <p><i>IDE 7 CSI 3 « la Croix-Rouge, les principes on les a appris en partiels.... Ils se font bien mousser avec » (rires).</i></p> <p><i>IDE 7 CSI 3 « C'est pas du soin, c'est de l'abattage »</i></p> <p><i>IDE 1 CSI 3 « C'est pas aligner des actes être infirmière »</i></p>

	<p>de leur autorité hiérarchique (le cadre gestionnaire), deux cas de figure se présentent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ils se battent et en réfèrent à leur autorité fonctionnelle (le médecin) pour outrepasser les consignes jugées inadaptées - ils abandonnent et démissionnent 	<p><i>IDE 7 CSI 3 « la prise en charge globale qu'on est sensés assurer on la fait pas »</i></p> <p><i>02.06.21</i></p> <p><i>« quand ça va pas, elles font à notre place. Elles se fichent de ce qu'on a fait, elles vont voir le médecin pour faire changer »</i></p> <p><i>IDE C1 raconte histoire où elle avait mis en place un type de soin qui ne convenait pas aux salariés, ces dernières ont contourné leur hiérarchie en allant voir le médecin pour lui demander une ordonnance pour mettre en place le soin comme elles voulaient</i></p>
<p>Travail en sous effectif et réorganisations pour s'adapter</p>	<p>Les réorganisations du travail opérées par la hiérarchie en lien avec le contexte financier produisent de l'anxiété chez les infirmiers, ainsi qu'un sentiment d'injustice lié à un manque de reconnaissance de leur investissement auprès des patients. Les propos d'IDE 1 CSI 3 font même référence à du désespoir, révélant ainsi qu'il ne se projette dans aucun changement.</p>	<p><i>IDE C 1 : « je ne sais pas comment on va pouvoir continuer à s'occuper de nos patients » ; « vu les suppressions de poste je sais pas comment on va pouvoir continuer d'assurer »</i></p> <p><i>DIRECTION 1 : « je corrige ce ne sont pas des suppressions de poste mais des infirmières qui ont démissionné, certes au regard du contexte, mais attention aux termes employés »</i></p> <p><i>DIRECTION 3 « il n'est pas question de suppression de poste mais de démission et de réorganisation en fonction. »</i></p> <p>17.03.2021 – Point de situation tranfert/cession CSI 3</p> <p><i>IDE 2 CSI 3 « on nous demande d'être toujours productifs et ramener de l'argent mais on pourra pas assurer !! les gens iront voir ailleurs »</i></p> <p><i>IDE 7 CSI 1 « ça fait un an jour pour jour qu'on se bat avec cette saloperie de covid. Pourquoi l'EHPAD a eu la prime covid et pas nous...on nous en demande toujours plus... mais l'ascenseur quand est ce qu'il revient !! il faut qu'on pallie à tout ! à tout, tout le temps, en permanence »</i></p> <p><i>IDE 1 CSI 3 « il va y en avoir des départs !!!! mais qui va remplacer !! » personne ne voudra venir travailler, si les conditions étaient meilleures encore</i></p>

		<i>IDE 1 CSI 3 « on nous demande de rester et de bosser ! mais dans quelles conditions !! » « on n'a plus envie !! on s'est battues pendant 15-20 ans, il n'y a rien au bout ce n'est pas la peine »</i>
<p>Manque de transparence de la hiérarchie à l'égard des salariés</p> <p>Manque d'implication des IDE dans la stratégie financière</p>	<p>Les infirmiers semblent avoir besoin de travailler dans la confiance et la transparence avec leur hiérarchie, notamment par le biais de discussions budgétaires. Une absence de communication concernant un projet de réorganisation, rendant impossible l'implication des salariés dans la stratégie, a occasionné une vague d'arrêts maladie puis de démissions, ainsi qu'une saisie médiatique.</p>	<p><i>Plen. CSE 27/05/2021 :</i> <i>CSI 6 : réorganisation du secteur 3 suite démission IDE + plusieurs arrêts de travail. Effectif réduit 8/11. « La hiérarchie n'a pas donné une suite favorable à cette demande (communication sur les horaires de postes à venir, projet réorganisation) et la totalité des salariés du secteur ont ensuite été en arrêt maladie (...) rendant impossible la continuité des soins dans les conditions de qualité et de sécurité attendues »</i> <i>DIRECTION4 évoque sa : « transparence sur les objectifs pour atteindre l'équilibre financier mais les équipes de CSI 6 n'étaient pas dans cette dynamique de relance » « il y a de grosses difficultés concernant l'implication des salariés »</i></p> <p><i>CSI 4 visite du CSE 4/02/21 : Les salariés déplorent un manque de visibilité sur les performances atteintes et le résultat de leurs actions.</i></p> <p><i>JOURNAL LE POPULAIRE DU CENTRE 19/03/21 « On a fait des propositions, ajoute SOIGNANTE. Mais on n'a pas été entendus.»</i></p> <p>Présentation projet cession transfert CSI 4 22.03.21 <i>DIRECTION1 dit quelle sera dans la transparence et fera redescendre les informations au fur et à mesure, intérêt de la fonction de présidente de CSE.</i> <i>IDE 1 CSI 4 « mouais...on verra ça »</i></p>
Rupture de dialogue	Les salariés expriment un manque de prise en compte de leur ressenti qui	<i>Un salarié aurait évoqué des idéations suicidaires (« y a plus qu' à se jeter par la fenêtre »). DIRECTION1 s'exprime à ce sujet ; raconte que les membres du CSE</i>

