

LA RELATION ENTRE SOUFFRANCE ET IMPLICATION AU TRAVAIL DANS LE CADRE DE LA THEORIE DE LA CONSERVATION DES RESSOURCES

Fatéma SAFY, doctorante en Sciences de Gestion

ATER – Section Sciences de Gestion

Centre de Recherche en Gestion des Organisations (CREGOR) - Groupe ORHA -

Université Paul Valéry – Montpellier III

fatema_safy@yahoo.fr

06.78.34.31.76

Introduction

Le regain d'intérêt pour les questions de la santé/souffrance au travail depuis les années 2000 ouvre une réflexion sur les nouvelles pratiques professionnelles soumises au "libéral productivisme", c'est-à-dire un système contraint par le marché mondial, la concurrence, une logique capitaliste à laquelle est associée la notion de rentabilité. Ce système multiplie les procédures, réglementations et objectifs incompatibles entre eux, coinçant trop souvent le sujet au travail dans un double blind organisationnel. Il se traduit, au sein des organisations, par l'apparition de nouvelles exigences de travail auxquelles les professionnels doivent directement faire face dans leur activité. Ces mutations engendrent un sentiment de mal-être, physique et psychique, au travail dans la mesure où tout un monde de construction identitaire, symbolique et éthique, tend à disparaître engendrant une perte de sens et de repères du sujet dans le monde professionnel. Le sens du travail permet d'entrevoir la signification mais également l'orientation accordée par chacun à son activité professionnelle. Le repère, l'ancrage, crée l'identification au travail et à l'organisation en permettant à chacun de se retrouver, de se reconnaître, dans un ensemble de données : histoire, valeurs, etc. Ainsi, le sens et le repère lient l'implication et la santé au travail par le rapport subjectif (le lien psychologique) que tout un chacun entretient avec son travail. Lorsque le sens du travail ne se laisse plus entrevoir, lorsque les repères se dissolvent, quelles sont les conséquences sur la santé et l'implication au travail ?

La présente communication est orientée par la question de recherche suivante : **Quelle est la relation entre souffrance au travail et implication au travail?** Ce questionnement initial en appelle d'autres :

- Comment comprendre la souffrance au travail? Ses causes? Ses conséquences? Ses formes?

- L'implication au travail peut-elle être possible dans un contexte de souffrance au travail? Si oui, comment la comprendre? Si non, comment expliquer que ces deux phénomènes fonctionnent sur le mode de l'exclusion?

Ce questionnement général montre notre choix pour le concept de souffrance au travail afin d'analyser les effets délétères du travail sur la santé. C'est pourquoi, nous présenterons dans une première partie (I) les raisons de notre positionnement conceptuel, ainsi qu'un étayage théorique sur le concept. Nous développerons dans cette même partie, le cadre théorique retenu pour analyser le phénomène de souffrance au travail, à savoir la Théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989). Dans un deuxième temps (II), nous présenterons nos résultats de recherche et tenterons de les discuter.

I. CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL : QUELS MOTS POUR QUELS MAUX?

1. CHOIX DU POSITIONNEMENT POUR LE CONCEPT DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Il existe dans la littérature scientifique trois concepts pour aborder le mal-être au travail : le stress, l'épuisement professionnel (burnout) et la souffrance au travail. Si le stress et l'épuisement professionnel sont des concepts familiers en sciences de gestion, celui de la souffrance au travail l'est beaucoup moins. Ce, d'une part, car il utilise en référentiel psychanalytique difficile d'accès et ayant peu de sens en sciences de gestion. D'autre part, car l'image médiatisée du père fondateur de ce concept, Christophe Dejours, et l'utilisation qu'il en fait dans des ouvrages de vulgarisation (Dejours, 1998), n'ont pas aidé à son introduction et à sa légitimité en sciences de gestion. Nous verrons toutefois, que ce concept offre des perspectives nouvelles d'analyse de l'altération de la santé au travail.

1.1. Les concepts de stress et d'épuisement professionnel

Le stress et l'épuisement professionnel ont fait l'objet de nombreux travaux et écrits scientifiques. Par conséquent, nous ne ferons que nous y référer ici, afin de rappeler brièvement les conceptualisations qui ont en été faites dans le but d'étayer les critiques que nous portons à ces concepts.

Le stress a été défini au travers de plusieurs approches :

- L'approche biologique de Seyle (1962 : 68), qui définit le stress comme « *la réponse non spécifique que donne l'organisme à toute demande qui lui est faite* ». Ici le stress est ce qui arrive à l'homme.
- L'approche transactionnelle définit le stress comme « *une transaction particulière entre un individu et une situation que l'individu évalue comme difficile à surmonter ou excédant ses ressources au point de mettre son bien être en péril*¹ » (Lazarus et Folkman, 1984 : 19). Selon cette approche, le stress dépend de l'appréciation des interprétations personnelles des événements stressants (évaluation : une situation n'est stressante que si l'individu l'évalue comme tel) et de la manière dont les individus s'ajustent aux situations stressantes (« coping » : certaines personnes seront mieux armées que d'autres pour faire face au stress). Ici, le stress est perçu comme ce que l'homme pense qu'il lui arrive. C'est dire le poids de l'interprétation personnelle dans la signification que l'individu donne à sa situation.
- L'approche interactionniste est connue par les travaux de Karasek (1979 ; Karasek et Theorell, 1990) qui définit le stress comme une interaction entre l'environnement, le contexte de travail et l'individu. Si l'intérêt de ses travaux est d'avoir pris en compte les exigences organisationnelles dans la survenue du stress, en revanche, les auteurs concluent que le stress dépend moins des caractéristiques de l'environnement de travail que de celles de l'individu au travail.

L'épuisement professionnel trouve ces racines dans les travaux de Freudenberg (1974), mais une assise scientifique dans les travaux de Maslach (Maslach et Jackson, 1981, 1986 ; Maslach, 1993) qui définit l'épuisement professionnel comme un construit tri-dimensionnel caractérisé par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel. Le modèle transactionnel de Cherniss (1980a, 1980b, 1995) voit dans l'épuisement professionnel un processus de désengagement des individus au travail suite à un stress prolongé. Enfin, le modèle existentielle de Pines (1993 ; Pines et al. 1982) conclut que l'épuisement professionnel est un processus graduel de désillusion après une forte implication. Selon elle, le burnout survient lorsque les exigences du travail privent l'individu de la signification qu'il recherche dans son travail (Aronson et Pines, 1989) ; le burnout ne résultant pas d'une absence de signification générale au travail (incohérence totale) mais du sentiment de sa propre contribution éprouvé par l'individu comme non significative. De manière générale, l'épuisement professionnel a été défini soit comme un « état » (celui de la personne atteinte), soit comme un « processus » - celui menant à

¹ Traduction libre

l'état de la personne atteinte (Enzmann et Schaufeli, 1998), touchant les personnes ayant eu une implication initiale forte dans leur profession.

1.2. Critiques adressées aux concepts de stress et de burnout

Si l'étude du stress au travail ou de l'épuisement professionnel accorde de plus en plus une primauté aux situations organisationnelles potentiellement nuisibles à la santé des individus, chacune des approches évoquées s'appuient sur une conceptualisation focalisée sur l'individu. Le stress au travail, comme l'épuisement professionnel, demeurent appréhendés au travers d'une évaluation subjective des situations de travail de la part des individus et comme un dépassement des capacités d'ajustement de l'individu à son contexte de travail (Esnard, 2007). Sous le paradigme du stress et du burnout se loge ainsi le postulat implicite selon lequel certains individus souffriraient d'une incapacité à négocier les situations stressantes (Chanlat, 1995). Ce postulat n'est pas sans conséquence dans la mesure où il génère une individualisation des problèmes de santé et pose la question de la responsabilité individuelle, car c'est à l'individu que revient la tâche de trouver les moyens pour s'adapter et répondre aux exigences et contraintes de l'environnement du travail (Alderson, 2004). Tant que cette conception individuelle restera dominante, la question du stress au travail ou du burnout ne sera pas une problématique reliée à une organisation pathogène du travail. En d'autres termes, sous le paradigme du stress ou de l'épuisement professionnel, l'organisation du travail reste rarement interpellée (Esnard, 2007 ; Alderson, 2004). Pour cette raison, nous ne retiendrons pas les concepts de stress et de burnout dans une perspective d'analyse du mal-être au travail. Nous verrons que le concept de souffrance au travail permet de dépasser ces limites.

2. LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Le concept de souffrance au travail est initié et conceptualisé par la psychodynamique du travail, à laquelle est rattaché le nom de Dejours, et par la clinique de l'activité à laquelle est associé le nom de Clot.

2.1. La psychodynamique du travail

2.1.1. Émergence de la discipline

Suite à ses premières investigations auprès d'ouvriers spécialisés, dans le but de comprendre l'émergence des troubles liés au travail, Dejours (2001) pose plusieurs constats :

- Les ouvriers sont moins soumis à des troubles mentaux (folie, névrose, dépression) qu'à des troubles psychiques : fatigue, insatisfaction, surmenage, peur, frustration, etc. Ce qui l'amène à thématiser la souffrance au travail sous un angle psychique. En effet, le rapport de l'homme au travail renvoie à trois dimensions de la charge de travail : la charge physique qui a pour cible le corps, la charge mentale qui concerne davantage les éléments psychosensoriels et cognitifs engagés dans l'exécution d'une tâche et, la charge psychique qui se réfère « *à la participation affective de l'homme à sa situation de travail* » (Dejours, 1980 : 82). La charge psychique porte alors sur la mobilisation entière de la personnalité de l'homme, en ce sens que l'homme au travail est avant tout un sujet porteur de sens, ayant une identité, des valeurs, des idéaux et une histoire qu'il investit au travail. La souffrance psychique au travail résulterait alors « *de la confrontation des hommes à l'organisation du travail* » (Dejours, 2001 : 204).
- Face à cette souffrance psychique au travail, les ouvriers se défendent. Dans la réflexion sur le lien entre organisation du travail et désordres psychiques, le concept de « défense », emprunté à la psychanalyse, devient fondamental. Ce concept suppose que l'individu ne réagit pas à l'agression que constitue la maladie déjà en place (vision médicale), mais qu'il réagit face à une agression extérieure susceptible de créer la maladie. Cette conception permet de renoncer à l'idée que le rapport entre la santé et le travail se pose toujours en des termes destructeurs.
- Le travail est par nature social : il insère chaque individu dans des rapports intersubjectifs, qu'il se doit de comprendre et avec lesquels il doit interagir. L'investigation en matière de souffrance psychique au travail doit porter sur les dynamiques relationnelles mobilisées au travail.
- L'organisation du travail se diffère des conditions de travail. Par conditions de travail, « *il faut entendre les contraintes physiques et mécaniques, chimiques, biologiques du poste de travail* » (Dejours et Abdouchelli, 1995 : 24). Elles ont pour cible le corps. Au contraire, l'organisation du travail, qui a pour cible le fonctionnement psychique, comprend à la fois la division du travail (division des tâches, cadence, en somme les modes opératoires) et la division des hommes (système hiérarchique, modalité de commandement, de contrôle, de surveillance, les responsabilités, etc.). L'organisation du travail est appréhendée ici comme un construit social au sens de Crozier et Friedberg (1977) : elle n'est pas seulement une donnée subie par les travailleurs, mais ceux-ci participent à son élaboration et agissent en son sein pour se défendre des contraintes pathogènes du travail. Ce faisant, l'organisation est aussi le produit de rapports sociaux conduisant à ne pas s'intéresser uniquement aux

contraintes qu'elle génère, mais aussi aux « situations de travail » auxquelles elle donne lieu par le biais des processus intersubjectifs.

Face à ces constats, émerge un modèle dynamique de la souffrance psychique qui accorde une place centrale au « conflit » entre organisation du travail et fonctionnement psychique des hommes. Par fonctionnement psychique, il s'agit de comprendre que les hommes au travail sont des êtres de désir (théorie du sujet) – désir de liberté, de réalisation de soi, de se sentir utile et reconnu – , et qu'ils sont porteurs de l'activité créatrice : désir et volonté de faire preuve d'initiative, d'intelligence, d'ingéniosité au travail pour faire œuvre utile et belle (Carpentier-Roy, 2006). Dans cette perspective dynamique de la souffrance psychique au travail, cette dernière est définie comme « *un état de lutte contre les forces (liées à l'organisation du travail) qui le [travailleur] pousse vers la maladie* » (Dejours et Abdouchelli, 1995 : 25). Cette souffrance est compatible avec la poursuite du travail. C'est pourquoi, Dejours (2001) établit une distinction entre souffrance créatrice et souffrance pathogène.

2.1.2. Souffrance et normalité

La souffrance psychique au travail est considérée comme un « *vécu subjectif collectif* », c'est-à-dire le même pour l'ensemble des travailleurs et qui permet de conclure sur les conséquences néfastes des contraintes de travail, entre la maladie et la santé (Dejours, 2001 :84). Contrairement aux modèles de stress ou de burnout, il ne s'agit plus de s'intéresser à la dimension individuelle du mal-être au travail.

