



**HAL**  
open science

# L'évolution du contrat psychologique d'une cohorte de jeunes professionnels infirmiers en France : une étude de cas longitudinale

Laurent Lamargot

► **To cite this version:**

Laurent Lamargot. L'évolution du contrat psychologique d'une cohorte de jeunes professionnels infirmiers en France : une étude de cas longitudinale. Economies et finances. Université d'Angers, 2016. Français. NNT : 2016ANGE0024 . tel-01478294

**HAL Id: tel-01478294**

**<https://theses.hal.science/tel-01478294>**

Submitted on 28 Feb 2017

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

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

## Thèse de Doctorat

Laurent LAMARGOT

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du  
grade de Docteur de l'Université d'Angers  
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

École doctorale : *DEGEST*  
Discipline : *Sciences de Gestion*  
Spécialité : *Sciences de Gestion*  
Unité de recherche : *GRANEM*

Présentée et soutenue le *21 novembre 2016*

# L'évolution du contrat psychologique d'une cohorte de jeunes professionnels infirmiers en France : une étude de cas longitudinale.

## JURY

Rapporteurs : **Emmanuel ABORD DE CHATILLON**, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes  
**Nathalie COMMEIRAS**, Professeure des Universités, Université de Montpellier

Examineurs : **Mathieu DETCHESSAHAR**, Professeur des Universités, Université de Nantes  
**Régis DUMOULIN**, Professeur des Universités, Université d'Angers  
**Anne SACHET-MILLIAT**, Professeure, HDR, ISC Paris

Invitée : **Anne METZINGER**, Directrice Adjointe, DRCI, Hospices Civils de Lyon

Directrice de Thèse : **Dominique PEYRAT-GUILLARD**, Professeure des Universités, Université d'Angers



*L'université d'Angers n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*





« The miracle is this: the more we share,  
the more we have. »  
Léonard Nimoy



À Marius, Capucine et Mia, mes  
enfants, ma fierté ; et à André, mon père,  
ce phare qui continue d'éclairer mes pas,  
en guise de merci et d'au-revoir.



## Remerciements

Ce travail de thèse est le fruit d'une aventure à la fois individuelle et collective. À ce titre, je tiens à adresser mes remerciements et ma profonde reconnaissance à tous ceux qui ont, directement ou indirectement, contribué à son élaboration.

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Mme la Professeure Dominique Peyrat-Guillard, d'avoir accepté d'encadrer mon travail. Ce fût un plaisir de travailler sous sa direction, en bénéficiant à la fois d'un cadre théorique et méthodologique et d'une liberté d'agir et de penser. Je tiens également à la remercier tout particulièrement pour son exigence, sa disponibilité et ses valeurs humaines qui m'auront permis d'avancer sereinement durant ces quatre années.

Mes remerciements s'adressent également à Mme la Professeure Nathalie Commeiras et M. le Professeur Emmanuel Abord de Chatillon qui ont accepté de faire partie du jury de cette thèse et d'en être les rapporteurs.

Je remercie également MM. les Professeurs Mathieu Detchessahar et Régis Dumoulin pour avoir accompagné mes avancées au travers des différents comités de suivi de thèse d'une part, et pour avoir accepté de faire partie du jury de soutenance d'autre part.

J'adresse également mes remerciements à Mmes Anne Sachet-Milliat, Professeure à l'ISC de Paris, et Anne Metzinger, Directrice Adjointe aux Hospices Civils de Lyon, actuellement en charge de la Recherche Clinique et de l'Innovation, pour leur participation à ce jury.

Merci également à Mme Laëtitia Pihel, Maître de conférences à l'Institut d'économie et de management de Nantes, pour ses éclairages théoriques et le temps qu'elle m'a accordé pour m'aider à cheminer dans ma réflexion.

Je pense également à mes camarades du GRANEM, spécialement Mmes Ghita Bennani Meziane et Pascale Debuire, pour l'entraide et le soutien qu'elles ont su m'apporter.

Et comment ne pas remercier également l'ensemble des 40 infirmiers que nous avons suivis durant une année, qui se sont prêtés de bon gré à nos questions et sans qui ce travail n'aurait été possible. Ils ont fait preuve de sérieux et d'engagement dans ce que nous leur avons proposé et ont tous répondu présent jusqu'à la fin de ce travail.

De la même manière, un grand merci également à tous les responsables hiérarchiques de ces professionnels qui nous ont accordé de leur temps sans aucune hésitation.

Une pensée également pour mes collègues d'encadrement, Mme Cathy Loirat, Mme Laurence Courtois, Mme Typhaine Rehel, Mme Céline Pannetier, M. David Renault, M.

Emmanuel Vigan, Mme Françoise Molière, Mme Isabelle Desjardins, Mme Christine Chassenieux, M. Mickaël Oger, M. Stéphane Duroux et Mme Irène Bonnerue qui m'ont supporté tout ce temps et qui, sans le savoir, ont souvent été source d'inspiration pour moi. Une pensée également pour ma Directrice, Mme Catherine Tirand-Martin, qui m'a permis d'achever ce travail dans les meilleures conditions possibles tout en reconnaissant, valorisant et utilisant mes différentes compétences.

Merci également à M. André Bonnerue pour sa bienveillance et sa relecture attentive, ainsi qu'à mes collègues, Mmes Nathalie Joëlle Renou et Martine Garnier-Despré pour leur aide technique si précieuse.

Et enfin, merci à Stéphanie, mon épouse, pour sa patience et le temps qu'elle m'a permis de consacrer à cette recherche.

## SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>13</b>
LE CONCEPT CENTRAL : LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	16
LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	19
LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	20
LES INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE .....	22
<b>PARTIE 1 : CONTEXTE, CADRAGE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ..</b>	<b>24</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES TRANSFORMATIONS DU MANAGEMENT SANITAIRE ET SES RÉPERCUSSIONS SUR LES SOIGNANTS .....</b>	<b>26</b>
1.1 LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : PERSPECTIVE HISTORIQUE .....	28
1.2 LE RÉSUMÉ DE LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ .....	52
1.3 L'INFIRMIER(ÈRE) : « PIÈCE » MAÎTRESSE DANS L'ORGANISATION DES SOINS .....	53
1.4 LA FORMATION INFIRMIÈRE .....	57
1.5 L'AUGMENTATION CONTINUE DES CONTRAINTES EN STRUCTURES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES .....	61
1.6 LE RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE .....	62
<b>CHAPITRE 2 : LA PLACE DU CONTRAT DANS LA RELATION D'EMPLOI.....</b>	<b>65</b>
2.1 QUELS TYPES DE CONTRAT UNISSENT LES PROFESSIONNELS À LEURS EMPLOYEURS ? .....	67
2.2 LA RELATION D'EMPLOI : DE MULTIPLES APPROCHES .....	71
<b>CHAPITRE 3 : LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>86</b>
3.1 L'ORIGINE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	88
3.2 LA FORMATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	91
3.3 LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE, SCHÉMA MENTAL DE LA RELATION D'EMPLOI.....	97
3.4 LA RUPTURE ET LA VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	105
3.5 IMPACTS DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET LES CONSÉQUENCES D'UNE RUPTURE ET D'UNE VIOLATION ...	119
3.6 LA REDÉFINITION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE À L'HEURE ACTUELLE .....	124
3.7 LES VOIES DE RECHERCHE SUR LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	129
<b>CHAPITRE 4 : LA MÉTHODOLOGIE DE LA THÈSE .....</b>	<b>131</b>
4.1 LE CHOIX D'UNE MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE .....	133
4.2 PRÉSENTATION DES TERRAINS DE RECHERCHE INVESTIGUÉS .....	161
4.3 L'ANALYSE DES DONNÉES .....	170
4.4 LES VALIDITÉS INTERNE ET EXTERNE DES RÉSULTATS .....	180
<b>PARTIE 2 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ET DISCUSSION .....</b>	<b>183</b>
<b>CHAPITRE 5 : DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ANTICIPATOIRE AU VÉCU DES PREMIERS MOIS.....</b>	<b>185</b>
5.1 L'ANALYSE DOCUMENTAIRE.....	186
5.2 L'ANALYSE DES PREMIERS ENTRETIENS (T1).....	190
5.3 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T1 ».....	204
5.4 L'ANALYSE DES ENTRETIENS DES RECRUTEURS .....	208
5.5 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS « RECRUTEURS » .....	221
5.6 L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T2 ».....	224
5.7 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T2 ».....	238
5.8 LES CONTRATS DE TRAVAIL DES JEUNES INFIRMIERS .....	241
5.9 L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T3 ».....	245
5.10 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T3 » .....	254
<b>CHAPITRE 6 : DE L'ADAPTATION À LA STABILISATION DU CONTRAT.....</b>	<b>257</b>
6.1 L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T4 ».....	258
6.2 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T4 ».....	268
6.3 L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T5 ».....	273
6.4 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T5 ».....	291



<b>CHAPITRE 7 : L'ÉCLAIRAGE COMPLÉMENTAIRE APPORTÉ PAR L'OBSERVATION (RÉALISÉE APRÈS LE T4).....</b>	<b>294</b>
7.1 L'OBSERVATION <i>IN SITU</i> .....	296
7.2 L'OBSERVATION DE L'INDIVIDU N° 1.....	302
7.3 LE RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE L'INDIVIDU N° 1.....	311
7.4 L'OBSERVATION DE L'INDIVIDU N° 38.....	312
7.5 LE RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE L'INFIRMIÈRE N° 38.....	325
7.6 RÉSUMÉ GLOBAL DE L'OBSERVATION DANS L'ÉTABLISSEMENT « EPSM3 ».....	326
<b>CHAPITRE 8 : DISCUSSION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>330</b>
8.1 LES PRINCIPAUX APPORTS THÉORIQUES.....	332
8.2 LES PRINCIPAUX APPORTS EMPIRIQUES.....	352
8.3 LES PRINCIPAUX APPORTS MÉTHODOLOGIQUES.....	360
8.4 LES LIMITES ET LES PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE.....	360
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>363</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>375</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>398</b>
<b>TABLE DES FIGURES.....</b>	<b>400</b>
<b>TABLE DES PHOTOS.....</b>	<b>403</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>405</b>

## Introduction générale

La santé, dit-on, n'a pas de prix... mais elle a un coût. Et ce coût, année après année, ne cesse de croître, affecte les finances publiques et fragilise notre modèle de santé national. Devant ce constat, les politiques publiques tentent de maîtriser la gouvernance sanitaire, depuis plusieurs décennies maintenant, dans le but de pérenniser notre système de soins. C'est ainsi que de nombreuses réformes ont été mises en place depuis les années 1970 avec des succès plus ou moins probants en termes de réduction des déficits budgétaires qui ont nécessité l'adoption de nouvelles mesures. Aujourd'hui, les structures hospitalières ont besoin de se moderniser pour devenir plus efficaces et garantir l'accès de tous à une médecine de qualité au meilleur coût. Ceci induit un changement de philosophie faisant passer les hôpitaux d'une logique d'efficacité à une logique d'efficience (Amar et Berthier, 2007 ; Kervasdoué, 2011). Ce changement de philosophie est impulsé par le rôle central des Agences régionales de santé (ARS) qui sont les représentantes de l'État en région et qui sont chargées de la réorganisation du paysage sanitaire régional et par voie de conséquence, national. Ainsi, cette entité se voit notamment confier les missions de renforcement de la coopération public-privé, le regroupement de structures sanitaires et la modernisation des hôpitaux. Pour ce faire, elle engage les hôpitaux dans une contractualisation en termes d'objectifs et de moyens et les accompagne dans leurs restructurations dans l'atteinte de ces objectifs. Tous ces changements apparaissent dans un contexte hospitalier que l'on croyait immuable et où chaque établissement s'autogérait plus ou moins et s'organisait de façon également plus ou moins autonome. Avec ces réformes successives et fondamentales, les structures hospitalières se trouvent maintenant fortement régies par ces organismes de tutelle que sont les ARS. Ces réformes ont eu pour effet d'entraîner de profonds bouleversements au sein des structures sanitaires en termes de gestion des ressources humaines. En effet, l'objectif principal étant de réaliser des économies, et sachant que la principale charge financière des hôpitaux correspond aux frais de personnels (Piovesan, 2003), les changements hospitaliers se réalisent au mieux à moyens humains constants avec des réorganisations impactant les charges de travail des professionnels du soin. En raison de ces bouleversements, les professionnels de santé ont perdu leurs repères et se trouvent désormais face à plusieurs contraintes jusqu'alors inconnues. Les contraintes économiques imposent aux soignants de jouer leur rôle dans la maîtrise des dépenses hospitalières, notamment en s'adaptant à des turnovers importants de patients (Acker, 2005), en s'adaptant et en se formant aux innovations médicales et technologiques, en faisant également face à la pression du public qui est de plus en plus informé et à la recherche de soins sûrs et de qualité (Legido-Quigley, 2008), ainsi qu'en assimilant les nombreux protocoles de soins constamment renouvelés, gages de qualité et de

sécurité des soins et enfin, en assurant constamment une traçabilité de plus en plus pointue de leurs actes. Parmi ces professionnels de santé, nous pensons tout particulièrement à la population infirmière des structures sanitaires. C'est elle qui a en charge l'application des prescriptions médicales et qui est au cœur de l'organisation des prises en charge globales des patients. Toutes les nouvelles contraintes qui émergent pour ces professionnels modifient *de facto* la relation entre l'employé et son employeur, entre l'infirmier et son hôpital.

L'intérêt porté à cette situation trouve son origine dans le fait qu'en tant que cadre de santé de filière infirmière dans différents hôpitaux publics, et avec une expérience hospitalière professionnelle de 20 ans, nous avons été amené, en fonction des contraintes citées précédemment, à devoir réorganiser les services dont nous étions responsable, modifier les organisations de travail, et faire le nécessaire pour que des restructurations d'unités de soins permettent des économies, notamment par le biais de diminutions de postes. Nous étions donc aux premières loges pour nous rendre compte de ce que cela induisait comme changements de comportement chez les infirmiers. De plus, qu'ils soient jeunes dans la profession ou bien plus expérimentés, souvent deux phrases revenaient en boucle dans les propos de ces nombreux infirmiers : « *je n'ai pas signé pour ça* » et « *de toute façon ils s'en foutent* ». « *Ils* » désignant l'employeur, « *dans les bureaux* », ou encore « *la Direction* ». Parfois, il arrivait à ces infirmiers de quitter la structure, de muter pour un autre établissement de santé, de se projeter dans une carrière libérale, de se reconvertir, mais bien souvent, sans aller jusque-là, nous pouvions constater, chez bon nombre de ces professionnels, une perte de leur envie de « *prendre soin* » (Hesbeen, 1999). Cela se traduisait par une baisse substantielle de la qualité de leurs soins techniques et relationnels auprès des patients, une diminution de la qualité de la relation avec leurs collègues, une curiosité intellectuelle amoindrie au regard de ce qu'elle avait pu être précédemment, des commandes de produits pharmaceutiques ou autres devenues lacunaires, voire l'adoption de comportements déviants pouvant être « *néfastes* » pour l'organisation (Sachet-Milliat, 2010, p.75). Ce dernier propos peut être illustré par le fait qu'un infirmier à qui, selon lui, on avait promis une mise en stage<sup>1</sup> rapide et qui ne l'avait pas obtenue dans les délais « promis », avait récupéré un ensemble de matériel de premiers secours dans le service en expliquant que « *ça compensera le manque à gagner de la prime que je ne vais pas avoir,* » puisque l'octroi de la prime de service est conditionné au fait d'être stagiaire ou titulaire de la Fonction publique hospitalière. Cette mise en stage avait effectivement été repoussée du fait d'une modification du nombre de personnels. Le nombre

---

<sup>1</sup> La mise en stage est la période probatoire destinée à vérifier les aptitudes du fonctionnaire à exercer ses fonctions. À l'issue de la mise en stage, l'agent a vocation à être titulaire de la Fonction publique hospitalière.

de fonctionnaires dans un établissement public est dépendant d'un quota fixé par la loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière. Ce qui fait que pour qu'un agent soit titularisé, il faut qu'un agent titulaire de la Fonction publique quitte l'établissement ou parte en retraite pour que le premier puisse acquérir ce statut. En d'autres termes, les contraintes économiques ont contrarié les perspectives de ce soignant qui, par ailleurs, avait la certitude que des promesses lui avaient été faites quant à sa date de titularisation. « *Ils* » lui avaient donc « *menti* ». L'ensemble de ces constats nous a amené à nous interroger sur le processus psychologique impliqué dans la situation de ces soignants dans des contextes de travail aussi mouvants.

## Le concept central : le contrat psychologique

C'est au travers du cadre théorique du contrat psychologique que nous avons trouvé matière à investiguer plus avant ces situations et à les comprendre. Le contrat psychologique est défini comme étant « *la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait ici à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques* » (Rousseau, 1989, p.123). Jusqu'aux travaux fondateurs de Rousseau (1989) sur le contrat psychologique, la conceptualisation initiale d'Argyris (1960) reposait sur la notion d'attentes, fondée sur un accord mutuel entre un employé et son employeur. Plus précisément, Argyris avait utilisé le terme de contrat psychologique pour désigner la relation entre des ouvriers et leur contremaître. Initialement, ces travaux visaient à démontrer qu'une relation d'emploi ne peut se décréter par écrit, par le biais d'un contrat écrit et formel, et que l'implicite entre pour une large part dans la relation d'emploi qu'entretiennent un employé et son superviseur. Rousseau (1989) redéfinit le contrat psychologique comme les obligations découlant des promesses perçues par l'employé d'une part, et comme un ensemble de croyances subjectives individuelles d'autre part. Depuis cette redéfinition de Rousseau (1989), adoptée par la communauté scientifique, le concept de contrat psychologique a connu de nombreux développements théoriques montrant à quel point « *il joue un rôle central pour comprendre et définir les relations d'emploi contemporaines* » (Guerrero, 2003, p.1340).