<p>entre CSE et direction</p> <p>Manque de prise en compte du ressenti des salariés</p>	<p>serait source de démissions, qui amplifient le malaise : les émotions négatives sont disséminées par un phénomène de contagion émotionnelle.</p> <p>Les cadres gestionnaires procèdent, entre pairs, par des stratégies de mise à distance émotionnelle par le biais de l'humour.</p>	<p><i>auraient « harcelé » la personne par la suite, alors qu'elle « disait ça comme ça » sur un ton détaché, le message aurait été déformé et amplifié.</i></p> <p><i>C'est arrivé le 1er jour de vacances de DIRECTION1, les salariés CSE lui ont envoyé un mail d'alerte et comme elle n'a pas répondu dans la soirée ils ont alerté DIRECTIONSIEGE2. Qui a rappelé DIRECTION1.</i></p> <p><i>DIRECTION1 : « ils ont bousillé mes vacances » « je suis dégoutée, en plus ils sont payés par la Croix-Rouge pour faire chier le monde »</i></p> <p><i>IDE 3 CSI 1 évoque sa détresse « devant la lourdeur du management du siège qui ruine les salariés ».</i></p> <p><i>En CSE, IDE 3 CSI 1 « depuis 10 ans on dit, on n'y arrivera plus, et ce jour on y est arrivé ». La direction de la CRf ne semble pas réagir. En guise de réponse, DIRECTION1 demande s'il y a des questions avant de passer au point suivant.</i></p> <p><i>DIRECTION2, au sujet du CSE « on s'en prend plein la figure, ils sont haineux, avant on répondait, on essayait d'élaborer, de discuter, maintenant on dit simplement « merci de ce retour », heureusement qu'il n'y a pas de caméra, desfois on rigole »</i></p> <p><i>DIRECTION2 explique que les CSI 3 et 4 vont mal car les élus les plus virulents sont sur ces sites « ils tirent tout le monde vers le bas, ils disent qu'ils veulent sauver les CSI, mais avec leur agressivité ils les ont coulé en sapant le moral des autres, à vouloir absolument montrer que ça va pas »</i></p>
<p>Manque de reconnaissance financière</p>	<p>Les infirmiers expriment un vécu d'injustice face à manque de reconnaissance financière, dans un contexte post-COVID où l'écart entre travail réel et prescrit semble s'être creusé.</p>	<p><i>« le CSE informe de la démotivation des IDE qui étaient en première ligne et qui ne sont plus récompensés à la hauteur de leur implication. Le CSE demande à DIRECTION1 de faire remonter l'incompréhension, la non reconnaissance des soignants face à l'attribution de la prime. Également, les membres du CSE signalent que les IDE ont fait face à cette crise en prenant des soins au SSIAD , en faisant le ménage des centres, en remplaçant les secrétaires... et que désormais ils</i></p>

		<p><i>ne feront que leur travail et non celui des autres professionnels. Les membres du CSE signalent l'écart de salaire de plus en plus accru entre le domaine public et privé qui ne favorise pas la fidélisation des salariés et la reconnaissance de leur travail »</i></p> <p><i>Point de situation csi 3 17.3.21</i> <i>IDE 1 CSI 3 « quand on voit ce que rapporte nos tournées et ce qu'on touche... ca fait mal au cœur »</i></p>
<p>Dysfonctionnements informatiques empêchant la reconnaissance de l'activité réalisée</p>	<p>Les outils informatiques ne permettent pas la reconnaissance de l'activité réelle des soignants, et de ce fait la facturation des soins. cela occasionne du stress. Les changements opérés par la direction pour s'adapter à cette diminution artificielle de l'activité sont inadaptés au regard de la réalité de l'activité, exprimée par les infirmiers.</p>	
<p>Manque de prise en compte des émotions des salariés Turn over</p>	<p>Une salariée évoque que le ressenti des salariés n'est pas assez pris en compte et qu'il est source de départs, qui eux génèrent un malaise : la tension liée au travail en sous effectif alliée au temps consacré à la formation des nouveaux salariés épuise les infirmiers. Ces derniers ne font plus confiance à leur hiérarchie et doutent que cette dernière veuille réellement recruter.</p>	<p><i>« les gens n'attendent pas de souffrir pour partir », « les nombreuses désorganisations ont des conséquences sur le personnel à former perpétuellement ce qui impacte sur les conditions de travail ».</i></p> <p><i>Le CSE alerte :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sur le travail en dégradé qui met les organisations et les salariés en tension et en difficulté,</i> - <i>Sur l'épuisement des salariés qui doivent régulièrement former les nouveaux professionnels</i> - <i>Sur l'épuisement et le turn over engendrés par l'absentéisme</i>