Pour Dejours (1995b : 3), la santé est un idéal, jamais totalement atteint. Elle s'oppose à la « normalité » qui est un état « réel », posant la question suivante : « *comment font ces travailleurs pour résister aux contraintes psychiques du travail et pour conjurer la décompensation ou la folie?* ». La normalité s'établit dans un compromis souffrance/défense où les individus mettent en place une série de procédures de régulation, appelées *stratégies défensives*, pour faire face aux exigences du travail. Dans cette normalité, Dejours (2001) reconnaît la distinction établie par les ergonomes de l'activité (courant francophone) entre la tâche et l'activité. Si la tâche correspond à ce qu'il y a à faire, les exigences de la tâche (= travail prescrit) ; l'activité correspond à ce que font vraiment les travailleurs en situation réelle de travail. La situation réelle de travail (= travail réel) est définie comme les situations qui intègrent les contraintes et exigences réelles du travail, c'est-à-dire celles que les prescriptions ne prévoient pas ou causent du fait de leur contradiction (Leplat et Hoc,

1983). L'activité de travail est ainsi définie comme une démarche corrective des insuffisances de l'organisation du travail pour rétablir une situation de travail compromise par l'élaboration prescrite du travail (Ombredane et Faverge, 1955)

Par le biais de la normalité, la psychodynamique du travail ne s'intéresse pas seulement à la souffrance pathogène, mais aussi à la souffrance créatrice. Ce qui intéresse Dejours (2001 : 216) étant de savoir « *comment et à quel prix se fait l'ajustement entre organisation du travail prescrite et organisation du travail réelle* ».

2.1.3. Les ressorts de la souffrance créatrice

A. Travail et créativité : le concept d'intelligence rusée

L'intelligence rusée a trait à l'initiative, la créativité, la connaissance, aux savoir-faire des sujets. C'est une forme spécifique (car « pratique ») d'intelligence qui correspond à la manière dont les sujets se débrouillent, « bricolent », pour atténuer l'écart entre le prescrit et le réel, et ainsi la tension suscitée par cet écart. L'intelligence rusée trouve sa source dans la souffrance ressentie au travail dans l'écart entre prescrit et réel. Sa mise en œuvre est une issue à la souffrance. Issue doublée dans la mesure où l'intelligence rusée permet l'exercice réussi de son travail, qui lui-même en retour donne du plaisir, du sens au travail et un accomplissement de soi favorable à la santé (Dejours et Abdouchelli, 1995). Parce que l'intelligence rusée est transgressive – les sujets subvertissent les normes et réglementations préétablies en vue d'atteindre les objectifs du travail – elle doit se faire au regard d'une subjectivité propre, organisée par le sens personnel que les sujets assignent à leur rapport au travail, mais également au regard d'une autre organisation pré-donnée : celle des normes et règles de métier en termes d'organisation pour savoir ce qu'il y a à faire et comment le faire d'une manière juste et équitable selon les règles de l'art du métier. Dejours (2001) insiste sur la dimension collective de l'intelligence rusée, car pour que cette dernière soit opérationnelle elle fait appel à la solidarité, à la coopération et la confiance entre pairs. Cette intelligence rusée n'est possible qu'au prix d'une mobilisation subjective.

B. Travail et mobilisation subjective

La « *mobilisation subjective* » au travail est définie comme « *ce qu'il faut mobiliser de soi-même pour travailler bien* » (Dejours, 2000 : 16). Elle fait référence à un comportement investi qui relève d'efforts cognitifs. Ces efforts sont au nombre de trois : 1/ Des efforts d'élaboration pour agir

: la meilleure façon de réguler et d'arbitrer les difficultés et contradictions de l'organisation du travail ; 2/ Des efforts d'intelligence (intelligence rusée) ; 3/ Des efforts pour s'impliquer dans les débats et participer à la construction de son propre travail : occasions pour les professionnels de s'exprimer et être reconnus. La mobilisation subjective relève aussi de ressorts affectifs dans la mesure où elle va s'attacher à des éléments sources de plaisir au travail (reconnaissance, sens, exercice de sa liberté, éthique, etc.). Si elle tend vers le plaisir au travail, cette mobilisation subjective en retour s'établit dans des bénéfices symboliques tels que le sentiment d'accomplissement de soi par exemple. Considéré comme un comportement libre, cet investissement de soi au travail est là, toujours là, qu'il soit accepté ou non, reconnu ou non (Carpentier-Roy, 2006 : 10-11). C'est dire alors qu'à moins qu'on ne l'étouffe, la mobilisation subjective au travail va de soi. Dès lors, la négation de la mobilisation subjective dans les pratiques réelles du travail, comme c'est souvent le cas dans les diverses évaluations du travail réalisé (au sens de reconnaître le résultat et non les efforts déployés pour y arriver), conduit à la souffrance faute de reconnaissance. Cette mobilisation subjective au travail est fragile car elle dépend alors de la reconnaissance du travail ; reconnaissance qui est appréhendée moins dans son sens économique que symbolique (Dejours, 2001 : 221).

C. Travail et reconnaissance

La reconnaissance est une forme de jugement, une validation sociale, qui porte sur le travail accompli. Dejours (2001) distingue la reconnaissance au sens de « constat » et la reconnaissance au sens de « gratitude ». La première renvoie à une reconnaissance d'utilité ; la seconde à une reconnaissance de beauté. La reconnaissance d'utilité est portée par autrui sur la ligne verticale des rapports de travail (supérieurs, subordonnées, etc.), et consiste à reconnaître les résultats observables, mesurables, objectifs, et contrôlables du travail. Il s'agit d'une reconnaissance instrumentale. La reconnaissance de beauté est proférée par autrui sur la ligne horizontale des rapports de travail (collègues, clients, etc.). Cette reconnaissance de beauté porte sur la conformité du travail aux règles de l'art du métier (jugement sur le travail effectué et non sur le travail réalisé au sens de résultats), et sur l'appréciation de la spécificité, de l'originalité du travail (jugement qui porte sur le savoir-faire, la qualité du travail) que seuls les pairs sont en mesure de juger et d'évaluer pleinement.

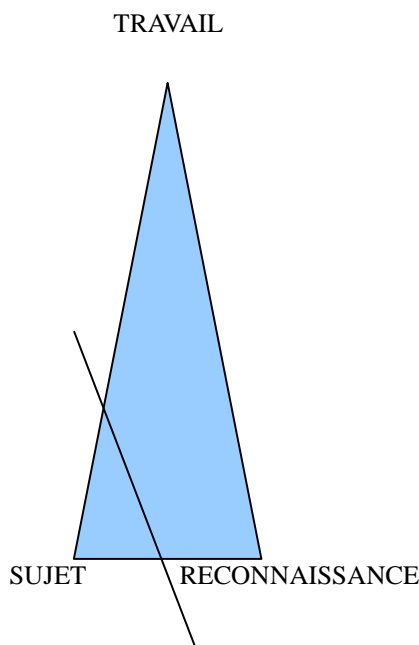
La reconnaissance de beauté permet au sujet de la capitaliser dans le mode de « l'être » : « ainsi, la reconnaissance apporte-t-elle un bénéfice sur le registre de l'identité » (Dejours et Abdouchelli, 1995 : 32). Le processus dynamique de la reconnaissance peut être décrit en ces

termes : 1/ la rétribution symbolique procède de la production de sens qu'elle confère au vécu au travail : reconnaissance de la qualité, des savoir-faire, etc. ; 2/ cette reconnaissance vient gratifier le sujet et participe à l'accomplissement de soi ; 3/ cet accomplissement de soi permet au sujet une édification de son identité dans le champ social (rapports intersubjectifs) et personnel (valeur de soi) ; 4/ construction de sens, accomplissement de soi et bénéfices identitaires participent du plaisir au travail ; 5/ la reconnaissance participe au processus de transformation de la souffrance en plaisir. Le plaisir est considéré comme un état de bien-être psychologique que ressent le sujet lorsque son travail lui permet de satisfaire ses désirs de liberté et de créativité. En ce sens, il vient consolider l'identité personnelle et professionnelle. Plaisir et identité sont alors dans une relation dialogique et se construisent, se poursuivent, autour de la reconnaissance. Lorsque la dynamique de la reconnaissance est bloquée, la souffrance pathogène émerge.

2.1.4. Souffrance pathogène et organisation du travail

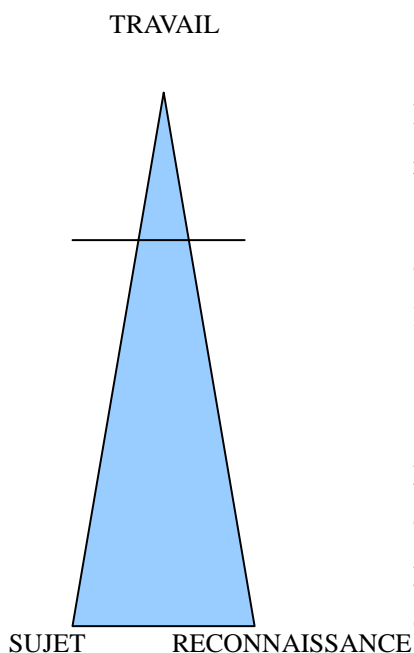
Dejours (2001) identifie trois formes de souffrance pathogène au travail.

◆ La souffrance mentale



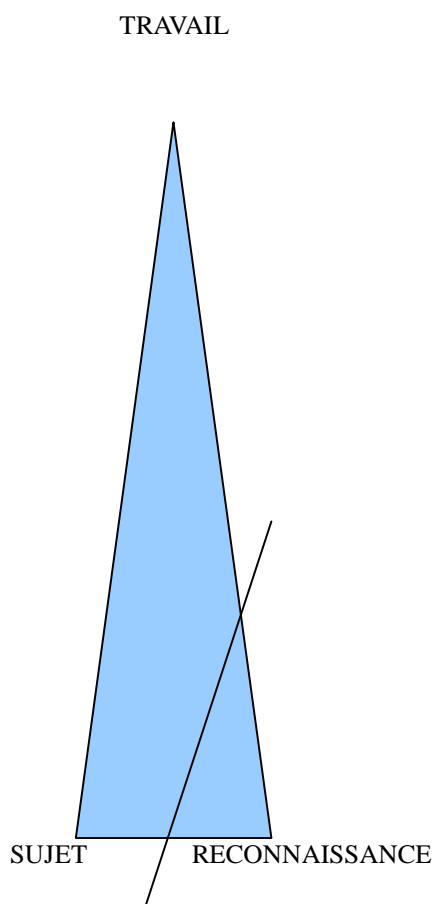
La souffrance mentale résulte de deux procédés. D'une part, d'une rupture avec autrui : les processus intersubjectifs sont bloqués. Le plaisir, le sens et la construction identitaire ne sont plus possibles du fait de l'impossible reconnaissance de son travail par autrui. C'est le cas dans les processus individualisant de gestion des hommes que sous-tend la concurrence au travail, l'autonomie ou la responsabilité. D'autre part, la souffrance mentale apparaît lorsque le sujet est coupé de son travail lui-même : la mobilisation subjective au travail ne peut plus se mettre en œuvre. Le travail n'offre plus d'espace d'ajustement entre organisation prescrite et organisation réelle du travail. C'est le cas en situation de forte normativité du travail. Cette souffrance engendre ainsi de l'aliénation au travail.

◆ La souffrance culturelle



La souffrance culturelle apparaît lorsque la dynamique de la reconnaissance de beauté est à l'œuvre et apporte ces bénéfices symboliques, cependant que la reconnaissance d'utilité peine à attester la contribution des travailleurs et à gratifier l'apport des ces derniers à l'organisation du travail. La souffrance culturelle allie plaisir et souffrance, cette dernière naissant d'un déni de la mobilisation subjective au travail de la part de la ligne hiérarchique. La coupure avec le travail peut être comprise par des prescriptions et une gestion des hommes coupées de la « réalité » des besoins de terrain et de la culture professionnelle de ceux qui travaillent. La souffrance culturelle provient d'un conflit entre culture d'organisation et culture de métier. Elle a pour particularité de maintenir la mobilisation subjective dans la mesure où les processus intersubjectifs sont toujours à l'œuvre.

◆ La souffrance sociale



La souffrance sociale se déploie lorsque les processus intersubjectifs sont impossibles à mettre en œuvre. L'individu se retrouve seul face au travail. La souffrance émerge ici dans le cadre d'organisation où le sujet doit faire preuve de sa compétence individuelle : comportement libre, la mobilisation subjective se transforme en mobilisation forcée car elle ne peut prétendre au retrait puisqu'à travers elle c'est les sujets eux-mêmes qui sont jugés. Afin d'éviter d'être sanctionné, les sujets continuent de s'impliquer au travail sans y trouver un retour bénéfique et symbolique. La mobilisation forcée se manifeste alors quand la mobilisation subjective des sujets ne trouve pas de place dans un système qui la convoque, et qu'elle doit quand même activer ses mécanismes sans les ressources qui la portent et la développent (plaisir, sens, reconnaissance, construction identitaire) afin de permettre au sujet de ne pas être condamné à la faute et la responsabilité des erreurs et aléas organisationnels. Pour Beudelot et Gollac (2003 : 232 et 216), l'implication forcée « *fonctionne comme un piège* » car elle « *rend difficile la recherche d'un compromis entre exigences du travail et préservation de soi et de sa personnalité* ».

Dans les trois formes de souffrance citées, cette dernière soit émerge en lien avec la perte de plaisir au travail, soit s'accompagne d'un plaisir au travail. Seule la souffrance culturelle est un état compatible avec la poursuite du travail car les processus intersubjectifs au travail sont maintenus : maintien de la dynamique de la reconnaissance et de la mobilisation subjective libre, par opposition à la mobilisation subjective forcée. La souffrance culturelle permet la liaison souffrance-plaisir : il s'agit d'une souffrance créatrice. La souffrance mentale et la souffrance sociale sont des formes de souffrance pathogène.