C'est donc avec le recours au concept de contrat psychologique que nous allons nous intéresser à l'étude de la relation d'emploi des infirmiers avec leurs employeurs. Il s'agit d'explorer la perception qu'ont les employés des obligations réciproques existant avec leurs

employeurs. Ces employés ont des croyances au regard des obligations de l'organisation envers eux ainsi qu'au regard de leurs propres obligations envers l'organisation (Rousseau, 1989). Et ces croyances « *affectent à la fois les attitudes et le comportement* » de l'employé (Rousseau, 1989, p. 391). Le contrat psychologique émerge quand les individus ont le sentiment que leur organisation a promis de leur fournir certaines rétributions en retour de leurs contributions pour l'organisation (Turnley & Feldman, 2000). Or, de nos jours, au regard des profonds bouleversements économiques et organisationnels intervenant au sein des organisations, il est plus que jamais indispensable pour ces dernières d'être attractives et en capacité de retenir des employés qualifiés en privilégiant le développement d'un contrat psychologique positif. Ceci est devenu un challenge majeur pour les ressources humaines de toute organisation (Rousseau, 1996, 2001 ; Millward & Brewerton, 1999 ; Lester & Kickul, 2001 ; De Vos, 2002). Nous devons donc considérer le contrat psychologique comme un facteur de motivation pour les employés dans le sens où si ces derniers développent un sentiment de rupture ou de violation (Morrison & Robinson, 1997), leur performance au travail sera grandement impactée et les conduira à être davantage enclins à quitter l'organisation. *A contrario*, un sentiment de contrat psychologique respecté par l'organisation (Rousseau & McLean Parks, 1993) développera chez l'employé l'envie de rester au sein de celle-ci et d'y demeurer performant (Coyle-Shapiro & Kessler, 1998 ; Turnley & Feldman, 1999, 2000). De plus, les recherches sur le contrat psychologique font état de l'importance de l'appréhender dès l'arrivée d'un nouvel employé dans l'organisation (Thomas & Anderson, 1998 ; De Vos, 2002), car c'est durant cette période de socialisation que se développent la motivation ainsi que la durée de collaboration envisagée avec l'organisation. Ces facteurs sont en lien avec les perceptions qu'a l'employé de son contrat psychologique au regard de la satisfaction des termes de sa relation d'emploi (Robinson, Kraatz & Rousseau, 1994).

Si les apports de Rousseau (1989) ont permis aux recherches sur le sujet de se diversifier, l'une des critiques que nous pouvons formuler vis-à-vis de sa conceptualisation est qu'elle ne prend en compte que la perspective de l'employé et sa vision idiosyncratique de son contrat psychologique. La perspective de l'employeur n'est pas abordée puisque pour Rousseau (1989, p.126) « *l'entreprise étant l'autre partie dans la relation, elle fournit le contexte pour la création d'un contrat psychologique, mais ne peut pas en retour avoir de contrat psychologique avec ses membres.* » Or, prendre en compte la perspective de l'employeur telle que cela est préconisé par les voies de recherche sur le contrat psychologique (Coyle-Shapiro et Kessler, 2000a ; Delobbe et al., 2009 ; Lester et al., 2002 ; Porter et al., 1998) permet de rendre compte de la mutualité et de l'interaction entre

employeur et employé dans le contrat psychologique. Cette prise en compte de la perspective de l'employeur n'est pas sans poser la question cruciale de l'identité de ce dernier. En effet, dans la littérature, nous retrouvons différentes positions. La première considère que pour l'employé, l'employeur est personnifié en la personne de son responsable hiérarchique direct (Tekleab & Taylor, 2003), d'autant plus que celui-ci est impliqué dans la communication aux subordonnés et joue un rôle dans la construction du contrat psychologique (Lewis & Taylor, 2001). La deuxième position prise par les chercheurs est de considérer qu'un responsable hiérarchique ne peut être considéré comme l'employeur dans les investigations sur le contrat psychologique (Guest et Conway, 2000). Et la dernière position consiste à considérer que l'individu développe de multiples contrats psychologiques avec différentes personnes de l'organisation (Rousseau et Tijoriwala, 1998).

Par ailleurs, pour Rousseau (2001), les croyances à l'œuvre dans le contrat psychologique d'un individu se forment lors de son entretien de recrutement et durant son processus de socialisation, lors de sa première embauche. De plus, De Vos et al. (2009) qui se sont intéressés au contrat psychologique de jeunes diplômés, mettent en avant le fait que même sans expérience préalable, un individu développe un schéma mental de la relation d'emploi qui détermine non seulement le choix de l'emploi, mais également la trame d'évaluation qu'il utilisera pour déterminer si ses attentes sont satisfaites lors de son intégration dans l'organisation. La littérature qualifie ce processus de contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996 ; Blancero & Kleiner, 2001). Au même titre que le contrat psychologique peut se définir comme un schéma mental de la relation d'emploi (Rousseau, 1995, 2001), le contrat psychologique anticipatoire peut également être considéré comme un schéma mental de la future relation d'emploi d'un individu (Rousseau, 1995, 2001).

Afin de mieux appréhender ce concept de contrat psychologique, les voies de recherche évoquées dans la littérature mettent en avant l'intérêt qu'il y aurait à s'intéresser « *au type d'informations recherchées par la nouvelle recrue* » et à mesurer l'impact de ces informations sur le développement du contrat psychologique d'un individu (Delobbe et al., 2009, p.88 ; De Vos et al., 2005). De même, les auteurs insistent également sur l'importance de « *la source d'information à laquelle s'adresse [la nouvelle recrue] (collègues, superviseur, responsable du recrutement) ainsi que sur [...] la fréquence des comportements de recherche d'informations en fonction des différentes phases de construction du contrat psychologique* » (Delobbe & al., 2009, p.88). De plus, la littérature souligne également l'intérêt qu'il y aurait à mesurer quels agents organisationnels (collègues, superviseur, responsable RH) impactent le

plus le contrat psychologique d'un employé en tenant compte de la complexité sociale dans laquelle s'inscrit la relation d'emploi (Rousseau & Tijoriwala, 1998 ; Rousseau & Fried, 2001 ; Dulac, 2005 ; Ho, 2005). De la même manière, ces auteurs pointent l'absence de prise en compte de l'employeur dans l'analyse du contrat psychologique. Afin de développer les connaissances sur le concept de contrat psychologique, la littérature recommande le recours à des méthodologies qualitatives (Rousseau & Tijoriwala, 1998 ; Rousseau & Fried, 2001) que la recherche contemporaine n'a pas toujours l'occasion d'adopter en raison de la lourdeur et du temps que nécessite leur mise en place (Delobbe et al., 2009 ; De Vos, 2002). Plus précisément, ces auteurs estiment qu'afin de mieux tenir compte de la réalité organisationnelle, que ne laisse pas forcément apparaître une étude quantitative, et de mesurer plus finement les relations d'emploi, la mise en place d'études de cas longitudinales, sur un an, auprès d'une cohorte de salariés permettrait de mieux comprendre la dynamique du contrat psychologique.

## Les objectifs de la recherche

En tenant compte des voies de recherche sur le sujet et des spécificités du travail et du contexte hospitalier, la principale question de notre travail est la suivante :

- **Comment évolue le contrat psychologique de jeunes professionnels infirmiers, de leur contrat psychologique anticipatoire à la stabilisation de leur contrat psychologique, après une année d'exercice ? Comment modéliser ce processus ?**

En lien avec notre question principale et en tenant compte du peu de connaissances que nous avons pu recenser dans la littérature traitant du contrat psychologique anticipatoire, nous souhaiterions pouvoir également répondre à la sous-question suivante :

- Comment se forme le contrat psychologique anticipatoire des infirmiers ? Est-ce qu'à l'instar de ce que mettent en avant De Vos et al. (2009), le contrat psychologique anticipatoire de ces professionnels de santé conditionne leurs choix de structures sanitaires ?

Par ailleurs, en référence à Rousseau et Tijoriwala (1998) :

- Quels sont les acteurs organisationnels qui ont le plus d'impact sur le développement du contrat psychologique des jeunes professionnels de santé ?

Enfin, en tenant compte à la fois des voies de recherche citées précédemment et du pendant de la question précédente, nous aimerions répondre à la question suivante :



- Quel type d'informations est recherché par les nouvelles recrues ?

L'objectif de cette thèse est donc d'examiner le contenu et l'évolution du contrat psychologique de professionnels infirmiers intégrant une structure de soins, de savoir quels sont les agents organisationnels qui ont le plus d'influence sur ce contrat psychologique et, de façon globale, quelle est la dynamique de leurs contrats psychologiques durant une première année d'exercice professionnel. Pour ce faire, nous présentons ci-après la méthodologie que nous retenons.

## La méthodologie de la recherche

Répondre à nos questions de recherche, rendre compte de la dynamique du contrat psychologique de professionnels de santé et mesurer plus finement la relation d'emploi (Rousseau & Tijoriwala, 1998 ; Rousseau & Fried, 2001 ; De Vos, 2002 ; Delobbe et al., 2009) revient à pouvoir effectuer des coupes transversales récurrentes auprès d'une même population d'infirmiers sur une période donnée. Pour ces raisons, nous avons fait le choix d'adopter une méthodologie qualitative au travers d'une étude de cas longitudinale (Yin, 1994) d'une année.

Le recours à une étude de cas est en accord avec la complexité du contrat psychologique puisqu'elle « *enquête sur un phénomène contemporain dans son contexte réel, particulièrement quand les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes* » (Yin, 1994, p.13). De plus, cette étude de cas combinera entretiens semi-directifs, journaux de bord rédigés sur la première semaine d'exercice professionnel, observation et analyse documentaire. Dans le cadre de cette étude de cas, nous allons constituer une cohorte (Delobbe et al., 2009 ; De Vos, 2002) de 40 infirmiers que nous rencontrerons de façon individuelle, à cinq reprises, pour des entretiens semi-directifs afin de découvrir leurs schémas mentaux de la relation d'emploi qu'ils entretiennent avec leurs employeurs. Ces entretiens interviendront aux moments que la littérature sur le contrat psychologique considère comme les plus pertinents, à savoir à un mois, trois mois, six mois puis un an après l'entrée en fonction (Fiske & Taylor, 1984 ; Horowitz, 1988, in Delobbe & al., 2009 ; Nelson, Quick et Joplin, 1991 ; De Vos, 2002). Afin de pouvoir rendre compte du contrat psychologique anticipatoire de ces nouveaux professionnels, et mesurer tout au long de l'année comment il se transforme en contrat psychologique, nous avons également prévu une phase d'entretien avant le recrutement effectif de la cohorte. Plus précisément, le premier temps d'entretien a

été fixé entre le moment où ils avaient réalisé un entretien de recrutement favorable et l'entrée en fonction effective.

Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude recourant à une méthodologie qualitative ne s'est pleinement intéressée aux représentants de l'organisation qui procèdent aux recrutements. Et au regard, d'une part, de l'importance cruciale du recruteur dans le développement du contrat psychologique ainsi que du rôle qu'il joue dans la construction du contrat psychologique des nouvelles recrues tout au long des premiers mois d'exercice (Delobbe et al., 2009) et, d'autre part, compte tenu des éventuelles promesses qui auraient pu être échangées entre le recruteur et le recruté, nous tenons à pouvoir confronter ces deux perspectives dans le cadre de cette recherche. Ainsi, puisque le contrat psychologique se définit en termes d'obligations réciproques, il importe de s'intéresser à celles de l'employeur tout autant qu'à celles de l'employé. Ainsi, nous nous entretiendrons avec ces acteurs organisationnels de tout premier ordre dans la construction du contrat psychologique des nouveaux diplômés.

Le suivi d'une cohorte de 40 infirmiers, intégrant les rencontres avec leurs recruteurs, nous conduira dans 18 établissements sanitaires ou médicosociaux répartis sur le territoire national. Cela nous amènera également à réaliser, au global, 200 entretiens semi-directifs avec les infirmiers et 19 avec leurs recruteurs. Afin d'analyser ces 219 entretiens, nous utiliserons deux logiciels d'analyse de données textuelles que sont ALCESTE et IRaMuTeQ. Ces logiciels, reconnus et utilisés par la communauté scientifique, notamment pour l'analyse de corpus d'entretiens semi-directifs, nous permettront de « *rendre compte de l'organisation interne d'un discours plutôt que de rendre compte de différences statistiques entre les divers textes d'un corpus* » (Reinert, 1998, p.557). En ce sens, ces logiciels vont nous permettre d'appréhender les schémas mentaux de la relation d'emploi et leur évolution au cours du temps.

Par ailleurs, dans le but d'étudier leurs « *représentations subjectives* » (Albarello, 2011, p.50), nous demanderons aux nouveaux professionnels de consigner par écrit leurs premières impressions, à l'issue de chacune de leurs journées de travail lors de leur première semaine d'exercice professionnel. Nous procéderons également à une analyse des documents que les organisations leur auront remis pour tenter de mettre au jour d'éventuels liens entre contrat psychologique anticipatoire et volonté d'exercer pour un établissement en particulier.

Enfin, notre étude de cas comprendra également une séquence d'observation, où nous suivrons *in situ* deux individus de la cohorte dans leur exercice professionnel, au sein de leurs

unités de soins. Cette observation nous permettra de mesurer d'éventuels écarts entre leurs discours et leurs actions sur le terrain (Matheu, 1986) et d'affiner nos interprétations.

## Les intérêts de la recherche

Notre recherche ambitionne de réels apports sur les plans théorique et managérial.

Tout d'abord, d'un point de vue théorique, nous faisons le constat que les études sur le contrat psychologique de la population infirmière n'ont pas été réalisées auprès de ces professionnels du soin en France mais dans les pays anglo-saxons (McCabe, Sambrook, 2012). Ces études ont mis en avant certaines caractéristiques spécifiques à cette population que nous souhaiterions comparer avec celles de notre cohorte française. Cela nous amène à penser qu'en savoir davantage sur les caractéristiques du contrat psychologique de ces soignants nous permettra de mieux connaître leurs attentes professionnelles. Par ailleurs, en rencontrant les individus de notre cohorte avant le début de leur exercice professionnel, nous pourrons également rendre compte du contenu de leurs contrats psychologiques anticipatoires (Anderson & Thomas, 1996) ; comment ils se sont créés et quelle est leur dynamique jusqu'au terme d'une première année d'exercice professionnel. Ainsi, nous espérons pouvoir contribuer à une meilleure connaissance de cet objet peu étudié qu'est le contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996). À l'issue de cette recherche, nous espérons également pouvoir modéliser cette dynamique du contrat psychologique avant qu'il ne se stabilise et rende l'individu plus résistant au changement (Fiske & Taylor, 1984 ; Horowitz, 1988, in Delobbe & al., 2009 ; Stein, 1992).

De plus, nous pensons pouvoir réaliser une analyse plus approfondie du développement du contrat psychologique dans son contexte de relation d'emploi en intégrant dans notre recherche la perspective de l'employeur. Jusqu'à présent, la littérature s'est focalisée sur la modélisation du processus de rupture et de violation du contrat psychologique (Guzzo & al., 1994 ; Robinson & Rousseau, 1994 ; Turnley & Feldman, 1999a ; Guest & Conway, 1997 ; Morrison & Robinson, 1997) et s'est moins intéressée aux aspects plus en amont relatifs à la formation du contrat.

En ce qui concerne les implications managériales découlant de cette recherche, nous portons l'espoir d'être en capacité d'identifier les éléments permettant de diminuer les éventuelles ambiguïtés des entretiens de recrutement, moments importants dans la constitution du contrat psychologique. Par ailleurs, nous espérons que cette recherche donnera à voir des ébauches de solutions pour pérenniser la relation d'échange entre individu et organisation,

dans un contexte hospitalier qui serait à même de maintenir un niveau d'implication professionnel des soignants compatible avec les nouvelles contraintes hospitalières. Et enfin, nous espérons que ce travail aidera à clarifier et à améliorer la politique des ressources humaines hospitalières.

Dans le but d'aider à mieux comprendre les enjeux d'avenir liés à notre objet de recherche, en lien avec le fait de rendre les hôpitaux attractifs et en capacité de retenir leurs infirmiers, la première partie de notre travail de recherche se concentre sur la contextualisation historique de l'univers sanitaire français dans un premier temps et de la profession infirmière dans un second temps. À suivre, nous aborderons l'histoire de la profession infirmière ; histoire qui n'est pas terminée et qui voit s'ouvrir à elle de nouvelles perspectives majeures. Nous expliciterons ensuite la compréhension théorique que l'on peut avoir des accords écrits et non écrits avant de nous intéresser à celle du contrat psychologique. Et enfin, avant de présenter et de discuter nos résultats, nous justifierons la méthodologie retenue pour appréhender notre objet de recherche.

## Partie 1 : Contexte, cadrage théorique et méthodologie de la recherche

Toute recherche s'inscrit dans un contexte politique, social, culturel, humain ou bien encore organisationnel. Plus encore, c'est l'histoire qu'il faut bien souvent aborder pour comprendre l'évolution et la situation du moment dans lequel l'objet d'une recherche s'inscrit. Dans cette première partie, nous nous attacherons donc à décrire les nombreuses évolutions de l'hôpital public, ses nombreuses réformes, qui l'ont conduit à ce qu'il est aujourd'hui. À suivre, nous retracerons également les différentes transformations qu'a connues la profession infirmière depuis la création des premiers hospices, en les mettant en liens avec les mutations de l'hôpital, en expliquant les impacts de ces dernières sur le travail infirmier et en présentant les évolutions à venir de cette profession. À la suite de la description de ces contextes dans lesquels s'inscrit l'exercice infirmier, nous présenterons le concept de contrat psychologique, concept grâce auquel nous aborderons la relation employeur-employé au sein des structures sanitaires. Et pour conclure cette première partie, nous exposerons la méthodologie retenue dans le cadre de cette recherche.

## Chapitre 1 : Les transformations du management sanitaire et ses répercussions sur les soignants

*« L'hôpital est une institution moderne par excellence, au sens où elle est le reflet des valeurs, des savoirs, des techniques et de l'économie de l'époque et du lieu. Plus que d'autres, elle requiert des transformations, plus que d'autres, elle est difficile car sa raison d'être est au cœur de ce qui fait une société humaine, c'est-à-dire la manière de prendre en charge les plus fragiles et d'accompagner ceux dont la vie se termine » (Kervasdoué, 2011, p.124).*

Cette citation de Jean de Kervasdoué, ancien Directeur des Hôpitaux au ministère de la Santé et professeur d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers, met en avant le fait que l'institution hospitalière s'est toujours adaptée à son époque pour prodiguer des soins à la population qui lui était confiée. Les avancées scientifiques et médicales l'ont amené à régulièrement se transformer en tentant de trouver des modalités de financement adaptées à ses objectifs de prise en charge.

Dans ce premier chapitre, nous allons retracer les grandes lignes de l'histoire de l'hôpital français et mettre en lumière les difficultés d'adaptation de l'Hôpital évoquées par Kervasdoué (2011).



## 1.1 La mutation du système de santé : perspective historique

L'histoire de l'hôpital comprend deux grandes périodes avec des desseins sensiblement différents. La première s'étend du début du VI<sup>e</sup> jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle avec, très clairement, une mission d'hébergement et de charité pour les nécessiteux. Quant à la seconde période, qui court jusqu'à nos jours, elle est résolument tournée vers le soin.

### 1.1.1 L'histoire de l'hôpital français

Dérivé étymologiquement du latin *hospitalia*, l'hôpital, créé par le concile d'Aix-la-Chapelle en l'an 804 (Imbert, 1984), signifiait « *maison où l'on reçoit des hôtes* ». Plus exactement, l'ancêtre de l'hôpital fut construit à cette date. Au départ, comme l'explique Imbert (1982), la notion d'hôpital recouvre en effet celle d'une maison ayant pour vocation d'accueillir les personnes malades ou infirmes. Avec le rayonnement du christianisme, ces maisons deviendront des hôpitaux qui accueilleront, en plus des pauvres et nécessiteux, pèlerins et voyageurs.