<p>Manque de confiance envers la hiérarchie</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Sur les conséquences de la difficulté à recruter depuis plus de 2 ans qui a engendré sur les CSI des suppressions de tournées - Sur l'impact sur les conditions de travail et de santé que les démissions récentes ont sur le personnel restant - Sur le volontarisme de la direction à vouloir réellement recruter pour remplacer les départs, alors que dans les faits des communications locales contraires sont réalisées(23/4/21) <p>IDE 3 CSI 1 présente « un constat accablant pour la situation » : « comment la direction peut-elle affirmer qu'elle a tout mis en œuvre pour rechercher des remplaçants pour les démissionnaires sans que les annonces pour ces postes ne soient passées ?! quand on veut tuer son chien ne dit-on pas qu'il a la rage » (6/5/21)</p>
<p>Projet de cession transfert Manque de transparence sur l'avenir</p>	<p>L'annonce de la suspension du projet de cession transfert a produit de colère, voire de la rage et de l'anxiété chez les infirmiers. Si jusque là ils continuaient de s'investir dans l'organisation, ce revirement de situation a fini de les démotiver et marque un réel point de rupture entre les soignants et les gestionnaires. Les infirmiers évoquent un impact négatif de la situation sur leurs conditions de travail et une stratégie délibérée de la Croix-Rouge pour faire démissionner les salariés et ainsi éviter d'avoir à recourir à des licenciements économiques.</p>	<p>« certains salariés sont partis car certains secteurs n'allaient plus être pris en charge par la CRf ».</p> <p>17.03.2021 – Point de situation tranfert/cession CSI 3</p> <p>IDE 7 CSI 3 « si on avait fermé directement, au moins on aurait été soulagés ! ça aurait été fait ! on aurait pu passer à autre chose. Là on doit attendre. » (Si pas de repreneur en 2022 ? DIRECTION 1 : « pas de fermeture prévue » = Rires moqueurs « alors ça c'est original » IDE 8 CSI 3 « ca doit passer par un licenciement économique, il y a un calendrier à suivre, je sais... » « il faut que ça passe en CSE » (rires)</p> <p>DIRECTION1 : positionnée debout, communication avec les mains mais referme les bras (posture protectrice) face à l'ironie des IDE (posture défensive face à agressivité)</p> <p>DIRECTION1 répète : cession ou transfert, pas de fermeture, on en saura plus entre septembre et décembre.</p>

		<p>IDE 11 CSI 3 « et si il n'y a pas de repreneur ? le délai s'allonge ? » DIRECTION1= « j'en sais rien »</p> <p>Rires+++</p> <p>IDE 7 CSI 3 « il n'y a plus de comprenez bien »</p> <p>IDE 1 CSI 3 « c'est sans fin »</p> <p>IDE 11 CSI 3 « c'est le coup de massue aujourd'hui »</p> <p>IDE 7 CSI 3 « cela ne nous motivera pas à ramener de l'argent, je vous le dis »</p> <p>DIRECTION1 > « si on n'a pas une belle mariée, on aura du mal à la marier »</p> <p>IDE 7 CSI 3 « bah desfois le divorce c'est pas si mal »</p> <p>« et si on nous propose des conditions de travail de merde »</p>
Sabotage de l'organisation	<p>Suite aux différentes annonces liées au plan de cession transfert, les salariés ont eu des pratiques assimilables à du sabotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - narguer la hiérarchie, s'en moquer ouvertement devant les autres salariés en réunion - alerter la presse et faire de fausses déclarations dans le journal local - mandater un organisme externe pour un audit QVT au nez et à la barbe de la direction, pendant ses vacances, - exprimer de l'agressivité à l'égard de la hiérarchie en CSE, rompant ainsi le dialogue, - arrêt maladie simultané de tout un service, - grève sans préavis de tout un service, rétention d'informations permettant le bon déroulé du remplacement, modifications de dernière minute des 	<p>17.03.2021 – Point de situation transfert/cession CSI 1</p> <p>IDE 3 CSI 1 lance une « pique » et montre du doigt le montant des frais de siège. Menace « on peut faire la révolution, non ? » (ton calme, sourire, regard fixe sur DIRECTION1).</p> <p>13/3 : « on se met en grève. Réquisitionnez nous ! »</p> <p>15/3 : les IDEC se rendent compte que tout leur travail a été défait par les IDE en grève qui sont passées la veille au soir, elles ont réorganisé les tournées, rappelé des patients. Les IDE ont refusé de réaliser des transmissions par téléphone au personnel de remplacement qui ne connaissait pas le secteur. Simplement un mot laissé : « je ne t'ai pas téléphoné car le temps que j'aurais passé en transmissions (1h) ce dimanche ne sera pas pris en compte et il ne doit pas réduire la charge de travail d'un jour de grève. Nous avons déjà passé beaucoup de temps ce week-end à ajuster les tournées que vous aviez « organisé », à répondre au téléphone aux patients que vous aviez contacté, et qui nous rappellent car les explications fournies n'étaient pas claires pour eux donc j'estime que ça suffit. Tout ce qui est noté sur la tournée doit être fait. On ne peut pas le reporter. Tu as 28 patients ce qui correspond à une tournée légère pour un lundi. Je t'en ai rajouté 3 (...) je n'ai pas pour habitude de laisser <u>ma</u> tournée avec ces quelques explications mais tu devrais y arriver. »</p>