Il s'agit a présent de se tourner vers la clinique de l'activité qui offre un nouveau regard sur le phénomène de santé et souffrance au travail.

2.2. Clinique de l'activité

2.2.1. Activité et dissonance créatrice : la santé comme état réel

Clot (1998 ; 2008) distingue quatre instances qui médiatisent l'activité.

L'instance impersonnelle comprend l'aspect normatif du travail. Établie de manière à-priori, elle préexiste au sujet et s'impose à lui dans sa rencontre avec le travail. Elle correspond au travail prescrit.

L'instance transpersonnelle renvoie au « genre professionnel » (Clot, 1999). Le genre professionnel est la part collective qui existe dans toute action individuelle, et se définit comme « *les obligations que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler, souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail* » (Clot et Faita, 2000 : 9). Si elle est un genre technique (ce que les professionnels savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations pré-supposées : contrôle éthique, déontologie, règles de métier, etc.), elle est aussi un genre symbolique dans la mesure où elle inscrit tous les professionnels d'un métier dans un horizon de sens, de valeurs et d'idéaux. Il constitue l'histoire d'un métier et correspond à un repère pour l'action – c'est la manière de faire et de penser dans un milieu professionnel. Le genre professionnel offre aussi un espace de reconnaissance qui est « *moins la reconnaissance par autrui, que la psychodynamique a mis au centre de ses investigations, que la possibilité pour les travailleurs de se reconnaître dans ce qu'ils font, c'est-à-dire dans quelque chose* » qu'est le métier. Ce dernier a un double statut : à la fois objet de reconnaissance (ce dans quoi on se reconnaît), il est aussi le destinataire de cette

reconnaissance (se reconnaître dans ce que l'on fait). C'est à travers lui, que les travailleurs se jugent et s'estiment mutuellement et que chacun évalue sa propre action et valeur. La reconnaissance et la mobilisation subjective s'envisage ici dans l'acquiescement du tissage de ce quelque chose de commun qu'est le métier, à charge pour chacun de le préserver.

L'instance interpersonnelle est le lieu du collectif de travail, qui est une forme d'interaction sociale faite d'une multitude d'individu mobilisant des instruments en commun en vue de rendre le travail possible. Le collectif de travail se base sur les liens de solidarité, de coopération, de négociation, et porte sur la qualité des échanges intersubjectifs.

L'instance personnelle dépend de la dimension subjective des travailleurs engagés dans une activité. Elle place le sujet au cœur du travail en tant qu'être porteur de valeurs, de désirs, de motivations liés à son histoire et ses représentations culturelles et symboliques. Elle est le lieu où le sujet produit de le sens de son action, en ce sens qu'elle est l'instance médiatisant toutes les autres instances de l'activité. Pour le dire autrement, c'est le sujet qui fait et est le lien entre chaque instance. Ce faisant, il se retrouve engagé, au sein même du travail, dans une pluralité de cadres sociaux (organisation, métier, pairs) qui le convoquent et qui ont leur finalité et objectif propre. A charge pour le sujet de les mettre en inter-significations et de maintenir une cohérence entre-eux. Cependant, en étant inséré dans plusieurs cadres sociaux au travail, le sujet se trouve simultanément au centre de conflits inhérents entre ces cadres. Ce qui crée chez lui une situation de dissonance cognitive (Festinger, 1957), c'est-à-dire un état d'incohérence, de disharmonie, qui se posent en ces termes : dans quelle direction dirigée mon énergie et ma loyauté? Pour Clot (1998 : 254), cette dissonance cognitive peut se transformer en dissonance créatrice car c'est au sujet que « *revient alors la tâche de les [finalités] organiser pour ne pas être condamné à l'inefficace et à l'absurde* ». La dissonance cognitive donne ainsi à chacun des occasions d'arbitrage, de gestion et d'organisation personnelle et collective qui, en retour, favorisent le pouvoir d'action, la liberté et l'initiative.

Dans cette perspective, le sujet ne se contente pas d'actualiser ce qui est déjà défini, d'appliquer un modèle à une pratique, ou une procédure à un procédé (psychodynamique du travail), mais d'articuler les deux par le biais d'une action où il participe à leur récréation. Travailler ne consiste alors pas seulement à survivre dans un contexte (psychodynamique du travail), mais à produire du contexte pour exister, autrement dit à transformer et affecter l'environnement de travail par son action : « *c'est à cette condition qu'activité et santé sont synonymes* » (Clot, 2006 : 166). La définition même de la santé évolue dans ce cadre : elle n'est plus un idéal inatteignable qui permet

la stricte conservation de soi, en maintenant seulement les sujets au travail dans un équilibre psychique entre accomplissement de soi et plaisir d'un côté et souffrance et défense de l'autre (psychodynamique du travail). La santé est un état réel se définissant par un épanouissement et un développement de soi : travailler en ce sens fait grandir le sujet, lui permet de se réaliser et de se développer. La santé, loin d'être un idéal, est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle apparaît comme la possibilité de dépasser la norme, voire d'instituer de nouvelles normes. En ce sens, la « normalité » ne consiste pas à être adapté (psychodynamique du travail) mais à être créatif. La mobilisation subjective est définie en ce sens comme la capacité de lutter contre ce qui enferme le sujet au travail (Clot, 2006).

2.2.2. Ressorts de la dissonance créatrice et souffrance au travail

Clot (1998 , 2008) identifie trois ressorts de la dissonance créatrice : le sens de l'activité, l'efficacité dynamique de l'action et l'efficience des modes opératoires.

Le sens de l'activité pose la question : pourquoi je fais ce travail? Il a une fonction d'incitation. Le travail a d'autant plus de sens qu'il permet au sujet de réaliser d'autres objectifs, buts, que ceux prescrits. Le sens, c'est « *juger ce qu'on fait en fonction de ce qu'on aurait pu ou du faire. C'est le rapport de valeur que le sujet instaure entre cette action et les autres actions possibles* » (Clot, 1998 : 139). Le sens de l'activité est ainsi incité par le décalage entre ce qu'il a à faire et ce qui est fait. L'exécution réussie d'une action ne se jugeant pas seulement au travers de l'atteinte des buts prescrits mais aussi des autres buts professionnels qui comptent pour le sujet.

L'efficacité dynamique de l'action répond à la question : qu'est ce que je dois faire? Elle a une fonction d'orientation. Elle naît des inattendus et des contradictions du prescrit. Son but n'est pas seulement de réaliser ce qu'il a à faire, mais ce qui doit être fait, d'un point de vue du métier. Elle permet ainsi à l'individu d'orienter son action vers d'autres objectifs, motivations et buts que ceux prescrit. Cette efficacité dynamique se voit bloquée lorsque le sujet dans son travail n'atteint que les buts prescrits sans réussir à atteindre ceux qui comptaient pour lui. C'est en ce sens que Clot (2008 : 89) affirme qu'il faut compter au titre de l'activité, non pas seulement ce que ce les travailleurs font vraiment, mais aussi ce qu'ils n'arrivent plus à faire : « *Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir (...), ce qu'on aurait voulu ou pu faire (...) ce qu'on fait pour ne pas faire ce qu'on nous demande de faire, ce qui est à refaire et tout autant ce qu'on a fait sans avoir voulu le faire* ». Les activités non réalisées sont alors les activités

empêchées, contrariées, suspendues, qui engendrent une souffrance éthique. Ces activités, parce qu'elles ne sont pas réalisées, ne s'évanouissent pas pour autant. Elles continuent de peser sur l'activité présente des sujets. L'efficacité dynamique ne peut se mettre en œuvre sans l'efficience des modes opératoires.

L'efficience des modes opératoires pose la question suivante : comment je fais ce que j'ai à faire et ce que je dois faire? Elle a une fonction de réalisation. Elle consiste en une déformation de la prescription dans un but d'organisation. Cette organisation consiste à s'économiser physiquement pour se libérer des espaces de liberté qui seront reversés au titre d'une autre action, offrant ainsi la possibilité aux sujets de réaliser d'autres buts. Lorsque le travail est trop normé ou soumis à des prescriptions idéales, cette efficience dynamique se trouve empêchée. Le sujet ne peut plus transformer son contexte de travail et les formalisations du travail en occasion de travail. Seul le geste prescrit domine et condamne le sujet à l'aliénation au travail. Si l'efficience des modes opératoires ne peut se mettre en acte, alors elle entache l'efficacité dynamique dans la mesure où le sujet ne peut trouver d'espace d'initiative et de liberté pour atteindre d'autres buts de ceux prescrits.

Lorsque l'efficience des modes opératoire et l'efficacité dynamique du travail se trouvent paralysées, alors c'est le sens du travail qui se perd. Ce à double titre au moins. D'une part, car les actions prescrites et les buts prescrits réalisés tournent le dos aux occupations immédiates et aux buts de l'action des sujets et de leur métier. D'autre part, les buts prescrits perdent leur sens, mais les buts qui comptent pour le sujet perdent leur sens également car subjectivement déréalisés. Cette perte de sens montre alors que la visée du travail devient étrangère pour les sujets, ces derniers ne se retrouvant pas et ne se reconnaissant pas dans leur action. C'est alors tout le pouvoir d'agir des sujets au travail qui ne trouve plus de place. Cette amputation du pouvoir d'agir, source de souffrance au travail, trouve ses raisons dans les nouvelles formes d'organisation du travail et de gestion des hommes.

2.2.3. Souffrance et organisation du travail

Pour Clot (1998 : 69-70), les organisations du travail contemporaines malmènent la santé des travailleurs. En effet, l'intensification du travail, les logiques court termistes, les réductions d'effectifs, l'individualisation croissante des processus de travail basée sur la performance et la compétence individuelle, la recherche incessante de productivité et de rentabilité dont les « *critères répondent à des normes de rentabilité financière en vigueur sur le marché et non à une comptabilité*

de gestion interne aux organisations », dénaturent les processus intersubjectifs et compliquent l'exercice du métier. Ici, c'est le genre professionnel qui est malmené, puisqu'il devient de plus en plus difficile pour les professionnels de le convoquer. En effet, dans le genre professionnel c'est le « *métier qui parle* ». Lorsque celui-ci est mis en défaut, le professionnel se retrouve « *sans voix* » ; « *le métier ne parle plus* » (Clot, 2008 : 150). Autrement dit, c'est l'histoire du métier, ses gestes et symboliques qui se trouvent écartés de l'action. Simultanément, c'est l'espace de reconnaissance qu'il offre qui disparaît engendrant perte de repère et de sens au travail.

La souffrance apparaît également face aux risques des prescriptions idéales, qui peuvent se comprendre dans l'analyse de Dujarier (2006), ou encore celle d'Ehrenberg (1995 ; 1998). Dujarier (2006) énonce, en effet, que les entreprises modernes allient liberté des salariés et normalisation excessive du travail. Ce processus de normalisation cependant repose moins sur la connaissance du travail que sur un idéal de travail, lié de plus en plus aux phénomènes d'excellence et de performance introduits par la financiarisation de l'économie. On assiste alors à une normalisation de l'idéal au travail : qualité totale, zéro défaut, réduction des délais de production ou de service, etc. Dans cette perspective, les prescriptions du travail deviennent elles-mêmes idéales et « *hors de portée de l'action possible* » (Dujarier, 2006 : 3). Elles ouvrent sur un monde infini, idéal, laissant le salarié dans une multitude de choix possibles du travail à exécuter ; choix déconnectés de la réalité tangible du terrain et des possibilités réelles des travailleurs et de leur action. A charge pour les travailleurs de satisfaire toujours ces exigences idéales, fussent-elles irréalisables, illimitées et contradictoires, quoi qu'il en soit toujours inatteignables. A travers ces normes et prescriptions idéales, le travail prescrit devient trop vaste par rapport au travail possible. Ainsi, avant – ère industrielle – le travail prescrit était trop rigide par rapport au travail possible annihilant les possibilités et le potentiel de l'homme au travail. Ce qui faisait dire à Friedmann (1976 : 9) que « *l'homme est plus grand pour sa tâche* ». Cependant, cette prescription rigide était l'occasion de « *trous de normes* » par lesquels les hommes pouvaient exercer au travail leur initiative, leur créativité, leur pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977). Aujourd'hui, la prescription est idéale par rapport au travail possible. Il en résulte un vertige, éprouvé par les hommes et les femmes au travail, face l'immensité du travail à accomplir (Ehrenberg, 1995). Aussi, pourrions nous dire, si l'on peut nous permettre l'intrusion de cette expression personnelle, à la manière de Friedmann, qu'aujourd'hui la « *tâche est trop grande pour l'homme* ». Ces initiatives et sa créativité s'en trouvent parallèlement altérées face à l'impossible achèvement du travail à accomplir. La multiplicité des possibles, et l'impossibilité de tous les réaliser, place l'homme dans une situation d'impression de ne jamais être à la hauteur, de ne jamais en faire assez : telle est le sentiment d'insuffisance (Ehrenberg,

1998)