Les ressources financières de ces établissements reposent sur les dons, les legs ou bien encore sur les revenus immobiliers de l'hospice ou hôtel-Dieu (terres cultivables ou maisons d'habitation). Pour résumer, jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, le modèle économique de ces hospices se fonde principalement sur la charité. L'Église se charge de récolter ces fonds et les répartit ensuite localement, sans contrôle étatique quel qu'il soit, afin d'assurer le fonctionnement de ces établissements.

En avril 1656, le premier hôpital général voit le jour à Paris. Il se compose de divers bâtiments dont celui de la Salpêtrière (toujours existant) qui a pour mission d'enfermer « *vagabonds, mendiants, étrangers et autres gens à vie libertine, infâme et dissolue* » (Imbert, 1982, p.168). La devise latine de cet établissement sera d'ailleurs « *Alendis et educandis pauperibus, aedes fundatae mense aprili M. DC. LVI.* », ce qui se traduit par « maisons fondées pour nourrir et pour instruire les pauvres, au mois d'avril 1656. » Durant cette période, le personnel qui travaille au sein de ces hospices, principalement des femmes et des hommes d'Église, prend en charge les personnes malades essentiellement d'un point de vue spirituel. L'objectif est avant tout de soigner l'âme, d'autant plus que les

thérapeutiques majeures se résument à des saignées, des sirops ou bien encore des bains (Imbert, 1974).

Afin de donner à cet hôpital général les moyens financiers de ses ambitions sécuritaires, Louis XIV lui fait de grands dons. Par la suite, la monarchie continue à financer en partie les hôpitaux généraux en proportion du nombre de mendiants qu'ils accueillent. Comme le souligne Imbert (1982, p.175), les bases du prix de journée que nous connaissons encore aujourd'hui sont dès lors posées.

Le caractère indispensable de ces hôpitaux généraux se trouve renforcé lorsque le 14 juin 1662, sous la pression de Colbert, Louis XIV rend un édit ordonnant que chaque grande cité en soit pourvue ainsi que d'hospices. L'objectif est de pouvoir « *loger, enfermer et nourrir les pauvres mendiants invalides* », mais aussi les former « *à la piété et Religion Chrestienne et aux mestiers dont ils sont capables* » (Imbert, 1982, p.170). Au travers de cet édit, nous pouvons constater que l'hôpital tient moins le rôle de pourvoyeur de soins que celui de lieu de formation professionnelle, de conversion au christianisme ou bien encore celui d'asile pour mendiants dans le souci de garantir l'ordre public.

### 1.1.2 Les premières difficultés financières et les premières tentatives de réformes

Obérée par une mission d'accueil croissante et un gaspillage des revenus par leurs administrateurs, la situation financière de l'hôpital devient délicate. Des réformes sont mises en place pour tenter de préserver l'existence de ces structures. C'est pour cette raison qu'en janvier 1780, Louis XIV ordonne aux hôpitaux de vendre, lorsque cela est possible, leurs biens immobiliers pour renflouer leur budget (Imbert, 1974). En raison des suppressions de ressources à venir et de marges de manœuvre autonomes de chacune de ces structures, cet ordre ne fut pas suivi d'effet.

À cette période, d'autres tentatives de réforme du système ont lieu, telles celles visant à diviser certains établissements en difficulté financière pour en transférer une ou plusieurs parties à d'autres hôpitaux moins en difficulté, mais elles se heurtent toutes à la résistance des administrateurs de ces structures. À cette époque, les hôpitaux sont en effet administrés par un groupement hétéroclite d'individus. On peut y trouver des héritiers des fondateurs historiques de l'hôpital, des représentants de l'autorité royale ou bien encore des membres du clergé, tous attachés à ce que rien ne change et ne vienne contrarier leur pouvoir. L'occasion est d'ailleurs

donnée à l'avocat général au Parlement de Paris, en 1767, de constater qu'« *il n'y a point de corps dans le royaume auquel il ait été donné de pouvoirs aussi étendus* » (In Imbert, 1974, p.31). En bref, c'est bien un État dans l'État qui échappe au pouvoir royal.

### 1.1.3 D'une gestion hospitalière nationale à une gestion communale

La Révolution française marque le début de la nationalisation de l'hôpital tout en faisant évoluer son paradigme. L'hôpital, lieu de charité, se transforme en lieu d'assistance. Les hôpitaux deviennent hospices civils et la responsabilité de la Nation se substitue à celle de l'Église. La population accueillie à l'hôpital est de plus en plus importante et cela entraîne des coûts qui deviennent difficilement contrôlables. Dès l'année 1789, pour pérenniser le système, il est question de nationaliser les hôpitaux, de mieux les répartir sur le territoire et de n'avoir plus qu'un seul grand hospice par département. Il est également question de remplacer certains hospices par des « maisons communales de malades » de façon à ce que les individus soient soignés le plus près possible de chez eux et dans un cadre plus accueillant que celui proposé par les hospices. Ces questions sont tranchées par les Constitutionnels en 1793 lorsqu'ils décrètent la nationalisation des hôpitaux. Cette nationalisation a pour conséquence d'accélérer le phénomène de paupérisation des structures hospitalières. Chaque établissement se retrouve désormais administré ou vendu selon les mêmes règles que celles des domaines nationaux.

La paupérisation accélérée de l'institution hospitalière continue jusqu'au 25 août 1795, date à laquelle les Constitutionnels suspendent l'application de leur décret. À cette époque, les structures hospitalières sont exsangues, incapables de répondre aux missions qu'elles se sont vu confier, allant même jusqu'à renvoyer certains patients faute de moyens.

Ceci étant, le décret des Constitutionnels aura tout de même réussi à poser les bases de ce qu'allaient être les conditions d'accès aux hôpitaux : l'hôpital devient un lieu d'accueil pour tout citoyen, malade, infirme, vieux ou sans ressources et cela, quelle que soit son origine (Imbert, 1974).

La loi du 7 octobre 1796 place les hospices civils sous l'autorité et la gestion des administrations communales. Pour autant, leur répartition n'est en rien corrélée avec les besoins de la population. Pour asseoir encore davantage l'hôpital à un niveau communal, Chaptal, alors ministre de l'Intérieur, confère en 1801 aux maires de France un nouveau

statut, celui de président de la commission administrative de l'hôpital. Cependant, ces hospices sont surnuméraires dans certains départements et insuffisants dans d'autres. Certes, la gestion de l'hôpital communal se centre sur les besoins de la collectivité bénéficiaire, ce qui facilite le regroupement entre hôpitaux d'une même commune et permet ainsi de réaliser des économies de fonctionnement. Cependant, cette gestion à l'échelon local n'a pas résorbé les problèmes d'accessibilité à l'hôpital. D'importantes disparités persistent et les hôpitaux restent inégalement répartis sur le territoire national. Par ailleurs, le financement de ces structures reste problématique. Pour tenter de remédier à ce problème pécuniaire, la loi du 7 août 1851 renforce les pouvoirs des maires et les « *dote alors de la personnalité morale, qui leur confère une autonomie, puisque disposant d'un budget, d'un patrimoine et du droit d'agir en justice* » (Molinié, 2005, p.9). Cette loi de 1851 donne naissance à la première « *charte hospitalière* » (Molinié, 2005, p.9) consacrant le principe d'accessibilité de l'hôpital à tous, même sans ressources, fondement même de la notion de service public.

#### 1.1.4 La naissance du service public

La loi du 7 août 1851 distingue également l'hospice, accueillant vieillards, infirmes et aliénés, et l'hôpital chargé de soigner les malades. Quatre décennies plus tard, la loi du 15 juillet 1893 instaurera l'assistance médicale gratuite. Avec l'objectif de ne plus concentrer tous les nécessiteux au sein de l'hôpital et celui d'être au plus près des malades, la loi du 27 juin 1904 permettra la création du service départemental d'aide sociale à l'enfance. Et afin de ne pas exclure les plus fragiles, la loi du 14 juillet 1905 permettra l'assistance aux incurables, aux vieillards et aux infirmes. Ces lois, qui renforcent la notion de service public, relatives à l'hôpital, sont promulguées dans une période où la médecine connaît de grands progrès qui doivent être profitables à tous. La loi de 1905 poursuit également l'objectif de laïciser l'hôpital en substituant à l'autorité des congrégations religieuses une direction médico-administrative. Ce rejet de l'exercice catholique au sein des structures sanitaires ne signifiait pas pour autant le rejet de la religion de façon générale puisque la loi de 1905 instaurait le respect des différents cultes. En revanche, tout prosélytisme religieux était désormais interdit dans ces lieux qui devaient dorénavant n'être que des lieux dédiés aux soins.

#### 1.1.5 L'hôpital au XX<sup>e</sup> siècle

Le début du XX<sup>e</sup> siècle est la période durant laquelle le financement assurantiel de l'hôpital, le mode de financement des régimes de protection sociale, va émerger pour garantir

l'intérêt général. En ce sens, la loi du 5 avril 1928 permet la création de caisses patronales et d'assurances sociales. De ce fait, progressivement, les ressources hospitalières proviennent de moins en moins des communes et de plus en plus des fonds d'assurances sociales. Les lois Rolland de 1938, dites « lois du service public », définissent les principes généraux communs à tous les services publics tels que précisés ci-après.

- La continuité. Le service public doit fonctionner de façon continue et régulière sans interruptions autres que celles prévues par la réglementation ;
- La mutabilité. Afin que le service public puisse suivre l'évolution des besoins d'intérêt général, il doit être en capacité de s'adapter. Cette notion recouvre l'ensemble des changements à accomplir pour toujours être en capacité de répondre aux besoins de la population ;
- Le principe d'égalité. Celui-ci doit garantir aussi bien le même traitement pour tous les usagers que l'accès aux emplois publics. De ce principe d'égalité découle le suivant ;
- Le principe de neutralité. Ce principe garantit que seul l'intérêt général guide le service public et non les intérêts privés. Il impose à tout agent de la fonction publique de ne pas exprimer ses opinions politiques ou religieuses dans le cadre de sa mission. Il est donc également question de laïcité dans ce principe de neutralité ;
- Le principe de la valeur ajoutée nulle. Une partie du service public est payée sous forme d'impôts et de taxes et non pas seulement par le bénéficiaire des soins ;

Le fondement idéologique de l'hôpital moderne est ainsi posé. Il est à noter que les lois Rolland n'ont pu être mises immédiatement en application comme prévu en raison du contexte de guerre mondiale. Elles le furent trois ans plus tard, avec la loi du 21 décembre 1941 consacrant juridiquement l'hôpital en tant qu'établissement sanitaire et social. En complément des lois Rolland, devant la forte augmentation des dépenses hospitalières, les ressources financières émanant des fonds d'assurances sociales se trouvent rapidement insuffisantes. C'est pour cette raison que l'État décide, par la loi du 28 juillet 1939, de reprendre aux maires la gestion des hôpitaux.

### 1.1.6 Du début du siècle à aujourd'hui, une succession de réformes hospitalières

Comme le décrit Clément (2006), la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943 vont configurer les institutions modernes avec les créations qui suivent :

- pyramide hospitalière comprenant hospices, hôpitaux-hospices, hôpitaux et centres hospitaliers régionaux ;
- poste de directeur, financé par l'établissement et disposant, dans les établissements de plus de 200 lits, du pouvoir de nommer le personnel ;
- commission médicale consultative, présidée par un médecin-administrateur représentant le conseil de l'ordre des médecins ;
- cliniques ouvertes, espaces de l'hôpital où, moyennant une majoration du prix de séjour, les patients se voient proposer la possibilité de consulter les médecins libéraux de leur choix ;
- participation des personnels non médicaux à la commission administrative.

Par la suite, la « réforme Debré » avec les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 viendra renforcer la loi du 21 décembre 1941 en :

- créant les centres hospitaliers universitaires ;
- créant le statut de médecin à temps plein ;
- créant les hôpitaux ruraux en réhabilitant les anciens hospices ;
- supprimant la participation du représentant du personnel non médical.

La loi du 31 décembre 1970, dite « Boulin » centrera l'hôpital exclusivement sur sa mission sanitaire en le rationalisant tant en interne qu'en externe.

En interne, l'hôpital se voit doté :

- d'un conseil d'administration, lui conférant ainsi une gestion semblable à celle d'une entreprise ;
- d'une compétence générale pour son directeur, conférant donc à ce dernier le même statut qu'un président-directeur général d'entreprise.

Et en externe, l'hôpital dispose désormais :

- d'un service public hospitalier ouvert aux établissements privés sanitaires qui le désirent ;
- d'une carte sanitaire ;
- de liens inter-hospitaliers obligatoires ;

- d'un classement hospitalier en référence à la notion nouvelle de plateau technique ;
- d'un début d'alternative à l'hospitalisation avec les soins extrahospitaliers.

Comme les énumère Clément (2006), les lois consécutives à celle du 31 décembre 1970 ont été votées pour encore davantage rationaliser le système hospitalier. On peut ainsi recenser les lois suivantes.

- La loi du 4 janvier 1978 crée le long séjour non remboursé pour sa part hébergement par la Sécurité sociale et instaure une expérimentation de tarification et de financement ;
- La loi du 29 décembre 1979 crée l'hôpital local et autorise le ministre à supprimer les lits des hôpitaux publics et des établissements privés participant au service public hospitalier, nonobstant l'avis défavorable des conseils d'administration ou de leurs organes directeurs ;
- La loi du 11 août 1983 instaure la dotation globale de fonctionnement (DGF). Jusqu'en 1984 pour les centres hospitaliers régionaux et 1985 pour l'ensemble des établissements de santé publics, le financement des hôpitaux français, a été assuré par le prix de journée. Ce mode de financement était inflationniste et les besoins de l'hôpital évoluaient *crescendo* au fil des années. Cette modification du mode de financement de l'hôpital correspond à un prélèvement réalisé sur le budget de l'État et versé aux collectivités locales. Cette DGF est calculée en fonction des remboursements que l'Assurance maladie doit verser l'année n+1 tout en prenant en compte le taux directeur de l'évolution annuelle des charges d'exploitation prévisionnelles ;
- La loi du 3 janvier 1984 crée la départementalisation se substituant aux services médicaux supprimés, renforce la tutelle étatique (pouvoir de substitution du préfet en matière budgétaire), confirme la création du financement par dotation globale (loi du 19 janvier 1983, décret du 11 août 1983), allège les conditions de création et de fonctionnement des syndicats inter hospitaliers, donne une compétence consultative en matière budgétaire au comité technique paritaire, accorde le pouvoir d'évaluer les soins aux commissions médicales consultatives ;
- La loi du 31 décembre 1985 crée la sectorisation psychiatrique avec le conseil départemental des maladies mentales ;
- La loi du 27 janvier 1987 crée le secteur libéral des médecins plein temps ;

- La loi du 24 juillet 1987 institue une plus large possibilité de regroupements des établissements privés et une plus grande participation des médecins à la gestion grâce à :
  - la restauration des services médicaux avec la désignation de médecins chefs de service (chefferie de service) ;
  - la possibilité de créer des pôles d'activité à l'intérieur des services et des départements regroupant plusieurs services ou des parties de ceux-ci ;
  - la création de la commission médicale d'établissement (CME) se substituant à la commission médicale consultative. La CME se voit reconnaître une compétence d'attribution en matière de choix médicaux.
- La loi du 31 juillet 1991 se substitue à celle du 31 décembre 1970 en y apportant de significatives modifications telles que :
  - la création d'une nouvelle catégorie d'établissements publics : les établissements publics de santé qui se substituent aux établissements publics administratifs hospitaliers ;
  - le renforcement de la planification hospitalière avec, au côté de la carte sanitaire maintenue, la création d'un Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui répartit qualitativement les équipements hospitaliers entre les hôpitaux et les cliniques privées ;
  - la modification substantielle du régime des autorisations de création, extension, conversion totale ou partielle des établissements de santé publics ou privés avec l'obligation de renouvellement périodique par l'évaluation des activités ;
  - la suppression de la tutelle sur tous les actes de gestion du conseil d'administration avec seulement le maintien de celle-ci sur les actes financiers et sur le projet d'établissement ;
  - la suppression de la tutelle sur les marchés ;
  - la transformation du comité technique paritaire (CTP) en comité technique d'établissement (CTE) entièrement composé de représentants du personnel hormis la présidence occupée par le directeur ;
  - la création d'une direction ou d'un service des soins infirmiers.

La dotation globale de fonctionnement n'a pas été à même de maîtriser les coûts de fonctionnement des hôpitaux et était jugée inéquitable du fait qu'elle créait *de facto* une situation de rente économique pour les plus gros établissements au détriment des plus



modestes. La principale critique adressée à la dotation globale de fonctionnement était d'être décorrélée de l'activité de chaque établissement et, de ce fait, n'incitait ni à la performance ni à l'innovation. En effet, comme le précise Kervasdoué (2011, p.82), « *s'appuyer sur l'activité réelle de chaque établissement n'aurait été que justice, mais en réalité l'histoire financière, c'est-à-dire ses budgets passés, a continué d'être le déterminant principal des sommes qui lui ont été allouées. La paix sociale l'a emporté sur la justice sociale et l'efficacité économique.* » Cette modalité de financement a donc connu deux écueils. Des modifications lui seront apportées avec les ordonnances de 1996 et le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

### 1.1.7 Le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI)

Nommé directeur des Hôpitaux sous la présidence de François Mitterrand en 1981, l'économiste Jean de Kervasdoué élabore une modification du mode de financement des hôpitaux en s'inspirant du modèle américain de l'époque élaboré par le professeur Fetter à l'université de Yale qui faisait état de *Diagnosis Related Groups* (DRG), ce que nous pouvons grossièrement traduire par des groupes liés aux diagnostics<sup>2</sup>. Ce modèle économique est utilisé aux États-Unis depuis 1983 pour déterminer combien l'assurance-maladie doit payer aux établissements de santé. L'objectif de ce nouveau modèle est de regrouper les patients en groupes homogènes en ce qui concerne leurs problèmes de santé et d'établir des coûts de traitements comparables entre les différents hôpitaux en fonction de ces regroupements de patients. Kervasdoué fait à cette époque le constat qu'au-delà d'un nombre de statistiques impressionnant, personne n'est en capacité de dire finement ce qui a été réalisé pour tel ou tel patient et encore moins de dire si cela s'est fait en accord avec les canons de la médecine (Kervasdoué, 2011). Par ailleurs, il souhaite également qu'au-delà de déclarations de bonnes intentions, l'activité réelle de l'hôpital puisse être objectivée et mesurée précisément. Il commence donc par se demander comment il serait possible de « connaître » précisément une sorte de « patient-type » souffrant de telle ou telle pathologie, en tenant compte des comorbidités éventuelles. Kervasdoué œuvre donc pour la constitution d'une classification médico-économique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dénommée groupes homogènes de malades (GHM) dont le principe, explicité par le ministère des Affaires sociales et de la santé (2004), est défini comme suit.