	<p>tournées organisées par le personnel remplaçant</p>	<p>19.03.21 déclaration au journal <i>Le populaire du centre</i> « Les infirmières qui ne voudraient pas accepter le transfert, n'auraient pas droit au chômage, explique-t-elle. Alors que la situation sanitaire est très dure, les gens sont stressés. Ça fait beaucoup d'interrogations. »</p> <p>Plen CSE 30/09/2021 une autre élue se demande si « il ne faut pas faire appel à la presse pour que le siège prenne conscience des difficultés rencontrées par la base ».</p> <p>01.06.21 Jeudi 27 mai CSE et CSSCT extraordinaire, un audit QVT externe a été demandé ; DIRECTIONSIEGE1, « le 87 instrumentalisé par les instances centrales » Certains salariés auraient évoqué des idéations suicidaires, repris par membres CSE qui auraient « harcelé » la personne par la suite qui leur a dit qu'elle « disait ça comme ça » en fait elle a dit sur un ton détaché « y a plus qu' à se jeter par la fenêtre » message qui aurait été déformé et amplifié. Ensuite le 1er jour de vacances de DIRECTION1 les salariés CSE lui ont envoyé un mail d'alerte et comme elle n'a pas répondu dans la soirée ils ont alerté DIRECTIONSIEGE2. Qui a rappelé DIRECTION1. DIRECTION1 : « ils ont bousillé mes vacances » « je suis dégoutée, en plus ils sont payés par la CRf pour faire chier le monde »</p> <p>25.6.21 : DIRECTION2, au sujet du CSE « on s'en prend plein la figure, ils sont haineux, avant on répondait, on essayait d'élaborer, de discuter, maintenant on dit simplement « merci de ce retour », heureusement qu'il n'y a pas de caméra, desfois on rigole » DIRECTION2 explique que les CSI 3 et 4 vont mal car les élus les plus virulents sont sur ces sites « ils tirent tout le monde vers le bas, ils disent qu'ils veulent</p>
--	--	---

		<p><i>sauver les CSI, mais avec leur agressivité ils les ont coulé en sapant le moral des autres, à vouloir absolument montrer que ça va pas »</i></p> <p><i>Plen. CSE 27/05/2021 :</i> <i>« la hiérarchie n'a pas donné une suite favorable à cette demande (communication sur les horaires de postes à venir, projet réorganisation, ndlr) et la totalité des salariés du secteur ont ensuite été en arrêt maladie (...) rendant impossible la continuité des soins dans les conditions de qualité et de sécurité attendues ».</i></p> <p><i>Conséquences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Impossibilité de maintien de la participation aux centres de vaccination (perte de chiffre d'affaire) par manque de personnel</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas de baisse de la masse salariale à court terme du fait des absences pour maladie, les charges sur effectif demeurent,</i> <input type="checkbox"/> <i>Perte de chiffre d'affaires du au transfert des patient aux IDEL sur CSI6 , perte complète de l'activité de ce secteur</i> <input type="checkbox"/> <i>Peu de chiffre d'affaire du fait de l'impossibilité de facturation des soins réalisés sans ordonnance ou avec ordonnance non à jour ou en l'absence de DSI/BSI</i>
<p>Manque d'adhésion des cadres intermédiaires dans la stratégie gestionnaire</p>	<p>Les cadres intermédiaires ne semblent pas impliqués dans la stratégie de la direction. Les gestionnaires constatent une rétention d'information de leur part, ces derniers se sentiraient « fliqués » et « jugés » par la direction, ils partageraient le sentiment des infirmiers de faire du mauvais travail. La rétention d'information ainsi que le fait de ne pas inscrire les salariés dans les formations mises en places par la direction (concernant la cotation et la</p>	<p><i>REUNION 30.11 DIRECTION 2 + IDECC</i> <i>DIRECTION2 : désolée tu fais notre psy... on décharge tout... peur d'empiéter sur l'espace...</i> <i>les IDEC freinent des 4 freins pour diffuser les informations descendantes... aujourd'hui on veut avancer sur les pbmatiques de facturation... + 600 000e de factures à établir... on a sollicité DIRECTION1 conditions difficiles, les IDECs sont pas aidantes, les responsables c'est compliqué..</i></p> <p><i>IDECC :les IDECS ont l'impression d'être fliquées, qu'elles font mal leur travail... les RDS se sentent mis en porte à faux... ils se sentent jugés dans leur façon de gérer les sites.</i></p>

	<p>facturation des soins) peuvent être assimilées à des pratiques de sabotage.</p>	<p><i>DIRECTION2 : les IDECs n'inscrivaient pas les infirmiers dans une formation... quand c'était proposé par IDECC.. il a fallu mobiliser DIRECTION1 pour qu'elles veuillent inscrire les salariés.</i></p> <p><i>quand DIRECTION1 intervient 13 professionnels sont débloqués...</i></p> <p><i>DIRECTION2: les RDS aussi font de la rétention d'info... on fait beaucoup de travail, IDECC surtout, recueille plein d'informaitons, les partage, mais ça n'arrive pas jusqu'aux équipes... les RDS bloquent...</i></p> <p><i>IDECC: c'est frustrant car c'est du travail qu'on évite aux autres...</i></p> <p><i>DIRECTION2 on est bloqués, comment s'adresser aux salariés sans squizzer RDS et IDECs</i></p> <p><i>IDECC on a pas envie de passer en force.. y a que quand c'est imposé par DIRECTION1 que ca marche...</i></p> <p><i>DIRECTION2 quand c'est IDECC ça ne fonctionne pas...</i></p>
--	--	---