Pour conclure, nous pourrions dire que la psychodynamique du travail comme la clinique de l'activité ont pour caractéristique de considérer le travail comme « *une activité subjectivante dans laquelle contrainte objective et processus subjectif s'étayent mutuellement* » (Dejours, 1995a : 47). En cela, leur approche présente l'avantage théorique de dépasser la vision technique, instrumentale, utilitaire et objectivante du travail, dans la mesure où le travail aborde toujours ainsi la dynamique souffrance/plaisir ; ces deux termes « *ne s'articulent pas nécessairement dans un rapport d'exclusion, c'est-à-dire qu'ils peuvent se côtoyer* » (Carpentier- Roy, 1990 : 50). Ainsi, on peut retrouver une organisation qui intègre à la fois des éléments structurants et des éléments pathogènes. Le concept de souffrance au travail sera retenu pour analyser les situations de mal-être au travail pour deux raisons essentielles. Premièrement, car il interroge l'organisation du travail dans la formation du mal-être au travail, ce qui paraît pertinent lorsque le but de notre travail est de comprendre comment celui-ci porte atteinte à la santé des travailleurs. Deuxièmement, car sa conceptualisation offre au sein des sciences de gestion une nouvelle façon d'appréhender et d'analyser le mal-être au travail par rapport aux autres concepts développés (Chanlat, 1995). En effet, le stress comme l'épuisement professionnel ont été abordés au travers d'un positionnement épistémologique positiviste et une méthodologie quantitative qui rendent compte du rapport homme-travail, et du mal-être au travail, selon un schéma causaliste de type environnement-comportement, où l'organisation du travail est perçue comme une donnée intangible que le professionnel ne fait que subir. Dans cette perspective, la subjectivité des professionnels, entendues au sens de « vécu » au travail, est évacuée. Le concept de souffrance au travail, au contraire, largement déterminé par la tradition existentialiste (théorie de sujet) et une approche compréhensive, cherche à rendre compte du rapport homme-travail, et du mal-être au travail, selon un schéma dynamique où l'organisation du travail apparaît comme un construit social. Le professionnel retrouve alors un rôle actif. Dans cette perspective, rendre compte de la souffrance au travail, ce n'est plus seulement rendre compte de critères objectifs, mais aussi de critères subjectifs et donc de l'expérience vécue par chaque professionnel au sein de son contexte de travail. Rendre compte de ce « vécu » suppose alors que pour cerner la souffrance au travail, le travail de tout chercheur est de « *faire surgir ce qui fait sens, reconstituer le nœud des significations à l'intérieur du contexte organisationnel* » afin de parvenir à comprendre les expériences subjectives collectives qui font souffrance, les attitudes et les actions des travailleurs au sein de leur environnement de travail. Il s'agit donc pour comprendre la souffrance au travail d'accéder au sens des attitudes et comportements développés au travail par les sujets, de découvrir le sens que revêtent les situations

de travail pour les sujets qui la vivent. Ce qui nécessite une méthodologie qualitative dans la mesure où accéder au sens revient avant tout à s'adresser à des sujets qui parlent (Chanlat, 1995). En sciences de gestion, cette manière d'analyser le mal-être au travail n'est que trop peu utilisée et peut offrir des perspectives nouvelles en termes d'analyse des comportements organisationnels.

Retenir le concept de souffrance au travail, ne signifie pas, toutefois, rejeter les apports des autres concepts développés, mais plutôt d'envisager une forme de complémentarité. C'est ainsi que les stresseurs définis dans le cadre des théories du stress pourront servir à aller interroger le terrain et les personnes. De même, la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), développée dans un premier temps pour analyser le stress post-traumatique et devenue dans les années 80 un cadre de référence pour analyser l'épuisement professionnel, nous servira de cadre théorique. C'est pourquoi nous nous proposons d'aborder dès à présent la Théorie de la conservation des ressources, avant de passer à l'analyse et la discussion de nos résultats.

3. LA THEORIE DE LA CONSERVATION DES RESSOURCES

Destinée à comprendre les réponses des individus ou des groupes face à une situation stressante, Hobfoll (1989 : 513) présente la théorie de la conservation des ressources (COR) comme une théorie du stress alternative aux théories biologique, cognitive ou transactionnelle du stress. Il situe ainsi la théorie de COR dans le courant des « *théories de stress basées sur les ressources* » (Hobfoll, 2001 : 339). Nous centrerons notre présentation sur les conditions dans lesquelles le stress se produit selon la théorie de COR, puis sur les principes centraux de cette théorie, à savoir la tendance des individus à protéger et développer leurs ressources et la primauté des pertes de ressources dans la compréhension des réactions du stress.

3.1. Émergence du stress et ressources dans la théorie de la conservation des ressources

La théorie de COR est basée sur un principe motivationnel selon lequel ce qui motive le comportement des individus est la tendance de ces derniers à rechercher activement à créer un monde qui leur procure plaisir et succès. Cette motivation conduirait les individus à préserver, protéger et accroître les éléments qu'ils estiment, qui ont de la valeur pour eux et auxquels ils accordent de l'importance. Ce qui rejoint les mécanismes décrits en psychodynamique du travail et en clinique de l'activité. Ces éléments sont nommés « ressources » (Hobfoll, 1989).

Les ressources sont définies comme des « *objets, des caractéristiques personnelles, des conditions ou des énergies qui ont une valeur pour l'individu ou qui servent comme moyen d'obtenir des ressources qui sont valorisées* » (Hobfoll, 1989 : 516). Selon Hobfoll et al. (1996) la perte de ressources est le premier mécanisme qui dirige les réactions au stress, ces dernières se déclenchant lorsque les personnes doivent faire face à une menace de perte ou à une perte réelle de leurs ressources. Ainsi, les individus s'engageraient activement dans leur environnement dans le but d'augmenter leur chance de maintenir ou d'obtenir des ressources qui diminueraient la probabilité de perte de ressources et soutiendraient le succès du processus motivationnel. Ce qui n'est pas sans rappeler le concept de souffrance créatrice (Dejours, 2001) ou de discordance créatrice de Clot (1998)

La définition du stress qu'il propose est directement liée à cette conception théorique : « *le stress psychologique est défini comme une réaction à l'environnement dans lequel il y a (a) la menace d'une perte nette de ressources, (b) la perte nette de ressources ou (c) un manque de gain de ressources suite à un investissement important de ressources* » (Hobfoll, 1989 : 516). Ainsi, les événements les plus stressants sont clairement les événements de pertes (Hobfoll et Shirom, 2001 : 59).

3.2. Les principes de la théorie de COR

3.2.1. Principe 1 : Préservation et développement des ressources

Selon ce premier principe, les individus doivent investir des ressources dans le but de limiter la perte de ressources, de protéger les ressources ou de gagner des ressources. Ces ressources constituent un potentiel de résistance au stress et sont utiles dans le cadre des efforts d'ajustement suite aux situations de pertes. Ce qui signifie que dans l'ajustement les personnes se servent de leurs propres ressources ou en appellent à des ressources disponibles dans leur environnement de travail (Hobfoll et al., 1996). En investissant leurs ressources, les individus s'attendent à une certaine récompense en termes de gains de ressources futures. Si cette attente se solde par un succès en gain de ressources, les individus voient leur pool de ressources augmenter. Au contraire, si cette attente échoue, les individus voient leur pool de ressources diminuées. Toutefois, la théorie de COR postule que les ressources s'épuisent dans le processus d'ajustement (Hobfoll et Shirom, 2001). Ce à double titre : 1/ l'ajustement lui-même peut provoquer un épuisement des ressources : la perte est la perte des ressources investies car l'individu y perd en énergie, en fragilisation de son estime de soi, etc. ;

2/ lorsque cet investissement aboutit à un échec, autrement dit quand les ressources dépensées pour l'ajustement dépassent les avantages retirés, les conséquences de l'ajustement vont être négatifs. Elles vont se traduire en effet par des ressources diminuées : la perte est la perte des gains attendus ou prévus par l'investissement initial (Hobfoll, 1989) : « *le stress se produit lorsque les personnes ne reçoivent pas de gains raisonnables suite à l'investissement de ressources, celles-ci étant elles-mêmes en instance de perte* » (Hobfoll, 1998 : 55). C'est pourquoi, les stratégies d'ajustement sont perçues comme ayant une « *utilité marginale décroissante* » (Hobfoll, 2001 : 351). C'est-à-dire que « *suite à des circonstances de stress, les personnes ont tendance à avoir un pool de ressources de plus en plus épuisé pour combattre le stress et les pertes futures* » (Hobfoll et al., 1996 : 326).

3.2.2. **Principe 2 : la primauté de la perte de ressources**

Selon ce second principe, les individus possédant beaucoup de ressources ou ayant des ressources multiples sont moins enclins à la vulnérabilité, et plus en mesure d'obtenir des gains des ressources. Au contraire, les personnes démunies de ressources ou ayant des ressources singulières pauvres voient augmenter leur vulnérabilité, et sont moins en capacité d'obtenir des gains de ressources. Cependant, l'investissement en ressources ayant une utilité marginale décroissante, et la perte ayant un impact négatif plus important sur l'individu que l'impact positif des gains, la perte devient plus importante que le gain (Hobfoll, 1998, 2001). De ce fait, les gains en ressources, même si ils sont adéquats, ne permettent pas de compenser la perte qui s'est produite (Hobfoll et al., 1996). En ce sens, la perte ne doit pas être considérée dans un sens trop étroit. Elle ne se limite pas à la perte d'un objet à proprement parlé, mais s'étend également au sens, à l'identité (aux éléments de soi : objet investi comme étant une partie de soi-même, estime de soi, valeur de soi), aux rôles que joue l'individu, aux liens qu'il tisse, au soutien social qui lui est accordé, aux habitudes de pensée, etc. En somme, la perte se rapporte aussi et surtout, à travers la dimension subjective des ressources, à la perte d'un « petit bout de soi ». Les pertes sont alors importantes à deux niveaux au moins : au niveau instrumental car les ressources aident à la survie des personnes ; au niveau symbolique dans la mesure où les ressources aident les personnes à se définir (Hobfoll, 1989). La perte de ressources est alors un facteur de détresse psychologique : elle assombrit le sentiment de cohérence, est directement liée à des attitudes négatives telles que la colère ou la dépression (Hobfoll 2001 ; Hobfoll et al, 1996).

3.2.3. Principe 3 : les spirales de gains et de pertes

La notion de spirale stipule que les événements stressants s'inscrivent dans un processus marqué par des chaînes d'événements positifs ou négatifs (Hobfoll et Shirom, 2001). Ces chaînes d'événements contiennent en elles de multiples occasions de pertes ou menaces de pertes de ressources, mais aussi diverses opportunités de gains de ressources. En conséquence, les pertes et les gains de ressources n'impactent pas l'individu dans leur aspect singulier (isolé) mais à travers leur agrégation. Il existe donc deux spirales – les spirales de gains et les spirales de pertes – chacune d'elle s'expliquant par un effet d'agrégation et d'amplification des pertes ou des gains de ressources dans le temps (Hobfoll et al., 1996 : 327).

La spirale de ressources indique que les ressources sont interdépendantes et étroitement reliées les unes aux autres. C'est pourquoi les ressources singulières, même si elles sont fortes, peuvent être insuffisantes pour faire face aux situations de stress. Les multiples ressources assurent les réserves de ressources et augmentent la disponibilité de ressources pour l'ajustement (Hobfoll et Shirom, 2001 : 65). La spirale de pertes peut être expliquée par une association de pertes, une situation de pertes continues et l'incapacité des ressources disponibles à compenser les pertes produites ou à venir : « *si les ressources sont utilisées pour prévenir la perte d'autres ressources, une telle perte prédirait l'émergence d'une probabilité diminuée de posséder des réserves de ressources nécessaires* » (Hobfoll, 1989 : 519). La spirale de pertes se développe tant du fait d'un manque de ressources passées pour compenser les pertes futures, que du fait d'un pool de ressources affaiblies par l'investissement de ressources dans l'ajustement. Elle a pour conséquence essentielle l'endommagement de l'estime de soi et de la capacité des individus à faire face aux événements négatifs (Hobfoll et Shirom, 2001).

Selon ces trois principes, la perte de ressources devient ainsi le meilleur prédicateur de stress et de détresse psychologique : « *les gens accordent plus de poids à la perte qu'au gain de ressources et sont plus motivés à se prémunir contre la perte qu'à obtenir des gains* » (Hobfoll, 1998 : 169). L'angle d'analyse de la théorie de COR est donc focalisé autour de la question de la perte de ressources pour appréhender les situations de ruptures professionnelles que peuvent vivre les individus au sein d'une organisation. La théorie de COR propose alors un modèle alternatif pour interpréter les réactions émotionnelle et symbolique au stress et le sens du vécu des individus dans ces situations. C'est pourquoi cette théorie offre un cadre d'analyse adéquat avec le concept de souffrance au travail.

II. CADRE EMPIRIQUE DE LA RECHERCHE

Si les problèmes de santé et sécurité au travail semblent être l'apanage des secteurs productifs et marchands, comment imaginer que le secteur du social et du médico-social, emprunt de valeurs de charité, d'aide, de don de soi et d'engagement puisse être touché par le phénomène de la souffrance au travail ? Nous avons voulu porté notre investigation sur ce dernier secteur justement, qui depuis ces quinze dernières années est soumis à de nombreuses mutations et réglementations qui : 1/ l'obligent de plus en plus à appliquer les réglementations hospitalières (notamment depuis l'arrivée des ARS); 2/ introduisent une logique économique ne faisant pas de sens dans un secteur largement dominé par une logique humaine ; 3/ bousculent de ce fait ses valeurs, ses pratiques remettant en cause son fondement même.