---

<sup>2</sup> Traduction libre.

À l'issue de son hospitalisation, un résumé de sortie standardisé (RSS) est créé pour chaque patient. Ce RSS, synthèse d'informations relatives à la prise en charge proposée au patient, est composé de divers résumés d'unité médicale (RUM) correspondant chacun au résumé de la prise en charge que s'est vu proposer un patient dans d'éventuels services de soins différents dans des spécialités de MCO. Si le patient n'a connu qu'un seul service, nous parlerons de monoRUM, s'il en a connu plusieurs, nous parlerons de multiRUM. Afin de permettre un traitement automatisé, l'ensemble des données administratives et médicales du RSS est soumis à un codage, suivant les nomenclatures du codage des informations médicales de la Classification internationale des maladies (CIM-10) définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par les praticiens étant intervenus auprès du patient. Chaque séjour de patient ainsi résumé se trouve mis en relation avec des « profils » de patients et de prises en charge similaires pour former un GHM. Au final, les GHM permettent d'élaborer des classes de patients, en fonction de leur âge, diagnostics médicaux et chirurgicaux ainsi que l'ensemble des comorbidités associées à ces diagnostics permettant de les regrouper de façon cohérente d'un point de vue médical et en tenant compte des coûts de traitements. Cet outil a deux finalités : calculer l'allocation budgétaire qui découle de l'activité hospitalière d'une part, et mieux organiser l'offre de soins sur le territoire d'autre part. En ce qui concerne le financement, le recours au PMSI permettra à la tutelle hospitalière d'appréhender beaucoup plus finement l'activité des établissements de santé en étant moins « aveugle » (Minvielle, 2009, p.36), et de moduler la dotation globale de financement qui leur est accordée en fonction de leur activité réelle.

Ce PMSI va connaître par la suite différentes expérimentations et mises à jour au niveau national jusqu'à ce que la loi du 31 juillet 1991 le rende obligatoire en imposant aux établissements de santé publics et privés d'évaluer et d'analyser leur activité. Par la suite, l'arrêté du 20 septembre 1994 oblige ces mêmes établissements publics et privés à transmettre leurs données statistiques.

### 1.1.8 Les ordonnances hospitalières du 24 avril 1996

Dans le cadre du plan de redressement tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale, les ordonnances hospitalières du 24 avril 1996, dites « Juppé », créent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et transfèrent au directeur de chaque ARH les pouvoirs jusqu'alors dévolus en matière hospitalière aux préfets de

département et aux préfets de région. Au regard des contrats d'objectifs et de moyens, s'étalant sur une période de 3 à 5 ans, et des objectifs propres à chaque établissement de santé que ces derniers ont contractualisés avec le ministre de la Santé, les ARH ont pour mission principale d'assurer la supervision de ces contractualisations. Cette supervision des ARH les autorise à effectuer les vérifications et audits inhérents à cette nouvelle fonction de contrôle en cas de défaillances graves et avérées de la part des établissements sanitaires. Les directeurs d'ARH pourront même, le cas échéant, les conduire à sanctionner les établissements n'ayant pas respecté leurs engagements en dénonçant leurs contrats avant leurs termes, avec les répercussions financières que cela suppose. L'hôpital se voit donc pourvu d'une entité de contrôle contraignante régionale qui se doit également d'être un outil pour son pilotage. Par ailleurs, cette même ordonnance d'avril 1996 autorise la mise en place d'une politique d'accréditation conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Cette ordonnance crée en outre une commission de conciliation dans chaque établissement de santé et instaure des communautés d'établissements de santé (CES) (article L6121-6 du code de la santé publique). Ces CES marquent le début de l'adaptation des structures sanitaires aux besoins de la population en leur permettant de redéployer leurs moyens humains et techniques au sein d'un territoire donné et en mutualisant leurs ressources le cas échéant. Cette ordonnance est donc réellement novatrice au regard des modalités d'exercice des professionnels de santé au sein de leurs établissements.

En 2002, l'existence du PMSI, tel que nous l'avons présenté dans le chapitre précédent, s'est rapidement trouvée confrontée à l'hostilité des médecins qui dénonçaient l'intrusion administrative dans leurs pratiques médicales. Par ailleurs, les économies financières qu'était censé apporter ce nouvel outil n'étaient pas au rendez-vous puisque la DGF continuait à être appliquée avec une pondération du PMSI non à même de corriger les inégalités de l'offre de soins entre les différents établissements du territoire. Le recours au PMSI seul n'aura pas permis de régulation budgétaire globale satisfaisante. Il fallait donc, une nouvelle fois, moderniser le système de financement des hôpitaux pour parvenir à atteindre les objectifs cités précédemment. Ainsi naquit en 2002 le plan « Hôpital 2007 ».

### 1.1.9 Le plan « Hôpital 2007 » et la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)

Annoncée le 4 septembre 2003, une série de nouvelles mesures vise à réduire l'augmentation des dépenses de santé et se retrouve inscrite dans le plan « Hôpital 2007 ».

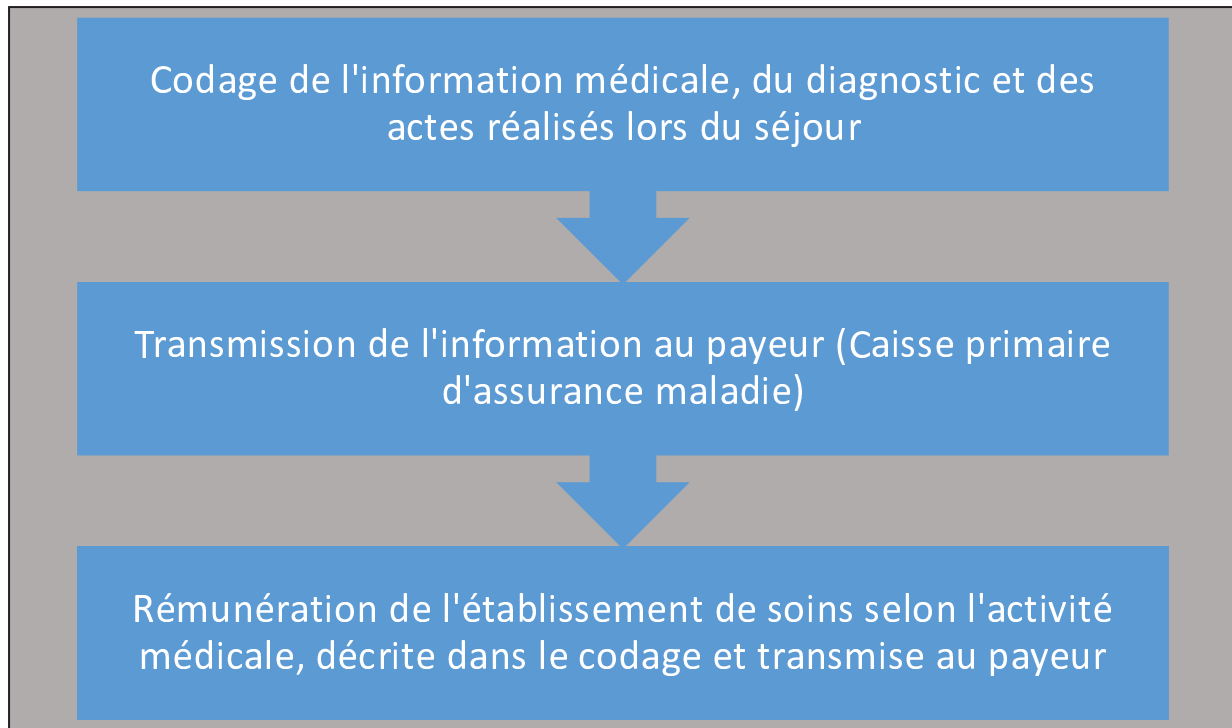
La première mesure phare de ce plan concerne l'instauration d'une nouvelle gouvernance hospitalière dont l'objectif est d'améliorer la concertation entre la direction des établissements sanitaires et les représentants du corps médical d'une part et, d'autre part, d'apporter davantage de souplesse aux établissements en termes de fonctionnement tout en développant leur autonomie. Cela se manifestera concrètement par la création des pôles d'activité. Jusqu'alors, les services de soins hospitaliers étaient constitués en fonction de l'organe pathologique à traiter (cardiologie pour le cœur, pneumologie pour les poumons, orthopédie pour le squelette, etc.) ; désormais, le regroupement des services hospitaliers s'établira en fonction des similitudes de pathologies et de prises en charge spécifiques communes. Cela donnera la création, par exemple, de pôles de neuro-cardiologie, regroupant les anciens services de neurologie et de cardiologie, ou bien encore des pôles de gériatrie réunissant les anciens services de médecine gériatrique, d'hébergement pour personnes âgées, de soins de suite et de réadaptation gériatriques, de consultations mémoire, d'unités pour personnes âgées déambulantes. Ces regroupements ont été pensés pour créer des synergies au sein des pôles synonymes d'efficacité et de réduction des coûts. Les dirigeants de ces pôles, administratifs et médicaux, nommés avec une délégation de gestion, seront donc censés disposer d'une souplesse et d'une autonomie de gestion à même de leur permettre de faire preuve d'innovation et d'adaptation plus rapides aux besoins en soins de la population en simplifiant le fonctionnement administratif et en le rapprochant des acteurs de terrain. Confier la direction partagée opérationnelle et organisationnelle d'un pôle d'activité à un médecin et à un administratif, représentant de la direction générale de l'établissement, peut parfois se relever compliqué. En effet, les logiques soignante et administrative se confrontent souvent en raison d'une incompréhension réciproque (Glouberman et Mintzberg, 2001), voire d'un refus d'ingérence de l'administratif sur le soin (Scott, 1965). C'est ainsi que Georgescu et Commeiras (2011, p.295) évoquent les phénomènes d'hybridation chez des médecins qui endossent « *une double casquette de médecin-gestionnaire lorsqu'ils dirigent un service.* »

Chaque nouveau pôle ainsi constitué disposera donc d'une latitude organisationnelle et décisionnelle innovante dans le fonctionnement hospitalier français. Mais afin de maintenir une cohérence globale de l'offre de soins entre les différents pôles d'un même établissement sanitaire, cette nouvelle gouvernance s'accompagne de la création d'un Conseil exécutif, composé de représentants administratifs et médicaux, dont les prérogatives sont de concilier ces différentes logiques « polaires » avec le projet d'établissement et le respect du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) négocié avec la tutelle. Cette tutelle, représentée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), se voit d'ailleurs dotée d'un nouveau pouvoir d'injonction et de suspension dans l'éventualité où certains établissements ne procéderaient pas aux modifications attendues.

La deuxième réforme du plan « Hôpital 2007 » concerne les outils de gestion. Comme le démontre Kervasdoué (1996), le coût du fonctionnement sanitaire privé est 30 % inférieur à celui du public avant les années 2000. Kervasdoué explique ce constat notamment du fait de l'absence de comptabilité analytique au sein des structures publiques. La réforme va donc imposer aux établissements sanitaires le recours à des outils autorisant cette comptabilité analytique. Cela marquera le début de ce que le milieu de l'entreprise connaît depuis de nombreuses années et que l'on nomme le benchmarking. Pour l'hôpital, ces études comparatives permettront à chaque établissement de se comparer objectivement à ceux qui possèdent les mêmes spécificités ou spécialités médicales. En d'autres termes, les moyens d'une mise en compétition des établissements de santé sont donnés.

La dernière des réformes appliquées, celle qui a le plus d'impact en ce sens qu'au-delà de l'aspect financier, elle bouleverse la façon même d'appréhender le soin au sein des structures sanitaires, se nomme la tarification à l'activité (T2A). Le principe de cette T2A est simple : le financement doit être corrélé à l'activité. Le volume et la nature des actes réalisés, codés via le PMSI, se trouvent alors valorisés en fonction d'un « tarif » établi en fonction de chaque activité. Ces « tarifs » de chaque activité sont calculés pour couvrir les frais de salaires des personnels médicaux, paramédicaux et non médicaux, les frais de consommables médicaux ainsi que les produits pharmaceutiques, l'amortissement, la maintenance, la logistique médicale, les actes médico-techniques et les frais de structure. De façon schématique, le processus de financement revêt la forme suivante :

**Figure n° 1 : le processus de financement des actes de soin**



Comme le montre Stingre (2012, p.119), ce modèle de financement possède les qualités suivantes :

- une plus grande médicalisation du financement ;
- une responsabilité accrue des acteurs et incitation à adapter les pratiques pour davantage d'efficience ;
- une équité de traitement entre les établissements publics et privés du territoire national ;
- un développement d'outils de pilotage qualitatif (nécessité de la certification et des démarches qualité) et médico-économiques (contrôle de gestion et comptabilité analytique).

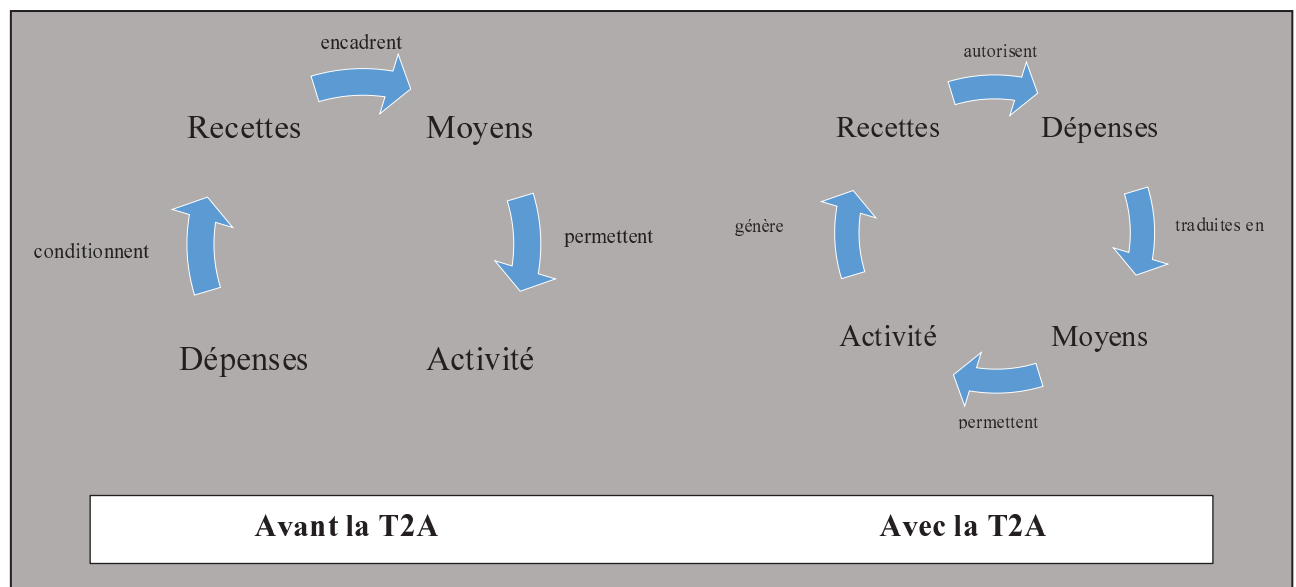
Cette tarification est entrée en vigueur pour tout établissement de santé public et privé le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et s'est progressivement substituée à la DGF pour être aujourd'hui le seul moyen de financement des unités de MCO.

À noter que les établissements sanitaires peuvent obtenir un financement encore aujourd'hui, à la marge, pour des prestations non liées à l'activité au moyen des enveloppes pour des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ou bien encore des Missions d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). À titre

d'exemples, citons les missions liées à l'enseignement, à la prévention, à la recherche, aux services d'aide médicale urgente (SAMU) ou bien encore aux centres antipoison et aux activités de prélèvements d'organes. Ces financements parallèles n'ont pas pour vocation à perdurer.

Nous pouvons illustrer le changement de financement et les répercussions qu'il engendre à travers la figure n°2 qui suit.

**Figure n° 2 :** évolution de la logique de financement suite au passage à la T2A.  
Andréoletti (2007, p.8).



Avec ce nouveau paradigme, les hôpitaux sont encouragés à réduire leurs coûts de fonctionnement et à favoriser la qualité des soins prodigués. *A priori*, sans nécessairement être antinomiques, réduction des coûts et amélioration de la qualité ne s'associent pas intuitivement, et cette réforme peut contenir en elle des biais. Comme nous l'avons vu, la T2A fait supporter aux établissements de santé une pression financière permanente pour faire diminuer les coûts de séjour et optimiser le codage d'un séjour donné. Devant cette pression, certains établissements sanitaires peuvent être tentés « d'économiser » aux dépens de la qualité (Or & Häkkinen, 2012, p.5). Ces « économies » peuvent revêtir différentes formes. Cela peut être une manipulation du codage à l'avantage de la structure, le renvoi prématuré d'un patient à domicile ou dans une autre structure sanitaire ou bien encore le morcellement

des séjours (Miraldo et al., 2006 ; Cots et al., 2011). Afin de prévenir ces déviations, les ARH, garantes de la véracité des codages renseignés par les établissements, se dotent de logiciels de contrôle en partie automatisés et dépêchent, dans les différents établissements, des médecins contrôleurs. Avec ce pouvoir de contrôle, en cas de faute avérée, l'ARH a toute latitude pour sanctionner financièrement les établissements fautifs. Cela peut aller du remboursement de l'indu, à la mise en garde, la mise en demeure et jusqu'à la pénalité financière.

Cette nouvelle modalité de financement fait passer les établissements sanitaires d'une logique de moyens à une logique de résultats, d'une logique budgétaire (DGF) à une logique économique (T2A), et les confronte aujourd'hui à l'impérieuse nécessité économique de rechercher productivité et efficacité pour survivre et maintenir leur activité.

Nous pouvons constater ainsi que la T2A a fait évoluer le monde hospitalier d'une logique d'efficacité à une logique d'efficacité. Nous reparlons de cette efficacité dans le chapitre traitant des contraintes rencontrées par les infirmières. C'est une nouvelle fois cette même logique qui est à l'origine du plan « Hôpital 2012 » que nous présentons maintenant.