Annexe 10. Trajectoire émotionnelle d'un infirmier

Nous avons choisi de retracer, au travers de ses verbatim, le parcours d'un infirmier, IDE 3 CSI 1. Ce dernier a une quarantaine d'années et quatre ans d'ancienneté au CSI87. Il est très investi à la Croix-Rouge et son choix d'y travailler était motivé par les valeurs véhiculées par l'association.

Ce salarié, aura traversé plusieurs étapes émotionnelles durant l'année 2021, que nous assimilerons, quand cela est possible, aux étapes de deuil de Kübler-Ross.

Verbatim ou observation	Interprétation	Assimilation à une étape du deuil
<p>31/07/2020 : « les orientations nationales privilégient le personnel de l'encadrement et la politique managériale au détriment des professions soignantes de terrain. »: « le CSE informe de la « démotivation des IDE qui étaient en première ligne et qui ne sont plus récompensés à la hauteur de leur implication ».</p>	<p>Le CSE – dont fait partie IDE 3 CSI 1 - décrit des IDE démotivés et en manque de reconnaissance pour leur investissement dans leur travail auprès des patients, se sentant lésés par la hiérarchie.</p>	
<p>04/02/2021 : visite CSE sur le CSI 1 Manque temps de formation et d'échange de pratique avec les autres sites qui engendre un sentiment d'isolement Manque de temps de communication et d'échange Turn over du personnel > malaise des salariés, changement de responsables de services, personnels essoufflés, AT multiples... Les salariés regrettent l'absence de retour de la hiérarchie lors du signalement d'EI Modifications de planning récurrentes, organigramme non à jour, les IDE n'utilisent pas leur téléphone pro mais leur perso Salaire trop bas Manque de reconnaissance Difficulté d'effectuer des tournées sans dépassement d'horaire> ajout systématique d'heures supp en semaine et WE</p>	<p>Les conditions de travail sur CSI 1 semblent, au regard du CSE, insatisfaisantes.</p>	

<p>25/02/21 « On se demanderait si des décisions n'ont pas été prises avant cet audit et qu'on a fait die à l'audit ce qu'on voulait qu'il lui dise. Et cela voudrait dire que le 11 mars, la décision a été prise sur un audit tronqué ! ».</p>	<p>IDE 3 CSI 1 exprime un sentiment d'injustice face aux résultats de l'audit qui a conduit à la décision de cession transfert des CSI.</p> <p>On peut également noter un manque de confiance envers l'organisation, notamment la hiérarchie centrale qui a commandité l'audit. Choqué par cette décision, IDE 3 CSI 1 nie le bienfondé de celle-ci.</p>	<p>Choc suite à l'annonce du projet</p> <p>Déni</p>
<p>17/03/2021 : Lors de l'annonce du projet de cession transfert par DIRECTION1, IDE 3 CSI 1 se tient debout dans l'encadrement de la porte (tous les autres sont assis autour de la table), posture fermée avec mains dans les poches, très attentif et regarde fixement DIRECTION1 avec un air de défi. IDE 3 CSI 1 évoque une inquiétude au sujet du futur repreneur et des conditions de reprises, s'est renseigné sur les repreneurs envisagés et craint un groupe privé lucratif. IDE 3 CSI 1 invective à DIRECTION1 « on peut faire la révolution, non ? » avec un ton calme, sourire, regard fixe sur DIRECTION1. Ce dernier ajoute : « les gens des bureaux doivent faire un geste pour l'attractivité au futur repreneur, ça peut être une stratégie, non ? ». IDE 9, 10 et 6 CSI 1 soupirent lorsque IDE 3 CSI 3 parle.</p>	<p>La guerre est ainsi déclarée. L'attitude d'IDE 3 CSI 1 est provocatrice, mais ce dernier reste calme.</p> <p>Il ne semble pas y avoir grande cohésion d'équipe au sein de CSI 1 : les infirmiers ne semblent pas partager son point de vue et expriment leur lassitude en soupirant.</p> <p>Ce calme apparent chez IDE 3 CSI 1 ne tarda pas à laisser place, quelques jours plus tard, à plusieurs accès de colère au travail.</p>	
<p>Le 30/3/21, IDE 3 CSI 1 apprend qu'une lettre a été écrite et signée par plusieurs salariés afin de protester contre les déclarations faites au sein des médias, notamment un journal local. « c'est une dictature » « un complot ourdi par DIRECTION1 », IDE 3 CSI 1 aurait hurlé contre une des signataires de la lettre « on ne fait pas ça au CSE ! », IDE 3 CSI 1 accuse DIRECTION1 de détournement de fonds et a demandé à plusieurs reprises à</p>	<p>Ces éléments illustrent un manque de confiance fort non seulement envers la direction locale, mais aussi avec ses pairs, qu'il accuse de comploter ensemble. On comprend également un sentiment d'injustice voire de trahison et un manque de reconnaissance: le CSE dont il fait partie n'est-il pas supposé être la voix pour défendre les salariés ? en tous cas, IDE 3 CSI 1 entend contrôler la gestion comptable des CSI,</p>	<p>Colère</p>