1. TERRAIN ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Notre investigation a eu lieu au sein du Centre Médical de soin et de Convalescence (CMC), situé à la Grande-Motte (34). Établissement à but bon lucratif d'utilité publique régi par le code de la Mutualité Française, il est ouvert en 1973 sous le statut de « maison de repos et convalescence ». Avec une capacité d'accueil de 100 lits, il accueille, sur prescription médicale, tous les assurés sociaux et travailleurs indépendants dont l'état de santé nécessite du repos. Il devient en 1987 un « centre médical de repos et de convalescence » et détient, au moment de notre investigation, une capacité d'accueil de 150 lits. Son public a évolué dans la mesure où le CMC accueil uniquement des personnes malades, venants de différents établissements de santé de la région, et qui ont subies une intervention chirurgicale, sont atteints d'affection de longue durée (notamment affections pulmonaires) ou ont des pathologies liées au vieillissement. Le CMC fourni ainsi aux patients l'ensemble des services assurés par l'hospitalisation. L'équipe soignante est composée d'une équipe médicale – 2 médecins libéraux, présents à tour de rôle, un par semaine, 15 infirmières (12 travaillant seulement de jour et 3 seulement de nuit) et 18 aide-soignantes (16 seulement de jour et 2 seulement de nuit) – et d'une équipe para-médicale (assistantes sociales, psychologues, ergothérapeute, kinésithérapeute, etc.). L'équipe médicale de jour fonctionne selon deux créneaux : matin (6h-14h) et soir (14h-22h). L'établissement se compose de trois secteurs (3 bâtiments différents) où les pathologies sont toutes confondues. Chaque secteur s'étire sur trois étages (dont un secteur sans ascenseur), et est composé d'une infirmerie contenant le matériel de soin de base et de 50 patients. Pour chaque secteur, il y a une infirmière et deux aide-soignantes, ces dernières travaillant en binôme mais leur nombre pouvant être aléatoire selon les jours. Notre investigation

s'est portée sur les infirmières et aide-soignantes de jour dans la mesure où leur activité et leurs interactions sont plus importantes à ce moment là : soit au total, sur 28 soignants. Dans l'établissement sont présentes la directrice du CMC et l'infirmière cadre qui possède un rôle administratif (gérer les plannings et les commandes de matériel) et dont la fonction inclue de seconder les équipes médicales lorsque cela le nécessite.

Nous avons mené une observation directe qui s'est étalée sur 6 mois, avec une autorisation de la part de la direction d'un accès aux chambres pour évaluer le travail et la relation soignant-patients et un accès à toutes les réunions. Cette observation a consisté à suivre un personnel soignant par service et secteur. Ainsi nous avons pu suivre tout le personnel appartenant à l'échantillon et voir les conditions de travail dans chaque secteur. Cette observation, s'est accompagnée d'entretiens semi-directif auprès des 28 soignants de notre échantillon. Ces entretiens ont eu lieu hors des temps de travail (après le service), ils étaient d'une durée variant d'une heure à une heure et demie, et se sont déroulés dans les locaux du CMC (dans une salle de réunion). La grille d'entretien aborde trois grandes catégories : les expériences objectives au travail (condition de travail, organisation du travail, soutien organisationnel, participation), les expériences subjectives du travail (objectifs, motivation, sens du travail, image de soi, reconnaissance), et enfin les comportements organisationnels (implication au travail, envie de travailler). Pour chaque question, les informations que nous devons recueillir étaient de trois ordres : 1/ la perception des soignants de leur expérience concrète au travail ; 2/ le ressenti face à ces expériences (vécu subjectif) ; 3/ dans le cadre d'une expérience de travail vécue négativement, comment ils s'en défendaient, y faisaient face. L'ensemble des entretiens a été traité par classement thématique partiel sur le logiciel Modalisa.

2. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

Les résultats analysés en termes d'expérience au travail ont été classés soit comme des exigences de travail, soit comme des ressources au travail. Le but étant de voir l'impact des exigences du travail sur les ressources au travail, et de déterminer les causes et la forme de la souffrance au travail.

2.1. Les exigences/contraintes au travail

Parmi les exigences au travail plusieurs points ressortent. Tout d'abord la prédominance d'un discours sur le conflit de rôle : les professionnels énoncent en effet des objectifs contradictoires

entre ce que leur impose l'organisation, et au-delà la politique de santé aujourd'hui (faire du chiffre, de l'activité, de la rentabilité), et ce que leur demande leur métier (soigner de manière correcte : aspect technique et humain) : *« On vit dans des mondes qui ne sont jamais censés se rencontrer tellement ils sont différents. C'est comme l'enfer et le paradis. Pour nous c'est l'humanité et pour eux la rentabilité. Rentabilité c'est tout ce que tu entends quand on parle de santé aujourd'hui. Avant quand on parlait santé, on entendait le mot humanité. Je n'ai pas fait ce métier pour faire de la rentabilité et encore moins pour être dirigée par des gens qui ont oublié le sens du mot soin ou qui y mettent derrière le terme argent »* ; *« La santé c'est du business aujourd'hui. Quand tu viens travailler t'as l'impression de rentrer dans cette dimension business où l'autre et qu'il guérisse, on s'en fout. On n'y pense pas. Moi ça me met en colère. Mon éthique c'est de considérer les gens dans ce qu'ils sont et dans ce qu'ils ont. C'est de les soigner, de les guérir quand c'est possible, en tout cas de les soulager. Aujourd'hui on soigne à moitié, on fout hors de l'hôpital des gens qui nécessitent encore des soins et on les rend encore plus malade que lorsqu'ils sont rentrés. Ma réalité du terrain, c'est des malades, des personnes qui ont souvent des grosses pathologies, c'est des effectifs réduits, des économies de matériel et soigner malgré tout. Eux c'est comme si ils avaient oublié que c'est pas parce qu'il faut faire des réductions de dépenses que les malades disparaissent. Ils ne savent pas ce qu'est soigner et encore moins ce qu'est l'aspect humain des soins. C'est à cause des restrictions budgétaires qu'on en est là aujourd'hui. Chaque jour, il y a de moins de moins de soignants, chaque jour il y a de moins en moins de matériel, chaque jour il y a de plus en plus patients même ceux que l'on ne peut pas recevoir car on n'est pas adapté pour »*. Le conflit de rôle peut-être perçu comme une absence d'adéquation intervenant à 2 niveaux :

- Un conflit individu-climat lié au contexte organisationnel dans lequel l'individu exerce son rôle : objectifs différents, pression sur moyens, primauté de l'économique sur l'humain : *« Moi j'ai pas voulu travailler à l'hôpital parce que c'est l'usine. Mais ici ça tend à le devenir aussi. C'est la politique qui veut ça. C'est la rentabilité. C'est à l'opposé du métier. T'as qu'à voir tout simplement en ce moment on ne parle plus de santé on parle d'économie de la santé. Ça veut tout dire ça »*.
- Un conflit individu-rôle. Celui-ci est lié aux attentes de rôle du métier. Il porte sur un conflit concernant la manière de faire le métier par rapport aux attentes : *« c'est pas mon métier ça »* ; *« Mon métier, celui que j'adorais, celui que je voulais faire, c'est pas celui que je fais aujourd'hui »* ; *« on nous impose un travail et un résultat et on sait que ceux-ci ne sont pas compatibles avec notre travail et le résultat qu'on cherche, nous, à atteindre. Ce qui est difficile surtout c'est de reconnaître que la tâche que l'on doit accomplir on ne peut pas la faire »*.

Parmi les exigences/contraintes apparaissent également de mauvaises conditions et organisation du travail. En termes de conditions de travail :

- Les locaux sont hors normes : *« Les portes des chambres ne font que 90 cm d'espacement au niveau du cadre alors qu'il faut 1m10 pour l'évacuation d'urgence. Actuellement les lits ne sortent pas des chambres et ça il faut il le savoir. Je te dis pas le cinéma qu'on doit faire pour évacuer un patient. » ; « Au niveau du Levant [nom d'un secteur] on n'a pas d'ascenseur alors que la moitié des patients sont en fauteuil roulant » ; « Les chambres sont trop petites, les prises d'oxygène, pour les atteindre, on doit escalader le malade. Je te jure ils ont le temps de mourir 10 fois le temps qu'on les soigne ».*
- Le matériel est inadapté ou insuffisant : *« il manque du matériel, alors il faut aller à sa recherche. Sinon on n'a pas de matériel du tout. Mais il y a quand même un soin à faire, alors il faut bidouiller » ; « A ça il faut rajouter qu'on manque de matériel. Il n'est pas fonctionnel, il tombe tout le temps en panne pour les appareils parce qu'il sont vieux, ou tout simplement on n'a pas de matériel pour les nouvelles pathologies qu'on reçoit. On ne devrait même pas les recevoir parce qu'on a pas de quoi les soigner » ; « Les appareils d'aspiration pour désencombrer les patients qui ont des mucoviscidose, ou autre, et ben on te le fournit sans tubulures. L'appareil sans les tubulures ça sert à rien ».*
- L'effectif apparaît insuffisant : *« on est souvent toute seule pour 50 patients » ; « le week-end on fonctionne en effectif réduit alors que la charge de travail est la même. Les patients et leur maladies s'en vont pas en ballade le week-end » ; « on manque d'effectif, on travaille souvent seule, et ils ne veulent pas embaucher » ; « il y a une infirmière par secteur. Ce n'est pas normal. Ça fait un secteur de 50 patients à charge et 25 patients en soin par service et par secteur ».*

L'ensemble de ces conditions de travail génèrent un amoindrissement de la qualité des soins.

Au niveau de l'organisation du travail, on note :

- La sectorisation, où le roulement de personnel par secteur qui est prévu tous les trois mois environ n'est pas respecté. Le personnel change de secteur quasiment tous les jours : *« Y'a l'attribution des secteurs où on ne sait jamais où on va. Moi je me suis retrouvée à faire trois secteurs en trois jours. T'es dévariée. C'est pénible » ; « on te change de secteur tous les jours. On ne connaît pas les patients, on ne connaît pas leur problème, on ne sait pas leur répondre. Tu sais juste à peine ce que tu dois faire, la plupart du temps tu le découvres en arrivant en chambre. C'est du travaille mal fait, vraiment. Et quand c'est comme ça t'as pas le temps de construire avec eux, et eux ils n'ont plus d'infirmière référente. Ils disent souvent, mais je sais pas à qui parler vous changez tout le temps. Et c'est vrai. Quand tu restes sur un secteur, ton patient tu le connais, il y a une relation de confiance qui s'instaure, et toi quand tu rentres en chambre même si t'es speed, ton patient tu le connais alors tu repères des choses, tu peux le signaler ou revenir après ton service le voir. Là quand tu les connais, tu passes à côté de beaucoup de choses ».*
- Les plannings ne sont pas respectés : Au niveau des heures de travail, l'équipe soignante

tourne à 8h de travail effectif par jour. Étant sur les 35h, cela leur donne droit à un jour, voire un jour et demi, de récupération sur 28 jours travaillés. Au niveau des repos, la réglementation impose 1 jour de repos dans la semaine, sachant que pour l'ensemble de l'équipe soignante la norme est de 4 jours travaillés et un jour de repos. Le planning est effectué une semaine à l'avance et affiché dans la salle à manger des soignants. Il informe sur qui travaille quel jour, dans quel secteur, et sur quel créneau. Il s'avère que cette formalisation n'est pas respectée tant au niveau des jours de repos qu'au niveau des plannings eux-mêmes qui changent quasiment tous les jours : *« ça fait 10 jours que je travaille et que je n'ai pas eu un seul jour de repos » ; « ça fait trois fois en un mois qu'on me passe du soir au matin. Résultat je pars d'ici à 22h et je reviens à 6h. Une fois j'étais prévu matin et soir, du coup j'ai fait une journée de 16h » ; « T'arrives pour travailler le matin et tu te rends compte que le planning a encore changé et t'es venu pour rien parce qu'on t'as changé ton créneau » ; « on regarde le planning tous les jours parce qu'il change tout le temps, on se tient au courant les uns et les autres selon qui travaille, mais parfois il est changé à 22h et tu loupes le coche. T'as regardé à 20h, il est changé à 22 et tu viens travailler le soir comme s'était prévu et te rends compte en arrivant qu'en fait entre temps on t'as mis du matin. Résultats les collègues se retrouvent dans la merde parce qu'il manque un collègue et il faut prendre sa charge de travail. C'est tout le temps comme ça ».*

- L'absence de soutien organisationnel, ainsi qu'une relation difficile avec l'infirmière cadre est dénoncée : *« On ne peut absolument pas compter sur notre surveillante, elle ne nous écoute pas, nous envoie chier, elle nous critique derrière notre dos, elle n'est jamais là quand on a besoin d'elle. Enfin c'est ... c'est pas une surveillante quoi. Elle ne fait absolument rien de ce qui devrait relever de sa fonction » ; « la surveillante, ne nous écoute pas du tout et je ne me sens pas du tout reconnue non plus. On se fait envoyer chier à chaque fois, on se fait pourrir à chaque fois. En plus, elle essaye de nous diviser avec l'équipe, c'est la politique de la peur, de l'exemple » ; « Elle te tombe dessus et ne te laisse même pas le choix de t'expliquer. Là, tu ressens une grande injustice parce qu'elle te tombe dessus alors que t'y es pour rien. Mais il faut un exemple et il tombe sur ceux qui parle un peu trop, qui exprime leur avis. En gros, tu es un exemple de sanction pour que tout le monde sache qu'il faut fermer sa gueule » ; « Ils ne sont pas soutenant, pas reconnaissant » ; « On n'est pas écouté, pas soutenu, pas reconnu ».*
- Enfin, l'équipe fait apparaître une absence de participation notamment aux réunions de soignants : *« Les réunions de staff, on ne peut jamais y assister non plus, c'est impossible elles sont sur un créneau où on a tout à faire en même temps », « on ne peut pas y aller à ces réunions et c'est dommage parce que c'est important pour moi, pour qu'on tienne au courant l'équipe paramédicale de ce qu'on peut voir, de ce qu'on sait du patient et qu'on entende aussi ce qu'eux ont vu, savent, pour améliorer nos soins » ; « on est en première ligne, on voit les patients tous les jours et ces réunions se font sans nous. On leur a proposé de décaler l'heure de réunion d'une heure, c'est-à-dire*

après notre service, pour qu'on puisse s'y rendre. Ils ont refusé car il fallait nous rémunérer ses heures de réunion. On a discuté en équipe, l'essentiel pour nous s'est d'y être, et on proposé que la réunion soit décalée et qu'on acceptait de ne pas être rémunérer. Ils n'ont rien changé pour autant et on nous reproche de nous pas venir. Mais quand on y va, on nous reproche de laisser notre secteur et d'être en faute ».