#### 1.1.10 Le plan « Hôpital 2012 »

L'État, souhaitant poursuivre la modernisation des hôpitaux français initiée par le plan « Hôpital 2007 » et favoriser leurs regroupements, va annoncer, le 13 février 2007, la création du plan « hôpital 2012 ». Les finalités de ce nouveau plan sont multiples. Tout d'abord, l'objectif est de maintenir un niveau d'investissement important auquel l'État contribuera à hauteur de 10 milliards d'euros répartis sur la période s'étalant de 2008 à 2012 dont 5 seront versés en aides directes à l'Assurance maladie. Ensuite, l'amélioration de l'efficacité hospitalière (qui reste une priorité) et l'aide de l'État permettront de limiter le recours à l'emprunt pour les établissements hospitaliers, ce qui est censé favoriser les restructurations et recompositions de l'offre de soins en mutualisant les plateaux techniques. À ce titre, des regroupements public-privé pourront avoir lieu. L'un des volets de ce plan insiste également sur la nécessité de mettre aux normes les édifices hospitaliers, notamment en ce qui concerne les normes parasismiques et le désamiantage des bâtiments. Le dernier volet de ce plan concerne la mise à niveau des systèmes d'information. Ces systèmes d'information permettent en effet une plus grande réactivité dans les soins, une meilleure traçabilité, ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents professionnels œuvrant pour la santé du patient.



Pour illustration, cela peut concerner le dossier médical informatisé, le dossier de soin du patient, le circuit du médicament, les différentes vigilances liées à l'activité hospitalière, l'informatisation des fonctions supports aux soins (services médico-techniques, laboratoires, transports patients, logistique, ...).

Ces réformes globales s'appliquent à l'ensemble du système sanitaire français, à l'exception de deux secteurs spécifiques que nous décrivons dans le chapitre suivant.

### 1.1.11 Le cas particulier des services de soins de suite et de réadaptation et celui de la psychiatrie

En soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi qu'en psychiatrie, le classement des patients en groupes homogènes, tel que nous l'avons vu précédemment, est plus problématique. En effet, au-delà du diagnostic et de la difficulté majeure à classer les individus dans des groupes au regard du polymorphisme des pathologies rencontrées dans ces deux spécialités, c'est davantage la charge en soins qui doit prévaloir (Kervasdoué, 2011).

En ce qui concerne les SSR, le PMSI se concentre essentiellement sur les scores de dépendance des patients et leur temps de rééducation estimés en tentant de tenir compte de 7 variables qui sont la classe d'âge, le score de dépendance physique, le score de dépendance cognitive, le score des activités de rééducation-réadaptation, l'existence d'une comorbidité, le type de finalité de prise en charge et le type d'hospitalisation (complète, de jour, de nuit ou bien encore par séance). Encore aujourd'hui, la modalité de calcul est si complexe qu'elle laisse subsister des différences de valorisation entre des cas comparables d'un établissement à un autre.

Pour la psychiatrie, bien qu'une appellation de PMSI-Psy ait fait son apparition, elle fut rapidement remplacée par l'expression de valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP). Cette VAP diffère du PMSI en cela qu'elle tient compte des spécificités de la discipline et de ses nombreuses trajectoires de soins possibles, en décrivant l'activité de psychiatrie dans les domaines des séjours en hospitalisation complète, des postcures, de l'hospitalisation à domicile, du placement en famille d'accueil, des séjours à temps partiel (hospitalisations de jour, de nuit, ateliers thérapeutiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel), et des domaines des soins en ambulatoire (extra-muros). Les nombreuses expérimentations visant à

faire évoluer le mode de financement de la psychiatrie en améliorant cet outil de valorisation médico-économique de l'activité ont abouti en 2005 à la création du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P).

Des modélisations de ces types de prises en charge sont toujours à l'étude afin de pouvoir les inscrire dans une tarification à l'activité telle que nous l'avons décrite précédemment.

### 1.1.12 Le Schéma régional d'organisation sanitaire et la création des agences régionales de santé (ARS)

Comme nous l'avons abordé précédemment, avec une visée de maîtrise des coûts et de diminution du nombre de lits d'hospitalisation, l'objectif de la loi Boulin du 31 décembre 1970, qui instaure la carte sanitaire ainsi que la notion de « service public hospitalier », est de parvenir à planifier et répartir les équipements sanitaires sur l'ensemble du territoire national. À cet effet, ce dernier se trouve divisé en 21 régions, l'esprit de la loi Boulin étant de permettre à chaque région de disposer de l'infrastructure sanitaire technique et humaine à même de répondre aux besoins de santé de la population, notamment pour les soins coûteux tels que la néonatalogie, l'hémodialyse et les soins d'urgence. Cette loi sera renforcée par celle dite Evin-Durieux, le 31 juillet 1991, qui renforcera la planification sanitaire avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) au sein de chaque région, tout en instaurant des projets d'établissement au sein des structures sanitaires. SROS et carte sanitaire coexisteront jusqu'à ce que l'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime cette dernière (Coldefy, Lucas-Gabrielli, 2012). Nous en sommes alors à la troisième version du SROS (SROS 3) et le vocable « secteur sanitaire » qui avait jusqu'alors cours se voit remplacé par celui de « territoire de santé ». En effet, depuis les années 1970, l'État tente d'intensifier la territorialisation de la santé en essayant de passer d'une logique de soin à une logique de santé publique globale. Car la santé doit aussi être appréhendée comme la résultante d'un système à « *multiples composantes interagissantes* » (Amat-Roze, 2011, p.14) comprenant bien entendu des facteurs endogènes, mais également des facteurs exogènes (environnements politique, économique, social, culturel, caractères du territoire de vie...). Ce paradigme entend donc, en tenant compte des indicateurs de santé de la population, intégrer une démarche géographique à même de fournir des outils d'aide à la décision en santé publique tout en instaurant une réflexion globale d'aménagement. Avec cette ordonnance du

04 septembre 2003, les territoires de santé comprennent les lieux de vie, les états de santé ainsi que les lieux de soins. Leur organisation se fera à trois niveaux descendants que sont la région, qui définira « ses » territoires de santé, les territoires opérationnels (aires d'influence des pôles hospitaliers avec projets médicaux) et à un dernier niveau, les territoires de proximité (centres municipaux de santé, centres de protection maternelle et infantile) et de l'offre libérale, en lien avec les territoires opérationnels (Amat-Roze, 2011, p.20). Ce territoire de santé devient désormais le lieu d'organisation des soins encadré par les objectifs quantifiés de l'offre de soins tout en étant également pensé comme espace de concertation pluriprofessionnelle des acteurs de la santé (Coldefy, Lucas-Gabrielli, 2012).

Nous voyons donc se dessiner une « globalisation » de la santé à un niveau, si ce n'est local, tout du moins régional. Cette dynamique sera amplifiée en 2009 avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

### 1.1.13 La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)

Les avancées en termes de complémentarité de l'offre de soin ont été significatives avec le plan « Hôpital 2012 », mais comme on peut le constater à la lecture du chapitre précédent, la coordination des professionnels de santé n'apparaît pas *a priori* comme des plus aisée. En constatant que, malgré les réformes jusqu'ici entreprises, le déficit cumulé des hôpitaux français continue de croître, l'État a donc estimé qu'il fallait doter l'action sanitaire d'un « chef d'orchestre » au niveau régional à même de rendre effective la complémentarité sanitaire escomptée. Pour ce faire, le 21 juillet 2009, est promulguée la loi *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*.

Les ARH vont céder la place aux agences régionales de santé (ARS) qui, au même titre que les anciennes ARH, conservent les pouvoirs dédiés à l'hospitalisation mais se voient élargir leur champ d'intervention en ayant la charge des soins de ville et des activités médico-sociales. Leur objectif est de garantir l'accès à des soins de qualité pour chaque individu du territoire qu'elle a en charge. Cette nouvelle réforme met également en place des communautés hospitalières de territoire (CHT) et renforce le pouvoir du directeur d'hôpital dans un directoire resserré et un conseil d'administration disposant d'une fonction de « surveillance ». Les CHT doivent permettre un renforcement de la coopération entre les différentes structures sanitaires d'un même territoire. À cette occasion, le schéma régional

d'organisation sanitaire évolue en schéma régional d'organisation des soins (SROS) afin de tenir compte des évolutions de compétences de la nouvelle ARS.

- La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, accorde le plein exercice du droit à l'information médicale à tout patient qui le demande, sans l'intermédiaire d'un médecin. Cette loi crée la notion de personne de confiance que tout hospitalisé peut désigner dès son entrée en établissement de santé, pour le suppléer dans sa relation avec le ou les médecins. De la même manière, cette loi fait obligation à tout professionnel de santé d'informer le patient des dommages survenus, y compris en cas d'infection nosocomiale (art. L. 1142-4 du code de la santé publique).
- Les ordonnances du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005 modifient la gouvernance hospitalière en médicalisant la gestion des établissements publics de santé. Pour ce faire, l'ordonnance du 2 mai 2005 institue les pôles d'activité clinique et médico-techniques. Cette structure regroupe plusieurs services médicaux et unités fonctionnelles. De même, et avec une volonté de meilleure médicalisation des décisions, est créé dans chaque établissement de santé un conseil exécutif qui, présidé par le directeur, est composé à parité de membres de l'administration et de représentants des médecins.
- La loi du 13 août 2004, relative à l'assurance-maladie, vise à améliorer les pratiques professionnelles en soumettant les établissements de santé à une certification (procédure externe d'évaluation), ainsi qu'à une accréditation de la qualité de la pratique professionnelle.

C'est d'ailleurs avec cette loi du 13 août 2004 que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé (ANAES) créée, comme nous l'avons précisé précédemment, par l'ordonnance hospitalière d'avril 1996, et dont l'objectif était de s'assurer de la qualité des soins prodigués au sein du système sanitaire national, se voit transformée en Haute autorité de santé (HAS). Cette nouvelle entité, en plus de reprendre les missions de l'ANAES, délivrera les certifications indispensables aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, pour continuer à exercer. La délivrance de ces certifications, qui repose sur la satisfaction à des indicateurs, des référentiels de bonnes pratiques et sur le respect de protocoles et procédures préalablement définis, est l'assurance, pour le public et les organismes de tutelle, que les établissements de santé du territoire national remplissent

correctement les exigences de qualité des soins, ainsi que celles en lien avec la qualité du management des établissements sanitaires, imposées à tous les établissements de soin du pays.

#### 1.1.14 Les offres de soins du secteur privé

Jusqu'à présent, nous nous sommes efforcé de décrire les missions ainsi que les modalités de financement de l'hôpital public. Or, proposer une offre de soins n'est pas l'apanage de l'hôpital public. Des établissements privés assurent également l'offre de soins pour la population. Confondus, en 2012, les établissements de santé publics et privés représentent 2660 structures de soins, soit 414 840 lits d'hospitalisation à temps complet et 68 049 places d'hospitalisation partielle<sup>3</sup> (DREES<sup>4</sup>, 2016). Comme les recense le tableau ci-dessous, l'offre publique comporte trois types d'établissements en fonction de leurs missions. Tout d'abord, les 789 centres hospitaliers (CH) ont la mission d'offrir la plupart des prestations de prises en charge médicales en unités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) au plus près de la population, ainsi que les prises en charge de personnes âgées. Ensuite, les 32 centres hospitaliers régionaux (CHR) et centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent, quant à eux, assurer des soins plus spécialisés à la population de la région, tout en assurant des missions d'enseignement et de recherche médicale pour les seconds. À ces établissements s'ajoutent les 88 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie qui prennent en charge tous les patients présentant des pathologies psychiatriques et des souffrances psychiques. Et au final, la DREES (2016) recense également 22 autres établissements publics qui sont en fait des hôpitaux militaires et des groupements de coopération sanitaire. Au global, les 931 structures publiques présentent des capacités d'accueil de 258 158 lits et de 40 132 places.

---

<sup>3</sup> Place pour une hospitalisation de jour ou de nuit de moins d'une journée.

<sup>4</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

**Tableau n° 1 : établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2012 (DREES, 2016)**

Catégories d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
<b>Public</b>	<b>931</b>	<b>258 158</b>	<b>40 132</b>
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	32	74 783	9 287
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	789	153 456	15 847
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	88	26 707	14 579
Autres établissements publics	22	3 212	419
<b>Privé non lucratif</b>	<b>699</b>	<b>58 137</b>	<b>12 342</b>
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	18	2 889	856
Autres établissements privés à but non lucratif	681	55 248	11 486
<b>Privé à but lucratif</b>	<b>1 030</b>	<b>98 545</b>	<b>15 575</b>
Établissements de soins de suite et de réadaptation	324	25 999	2 308
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	542	59 458	12 133
Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	11 735	1 037
Établissements de soins de longue durée	12	508	24
Autres établissements privés à but lucratif	12	845	73
<b>Ensemble</b>	<b>2 660</b>	<b>414 840</b>	<b>68 049</b>

Les établissements de santé privés recouvrent sous cette appellation deux types de structures. D'une part, les structures privées à but non lucratif et d'autre part, les structures privées à but lucratif. C'est ainsi qu'en reprenant le tableau n°1, la DREES (2016) recense 699 établissements privés à but non lucratif dont 18 sont spécialisés dans la lutte anti cancer, tandis que le reste est essentiellement composé de centres de dialyse et de radiothérapie. Quant aux 1030 structures privées à but lucratif, elles ont à réaliser des prises en charge de soins de suite et de réadaptation, des soins de courte et de longue durée ainsi que la lutte contre les maladies mentales. Une notion également importante à comprendre est que les établissements du secteur privé peuvent avoir à assurer des missions de service public et sont dès lors nommés ESPIC pour établissements de santé privés d'intérêt collectif. Les missions du service public sont d'accueillir tout patient de jour ou de nuit, sans discrimination, et d'assurer « *les examens de diagnostic et le traitement, notamment les soins d'urgence, des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés* » (Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, Légifrance). C'est ainsi que pour les établissements privés relevant de cette dernière catégorie, l'ensemble des dispositions relatives aux établissements publics s'applique, tandis que pour les autres, les modalités de financement diffèrent de celles du public. Ces structures privées à but lucratif totalisent près du quart des hospitalisations en France, ce qui est, selon Kervasdoué (2009, p.74), une

exception dans le monde. Cet auteur attribue à des raisons historiques cette forte présence sur le territoire et cette forte activité au fait que, jusqu'en 1941, l'admission à l'hôpital public était conditionnée au fait d'être « indigent », militaire ou accidenté du travail. Et, afin de pouvoir bénéficier de prises en charge médicales et des avancées de la médecine, petite, moyenne et grande bourgeoisie ont dû avoir recours à des cliniques privées. Par la suite, après la seconde guerre mondiale, Kervasdoué (2009) nous précise que les syndicats de travailleurs, à l'époque majoritaires dans la gestion de l'Assurance maladie, ont œuvré pour que tous les Français puissent avoir accès aux mêmes soins que les bourgeois. Ce sont donc les partenaires sociaux, la CGT en tête, qui ont milité pour défendre les cliniques privées. Durant les années post-guerre, les établissements privés fixaient leurs tarifs de façon libre. En 1968, un arrêté viendra plafonner ces tarifs jusqu'à ce qu'un décret, en 1973, vienne instaurer un tarif dit de responsabilité, qui est en fait le barème selon lequel sont calculés, en matière de frais médicaux et pharmaceutiques, les remboursements effectués aux assurés sociaux. L'objectif de ce plafonnement est de normaliser les différents tarifs ayant cours entre les cliniques privées. Cette modalité de financement a permis aux cliniques privées de ne pas avoir à fonctionner avec la dotation globale comme ce fut le cas pour l'hôpital public. Ceci étant, les établissements privés connaîtront le déploiement du Projet de médicalisation du système d'information (PMSI) en 1991 et commenceront à évoluer dans le même environnement réglementaire que les hôpitaux publics. Ils seront donc ainsi impactés par les ordonnances Juppé de 1996 en cela qu'ils devront répondre aux injonctions des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en établissant des projets d'établissement en lien avec le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) décidé par la tutelle, d'une part, et en signant avec cette dernière un contrat d'objectifs et de moyens, d'autre part. Par la suite, le Plan hôpital 2007 marquera le début de la convergence tarifaire. C'est-à-dire que les structures privées vont progressivement adopter la tarification à l'activité (T2A) au même titre que le secteur public.

### 1.1.15 Les perspectives

Malgré les réformes engagées ces dernières décennies, les dépenses de santé continuent à progresser à un rythme de 3,5 % par an et le coût des soins hospitaliers représente 46 % des dépenses de santé au niveau national (Le Garrec et al., 2013). Le rythme des réformes va donc se poursuivre pour tenter de contenir ces coûts, qui ont de plus une croissance supérieure à celle du produit intérieur brut, avec l'objectif de poursuivre les

réductions de dépenses de l'Assurance maladie, particulièrement celles consacrées au financement hospitalier, et celui d'offrir à la population les soins qu'elle nécessite de façon adaptée. Au moment où nous écrivons ces lignes, la loi Santé, dite loi de modernisation de notre système de santé, a été publiée au *Journal officiel* le 27 janvier 2016. L'article 107 de cette loi crée les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cet article donne l'obligation à tous les établissements hospitaliers publics d'un territoire donné d'adhérer à un groupement dans lequel l'un d'eux deviendra établissement support. Techniquement, l'établissement support se verra confier le transfert de la gestion de plusieurs activités transversales pour l'ensemble des établissements intégrés à ce groupement.

Cela concernera :

- les services informatiques hospitaliers (SIH) ;
- les départements d'informations médicales (DIM) ;
- la fonction achats ;
- la coordination de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC) ;
- l'organisation commune des activités de biologie, d'imagerie médicale et de pharmacie par la mise en place de pôles inter-établissements.

De plus, cet article de loi donnera naissance à la création d'un projet médical commun de territoire sous la coordination de chacune des ARS concernées. À cela s'ajoutera la mise en place de pôles d'activité clinique ou médico-techniques inter-établissements parmi l'ensemble des établissements du département (médecine, cancérologie, chirurgie, spécialités médicales, etc...) à l'intérieur desquels l'organisation soignante ainsi que les affectations médicales et paramédicales seront gérées en fonction des nécessités et des lieux de réalisation.

Le corollaire de cette nouvelle loi sera de renforcer l'activité ainsi que la productivité des établissements sanitaires afin de dégager de nouveaux excédents financiers, capables de développer la capacité d'autofinancement de ces structures. Ainsi, par exemple, la construction de nouveaux blocs opératoires, pour répondre à un besoin de santé nouveau de la population, sera rendue possible puisque aucun financement supplémentaire n'est signifié pour accompagner ces transferts d'activités. Ces derniers devront, *a priori*, s'effectuer à effectif constant. Il est donc vraisemblable que les organisations soignantes, ainsi que les modalités d'exercice des professionnels de santé, seront une nouvelle fois bouleversées et leur charge de travail une nouvelle fois majorée.