des agents administratifs d'extraire « des chiffres ».	montrant ainsi une volonté de renversement des logiques de pouvoir et de (re)conquête de territoire professionnel (celui de la comptabilité). La guerre bat son plein.	
Le 04/21, toutes les portes du local IDE de CSI 1 sont fermées alors qu'auparavant elles étaient ouvertes. DIRECTION5 indique que l'ambiance s'est fortement détériorée, il y aurait eu des hurlements de certains IDE (dont notamment IDE 3 CSI 1) sur les agents administratifs. La secrétaire « ils m'ont hurlé dessus », « avant il avait hurlé sur l'IDEC ».	Cette colère exprimée atteste du vécu d'injustice du salarié et du refus de cette situation inacceptable.	Colère
06/05/21 : IDE 3 CSI 1 présente « un constat accablant pour la situation » ; « comment la direction peut-elle affirmer qu'elle a tout mis en œuvre pour rechercher des remplaçants pour les démissionnaires sans que les annonces pour ces postes ne soient passées ?! quand on veut tuer son chien ne dit-on pas qu'il a la rage ».	IDE 3 CSI 1 semble penser qu'il y a un complot de la hiérarchie visant à neutraliser les CSI.	Colère
27/05/21 : IDE 3 CSI 1 signale un mal être, évoque des déclarations de DIRECTION1 qui n'ont pas été suivies d'effet, notamment il avait été dit que CSI6 serait gardé alors qu'il fut fermé. IDE 3 CSI 1 demande comment fidéliser la patientèle quand on supprime des tournées.	IDE 3 CSI 1 semble découragé par la situation qui lui semble inextricable du fait du manque de dialogue et de confiance avec la direction.	Dépression
24/6/21 : « Pourquoi ces primes puisque c'est possible n'ont pas été mises en place depuis longtemps pour compenser les écarts avec les autres employeurs ? ». Les soignants demandent à connaître le montant de cette prime et à qui elle a été donnée, demandent si des critères d'attribution sont vraiment définis. DIRECTIONSIEGE1 : « le CSE n'aura ni les noms ni le nombre de personnes concernées ni d'autre information	IDE 3 CSI 1 exprime un vécu d'injustice quant à la distribution de primes sur investissement offertes à certains salariés, dont les critères d'attribution seraient flous. L'infirmier exprime un manque de reconnaissance financière et face à une demande d'explication, la direction se ferme au dialogue.	Dépression

supplémentaire à ce propos aujourd'hui		
11/06/21 : IDE 3 CSI 1 déclare : « je suis en train de sombrer depuis 1 an et demi », et ajoute : « des collaborateurs avec 20 ou 30 ans d'ancienneté démissionnent ». La direction « laisse baisser l'activité » « il n'y a pas eu de bataille de la direction ».	On retrouve le champ lexical de la guerre ; avec une direction analysée comme ne se battant pas auprès de ses salariés, qui, livrés à eux-mêmes sur le champ de bataille, s'éteignent d'épuisement. En lisant à travers les lignes, on comprend que la situation n'a pas toujours été ainsi, et que ceux qui ont connu autre chose précédemment (les « anciens ») partent car ils ne tolèrent pas cette nouvelle situation. Il y aurait donc eu un changement dans les pratiques organisationnelles et professionnelles qui fait souffrir les salariés.	Dépression
25/6/21 IDE 3 CSI 1 est en arrêt de travail. DIRECTION2 dit qu'il a été très revendicatif, agressif en réunion mais s'est retrouvé petit à petit isolé de ses collègues qui ne le soutiennent pas. Selon les rumeurs, IDE 3 CSI 1 serait en grande souffrance, souffrirait de dépression ; mais continue cependant à participer au CSE.	Même affaibli, IDE 3 CSI 1 ne renonce pas tout à fait à la bataille en maintenant sa participation au CSE.	Dépression
08/07/21 : IDE 3 CSI 1 exprime un « regret de ne pas avoir vu plus de leviers soulevés pour améliorer la performance économique comme pour faire des économies ». IDE 3 CSI 1 expose l'image d'un chalutier qui peine à avancer pour les CSI face à un hors-bord correspondant à des structures offrant une rémunération supérieure, des nouveaux IDE viendront peut-être mais pour faire leurs heures avant de s'installer en libéral. Encore une fois IDE 3 CSI 1 demande « plus de visibilité, des chiffres pour pouvoir travailler et des bilans comptables. Quelles sont les conséquences financières ? les pertes ? les impacts ? ». IDE 3 CSI 1 se demande s'il y a une projection financière.	Selon l'infirmier, les CSI ne seraient pas suffisamment compétitifs pour attirer et conserver les salariés, et les gestionnaires ne feraient délibérément rien pour que cela change. IDE 3 CSI 1 n'a visiblement pas, malgré sa santé en berne, renoncé à la guerre pour la (re)conquête de territoire professionnel. Tout espoir ne serait donc pas perdu si les professionnels de terrain participent à la gestion comptable.	Marchandage, Négociation
30/09/21 : IDE 3 CSI 1 demande de nouveau des chiffres d'activité	Malgré les multiples demandes d'IDE 3 CSI 1 et du CSE d'être	Dépression