Le dysfonctionnement organisationnel produit essentiellement le sentiment de pas être reconnu au travail.

Avant de voir l'impact de ces exigences sur les ressources, il s'agit de comprendre dans un premier quelles sont ces ressources dont les personnes disposent au travail.

2.2. Les ressources au travail

Trois types de ressources peuvent être repérées au vu du discours des personnes interrogées :

- Le métier : celui-ci permet une actualisation de soi dans la mesure où il est évolutif, obligeant toujours les professionnels à être au fait des pathologies et des traitements : *« Professionnellement j'apprends tous les jours, je découvre en permanence. C'est un métier où tu ne sauras jamais tout. Donc professionnellement c'est une richesse intellectuelle »* ; *« Par définition notre métier est dynamique. Les pathologies évoluent, les traitements et les techniques évoluent. Donc il faut être toujours vigilant et se tenir former »*. Le métier apparaît également comme vecteur de sens. Ce sens se situe non seulement dans la valeur et la représentation du métier au sein de la société, accordant un sentiment de valorisation de soi, mais il est également perçu, dans la notion de son utilité et de son importance en tant que personne : *« c'est un métier qui valorise beaucoup. A l'extérieur quand tu dis que tu es infirmière, tu as le monde qui brille autour de toi parce que tu représentes l'altérité, la générosité, le don de soi »* ; *« Déjà c'est un métier qui a une bonne image dans la société parce que l'infirmière c'est celle qui est au service des autres »* ; *« Et puis, c'est un métier utile. Si on n'était pas là, ça serait grave, qui aiderait les malades de cette société ? Moi parfois je me dis qu'on contribue au mieux être de la société en contribuant au mieux être du malade »* ; *« D'une grande importance dans le sens où si on n'était pas là... ça tournerait pas quoi. J'ai un métier utile, un rôle utile »* ; *« utilité pour le sens que je lui donne. Oui ça reste un métier utile malgré tout, parce que si on était pas là il y aurait personne pour soigner ses gens. C'est un métier important »* ; *« Tu sers à quelque chose et à quelqu'un. Pour moi c'est un métier utile »*. Le métier apporte ici une édification identitaire certaine.
- Les collègues. La totalité des personnes interrogées évoquent un fort soutien social de la part des collègues : *« L'équipe oui c'est un véritable soutien, elle est toujours là »* ; *« C'est plus au*

niveau humain que t'arrives à surmonter les p'tits trucs. L'équipe elle est toujours là, elle est toujours derrière toi » ; « Tu sais que tu peux compter sur l'équipe. On s'entend vraiment bien, on se soutient ». Ce soutien s'accompagne du sentiment d'être reconnu par les collègues : « Et puis oui je sens reconnu par l'équipe. Il y a toujours un petit mot gentil, un compliment. C'est très agréable parce que ça t'aide à continuer et à te dire que ton boulot tu ne le fais pas si mal que ça » ; « La reconnaissance de mes collègues je l'ai et c'est le plus important à mes yeux » ; « Le principal c'est qu'entre nous, dans l'équipe, on se reconnaisse ».

- Les patients, comme les collègues, sont source de plaisir et de joie au travail : « je trouve par les collègues et les patients encore des moments de plaisirs » ; « tu prends quand même plaisir à faire ce métier grâce aux collègues et aux patients qui sont géniaux. La joie dans mon travail c'est eux. C'est eux qui me donne mon plaisir et le sourire quand je pense à mon métier » ; « Heureusement qu'il y a l'équipe et les patients parce qu'ils donnent beaucoup de joie » ; « Il y a les patients, les collègues. C'est grâce à eux que j'aime toujours ce métier. Le plaisir il est là. C'est grâce à eux et aux collègues ». Les patients et les collègues apparaissent ici comme une véritable ressource au travail dans la mesure où il est mentionné que ce sont eux qui permettent aux professionnels d'être protégés et de tenir au travail : « C'est grâce à l'équipe et aux patients qu'on tient le coup » ; « L'équipe c'est notre roue de secours, c'est par elle qu'on est reconnu, c'est avec elle qu'on est protégé, qu'on trouve des ressources » ; « Les collègues c'est comme les patients, c'est un bouclier ».

Nous constatons ainsi que si le métier, les collègues et les patients sont des formes de ressources au travail, ces dernières permettent l'apport d'autres ressources, à savoir le sens du travail, la construction identitaire, la reconnaissance et le plaisir.

Il s'agit pour nous, à présent de voir l'impact des exigences sur ces ressources.

2.3. Conséquence de ces exigences au travail sur les ressources

2.3.1. Pertes objectives

Les exigences engendrent trois types de pertes objectives : la perte de la qualité au travail, la perte de l'aspect humain au travail et la perte du patient : « tu zappes le relationnel déjà, parce que le soin technique c'est ce qui compte pour eux et qui doit être fait, mais en plus tu fais mal ton soin technique. Tu fais pas un travail de qualité » ; « Tu ne peux pas faire de la qualité quand tu fais vite et mal, quand tu ne prends plus en compte le patient comme personne, quand tu fais trois minutes chrono pas chambre » ; « La

qualité humaine on la perd, mais la qualité technique aussi parce que notre travail on le fait mal, on le fait vite, on le bâcle toute le journée » ; « tous les jours moi j'ai l'impression de maltraiter mes patients. Surtout le matin et le soir quand on les couche. Quand je couche quelqu'un le soir, j'ai toujours cette impression. T'as pas le temps de discuter avec eux. Tous les jours tu les prends pour des objets. Un matin, à la première visite, j'ai retrouvé une dame sur son fauteuil. Elle avait dormi là et elle s'était pissée dessus. La collègue de la veille n'avait certainement pas eu le temps de faire toutes les chambres pour voir si ça allait et résultat on l'a oublié sur son fauteuil. Le problème c'est que cette dame ne marche pas. Elle pouvait donc pas atteindre la sonnerie pour prévenir les infirmières et encore moins aller jusqu'au WC ou dans son lit. Quand je l'ai trouvé, elle avait un regard d'une telle tristesse. Comme si on ne l'avait jamais autant mal traité de sa vie » ; « Tu speed, tu bâcles ton travail, tu zappes le relationnel et le patient » ; « tous les jours on les traite comme des objets. Le matin on les bouscule, le soir on les bouscule, pendant nos soins on les bouscule. On les bouscule en permanence ».

La ressource « patient » est menacée par les exigences du travail. La perte de la qualité et de l'aspect humain au travail vient, elle, plutôt nuire à la ressource « métier ».

2.3.2. Pertes subjectives

Face aux contraintes et exigences du travail, les professionnels évoquent plusieurs pertes subjectives. Au titre des pertes subjectives, on peut compter :

- une perte des motivations et des objectifs : « En fait, tu te dis que tes motivations de départ n'étaient qu'illusions, une fausse image que tu te faisais du métier parce que dans la réalité c'est pas du tout ça » ; « tes motivations tu n'arrives jamais à les réaliser » ; « Du coup à la longue tu perds tes objectifs, t'arrêtes d'en avoir ».
- une perte de l'estime de soi associée à une image de soi dégradée : « Moi je me dégoute quand je me revoie en train de travailler » ; « J'ai fermé la porte de la chambre et je suis aller me mettre de l'eau sur le visage pour me ressaisir. J'ai même pas réussi à me regarder dans la glace, je me donnais envie de vomir. Je me détestais » ; « C'est dégradant quand tu penses le soir à la façon dont tu as agis dans ta journée, tu te sens nulle » ; « C'est dévalorisant et humiliant parce que t'as l'impression d'être une merde quand on bosse comme on bosse » ; « En fait c'est pas une très bonne image parce que je me sens nulle, incompétente » ; « une image pas très bonne en fait. C'est une image assez négative oui. Je me sens inutile, nulle, pas compétente » ; « je sens minable » ; « j'ai l'impression d'être une merde ».
- une perte de reconnaissance de la part de la hiérarchie : « Il n'y a aucune reconnaissance professionnelle non plus. Moi ça me laisse le sentiment d'être inexistante, comme si j'existais pas et ça fait mal » ; « Je ne me sens pas reconnu non plus. Aucun c'est un bon travail, c'est bien ce que

- vous avez fait », « Il n'y a aucune reconnaissance non plus de leur part. Juste du mépris, du pouvoir ».*
- *une perte de sens au travail : « Le sens ? Je sais plus si mon travail à un sens aujourd'hui. Je n'arrive pas à te répondre. Je suis désolée » ; « c'est là tout le problème, il n'a plus de sens. Tout est insensé. Tout est incohérent » ; « Je me sens plus bien, plus à ma place. Je ne comprends plus mon métier, la façon dont je travaille » ; « Je ne sais plus ce que dois faire et pourquoi. Je ne comprends plus ce qu'on me demande, plus rien n'est cohérent » ; « tu perds le sens de ce que tu fais, t'es dévariée parce que tu ne comprends pas ce que tu dois faire et à quoi tu dois répondre ».*
 - *une perte du métier : « dans tout ça c'est notre métier qu'on est en train de perdre », « notre métier il n'existe plus » ; « c'est mon métier qu'ils sont en train de détruire » ; « c'est mon métier que je suis en train de perdre, et ça fait mal ».*
 - *une perte d'identité : « ce métier c'est un peu nous; c'est ce que l'on est au plus profond de nous. On ne fait pas ce métier par hasard. On le fait parce qu'on est appelé par l'humain, le don de soi, l'aide. Et là tu fais tout le contraire. C'est ton identité qui se prend un coup. Tu sais plus qui tu es, tu ne te reconnais plus » ; « tu te perds toi même parce que tu ne te reconnais plus en travaillant, tu ne te reconnais plus dans ta colère » ; « Aujourd'hui, ce métier je ne peux tellement pas l'exercer que j'ai l'impression que on m'a coupée mes bras et mes mains. J'ai l'impression qu'on m'a amputé d'une partie de moi » ; « C'est l'essence de mon métier qu'ils sont en train de me prendre et du coup c'est mon essence à moi aussi parce que ce métier c'est une partie de moi » ; « en enlevant le côté humain de mon métier c'est aussi une partie de moi qu'on m'arrache. Je ne me reconnais plus ».*
 - *une perte des valeurs : « On trahit tous les jours nos patients, les valeurs de notre métier. On ne peut plus exercer ce métier. On se trahit soi même aussi parce que ce qu'on fait c'est plus en accord avec ce qu'on pense » ; « C'est à mon métier même et à ces valeurs qu'ils viennent toucher. On bafoue notre métier et ses valeurs tous les jours. Ces politiques elles sont en contradictions avec mon métier, mon éthique. J'ai l'impression de trahir mes patients tous les jours en trahissant mes valeur » ; « On se trahit soi même aussi, parce qu'on travaille comme on n'a pas envie de travailler, contre nos convictions, notre éthique, contre nos valeurs ».*
 - *une perte de sommeil : « J'arrive pas à m'endormir, je réfléchis, je désespère. Je me réveille aussi souvent. Je dois dormir deux heures maximum dans la nuit. C'est lié au travail, par contre, aux soucis liés au travail » ; « le soir je n'arrive pas dormir, je ne suis pas tranquille parce que je sais que je fais mal mon boulot » ; « c'est difficile de trouver le sommeil. Je revois toujours ma journée, et je n'arrive pas à dormir car je culpabilise ».*

Plusieurs ressources dont dispose l'individu au travail sont encore une fois menacée de pertes ici : le métier, le sens, la reconnaissance, l'identité. Ces pertes en engendrent d'autres : la perte de l'estime de soi, des motivations et objectifs au travail. Seule ici la ressource « collègues »

n'est pas touchée, permettant ainsi de maintenir la ressource « plaisir » au travail, dans la mesure où aucun professionnel n'évoque la perte du plaisir au travail. Le manque de reconnaissance et l'absence de soutien organisationnel de la part de la direction semblent être compensés par le soutien organisationnel des collègues et la reconnaissance du travail qui lui est associée. Le maintien d'une dimension collective au travail apparaît de ce fait essentielle dans la gestion des hommes au travail, afin de fournir aux travailleurs une ressource leur permettant de faire face aux événements défavorables du travail.