## 1.2 Le résumé de la mutation du système de santé

Depuis la création des premiers hospices, le monde hospitalier français a connu de multiples évolutions en lien avec son financement, son organisation et ses missions. Ce bien commun français, ouvert 24 heures sur 24, 365 jours par an, accueillant toutes les souffrances et détresses humaines et sociales, doit constamment se réformer afin de pérenniser son existence pour les générations actuelles et futures. Le système hospitalier français s'inscrit dorénavant dans un contexte concurrentiel s'amplifiant de jour en jour. Cette concurrence est générée aussi bien en interne qu'en externe. En interne, avec des pôles d'activité qui, bien qu'au dessein d'un même projet global d'établissement, se retrouvent parfois en rivalité pour justifier de leur existence et des moyens demandés et alloués. En externe, cette concurrence se manifeste au travers des comparaisons entre hôpitaux publics ayant les mêmes spécialités et / ou des caractéristiques similaires pour toujours tenter d'être, pour le traitement d'une pathologie donnée, le plus efficient avec une productivité optimisée. Cette recherche d'efficience et de productivité oppose également l'hôpital public à la concurrence des établissements de santé privés. Dans ce contexte sanitaire globalisé au niveau national, le système hospitalier français évolue donc au rythme des changements organisationnels, des restructurations, des regroupements, des fusions et des mutualisations, avec toujours en ligne de mire l'objectif d'améliorer la productivité tout en étant reconnu par les organismes de tutelle ainsi que par la population pour la qualité des soins dispensés ainsi que celle du management de l'établissement au sens large.

Au regard du rapide état des lieux que nous avons dressé de l'institution hospitalière, nous allons nous intéresser, dans la partie qui va suivre, à la population infirmière travaillant au sein du système sanitaire français. Nous décrirons tout d'abord l'historique de la profession pour nous attacher ensuite à mesurer les impacts de ces réformes hospitalières successives sur cette catégorie professionnelle.

## 1.3 L'infirmier(ère) : « pièce » maîtresse dans l'organisation des soins

« *Le regard d'une infirmière sera un jour ou l'autre pour chacun de nous, un passage obligé pour découvrir les soins, l'hôpital, la vie ou la mort. [...] La technique médicale seule ne suffira jamais pour soigner les patients. [...] En tant que médecin urgentiste, je suis fier de pouvoir écrire ces quelques mots pour les infirmières [...] sans qui nous ne pourrions soigner* » (Afdjei, in Duley, 2012). C'est par ces mots signés d'un médecin urgentiste que débute l'ouvrage de Duley rendant un vibrant hommage à la profession infirmière. En effet, si on doit être hospitalisé, dans un premier temps, on pense tout d'abord au médecin qui va nous soigner. Et rapidement, on constate la présence d'infirmiers autour de soi. Ce sont eux qui installent, écoutent, orientent, accompagnent et soignent les patients, en collaboration avec les médecins. Ils appliquent les prescriptions médicales et s'assurent de leur efficacité et de la non survenue d'effets indésirables. De plus, ils ont également une autonomie d'action en recourant à leur rôle propre leur permettant d'agir sans prescription médicale. Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à l'histoire de cette profession clé dans la prise en charge des patients.

### 1.3.1 L'historique de la profession infirmière

Lorsque les premiers asiles et hospices furent construits, soigner s'entendait naturellement comme une mission à vocation féminine. C'est pour cela que les premières « infirmières » étaient des femmes et plus précisément des religieuses. À cette époque, soigner n'était pas considéré comme un métier à proprement parler mais comme une vocation bien souvent oblatrice. Au départ, comme le décrit Collière (1982, p. 23), deux conceptions du soin coexistent. La première, destinée aux femmes, tend à définir le soin comme un ensemble d'actes quotidiens, d'habitudes de vie et de soins du corps. La seconde a pour dessein de faire reculer la mort par des soins réclamant une force physique ou l'utilisation d'outils d'incision ou de suture. Cette seconde perspective relève plus de l'apanage des hommes. Jusqu'au Moyen Âge, pour soigner, il fallait avoir donné la vie et avoir connu des deuils afin d'aider la vie à se poursuivre.

Par la suite, au XIX<sup>e</sup> siècle, avec l'émergence d'un corps médical, l'infirmière est considérée comme l'auxiliaire du médecin. Bien que la Révolution française ait eu pour conséquence de dissoudre les corporations religieuses, la majorité des religieuses continue à œuvrer dans les hôpitaux.

L'une des pionnières à avoir pris conscience de la nécessité de prodiguer une formation infirmière moderne, plus uniquement centrée sur des valeurs morales et religieuses, fut la Britannique Florence Nightingale (1820 - 1910). Elle consacra sa vie au développement de la profession infirmière et posa les bases de ce que nous en connaissons encore aujourd'hui. Cette période est à mettre en lien avec les progrès contemporains de la médecine. C'est notamment durant cette période que Louis Pasteur (1822 – 1895), à la suite de recherches sur les microbes, invente l'antisepsie, l'asepsie et la vaccination. Avec le fruit des recherches de Pasteur, les hôpitaux vont se réorganiser afin de lutter contre les épidémies. Ces réorganisations vont s'accompagner d'une formation spécifique aux infirmières pour leur enseigner les gestes d'hygiène des mains et de stérilisation du matériel.

C'est à cette période que le recrutement des infirmières va évoluer. Les critères de sélection restent encore flous mais voici comment l'infirmière, auxiliaire du médecin, était recherchée par le corps médical de l'époque (Barraud, 2013, p.38) :

*« Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire [...] Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiments pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans les cœurs des mères [...] Cette infirmière, plébéienne d'origine, serait dépourvue de morgue et de dédain, elle saurait se faire respecter sans se faire haïr. »*

### 1.3.2 La création du diplôme et sa reconnaissance

À l'issue de la Première Guerre mondiale, le décret du 27 juin 1922 porte la création du diplôme d'État infirmier et structure les apprentissages dispensés en formation tout en les rendant homogènes sur le territoire. Cette création n'en devient pas pour autant obligatoire et, schématiquement, le savoir demeure l'apanage du médecin qui n'en dispense que quelques bribes à l'infirmière pour qu'elle puisse pratiquer son métier. Nous retrouvons ce paradigme de l'époque à travers ce récit (Barraud, 2013, p.38) :

*« Seul le mode d'administration doit être connu de l'infirmière. Elle ne doit en aucune façon chercher à connaître ce que le médecin prescrit, chercher à poser des*

*questions indiscrètes et ne solliciter à ce sujet aucune explication du pharmacien dont le devoir est de tenir caché ce que le médecin n'a pas voulu qu'on sût. »*

Par ailleurs, ce décret compartimente la profession en trois catégories que sont l'infirmière hospitalière, l'infirmière visiteuse de la tuberculose et l'infirmière visiteuse d'enfants. Ces catégories seront sujettes à modification avec le décret du 18 février 1938 qui permettra la délivrance du diplôme d'infirmière hospitalière et de celui d'assistante de service social. Nous parlons là des infirmières travaillant dans les soins généraux. En ce qui concerne le personnel exerçant dans les asiles, c'est à compter du 4 avril 1907 qu'un arrêté préfectoral crée le diplôme d'infirmier psychiatrique départemental, modifiant ainsi l'appellation de gardien en psychiatrie en infirmier. Ce changement était rendu nécessaire, au même titre que pour les soins généraux, par les progrès de la médecine et l'apparition de traitements médicamenteux à même de soigner les troubles mentaux. Ces nouveaux infirmiers se devaient donc de connaître les différentes pathologies psychiatriques, leurs traitements et leurs surveillances ainsi que de développer des habiletés relationnelles avec les soignés. Ces différents apports étaient dispensés dans les écoles des différents asiles. Ces apports vont se structurer pour aboutir, par l'arrêté du 26 mai 1930, à ce que ces infirmiers travaillant dans les asiles accèdent au titre d'infirmier en psychiatrie. Les asiles deviendront des hôpitaux psychiatriques en 1937 où travaillent des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) suite à l'arrêté du 12 mai 1969. Le fait de travailler en hôpital psychiatrique n'autorise pas les infirmiers en psychiatrie à travailler dans les hôpitaux généraux. Leur exercice professionnel est restreint aux seuls hôpitaux psychiatriques.

Comme nous le voyons, la reconnaissance du travail infirmier diffère selon que l'exercice se fait en soins généraux ou en asile. Ce distinguo sera à l'origine de divisions au sein de la profession infirmière entre ceux qui définissent le soin comme essentiellement technique et les autres le définissant comme éminemment relationnel.

La formation des infirmiers en soins psychiatriques s'arrêtera avec l'arrêté du 23 mars 1992 qui crée le diplôme d'État polyvalent. Avec cet arrêté, la distinction entre infirmiers en milieu psychiatrique et en soins généraux n'a plus cours. Afin de permettre aux ISP qui le souhaitent d'exercer en hôpital général, possibilité leur est offerte de suivre une formation complémentaire de trois mois de stage en médecine, chirurgie et réanimation ou urgence.

### 1.3.3 L'infirmière contemporaine

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, la loi du 8 avril 1946 confère l'exclusivité de l'exercice infirmier aux personnes diplômées. L'hôpital devient un lieu d'hypertechnicité connaissant une très forte augmentation des actes médicaux au sein des hôpitaux (Magnon, 2001). Pour répondre aux besoins de soins et ainsi soulager l'activité médicale, des spécialisations vont naître. C'est ainsi qu'en 1947 il est désormais possible pour une infirmière de devenir puéricultrice, en 1956 cadre, en 1960 infirmière aide-anesthésiste, et infirmière de bloc opératoire en 1971. C'est également la période qui voit apparaître de nouveaux professionnels de santé tels que les manipulateurs en radiologie médicale, les techniciens de laboratoire ou bien encore les diététiciens.

Jusqu'alors, les tâches relatives à l'hygiène hospitalière et aux soins du corps étaient dévolues aux infirmières. La prise en charge des malades s'est donc retrouvée morcelée dans le souci de la rendre efficace. Ce morcellement conjugué à l'impérieuse nécessité de maintenir un niveau d'hygiène satisfaisant autour des patients est à l'origine de la création du diplôme d'aide-soignant en 1946 (Hughes, 1996). Le recours aux aides-soignants a permis aux infirmières de déléguer ménage, activités hôtelières, alimentation et soins du corps à cette population moins qualifiée.

Durant cette période, le soin ne s'appréhende que d'un point de vue organique. En opposition à la période moyenâgeuse où l'on s'attachait avant tout à soigner l'âme, désormais l'objectif de soin est uniquement centré sur l'organe malade ou la pathologie et ses symptômes.

C'est durant cette moitié du XX<sup>e</sup> siècle que la profession infirmière va tenter de se détacher de l'emprise médicale et gagner en autonomie. C'est la loi du 31 mai 1978 qui va révolutionner la profession. À compter de cette date, la profession acquiert juridiquement un nouveau « rôle propre ». L'infirmière conserve l'exécution des prescriptions médicales mais dispose désormais d'une latitude et de responsabilités majorées. Cette majoration de son autonomie se réalise dans les trois domaines suivants :

- l'hygiène individuelle des patients,
- les surveillances de l'état général et les surveillances spécifiques à certains soins,
- les activités socio-thérapeutiques.

Concernant ces trois domaines, l'infirmière dispose dès lors de la possibilité d'organiser et de planifier son travail seule ou avec le concours des aides-soignants. Par la suite, le décret du 12 mai 1981 fixe la liste des actes professionnels et les modalités de leur application. Tout d'abord critiqué par le corps médical, qui estimait perdre une partie de son pouvoir, et annulé par le Conseil d'État, la liste des actes professionnels est rendue effective à la suite de la première grève générale historique des infirmières, le 24 avril 1984, par le décret du 17 juillet 1984.

## 1.4 La formation infirmière

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estimait que la France comptabilisait 638 248 infirmiers en activité. Intéressons-nous à leur formation.

### 1.4.1 La réforme des études infirmières

En réponse aux évolutions du contexte de la santé au niveau national, les études infirmières ont été réformées en 2009. En effet, au niveau national, l'augmentation du nombre de maladies chroniques, de patients âgés polypathologiques, de cancers, de conduites à risque ou bien encore de certaines pathologies mentales, corrélée à une diminution d'autres pathologies (maladies cardio-vasculaires, infectieuses, etc.) et des accidents de la route, amène à repenser le rôle de prévention des professionnels de santé pour l'adapter aux besoins de la population (Coudray et Gay, 2009). En parallèle à cela, en lien avec les contraintes budgétaires évoquées précédemment ainsi que le fait que l'infirmier se retrouve aujourd'hui au centre de différentes logiques (économique, efficience des soins, prise en charge de situations complexes, coopération pluri professionnelle interne et externe aux hôpitaux renforcée, maintien le plus longtemps possible au domicile de personnes âgées, etc.), il importait d'actualiser la formation infirmière pour lui permettre de relever les défis de ce début de XXI<sup>e</sup> siècle.

Au niveau européen, 29 pays ont souhaité donner une certaine uniformité et faciliter la reconnaissance internationale du diplôme infirmier afin de favoriser l'employabilité et la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Europe en promouvant également l'apprentissage tout au long de la vie. C'est avec ces volontés communes que l'accord de Bologne a été signé. Cet accord confère dorénavant au diplôme infirmier le grade de licence

signifiant qu'une partie de l'enseignement est universitaire. À ce titre, l'arrêté du 31 juillet 2009 prévoit la signature d'une convention avec l'Université définissant les modalités d'enseignement et de participation des enseignants chercheurs au jury d'examen et de validation des crédits universitaires.

Au début des années 2000, afin de lutter contre une « *grave pénurie d'infirmières* » (Le Monde, 2001), la France a eu recours à des infirmières espagnoles pour pallier la pénurie de représentants de cette profession sur le territoire national. En effet, du fait de l'absence de *numerus clausus* à l'entrée en IFSI en Espagne, des infirmières excédentaires sont formées et au chômage. En France, ce recours à l'immigration s'est soldé par un résultat mitigé du fait de nombreuses défections de ces infirmières espagnoles pour diverses raisons dont les plus importantes étaient le mal du pays et la barrière de la langue (La Dépêche, 2003).

Le passage d'une formation professionnelle à une formation professionnelle universitaire des études infirmières modifie le dispositif de formation. Il se décline désormais sous forme de référentiels d'activités et de compétences devant être maîtrisées au terme de la formation pour obtenir le diplôme d'État.

Ce nouveau programme d'études infirmières se conçoit comme le moyen pour les étudiants infirmiers d'asseoir une culture scientifique au cœur de leur formation professionnelle tout en leur donnant les moyens d'une réflexivité sur leurs pratiques ainsi que sur l'évolution des besoins de santé de la population.

#### 1.4.2 La formation initiale

La formation infirmière est dispensée en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). L'accès à la formation infirmière est réservée aux titulaires du baccalauréat ou équivalent et soumis à l'obtention d'un concours présentant, pour sa partie écrite, des tests psychotechniques et des questions de culture générale. Les candidats ayant eu la moyenne à l'issue de cette épreuve passent une épreuve orale devant un jury composé d'un cadre de santé formateur travaillant dans l'IFSI concerné, un cadre de santé de filière infirmière et d'un(e) psychologue. Les candidats à l'oral doivent répondre à une question de culture générale en lien avec un thème sanitaire ou médico-social. Ils disposent d'un temps de préparation après la découverte du sujet avant de se retrouver face au jury qui les questionnera pour juger de

leurs connaissances en général et relatives à la formation et à la profession infirmière, de leur ouverture d'esprit et de leurs motivations à embrasser la profession.

Le nombre de places en formation infirmière est fixé par l'État sous la forme de quotas annuels d'entrée dans le cadre de la régulation globale et spatiale des professions de santé. En 2015, l'arrêté du 3 juillet fixait le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier au titre de l'année scolaire 2015 – 2016 à 30 844.

**Tableau n° 2 : l'évolution des quotas d'étudiants à admettre depuis 1995**

Année scolaire	Nombre d'étudiants à admettre
1995 - 1996	18 466
1999 - 2000	18 436
2000 - 2001	26 436
2001 -2002	26 436
2002 - 2003	26 436
2003 - 2004	30 000
2004 -2005	30 000
2005 - 2006	30 000
2006 - 2007	30 000
2007 - 2008	30 000
2008 - 2009	30 342
2009 - 2010	30 514
2010 - 2011	30 739
2011 - 2012	30 846
2012 - 2013	31 162
2013 - 2014	31 088
2014 - 2015	31 128
2015 - 2016	30 844

Le tableau n° 2 ci-dessus permet de constater l'évolution des quotas entre les années scolaires 1999 - 2000 et 2000 - 2001. Entre ces deux périodes, les quotas d'admission ont augmenté de plus de 43 %. De la même façon, on peut constater que les quotas d'admission



ont augmenté de plus de 13 % entre les années scolaires 2002 - 2003 et 2003 - 2004. Depuis cette date, ces quotas d'admission sont relativement stables, n'enregistrant qu'une augmentation de 2,8 % en comparaison de ceux de l'année scolaire 2015 - 2016, avec un pic durant l'année 2012 - 2013 portant le nombre d'étudiants à 31 162. Globalement, depuis l'année 1995 jusqu'à aujourd'hui, les quotas d'étudiants ont augmenté de 67 %.

Ce phénomène d'augmentation s'explique de différents points de vue. La première explication est d'ordre politique. Afin d'anticiper la diminution de la durée hebdomadaire légale de travail qui va passer de 39 à 35 heures en 2001, les quotas pour l'année scolaire 2000 - 2001 sont massivement augmentés. D'autre part, la seconde explication est d'ordre démographique. De nombreux départs à la retraite d'infirmières vont commencer à avoir lieu à compter du début des années 2000 et les augmentations de quotas de cette période sont censées les compenser. Cette compensation se révélera insuffisante sur le marché du travail et explique les augmentations successives intervenues à compter de la rentrée scolaire 2008.

### 1.4.3 La formation continue

Au niveau national, en 2014, 90,5 % des étudiants infirmiers (DREES, janvier 2016) relèvent de la formation initiale, c'est-à-dire qu'ils intègrent l'IFSI suite à l'obtention d'un baccalauréat et du concours d'entrée. Les autres 9,5 % intègrent les instituts au titre de la formation continue. Cela signifie qu'ils sont riches d'une expérience professionnelle préalable lors de leur admission. Cette expérience professionnelle peut avoir été acquise dans différents domaines et secteurs de l'économie mais, pour la très grande majorité d'entre eux, cette expérience professionnelle aura été acquise dans le domaine du soin. C'est-à-dire qu'ils étaient auparavant agents de services hospitaliers (ASH) ou bien aides-soignants et qu'ils bénéficient d'une promotion professionnelle. Avec cette promotion professionnelle, les frais de scolarité sont à la charge de l'employeur et le désormais étudiant conserve son salaire de base (sans les primes de service) durant les trois années d'études.