<p>à DIRECTION1 qui n'a toujours rien communiqué. Les arguments de la direction pour ne pas présenter les comptes sont les suivants : la présentation des comptes se fait normalement en février en plénière, il y a eu du turnover sur les postes cadre ils doivent trouver leurs marques, ils feront une présentation plus tard. IDE 3 CSI 1 évoque sa détresse « devant la lourdeur du management du siège qui ruine les salariés ».</p>	<p>éclairés d'éléments financiers, la direction, sans refuser franchement de les donner, ne transmet pas d'information comptable aux salariés depuis des mois : les gestionnaires refusent de céder du terrain. Le coupable est tout désigné : le siège de la CRf et la « lourdeur » de son management.</p>	
<p>28/10/2021 : En CSE, IDE 3 CSI 1 « depuis 10 ans on dit, on n'y arrivera plus, et ce jour on y est arrivé ». La direction de la CRf ne semble pas réagir. En guise de réponse, DIRECTION1 demande s'il y a des questions avant de passer au point suivant.</p>	<p>La détresse exprimée par ce salarié ne trouve pas, à ce moment, de réponse.</p>	
<p>10/11/2021 : IDE 3 CSI 1 est en désaccord avec la direction sur la question du manque d'activité des CSI, et pointe un manque de temps pour la facturation. IDE 3 CSI 1 évoque une situation difficile depuis 5ans qui s'est dégradée ces 2dernières années. IDE 3 CSI 1 dit que l'absence de planning, les difficultés rencontrées (facturation, DSI, remplacement...) sont source de démotivation. « les salariés font des efforts mais cela ne va pas durer longtemps ». DIRECTION1 annonce qu'elle participe à un COPIL sur le devenir des CSI. « tout le monde doit aller dans le même sens ».</p>	<p>Les IDE ne sont pas en accord avec les informations liées à l'activité soignante transmises par la hiérarchie. La direction ne discute pas de la gestion financière avec les professionnels de terrain, malgré leur intérêt pour la question, et élabore des stratégies lors de réunions avec les membres du siège, ce qui semble contraire à la demande des IDE. Une situation particulièrement difficile depuis 2 ans est évoquée par l'infirmier, cela coïncide avec la mise en place des tableaux de pilotage financier qui font suite à la mise PRP du CSI87.</p>	<p>Dépression</p>
<p>12/2021 : démission IDE 3 CSI 1</p>		<p>Acceptation</p>

Annexe 11. Synthèse des évènements et fluctuations RH

Date	Evènement	Fluctuations RH	
		Rotation des postes d'encadrement	Nombre de démissions d'infirmiers
Septembre 2018	Mise en place de ratio-cibles financiers		
Mai 2018	Entrée du CSI87 en PRP	Départ à la retraite RDS secteur 1 (ancienneté +20ans, ancienne IDE) Recrutement RDS secteur 1	
Janvier 2019		Démission de RDS secteur 1	2
Février 2019			0
Mars 2019			1
Avril 2019	Enquête QVT	Recrutement RDS secteur 1	0
Mai 2019			1
Juin 2019		Démission RDS secteur 2 (30 ans ancienneté, ancienne IDE)	1
Juillet 2019		Démission de RDS secteur 3 Recrutement responsable secteur 2 et 3	0
Aout 2019			2
Septembre 2019			1
Octobre 2019			0
Novembre 2019			1
Décembre 2019	PAQ qualité en lien avec le PRP Adoption du modèle économique de CSIC et diffusion au équipes	Démission RDS secteur 1 Recrutement RDS secteur 1 CDD	4
Janvier 2020			2
Février 2020			4
Mars 2020			1
Avril 2020			2
Mai 2020			1

Juin 2020			2
Juillet 2020		Départ RDS secteur 1 Recrutement RDS secteur 1	1
Aout 2020	Prise de fonction de l' IDEC chargée de « contrôler et superviser la cotation des actes » (IDECC)		1
Septembre 2020	Audit externe mandaté par la CRf		1
Octobre 2020			0
Novembre 2020	Mise en place de formations bonnes pratiques de cotation à destination des IDE		1
Décembre 2020	Choix par le siège du scenario des CSI (13CSI-18antennes) : 3 possibilités. 1/Maintien et PRP 2/ fermeture des CSI déficitaires et maintien des autres (avec politique de développement) 3/transfert de gestion de l'activité à une tierce structure. Choix 3 retenu pour CSI87	Démision RDS secteur 2	0
Janvier 2021		Recrutement RDS secteur 1	0
Février 2021	Audit interne sur le CSI87 Sur le sujet de la facturation IDE exclus		0
Mars 2021	Annonce des résultats de l'audit externe Annonce du projet de cession transfert Parution d'un article du Populaire du centre « Au sein de la Croix-Rouge, le projet de cession des centres de soins infirmiers inquiète les salariés et les syndicats », rumeurs de licenciements massifs, de fermeture des centres		1
Avril 2021			4
Mai 2021	Alerte du département QVT national par les élus sur les conditions de travail. Déclenchement CSEE et CSSCT		3
Juin 2021	Décision de suspension du projet de cession transfert - dans l'attente de la validation de la stratégie 21-25 mi-septembre. Annonce aux salariés le 11 Audit QVT par l'équipe QVT du siège suite à l'alerte sur les conditions de travail		3
Juillet 2021			9
Aout 2021			0
Septembre 2021	Démision RDS secteur 3 Non remplacé Fusion secteurs 2 et 3		3