Ainsi, nous pouvons voir que les exigences au travail ont un impact direct sur la perte de ressources. Cette perte est essentiellement une perte de ressources subjectives liée à une dimension affective. Elle engendre, ainsi que le formulent les professionnels interrogés un « mal-être » au travail. Ce qui nous permet de conclure que la souffrance psychique au travail est liée à une perte de ressources affectives. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de COR, où Hobfoll et Shirom (2001) affirment que le burnout se réfère à un processus d'érosion des ressources « énergie intrinsèque » et, principalement, les ressources émotionnelles. Ils sont aussi cohérents avec le concept de souffrance au travail également dans la mesure où c'est bien la personnalité de l'individu dans sa dimension affective (valeur, identité) qui est mise à mal ici.

Dans ce contexte d'expériences au travail vécues majoritairement comme négatif, nous nous sommes demandés quel impact ce contexte pouvait avoir les comportements organisationnels, et notamment l'implication au travail – entendue au sens de Morrow (1993), c'est-à-dire un concept fédérateur (« *work commitment* »), exprimant qu'il peut exister au sein du milieu de travail différentes cibles sur lesquelles peut porter l'implication des salariés. Nous reconnaissons ainsi la notions des implications multiples au sein de l'organisation et de l'espace de travail (Morrow, 1983 ; Reichers, 1985). C'est ce que nous nous proposons de développer à présent.

2.4. Souffrance et implication au travail.

Les résultats montrent que sur 28 personnes interrogées, 26 se déclarent impliquées au travail (question : aujourd'hui vous sentez-vous plutôt impliqué ou désimpliqué au travail?). Quatre questions se posent alors à nous : 1/ comment se manifeste cette implication?; 2/ Quelles sont ces bases, au sens de Bekker (1992), c'est-à-dire ces motifs : qu'est ce qui incite l'implication ; 3/ Quels sont ces foyers (toujours au sens de Becker, 1992 et Reichers, 1985), c'est-à-dire les entités qui

créent son attachement : vers quoi ou vers qui se dirige cette implication? ; 4/ Que permet -elle?

2.4.1. Comment se manifeste l'implication au travail ?

Dans les discours, l'ensemble des personnes interrogées se disant impliquées aborde le thème « des heures supplémentaires ». Notre observation par ailleurs vient confirmer ces heures de travail fait en plus dans la mesure où très vite, plutôt que de mesurer l'absentéisme au travail, nous nous sommes retrouvés à mesurer le présentéisme au travail. En effet, après leur service, la majorité des professionnels reste au travail. Beaucoup d'entre eux viennent même travailler leur jour de repos. Durant ces heures, les professionnels continuent d'effectuer des soins auprès de patients déjà vus, et avertissent leurs collègues des patients qu'ils vont voir, afin que ces derniers ne s'en occupent pas. C'est cette présence que les professionnels nomment « heures supplémentaires ». Ces dernières constituent une véritable organisation informelle au travail, soutenue par les collègues : au contraire ce qui ne les font se voient exclus de l'équipe, mis au banc. Nous avons maintenu le vocable « heures supplémentaires » car c'est celui qu'utilisent les professionnels. Toutefois, nous le mettons entre guillemets, dans la mesure où juridiquement les heures supplémentaires sont des heures effectuées au-delà des mentions légales du contrat de travail, contrôlées par la direction, négociées entre les professionnels et la direction, et soumises en contre-partie à une rémunération. Tel n'est pas le cas, ici. Nous verrons dans la suite de cette communication, quels peuvent être les enjeux de ces « heures supplémentaires » hors réglementations, notamment sur la souffrance au travail. Ce présentéisme au travail constitue quoi qu'il en soit, et qu'elle en soit sa forme, une marque d'implication au travail.

Les manifestations de l'implication se perçoivent aussi, dans le désir de continuer à travailler. Ce désir a été évalué à travers la question : aujourd'hui avez-vous toujours envie de venir travailler ou venez-vous au travail à reculons²? A cette question, les professionnels se disant impliqués ont répondu avoir toujours l'envie de travailler. Cette envie se justifie par l'amour du métier et le plaisir ressenti au travail grâce aux patients et collègues, mais aussi par le devoir que les professionnels ont face aux patients : *«oui parce que j'aime mes patients, j'aime malgré tout mon métier et que je le dois à mes patients. Je ne peux pas les lâcher »* ; *«Oui, à chaque fois. J'aime mon métier, c'est ma passion. Tu ne peux pas faire ce métier sans passion, c'est pas possible. Et cette passion je l'ai »* ; *« si, j'ai toujours envie de venir travailler parce que je le dois à mes collègues et à mes patients. Et puis j'aime mon métier malgré tout car j'ai toujours plaisir à l'exercer grâce aux collègues et aux patients »*.

² Cette question a été posée juste avant de demander aux professionnels s'ils se sentaient impliqués ou non au travail. Ce qui permettait aussi de voir la cohérence des propos.

2.4.2. Les bases de l'implication

Nous avons pu repérer les bases de l'implication à travers les justifications que les professionnels apportent pour expliquer les « heures supplémentaires » et l'envie de travailler.

En ce qui concerne l'envie de travailler, nous pouvons voir que ce qui incite l'implication est ici la dimension du plaisir au travail. Ce qui est cohérent avec les travaux de Thévenet (2002), mais aussi avec le concept de souffrance créatrice où souffrance et plaisir au travail peuvent co-habiter dans un même contexte de travail.

Pour ce qui concerne les « heures supplémentaires », deux grandes causes sont identifiées. D'une part, ces « heures supplémentaires » sont effectuées car elles permettent :

- de compenser ce que les professionnels n'arrivent plus à faire lors de leur temps de travail : ici la compensation porte sur la qualité du travail : refaire un soin correctement : *« Je te jure, heureusement que les heures supp' existent, et qu'ici personne ne surveille rien, enfin pas nos heures de sorties en tout cas, pour combler après nos services tout ce qu'on a loupé »* ; *« Tu sais on bosse tellement mal que tu es obligé de rester après ton service pour faire ce que tu n'as pas fait correctement. Tu te rattrapes comme tu peux. Tu vas finir un soin que tu as vraiment bâclé alors que c'est pas le patient pour qui le faut faire, tu retournes voir les patients qui ne vont pas bien non plus et qui ont besoin de réconfort et que tu as envoyé valsé. En fait, on fait notre travail comme il doit se faire pendant les heures supp' »* ; *« je sais que sur ces heures là j'ai fait un travail de qualité »*.
- de préserver leur métier : *« Ça permet de garder en peu de dignité de soi, et de continuer à faire vivre les valeurs du métier »* ; *« souvent je fais des heures supp' après mon service ou je reviens les jours de repos, quelques heures pour passer du temps avec mes patients, pour rattraper ce que j'ai loupé. Y'a que comme ça que t'arrives à faire ce métier et à remplir ton rôle »* ; *« c'est dommage à dire mais ce n'est que dans ces heures supp' que j'arrive à faire mon métier comme il se doit »*.
- D'atteindre ces objectifs et motivations : *« Mais c'est à ce moment seulement qu'on peut adapter notre travail à nos motivations et objectifs. Les heures supplémentaires c'est une forme de combat en fait pour maintenir nos valeurs, les objectifs de notre métier, nos motivations et faire notre travail comme il doit être fait »* ; *« Mais il faut se battre pour ses motivations et ses objectifs, c'est pour ça que je fais des heures supp'. Je reste, comme le font les autres, après mon service. Je fais des heures supplémentaires parce que y'a que comme ça que j'arrive à atteindre mes objectifs, à me dire que mes motivations n'étaient pas qu'illusions. Après le service on va rattraper ce qu'on a laissé en chambre, on va faire notre rôle humain »*.

Nous constatons ici, que les « heures supplémentaires » sont incitées par les ressources perdues : qualité, métier, motivations et objectifs. Mais elles le sont aussi par des comportements de citoyenneté organisationnelles : la conscience professionnelle et l'obligation envers les patients : « *tu as quand même une conscience professionnelle et que le patient tu lui dois bien ça. Alors le temps tu le prends même si c'est pour finir ton service à 16h au lieu de 14h* » ; « *C'est parce qu'on a une conscience professionnelle, qu'on reste jusqu'à 16h30-17h, parce qu'on le doit au patient* » ; « *Les patients t'as beau leur faire violence, et ben tu as une conscience professionnelle et t'y retournes après ton service pour essayer de faire ton boulot. Si pour ça je dois faire des heures supp' et ben je le ferais car j'ai des devoirs envers eux* ».

Quatre motifs incitent l'implication : le comportement de citoyenneté organisationnelle qui montre une envie de bien faire son travail et le devoir moral envers les patients, l'amour du métier et le plaisir au travail qui montre un investissement affectif, et la perte de ressources qui montre une situation de souffrance au travail. L'implication au travail est ici simultanément motivé par le plaisir et la souffrance. Ces bases de l'implication au travail peuvent nous permettre de repérer les dimensions de l'implication en œuvre ici, en nous référant aux travaux de Allen et Meyer (1984; Meyer, Allen et Gellatly, 1990 ; Meyer, Allen et Smith,1993). Selon ces auteurs, qui conceptualisent essentiellement l'implication organisationnelle (« *organizational commitment* »), cette dernière serait un construit à trois composantes :

- L'implication affective : qui traduit un attachement affectif et émotionnel à l'organisation ou à la profession. Elle porte sur le désir de rester dans l'organisation ou la profession.
- L'implication normative : est rattachée à la notion « d'obligation morale » et porte sur le sens du devoir ressenti par les salariés.
- L'implication calculée : qui se réfère à la conceptualisation émise par Howard S. Becker (1960 : 33) où l'implication est perçue comme une tendance à « *s'engager dans des lignes d'actions cohérentes* », basée sur la reconnaissance par les individus des coûts associés à quitter l'organisation, à abandonner l'activité. Ainsi, plus un individu a investi de temps, d'effort, voire d'argent, au sein de son organisation ou profession, plus il s'avère coûteux pour lui de se séparer de cette dernière au risque de perdre ce qu'il y a investi.

Au vu des ces définitions, il apparaît que l'implication qui se manifeste chez les professionnels interrogés serait une implication à la fois de type affective (amour et plaisir, mais aussi pertes de ressources qui portent sur la dimension affective) et normative (comportement de citoyenneté organisationnelle : sens du devoir).

Toutefois, cette implication, avec le présentisme qu'elle suscite, notamment à travers la formalisation des « heures supplémentaire », apparaît aussi comme une forme de sur-implication au travail. Une sur-implication « aliénante » dans la mesure où à travers le volet perte de ressources les individus engagés sont dans une implication affective négative dont la source se trouve à la fois dans la souffrance ressentie au travail et dans les contraintes exercées sur l'individu (Penley et Gould, 1988 ; O'Reilly et Chatman, 1986). Cette sur-implication aliénante, par ailleurs, pose aussi la question suivante : dans quelle mesure les « heures supplémentaires » peuvent-elle créer une souffrance? D'une part, hors réglementation, les professionnels ne sont pas assurés contre les risques qui peuvent se produire au sein de leur lieu de travail pendant ces heures fait en plus : ce qui peut créer un état d'anxiété non pris en compte par les individus. D'autre part, non soumises à contre-partie en termes de rémunération, elles peuvent accentuer le sentiment de manque de reconnaissance au travail de la part de la hiérarchie et de dévalorisation de soi. Enfin, véritable fonctionnement informel collectif, elles peuvent aussi créer la peur d'être exclu de l'équipe, qui constitue une forme de protection. L'équipe ici a elle-même mis au point un fonctionnement qui peut s'avérer pathologique et aliénant et que les personnes interrogées refusent de reconnaître. Par ailleurs, nous parlons de sur-implication aliénante car cette forme d'implication attachent en effet les individus à leur travail, lieu de souffrance, parfois au prix de leur vie privée. Un cercle vicieux apparaît ici : souffrance engendre sur-implication aliénante qui elle-même est source de souffrance.

2.4.3. Les foyers de l'implication

En se disant impliquées, les personnes interrogées mentionnent les cibles de leur implication. Ces dernières sont au nombre de deux : les patients et le métier. Rares sont ceux qui mentionnent les collègues. Ce qui peut paraître cohérent dans la mesure où le soutien social de la part des collègues et la reconnaissance qui en découle, ne nécessitent pas un effort d'implication envers ces derniers. En somme, les cibles de l'implication sont les ressources perdues au travail dans une quête de reconquête ou protection de ces ressources.

Les cibles de l'implication, que sont les patients et le métier, montrent que l'investissement des professionnels se dirige moins vers l'organisation que vers les missions, les tâches, et le rôle des travailleurs. En ce sens, il apparaît que cet investissement au travail n'est pas une « implication » (« *commitment* »), c'est-à-dire le lien homme-organisation, mais un « engagement » (« *involvement* »), c'est-à-dire le lien homme-emploi occupé (Neveu, 1993).

Ainsi, si les bases de l'implication au travail nous ont permis de définir les dimensions de l'investissement des professionnels, les foyers de l'implication nous permettent de découvrir la nature de cet investissement. Aussi pouvons nous conclure que dans un contexte de souffrance au travail, l'investissement qui se manifeste est un sur-engagement affectif et normatif ; le sur-engagement affectif étant guidé à la fois par une dimension de plaisir – sur-engagement affectif positif – et une dimension de souffrance, sur-engagement aliénant. Le sur-engagement normatif étant guidé par une intériorisation excessive de son rôle de travailleur et une protection des valeurs du métier, il peut aussi être qualifié d' « aliénant ».

Il s'agit pour nous de voir à présent quelles sont les conséquences de ce sur-engagement au travail.