### 1.4.4 Les perspectives

En France, avec une démographie médicale en diminution, un tiers des Français qui, selon l'INSEE, en 2050, aura plus de 60 ans et 20 % de la population qui souffrira de maladies chroniques, l'objectif sanitaire est de pouvoir faire face aux demandes de soins. Dans le but de permettre aux médecins hospitaliers de répondre efficacement à la complexité

des besoins de « médicalisation » de la population (Couty, Dupont, 2005), leur imposant notamment des temps d'interprétation et d'échanges pluriprofessionnels denses, un projet de loi de santé est adopté le 15 octobre 2014 donnant la possibilité aux infirmiers d'exercer, au sein d'une équipe de soins, en pratique avancée. Ce projet de loi sera entériné par la loi du 17 décembre 2015 qui, dans son article 119, renforce l'exercice infirmier en pratique avancée. Désormais, les infirmiers justifiant d'une ancienneté minimale dans une spécialité donnée et désireux d'exercer en pratique avancée devront suivre une formation dans une université habilitée à délivrer un diplôme de formation en pratique avancée. Pour illustrer, nous pouvons citer ces infirmiers en psychiatrie qui seront à même de renouveler une ordonnance médicale initialement rédigée par un psychiatre avec lequel ils travaillent, jusqu'à deux fois, sans en modifier la posologie. Nous pouvons aussi citer le cas de ces infirmiers avec une pratique avancée en cardiologie qui seront à même d'effectuer des réglages de pacemaker selon une prescription médicale. De façon générale, les pratiques infirmières avancées pourront se faire dans les domaines de l'orientation, de l'éducation, du dépistage, de la prévention, de l'évaluation clinique, du diagnostic, de certains actes techniques, de la surveillance clinique, ou bien de la prescription de produits de santé non soumise à prescription médicale obligatoire, ou bien encore de la prescription d'examens complémentaires.

Cette loi de « modernisation de notre système de santé » du 17 décembre 2015 ouvre de nouvelles perspectives pour la profession infirmière en termes de reconnaissance, de responsabilité et d'autonomie professionnelles.

## 1.5 L'augmentation continue des contraintes en structures sanitaires et médico-sociales

Au regard des spécificités techniques des soins infirmiers de plus en plus pointus, les hôpitaux se trouvent aujourd'hui confrontés à l'absolue nécessité d'être à la fois attractifs au regard des professionnels infirmiers, tout en étant en capacité de les fidéliser, à l'instar des « *magnet hospitals* » nord-américains qui peuvent se targuer de recruter et de conserver facilement leurs personnels infirmiers (Brunelle, 2009) grâce à leur paradigme qui pourrait se traduire par « un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » (Brunelle, 2009, p.39). L'étude de ces hôpitaux « magnétiques » a eu lieu dans le contexte des années 1980 aux États-Unis qui faisait état d'une pénurie paramédicale infirmière. Cette pénurie ne concernait pas certains hôpitaux. Comme les décrit Brunelle (2009), les huit

caractéristiques communes de ces établissements attractifs étaient d'offrir aux infirmiers une autonomie professionnelle, un support organisationnel, une collaboration médicale satisfaisante, une valorisation professionnelle accompagnée d'un leadership infirmier, des relations positives et constructives avec leurs pairs, un ratio de personnel adapté à la charge en soins, une attention toute particulière à la prise en charge soignante des patients du début à la fin de leur séjour et enfin, une qualité des soins recherchée à tous les niveaux de la prise en charge des patients.

## 1.6 Le résumé de l'histoire de la profession infirmière

Comme nous l'avons abordé précédemment, la recherche de qualité des soins en milieu hospitalier est une préoccupation quotidienne pour l'ensemble des soignants. Cette recherche de qualité fait l'objet d'un cadre réglementaire et d'une surveillance tutélaire hospitalière dont l'objectif est de s'assurer que les usagers de santé bénéficient des « *règles d'amélioration et de responsabilisation correspondant aux attentes légitimes de la population* » (Legido-Quigley, 2008, p.2). Cette recherche de qualité des soins implique donc de la part des soignants une remise en question régulière de leurs pratiques en fonction des innovations médicales, paramédicales ou bien thérapeutiques au sens large. C'est ainsi que les soignants se retrouvent au quotidien à respecter des référentiels, des « guides de bonnes pratiques », qui évoluent en fonction des avancées en santé et des spécificités en besoins de santé de la population. Avec le mode de fonctionnement moderne des hôpitaux, ces changements sont donc nombreux et fréquents. À titre d'illustration, en prenant le cas du centre hospitalier universitaire d'Amiens, Kervasdoué (2011, pp. 66-68) recense pas moins de 42 familles de règlements relatifs à la sécurité sanitaire s'appliquant dans les établissements hospitaliers. Parmi ces 42 familles se trouvent par exemple celles relatives aux différentes gestions des risques (matéiovigilance, pharmacovigilance, identitovigilance, hémovigilance), sans oublier la lutte contre les infections nosocomiales (infections contractées à l'hôpital) qui est la préoccupation majeure quotidienne de tout soignant. Les différentes démarches qualité initiées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, le tout avec le recours à l'outil informatique, concourent parfois à ce que les infirmiers aient un rythme de travail dicté par les contrôles informatiques (DREES, février 2016, p.95).

En parallèle, la population infirmière est confrontée à l'augmentation des flux de patients, notamment en lien avec une pénurie de médecins généralistes de ville, une

augmentation de la charge de travail à effectif constant, la mise en place des 35 heures, le développement de la chirurgie ambulatoire (surveillance aiguë des patients accrue), la durée moyenne de séjour (DMS) qu'il faut en permanence tenter de maîtriser et un turnover qui est important (Acker, 2003). L'ensemble de ces facteurs amène plus de la moitié des personnels infirmiers à réaliser des heures supplémentaires (DREES, février 2016, p.96).

Au regard de ces différentes contraintes, la responsabilité des soignants se trouve également majorée par l'augmentation constante du nombre de litiges les opposant aux patients estimant avoir subi un préjudice, et ce, sans pour autant constater d'augmentation des sinistres, ces complications de santé à la suite desquelles les patients ou leurs familles portent plainte. Nous pouvons en effet constater que les plaintes de patients étaient de 1719 en 2003 pour se porter à 4479 en 2014 (ONIAM, 2014). Couty et Dupont (2005) expliquent ce phénomène par l'exigence et la judiciarisation croissantes des patients. Cette exigence se constate au quotidien du fait notamment que, désormais, le patient doit être considéré comme un partenaire du soin et participer aux décisions le concernant. Il est situé au cœur des différents process qualité pour que l'on puisse en permanence mesurer son niveau de satisfaction quant aux soins dispensés, la qualité de l'hôtellerie, de l'alimentation ou bien encore la qualité de l'accueil du personnel. Pour se rendre compte de la pression grandissante des usagers de santé et de la société en général sur les établissements sanitaires, il suffit de lire l'un des nombreux hebdomadaires réalisant tous les ans l'une de leurs meilleures ventes au numéro de l'année en publiant le classement des meilleurs hôpitaux et cliniques de France. Tous les scores de chaque établissement y sont exposés, renforçant ainsi la compétition entre les différentes structures sanitaires d'un département, d'une région ou bien encore entre deux établissements du territoire national ayant la même spécialité. Tout cela concourt également à donner à voir la performance des hôpitaux de façon à ce que les patients puissent faire des choix de structures sanitaires en toute connaissance de cause. Cette pression grandissante s'accompagne également de tensions, de difficultés relationnelles, avec les usagers de santé. Tandis que 31 % de la population salariée nationale déclare ce type de tension, ce pourcentage passe à 66 % concernant la population infirmière hospitalière (DREES, février 2016).

L'exigence de qualité des soins de la population qui se doivent d'être « *les plus appropriés [et aux] thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* » (art. L. 1110-5 du code de la santé publique) se traduit par une course à l'excellence où la moindre erreur

ressentie de la part des patients n'est pas envisageable. Tous les secteurs d'activité tendent vers l'amélioration continue de la qualité de leurs produits ou prestations mais rares sont ceux comme le soin où la pression du « zéro-faute » est omniprésente.

Le travail infirmier ne se résume plus à la simple dispensation de soins auprès du patient ainsi qu'à une gestion administrative de ces soins et du fonctionnement du service. Ce professionnel du soin est également fortement appelé à s'inscrire dans des groupes de travail au sein de son service, au niveau des pôles et de l'institution quand ce n'est pas au sein d'une communauté hospitalière de territoire.

L'infirmier évolue donc dans un environnement constamment bouleversé où les desseins soignants peuvent bien souvent se trouver « empêchés » à l'instar de ce que décrivent Detchessahar et Grévin (2009, 2010) lorsqu'ils évoquent « la gestionite » frappant les structures sanitaires. En effet, au-delà des soins techniques et relationnels qu'ils ont à prodiguer dans les conditions que nous avons évoquées précédemment, les infirmiers ont également à assurer un ensemble de traçabilités pour attester de leurs soins et de la conformité de ces derniers avec les exigences tutélaires sans cesse renouvelées, en lien avec une logique de surveillance des coûts qui peut leur échapper.

En résumé, la course à la réduction des coûts, la diminution des durées moyennes de séjour (DMS), conjuguées à l'accroissement des flux de patients, l'augmentation du turnover, l'augmentation du nombre de prises en charge en ambulatoire, la permanence des soins sur 24 heures - car comme le souligne Kervasdoué (2011), l'hôpital reste le dernier lieu où on accueille tout le monde, sans distinction, pour lui prodiguer des soins, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année - tendent à « déboussoler » les professionnels infirmiers qui ne comprennent plus nécessairement leur environnement de travail puisque l'on en modifie constamment les « règles ». En d'autres termes, le nouveau management de l'institution hospitalière est donc loin d'être sans conséquence sur les professionnels de santé (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012).

Voici donc le contexte de notre recherche dans lequel s'inscrit la profession infirmière. Dans le chapitre suivant, nous allons nous intéresser à définir le lien qui unit les infirmiers à leurs employeurs. Plus particulièrement, nous allons aborder la notion de contrat dans la relation d'emploi.

## Chapitre 2 : La place du contrat dans la relation d'emploi

Comme l'évoque Serverin (2008, p.13), « *si le code du travail règle le contrat de travail, il n'en donne pas de définition* ». Par ailleurs, les théories économiques utilisant le concept de contrat décrivent les intérêts économiques, par définition tangibles, pour l'employeur et l'employé, ce qui les rend nécessairement incomplets car ne prenant pas en compte les échanges intangibles. Ces échanges intangibles sont définis par Homans (1961, p.11) en termes d'interaction, dans le sens où « *l'activité de l'une des deux parties (employeur ou employé) renforce (ou punit) l'activité de l'autre, et où par conséquent chacun influence l'autre*<sup>5</sup> ». En tenant compte de ce paradigme, la notion de contrat revêt dès lors un caractère volontariste des actions entreprises par un employé et qui sont motivées par les retours qu'il peut attendre de l'organisation (Rousseau, 1995).

Fort de ces constats, dans les points qui vont suivre, nous allons tout d'abord développer la notion de contrat, ce lien unissant un salarié et une entreprise qui l'emploie, avant de nous intéresser à la notion de relation d'emploi.

---

<sup>5</sup> Traduction libre.

## 2.1 Quels types de contrat unissent les professionnels à leurs employeurs ?

La relation de travail se fonde sur l'adoption d'un contrat qui résulte d'un engagement volontaire de la part d'un contracteur et d'un contractant, d'un employeur et d'un employé. Ce contrat contient des termes écrits en lien avec des attentes spécifiques de la part du contractant (durée de travail hebdomadaire, rémunération, modalités d'exercice, ...) en tenant compte de la législation du travail et, le cas échéant, des accords collectifs préalablement constitués. Bien qu'il soit écrit, on peut considérer que le contrat est également fortement relié à une composante psychologique (Macneil, 1985) puisqu'il se fonde au départ sur une relation entre un employé et son employeur ou le représentant de ce dernier. Il peut également contenir des promesses orales en termes de formations à venir, de soutien organisationnel ou bien encore d'avantages spécifiques (transports, congés, comités d'entreprise, ...). Le contrat, tel que décrit précédemment, encadrant la relation d'emploi, est formalisé et validé par les deux parties au moment du recrutement dans un contexte environnemental au sens large (concurrence, cadre légal, organisation, politique nationale, mondialisation, développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, ...) connu lors de la contractualisation. Les changements ultérieurs de cet environnement global pourront, à de nombreuses occasions, ne plus rendre ce contrat pertinent et en phase avec les besoins actualisés de l'entreprise. Par conséquent, le contrat de travail initialement souscrit peut se retrouver dépourvu de son sens initial, devant faire l'objet d'un remaniement, d'une actualisation. Dès lors, la question que l'on peut se poser est de savoir comment cela sera vécu par le contractant. Nous aurons l'occasion d'aborder cette problématique lorsque nous évoquerons le contrat psychologique d'un point de vue théorique en nous plaçant du côté de l'employé.

Dans le cas présent, lorsque nous parlons de contrat, de quoi parlons-nous ? Rousseau recense quatre formes élémentaires de contrat (Rousseau et al., 2014, p.10) telles que décrites dans le tableau n° 3 ci-dessous.



**Tableau n° 3** : les quatre formes élémentaires de contrat (issu de Rousseau & al., 2014, p.10)

	Niveaux	
Points de vue	Individuel	Du groupe
Interne à l'organisation	Le contrat psychologique	Le contrat normatif
Externe à l'organisation	Le quasi-contrat	Le contrat social

Dans ce tableau, Rousseau et ses collègues décrivent les quatre formes élémentaires que revêtent les contrats que sont les contrats psychologique, normatif, social et le quasi-contrat. Quatre formes que nous allons détailler ci-après.

### 2.1.1 Le contrat psychologique

Tout d'abord, à un niveau individuel, le contrat psychologique, interne à l'organisation et propre à chaque individu, regroupe les croyances que possède un individu au regard des promesses qui lui ont été faites, acceptées et reliées entre elles à un tiers (manager, organisation). Ces croyances reposent sur des promesses dont l'individu pense avoir été l'objet de la part de son employeur. De ces promesses découlent, pour l'individu, des obligations et des attentes vis-à-vis de son employeur.

Dans le cas d'un infirmier nouvellement recruté dans un établissement sanitaire, ce qui a été échangé oralement avec le recruteur peut, selon lui, à travers le prisme du contrat psychologique, conforter les croyances qu'il possède concernant les attentes de son employeur et les siennes vis-à-vis de ce dernier. Comme le décrivait Schein (1965, p.11), « *ces attentes ne sont pas seulement relatives à la quantité de travail qui doit être fournie par rapport au salaire octroyé, mais incluent également un ensemble de droits, de privilèges et d'obligations entre le travailleur et l'organisation... De telles attentes ne sont écrites dans aucun contrat formel entre l'employé et l'organisation, mais elles agissent pourtant comme de puissants déterminants du comportement.* » Ce mécanisme peut ainsi permettre une certaine prédictibilité des actes et comportements des deux parties liées à ce contrat psychologique. Et en l'occurrence, la prédictibilité dans le milieu du travail peut permettre

une collaboration et une coordination à même de renforcer la productivité individuelle et collective d'une organisation.

Toujours au niveau individuel, mais cette fois-ci en adoptant un point de vue extérieur à l'organisation, le tableau de Rousseau précise ce qu'est un quasi-contrat.

### 2.1.2 Le quasi-contrat, ou contrat implicite

Le quasi-contrat, ou bien encore contrat implicite, correspond à l'interprétation qu'une tierce partie extérieure à l'organisation (témoins, juristes, employés potentiels) pourrait avoir de la relation d'emploi au regard de la signification des termes contractuels. À titre d'illustration, nous pourrions citer l'exemple d'un hôpital qui aurait pour habitude de rapidement titulariser les agents recrutés, leur assurant ainsi une sécurité de l'emploi sur une longue période. Ceci pourrait être considéré comme une donnée capitale pour un soignant en recherche d'emploi rendant ainsi plus attractif cet établissement sanitaire qu'un éventuel autre hôpital n'ayant pas cette politique de titularisation.

En complément de ce quasi-contrat, Rousseau et ses collègues (2014) recensent l'existence de contrats au niveau du groupe que sont les contrats normatifs et social. Nous les explicitons dans les deux points suivants.

### 2.1.3 Le contrat normatif, ou contrat de groupe

Rousseau (1995) parle de contrat normatif lorsque l'on se place au niveau du groupe, dans le cas présent, un ensemble d'individus s'identifiant comme appartenant à la même entreprise et où chacun de ses membres s'estime lié à l'entreprise par un contrat qui lui est spécifique. Dans le cadre de ce contrat normatif, l'ensemble des employés d'une organisation partage des croyances communes sur les promesses qui leur ont été faites ainsi que sur les obligations attendues qui en découlent. C'est la raison pour laquelle Rousseau (1995) définit les contrats normatifs, au sein d'une entreprise, pour les employés de cette dernière, comme étant un contrat psychologique commun partagé. Dans ce cas de figure, plus les individus partageront ce contrat, plus ils le renforceront et vivront tout changement comme étant une violation de ce contrat (Morrison & Robinson, 1997 ; Robinson & Morrison, 2000), phénomène que nous étudierons ultérieurement.

Prenons une situation rencontrée pour illustrer le contrat normatif. Celle-ci étudie le cas d'infirmiers de nuit dans un hôpital local faisant partie de la Fonction publique hospitalière. Il nous faut préciser que l'ensemble des professionnels infirmiers de l'établissement, sauf cas particuliers justifiés et validés par l'encadrement de proximité, avait à travailler un certain nombre de mois de nuit par an. Il n'y avait pas d'équipe de nuit fixe. Les infirmiers de cet hôpital avaient pour habitude de se voir gracieusement offrir une collation lorsqu'ils travaillaient de nuit. Cette collation qui n'avait rien de pantagruélique se composait toujours, 365 jours par an, de très précisément quatre feuilles de salade et d'une demie tranche de jambon avec beaucoup de couenne. Rien d'autre. Le tout sur un plateau repas individuel entouré de cellophane de façon basique, sans fioriture ou autre effort de présentation. Chaque infirmier apportait son alimentation s'il souhaitait se restaurer durant son service nocturne. Suite au changement de financement des hôpitaux, cet établissement sanitaire a connu de nombreuses restructurations, réorganisations de services, diminution d'effectifs en ne recrutant pas à hauteur des départs à la retraite ainsi que de nombreuses réductions budgétaires en termes d'achat ou de renouvellement de matériels de soins ou autres. Tous ces changements se sont faits avec une certaine tension au sein de l'établissement, avec des manifestations de personnels mécontents fréquentes mais non paralysantes pour le fonctionnement de l'hôpital. Au fil du temps, les restructurations se réalisaient comme annoncées par la direction et touchaient à leur fin jusqu'au jour où les plateaux repas ne furent plus délivrés aux soignants de nuit. Deux jours après l'annonce officielle par le directeur des services économiques de l'arrêt de cette pratique, qui n'était en rien réglementaire, et qui, arguait-il, allait permettre de faire de petites économies mais des économies tout de même, l'hôpital se retrouva paralysé dans son fonctionnement et des piquets de grève firent leur apparition pendant une semaine, période nécessaire à la direction pour restaurer la délivrance de plateaux repas aux agents de nuit.