Octobre 2021	Présentation du plan d'action qualité en CSSCT (14 octobre) et CSE (28 octobre) (Création le 4 octobre 2021- dernière modification le 19 octobre 2021)		0
Novembre 2021	CSEE Annonce de reprise du projet de cession transfert. Fermeture officielle des sites de CSI3, CSI4 et CSI6 (sans activité). Mise en place d' un Comité de Pilotage National concernant l'avenir des CSI (siège).		0
Décembre 2021	CSEC Information en vue d'une consultation sur le projet de cession des centres de santé (à un groupe privé lucratif)		1
Janvier 2022			2
Février 2022	Privatisation du système de santé. Question d'actualité au gouvernement n° 2308G de Mme Émilienne Poumirol (Haute-Garonne - SER) publiée dans le JO Sénat du 17/02/2022 Parution d'un article dans le Monde (09/02/22) : « On ne peut regarder sans débattre un groupe de santé privé reprendre des centres de la Croix-Rouge française »		0
Mars 2022			3
Avril 2022	Déplacement du DNO au CSI 87 pour annoncer la fermeture des CSI non repris (CSI repris non identifiés au jour de la visite)		0

Financiarisation et travail émotionnel en centre de soins infirmiers : de la défaillance à l'hybridation médico-financière

Les Centres de Soins Infirmiers (CSI) sont des structures méconnues, sanitaires de par la lettre mais médico-sociaux de par l'esprit et structurellement fragiles, dont l'exploration en sciences de gestion fait défaut alors qu'ils constituent une alternative précieuse dans un contexte de vieillissement de la population et de tension hospitalière amenant une augmentation du besoin ambulatoire. Cette thèse de doctorat explore l'influence du travail émotionnel sur l'hybridation médico-financière au sein de CSI associatifs engagés dans un processus de financiarisation. Notre étude de cas mobilisant un paradigme épistémologique interprétativiste et une démarche abductive indique que les infirmiers perçoivent les stratégies gestionnaires visant l'efficacité financière comme une perturbation de leur exercice professionnel notamment en termes de réalisation de valeurs humanitaires. La rédaction de nos résultats sous une forme dialogique souligne une forte implication émotionnelle des soignants, marquée par des émotions individuelles et collectives négatives intensifiées par un processus de régulation défaillant, empêchant toute perspective d'hybridation. La présente recherche, caractérisant le lien entre le processus de financiarisation et l'émergence d'émotions négatives en CSI, souligne le rôle clé des infirmiers dans le processus d'hybridation, jusqu'ici négligé. Elle propose, outre une modélisation du processus de défaillance en spirale des CSI, un modèle conceptuel matérialisant l'émergence d'un processus de défaillance émotionnelle empêchant l'hybridation ainsi qu'une voie alternative rendant possible l'hybridation grâce au travail émotionnel de régulation, identifié comme un nouveau levier d'hybridation médico-financière.

Mots-clés : émotions, travail émotionnel, financiarisation, hybridation, infirmiers

Financialization and emotional work in nursing care centers: from failure towards medical-financial hybridization

Nursing Care Centers (NCC) are little-known structures, healthcare facilities by name but medico-social by nature and structurally fragile, whose exploration in management sciences is lacking, despite their being a valuable alternative in the context of an aging population and increasing pressure on hospitals, leading to a rise in the demand for outpatient care. This doctoral thesis explores the influence of emotional labor on the medical-financial hybridization within nonprofit NCCs undergoing a process of financialization. Our case study, grounded in an interpretivist epistemological paradigm and an abductive approach, indicates that nurses perceive management strategies aimed at financial efficiency as disruptive to their professional practice, particularly in terms of fulfilling humanitarian values. The presentation of our findings in a dialogical format highlights the strong emotional involvement of healthcare professionals, marked by intensified negative individual and collective emotions due to a failing regulation process, which hinders any prospects for hybridization. This research, which characterizes the link between financialization and the emergence of negative emotions in CSIs, emphasizes the key role of nurses in the hybridization process —previously neglected—. In addition to modeling the spiral failure process of CSIs, it proposes a conceptual framework that demonstrates the emergence of an emotional breakdown process that prevents hybridization, as well as an alternative pathway that makes hybridization possible through the regulation of emotional labor, identified as a new lever for medical-financial hybridization.

Keywords: emotions, emotional work, financialization, hybridization, nurses