2.4.4. Le sur-engagement comme moyen d'atténuation des souffrances et gains de ressources.

Au vu des propos des professionnels sur les conséquences des « heures supplémentaires » qu'ils effectuent, l'implication aurait deux conséquences :

- atténuer la souffrance en permettant aux professionnels de tenir au travail et de restaurer une meilleure image d'eux : « Ça permet de garder en peu de dignité de soi » ; « ca te permet de te sentir moins minable, moins nulle à la fin de la journée » ; « On rattrape ce qu'on ne peut pas faire, c'est-à-dire notre métier. Mais c'est important. Enfin pour moi ça l'est parce que ça me permet de me sentir moins minable » ; « Quitte à faire des heures supplémentaires, au moins tu peux rentrer chez toi en paix. Tu sais que tu as fait une partie de ton boulot correctement, ça permet d'avoir une moins mauvaise image de soi » ; « ça permet de tenir au travail ».
- Ce qui permet de tenir au travail, c'est justement le fait que « ces heures supplémentaires » permettent de retrouver une ressource essentielle, le sens du travail, et de maintenir une autre ressources, celle du plaisir : « Y'a que comme ça que je trouve du sens et du plaisir dans mon métier et ça aide vraiment à pas lâcher » ; « C'est le seul moyen qu'on est de faire notre travail correctement c'est de repousser les aiguilles pour faire ce qu'on a zappé. Mais c'est important car ça permet de maintenir le sens du travail » ; « C'est pour ça qu'on fait des heures supplémentaires, pour garder le sens de notre travail » ; « Et ils savent très bien qu'on reste après le service pour eux [les patients] et ils nous le rendent bien. Pendant ce moment là si nous on reste pour faire notre travail correctement, eux nous renvoie toujours des compliments, on rigole et le plaisir il est là » ; « Les heures supplémentaires c'est une forme de combat en fait pour maintenir nos valeurs, les objectifs de notre métier et faire notre travail comme il doit être fait. C'est ce qui permet de

maintenir le sens du travail parce que tu compenses pendant ce temps ce que tu n'as pas réussi à faire durant ton service. Et le plaisir que l'on prend à faire notre travail à ce moment là, la reconnaissance que les patients nous renvoie mais aussi celle que les collègues nous renvoie, ça permet de se dire que dans ce travail on prend quand même du plaisir et ça ça aide à tenir. Sans ça, sans ses heures en plus, je crois qu'on finirait tous très mal. Ces heures volées en fait, c'est à nous qu'elles font du bien et on le sait parce que ça permet de moins te dévaloriser et de retrouver du sens dans ce que tu fais parce que pendant nos heures de service le sens on le perd parce qu'on te détourne de tes objectifs ».

Si les individus s'ajustent au stress en utilisant leurs ressources ou celles disponibles dans l'environnement de travail afin de se protéger d'une perte de ressources, de gagner en ressources ou de maintenir des ressources, comme le mentionne la théorie de COR, alors le sur-engagement au travail dans un contexte altérant la santé des travailleurs est perçu comme une ressource, une ressource d' « énergie » (investissement de son temps, de son potentiel, de ses capacités) permettant aux individus d'atténuer leur souffrance en leur permettant de maintenir au moins trois ressources : le sens, le plaisir et l'image de soi. Ce qui est cohérent avec les travaux de Wright et Hobfoll (2004) voyant l'implication comme une ressource que possèdent les individus au travail et qu'ils peuvent investir afin de s'ajuster aux situations de stress dans le but de protéger, maintenir ou gagner des ressources.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que dans un contexte de dérégulation du travail, où les valeurs, les pratiques professionnelles, les conditions de travail et les ressources que possède l'individu se dégradent, les individus éprouvent de la souffrance psychique. Lorsque cette souffrance s'accompagne d'une situation de plaisir ressentie simultanément au travail, on peut qualifier cette souffrance de culturelle. La souffrance culturelle a été caractérisée par une perte de ressources émotionnelles, affectives, et à lieu dans un contexte de gains et de pertes de ressources simultanément. La souffrance culturelle s'accompagne à la fois d'un sur-engagement affectif positif, d'un sur-engagement affectif aliénant et d'un sur-engagement normatif. Ce sur-engagement est perçu comme une ressource qu'utilise les individus pour s'ajuster, se protéger de la souffrance. Si il permet, en effet, une atténuation de la souffrance et le maintien, la protection, ou le gain de ressources menacées ou perdues, on peut se poser logiquement la question de son efficacité à long terme. En effet, ainsi que le formule la théorie de COR, l'investissement en ressources à une utilité

marginale décroissante, et la perte de ressources possèdent des effets négatifs plus grands que les effets positifs des gains de ressources. Le risque est donc de voir la ressource « sur-engagement » au travail se perdre. Il en résultera alors un désengagement au travail. Ce désengagement au travail des individus, s'il est néfaste pour le travailleur lui-même car source de souffrance, l'est aussi pour l'organisation qui perdra une « ressource » qui lui est essentielle et participe de sa performance : l'homme au travail. Un management bienveillant ne serait-il pas alors un management des hommes veillant à la stabilité des ressources organisationnelles en termes de condition de travail, de soutien organisationnel, de maintien des collectif de travail, afin de préserver sa ressource principale : l'homme?

Bibliographie

ALDERSON M. (2004). *La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail*, Santé mentale au Québec, vol. 29 (1), 261-280

ARONSON E. & PINES A. (1989). *Carrer Burnout : Causes and Cures*, New-York : Free Press

BEAUDELOT C. et GOLLAC M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris : Fayard

BECKER H.S. (1960). *Notes on the concept of commitment*, American Journal of Sociology, Vol 66 (1), 32-40

BECKER T.E. (1992). *Foci and bases of commitment : Are they distinctions wotth making ?*, Academy of Management Journal, vol.35 (1), 232-244

CHERNISS C. (1995). *Beyond Burnout : Helping Teachers, Nurses, Therapists and Lawyers Recover From Stress and Disillusionment*, New-York : Routledge

CHERNISS C. (1980a). *Professional Burnout in Human Service Organizations*, New York : Praeger

CHERNISS C. (1980b). *Staff Burnout : Job Stress in the Human Services*, Beverly Hills, CA : Sages Publications

CARPENTIER-ROY M-C. (1990). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier*, Thèse de Doctorat non publiée, Université de Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences.

CARPENTIER-ROY M-C. (2006). *Subjectivité et travail : ne pas dissocier le sujet et l'acteur*, in Institut de psychodynamique du travail au Québec, Espace de réflexion, Espace d'action en santé mentale au travail. *Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*, Canada : Presses de l'Université de Laval, 7-18

- CHANLAT J-F.** (1995). Théories du stress et psychopathologie du travail, in A.F Molinie (dossier réalisé par), Travail et santé mentale, Anact, 9-17
- CLOT Y. et FAÏTA D.** (2000). *Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes*, Revue Travailler, n°4, 7- 42
- CLOT Y.** (2008). Travail et pouvoir d'agir, Paris : PUF
- CLOT Y.** (2006). *Clinique du travail et clinique de l'activité*, in Y. Clot et D. Lhuilier, Perspectives en clinique du travail, Eres, n°1, mai 2006, 165-177
- CLOT Y.** (1999). La fonction psychologique du travail, Paris : PUF
- CLOT Y.** (1998). Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie, Paris : La Découverte
- CROZIER M. et FRIEDBERG E.** (1977). L'acteur et le système, Paris : Éditions du Seuil
- DEJOURS C.** (2001). Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie au travail, Paris : Bayard
- DEJOURS C.** (2000), Préface, in Carpentier-Roy, M.C. et Vézina, M. (éds), Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec, Octares, Les Presses de l'Université Laval, 9-18.
- DEJOURS C.** (1998). Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale, Paris : Le Seuil
- DEJOURS C.** (1995a). Le facteur humain au travail, Paris : PUF
- DEJOURS C.** (1995b). *Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail*, Le travail Humain, vol.58 (1), 1-16
- DEJOURS C. et ABDOUCHELI E.** (1995). *Itinéraire théorique en psychopathologie du travail*, in A-F Molinie (dossier réalisé par), Travail et santé mentale, Anact, 19-36
- DEJOURS C.** (1980). *La charge psychique de travail*, in Société française de psychologie du travail (éd), Équilibre ou fatigue par le travail?, Paris : Entreprise moderne d'édition, 45-54
- DUJARIER M.A.** (2006). L'idéal au travail, Paris : PUF.
- ENZMANN R. & SCHAUFELI W.B.** (1998). The Burnout Companion to Study and Practice : A Critical Analysis, Palo Alto : Taylor & Francis
- EHRENBERG A.** (1995). L'individu incertain, Paris : Calmann-Lévy
- EHRENBERG A.** (1998). La fatigue d'être soi, Paris : Odile Jacob
- ESNARD C.** (2007). *Pour une approche psychosociale su stress professionnel : problématique représentationnelles et identitaire*, in G. Chasseigne (s/dir), Cognition, santé et vie quotidienne, Vol. 1, Paris : Editions Publibook, 109- 128
- FESTINGER L.** (1957). A Theory of Cognitive Dissonance, Stanford, CA: Stanford University

Press

FREUDENBERGER H.J. (1974). *Staff burnout*, Journal of Social Issues, 30 (1), 159-165

HOBFOLL S.E. (2001). *The influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory*, Applied Psychology: An International Review, vol. 50 (3), 337- 421

HOBFOLL S.E & SHIROM A. (2001). *Conservation of ressources theory. Appllications of stress and management in the workplace*, in R.T. Golembiewski, Hanbbook of Organisational Behavior, CRC Press, 57-80

HOBFOLL S.E. (1998). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*, New-York : Plenum Press

HOBFOLL S.E., FREEDY J.R., GREEN B.L & SALOMON S.D. (1996). *Coping in reaction to extreme stress : The rôle of ressources loss and ressources availability*, in M. Zeidner & N.S. Endler, Handbook of Coping. Theory, Research, Applications, John Wiley & Sons Inc, 322-349

HOBFOLL S.E. (1989). *Conservation of resources: A new attempt at conceptualising stress*, American Psychologist, vol. 44 (3), 513-524

KARASEK R.A. (1979). *Job demands, job decision latitude and mental strain : implications for job design*, Administration Sciences Quartely, 24, 285-308

KARASEK R.A. & THEORELL T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New-York : Basic Boohs

LAZARUS R.S. & FOLKMAN S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New-York : Springer Publishing Company.

LEPLAT J. et Hoc J-M. (1983). *Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations*, Cahiers de psychologie cognitive, 3, 1, 49-63. Article repris dans J. Leplat (coord), L'analyse du travail en psychologie de l'ergonomie, Toulouse : Octarès, 1992, 47-59

MASLACH C. (1993). *Burnout : a multidimensional perspective*, in W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (éds), Professional Burnout, Recent developments in Theory and Research, Washington DC : Taylor & Francis, 19-32

MASLACH C. & JACKSON S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory Manual*, Palo Alto : Consulting Psychologists Press

MASLACH C. & JACKSON S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout*, Journal of Occupational Behavior, vol.2, 99-113

MEYER J.P. & ALLEN N.J. (1984). *Testing the Side-Bet Theory of Organizational Commitment : Some Methodological Considerations*, Journal of Applied Psychology, vol. 69 (3), 372-378

MEYER J.P., ALLEN N.J. & GELLATLY I.R. (1990). *Affective and continuance commitment to the organization : Evaluations of measures and analysis of concurrent and timme-lagged relations*,

Journal of Applied Psychology, vol.75 (6), 710-720

MEYER J.P., ALLEN N.J. & SMITH C. (1993). *Commitment to organizations and occupations : Extension and test of a three-component model conceptualization*, Journal of Applied Psychology, vol. 78 (4), 538-551

MORROW P.C. (1983). *Concept redundancy in organizational research : the case of work commitment*, Academy Journal of Management Review, vol.8 (3), 486-500

NEVEU J.P. (1993). *L'intention de départ chez le cadre : contribution à l'étude du roulement de personnel*, Thèse de Doctorat, Université de Toulouse 1

OMBREDANE A. et FAVERGE J.M. (1955). *L'analyse du travail*, Paris : PUF

O'REILLY C.A. & CHATMAN J.A. (1986). *Organizational commitment and psychological attachment : the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior*, Journal of Applied Psychology, vol.71 (3), 492-499

PENLEY L.E. & GOULD S. (1988). *Etzioni's model of organizational involvement : A perspective for understanding commitment to organisations*, Journal of Organizational Behavior, vol.9 (1), 43-59

PINES A. (1993). *Burnout, an existential perspective*, in W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (éds), *Professional Burnout : Recent Development in Theory and Research*, Washington, DC : Taylor & Francis, 33-51

PINES A., ARONSON E. & KAFRY D. (1982). *Le burnout : se vider dans la vie au travail*, Montréal : Editions du Jour

REICHERS A.E. (1985). *A review and reconceptualization of organizational commitment*, Academy of Management Review, vol.10 (3), 465-476

SELYE H. (1962). *Le stress de la vie*, Paris : Gallimard

THEVENET M. (2002). *Le plaisir de travailler : favoriser l'implication des personnes*, Paris : Editions d'Organisations

WRIGHT T.A. & HOBFOLL S.E. (2004). *Commitment, psychological well-being and job performance: An examination of conservation of resources (COR). Theory and Burnout*, Journal of Business and Management, vol.9 (4), 389-406