Dans ce cas présent, la croyance collective, et non réglementaire, que l'établissement employeur avait pour obligation de fournir des plateaux repas aux agents de nuit a créé une pression sociale à même de faire revenir la direction sur sa décision initiale. Les croyances des employés dans cet échange contractuel ont eu la puissance d'une norme sociale. Cela nous amène, dans la partie suivante, à approfondir la connaissance que nous pouvons avoir du dernier contrat recensé par Rousseau et ses collègues (2014), le contrat social.

### 2.1.4 Le contrat social

Le contrat social est basé sur des croyances culturelles « *collectives partagées au regard du comportement approprié en société à un moment donné* » (Rousseau, 1995, p.14). Une norme universelle est celle de la réciprocité : les gens doivent aider ceux qui les ont aidés et doivent ne pas blesser ceux qui les ont aidés (Gouldner, 1960). Des activités prosociales (le don, l'aide, le soutien) et des échanges peuvent créer des obligations entre des groupes de travail au sein des organisations et le lien entre les dons et les contre dons sont importants pour démontrer qu'une dette a été honorée. Pour Rousseau et ses collègues (2014), bien que les contrats sociaux ne soient pas basés sur des promesses, ils servent de cadre d'interprétation aux promesses faites et ainsi reflètent les valeurs d'une entreprise. La perception de ces valeurs est capitale dans le développement des autres formes de contrat (contrat psychologique, contrat normatif et quasi-contrat) car, comme l'affirment Rousseau et ses collègues (2014, p.15), « *aucun contrat fondé sur des promesses n'advient dans un vide social* ». Le contenu du contrat social d'une organisation et la culture dominante impactent donc la nature et l'interprétation des promesses. Par exemple, de façon majoritaire dans nos sociétés dites développées, pour qu'un contrat existe, il faut qu'il soit écrit et signé par les parties en présence, ce qui ne fut pas toujours le cas, à l'instar d'autres sociétés ne possédant pas le même rapport à l'écrit et pour lesquelles la parole seule suffit à engager les deux parties. L'importance de la culture nationale est donc également à prendre en compte, ce qui peut expliquer les différences de contractualisation entre pays (Atiyah, 1981, in Rousseau & al., 2014).

## 2.2 La relation d'emploi : de multiples approches

Quels types de relations d'emploi lient les employés à leurs employeurs ? La première réponse que nous pouvons apporter est bien entendu celle du contrat légal de travail tel que défini par le code du travail, à savoir, « *la convention par laquelle une personne s'engage à fournir une prestation à une autre, sous la subordination de laquelle elle se place, moyennant une rémunération* » (Duquesne, 2016, p.23). Ce lien de subordination dans un contexte légal et réglementaire nous donne à voir un cadre formel et procédural qui ne nous éclaire nullement quant aux relations qui naissent et évoluent au sein d'une organisation entre un salarié et son employeur ainsi qu'entre un salarié et ses pairs. Pour aborder ces dimensions, nous devons appréhender la relation d'emploi comme une relation d'échange (Mowday et al., 1979) pouvant parfois se caractériser par un engagement affectif de l'employé et un

investissement dans la relation entre employeur et employé sous-tendus par un équilibre entre contributions et rétributions (Tsui et al., 1997). La littérature scientifique nous offre un panel de théories complémentaires à même de nous permettre d'appréhender la relation d'emploi en ce qu'elle est le théâtre d'échanges sociaux. À cet égard, bon nombre de théories portant sur les échanges sociaux ont pour fondement des travaux de référence en anthropologie (Levi-Strauss, 1969 ; Mauss, 1925) et en psychologie sociale (Gouldner, 1960 ; Homans, 1958) mis à profit par la sociologie pour construire une théorie de l'échange social (Blau, 1964). Blau définit cette théorie comme « *les actes volontaires d'individus motivés par les retours que ces actes sont supposés apporter et qu'ils apportent effectivement de la part des autres* » (1964, p.91-92). Cette définition porte en elle la notion de réciprocité (Gouldner, 1960), le fait qu'un retour soit attendu d'un service ou d'une prestation réalisés, et ce, au-delà du lien de subordination inhérent au contrat de travail. D'ailleurs, il est intéressant de constater que la littérature relative à la relation d'emploi ne fait que peu de cas des caractéristiques du contrat de travail pour appréhender les processus sous-jacents à la relation d'emploi (Bentein et Guerrero, 2008). Pour Roehling et Wright (2004), cette dernière se caractérise par une intrication entre obligations mutuelles et réciproques entre un employé et son employeur ainsi que par des attentes partagées non écrites. C'est d'ailleurs devant ce constat que Williamson (1979, in Rousseau et al., 2014) démontre que tenter de rendre exhaustives les clauses et conditions contractuelles d'un contrat est illusoire puisque l'environnement organisationnel et concurrentiel d'une entreprise est en constante évolution à l'instar de ce que nous avons décrit de l'univers hospitalier français dans les chapitres précédents.

Selon Blau (1964), cette réciprocité des obligations régulièrement renouvelée, de façon satisfaisante, est censée créer une relation d'échange de grande qualité grâce à un processus d'auto renforcement. Ce processus se produit de façon implicite puisque les faveurs et les obligations des deux parties en présence sont non spécifiées et sont symboles de loyauté, de soutien mutuel, d'investissement personnel et de volonté de collaboration (Cropanzano et Mitchell, 2005).

Les retombées théoriques de la théorie de l'échange social sont nombreuses et ont permis l'élaboration de théories parmi lesquelles nous pouvons notamment citer l'échange leader-membre (Graen et Scandura, 1987), le soutien organisationnel perçu (Eisenberger et al., 1990), la justice organisationnelle (Konovsky, 2000) et le contrat psychologique (Levinson et al., 1962 ; Rousseau, 1995 ; Coyle-Shapiro & Conway, 2004).

L'échange leader-membre (Graen & Scadura, 1987) fait référence à la dyade leader / subordonné existant dans les relations de travail. Plus particulièrement, cette théorie suggère que les leaders différencient leurs subordonnés au sein de l'organisation. En ne recourant pas au même style de leadership avec l'ensemble des subordonnés, les leaders développent différents types de relations ou d'échanges avec chacun de leurs subordonnés (Dansereau, Graen, & Haga, 1975 ; Graen, Liden & Hoel, 1982). Selon Liden et ses collègues (1993, p.662), « *la prémisse majeure de la théorie de l'échange leader-membre repose sur le fait que l'échange relationnel entre un leader et un subordonné impacte de nombreux résultats organisationnels* ». Ainsi, la distinction entre l'échange leader-membre et le contrat psychologique repose sur le fait que l'échange leader-membre se concentre sur la relation entre l'employé et le responsable hiérarchique direct de ce dernier, tandis que le contrat psychologique fait référence aux promesses et obligations entre un employé et son employeur sans s'intéresser à qui représente l'employeur. La théorie du soutien organisationnel perçu, quant à elle, se réfère à la perception de la mesure dans laquelle l'organisation se préoccupe du bien-être des employés et valorise leur contribution (Eisenberger & al., 1990). Contrairement aux contrats psychologiques qui se concentrent sur le contenu précis de la relation de travail, le soutien organisationnel perçu se focalise sur les perceptions générales de l'employé en ce qui concerne la mesure dans laquelle son employeur valorise ses contributions et son bien-être (Taylor & Tekleab, 2004 ; Coyle-Shapiro & Conway, 2004). Enfin, la justice organisationnelle (Greenberg, 1990), est le terme utilisé pour décrire le rôle de l'équité perçue par l'employé sur le lieu de travail. Plus particulièrement, la justice organisationnelle s'attache à la façon dont les employés déterminent s'ils sont traités équitablement dans leur emploi et la façon dont ce sentiment d'équité ou non influe sur d'autres variables liées au travail. Cette justice organisationnelle se compose de deux sources que sont la justice distributive, qui décrit l'équité des résultats qu'un employé perçoit, et la justice procédurale, qui décrit l'équité des procédures utilisées pour déterminer ces résultats (Folger & Greenberg, 1985, In Moorman, 1991). En somme, la justice organisationnelle met en avant le fait que lorsqu'un employé considère qu'il est traité équitablement, il sera plus enclin à avoir une attitude positive envers son travail, ses résultats au travail, ses collègues et ses responsables hiérarchiques. La justice organisationnelle s'intègre donc dans un processus essentiellement basé sur la comparaison qu'établit un salarié entre ce qu'il obtient de la part de son organisation et ce qu'ont obtenu les autres salariés de cette même organisation. Ne rentrent donc dans ce processus comparatif que des éléments tangibles, ce qui constitue une différence notable avec le contrat psychologique pour lequel nous le verrons par la suite, un

processus de comparaison peut intervenir à un moment donné, mais qui se fonde sur des croyances en termes de promesses. La recherche a dégagé trois formes distinctes de justice organisationnelle : la justice distributive, la justice procédurale et la justice interactionnelle. La justice distributive, fondée sur les travaux de la théorie de l'équité d'Adams (1963b), se centre sur la perception des individus quant à la distribution des ressources et des compétences (Greenberg, 1990). Les individus comparent leur ratio rétributions / contributions et lorsqu'ils perçoivent ce ratio comme inférieur à celui de leurs collègues, ils se considèrent en situation d'iniquité. La justice procédurale s'intéresse à la perception de justice sur les procédures utilisées pour prendre des décisions (Alexander & Ruderman, 1987 ; Folger & Greenberg, 1985). Ainsi, les individus considèrent le processus décisionnel comme juste s'ils ont pu se prononcer sur sa réalisation et ce, quel que soit le résultat obtenu (Folger & Cropanzano, 1998). Et la justice interactionnelle s'attache à l'équité de traitement reçu par les individus lorsque les procédures sont mises en œuvre (Folger & Cropanzano, 1998). La justice interactionnelle se centre donc sur l'aspect social du processus de communication (Skarlicki & Folger, 1997).

Toutes les conceptualisations rendues possibles grâce à la théorie de l'échange social lui confèrent un caractère théorique unitaire pour appréhender le comportement organisationnel (Cropanzano & Mitchell, 2005, p.875). L'un des principaux intérêts de ces études est de pouvoir, en fonction du cadre retenu, définir une certaine prédictibilité des attitudes et des comportements des acteurs dans un contexte organisationnel donné (Tekleab et al., 2005).

Dans le point qui suit, nous allons tenter de discerner laquelle des théories dérivées de celle de l'échange social nous permettrait de donner sens à notre recherche.

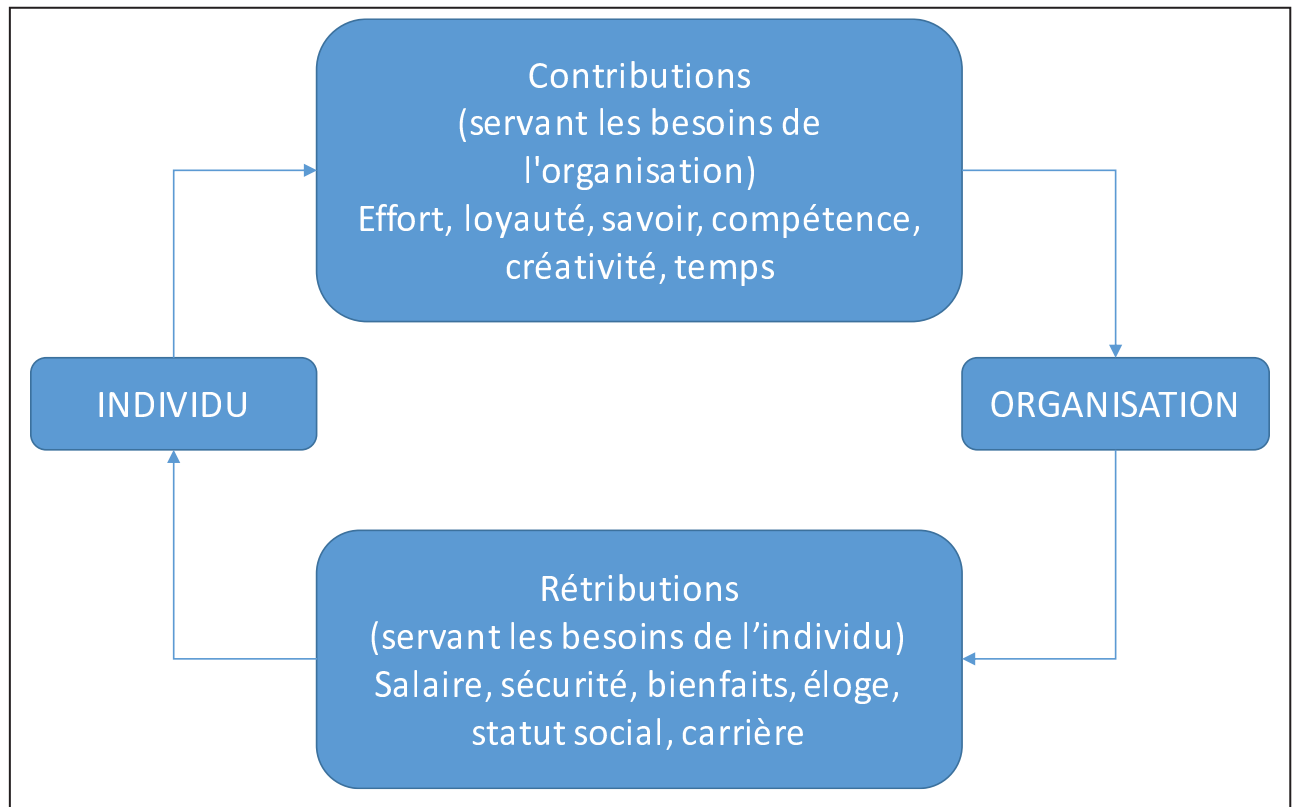
### 2.2.1 Les apports de la théorie de l'échange social

Afin d'expliquer en quoi la théorie de l'échange social peut s'intégrer comme un cadre d'analyse pertinent pour étudier les relations entre un employé et son employeur, entre une infirmière et le représentant de son établissement sanitaire ou médico-social et plus encore, en quoi ce cadre d'analyse peut nous donner à voir la relation d'emploi entre un professionnel du soin et son établissement employeur, nous allons remonter aux fondements de cette théorie.

De nombreuses théories concourent à la compréhension du comportement humain au sein d'une organisation, dans un contexte de travail. Certaines de ces théories vont se concentrer sur les caractéristiques individuelles des salariés, d'autres vont se focaliser sur les caractéristiques d'emploi proposées par une organisation, certaines vont davantage investiguer l'environnement professionnel, mais dans tous les cas de figure, quelle que soit la théorie retenue, elle tendra toujours à explorer la relation d'échange entre un employé et son employeur. Entre un employé qui génère une activité, une contribution pour son employeur et un employeur qui, en retour, offre une rétribution. Mais quelle est la nature de ces contributions et rétributions ? Lemire (2007, p.76) pose l'hypothèse que « *la relation est basée sur l'échange qui permettra à une partie d'échanger quelque chose qu'il peut fournir pour quelque chose que l'autre partie peut procurer* ». Si nous évoquons à nouveau le cadre du contrat légal, nous serons à même d'élaborer un lien entre la description du travail et sa rémunération. En d'autres termes, le lien entre la contribution d'un travail et sa rétribution financière. La nature de l'échange décrite par le contrat de travail est alors transactionnelle, c'est-à-dire basée sur des échanges tangibles, en l'occurrence financiers, mais comme nous l'avons vu précédemment, ce lien ne nous donne pas d'indication quant à la relation d'emploi entre un individu et son employeur. De la même manière qu'une contribution de l'employé ne se réduit pas à la description simpliste d'un travail, une rétribution de la part de l'employeur ne se résume pas au versement d'un salaire. Ce processus d'échanges, basé sur des contributions et des rétributions est schématisé par Schein (1970, in Lemire, 2007, p.87) comme représenté dans la figure n° 3.



**Figure n° 3** : le processus d'échanges interactifs de contributions et de rétributions de Schein (1970, in Lemire, 2007, p.87)



Ce schéma permet de rendre compte de la vision interactionniste que Schein attribue à la dyade individu / organisation au regard des contributions / rétributions d'une part et du fait que les composantes de ces dernières ne sont pas nécessairement tangibles mais comprennent une part d'éléments intangibles. À cet égard, Blau (1960) avait identifié deux types d'échange social. Le premier est d'ordre économique tandis que le second est d'ordre social. Leurs caractéristiques sont répertoriées dans le tableau n° 4 ci-après.

**Tableau n° 4 : la théorie de l'échange social**

<b>Théorie de l'échange social Selon Blau (1964, pp. 88-114)</b>			
<b>Types de relations</b>	<b>Critères de succès</b>	<b>Cadre temporel</b>	<b>Distinctions entre les types de relations</b>
<p><b>Échange économique</b> Échange dont la nature est spécifiée dans un contrat formel utilisé pour s'assurer que chaque partie remplit ses obligations spécifiques</p>		<p>Vision à court terme</p>	<p>Degré de spécification des obligations de chacune des parties</p>
<p><b>Échange social</b> Échange qui inclut des faveurs qui créent des obligations futures diffuses, non précisément spécifiées, et dont la nature de la contrepartie ne peut être négociée mais doit être laissée à la discrétion de son auteur (Blau, P.M, 1964, p. 93)</p>	<p>Confiance que l'autre partie remplira ses obligations et fera preuve de réciprocité puisque l'échange social inclut des obligations non spécifiées</p> <p>Processus à développer lentement avec des transactions mineures qui requièrent peu de confiance mais permettent de l'établir</p>	<p>Faire preuve trop rapidement de réciprocité est indécent</p> <p>Principe sous-jacent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rester redevable envers l'autre partie pendant une certaine période de temps, en ayant confiance que les obligations seront remplies, renforce l'échange social</li> </ul> <p>Vision à long terme</p>	<p>Normes de réciprocité</p> <p>Degré de confiance</p> <p>Probabilité du retour sur l'investissement</p> <p>Cadre temporel</p>

À la lumière de ce tableau, nous constatons que l'échange économique n'offre qu'une portée sur du court terme. En d'autres termes, cet échange économique pourrait être assimilable au contrat légal dans le sens où il s'est établi au regard d'un cadre formel. Au-delà de cette vision à court terme intervient l'échange social, siège de contreparties floues. L'échange économique est limité dans le temps contrairement à l'échange social qui s'inscrit dans une durée plus longue au cours de laquelle la réciprocité répétée permet d'établir une

confiance entre un individu et son organisation. La naissance de cette confiance repose sur l'existence de « *faveurs qui créent des obligations futures diffuses, non précisément spécifiées, et dont la nature de la contrepartie ne peut être négociée mais doit être laissée à la discrétion de son auteur* » (Blau, 1964, p.93). Une autre composante importante à prendre en compte dans cette théorie de l'échange social est celle de son inscription dans la durée, certains auteurs même affirment que la relation d'emploi est un processus ne pouvant se concevoir que dans un continuum temporel (Bentein et Guerrero, 2008, p.402).

Quant à la norme de réciprocité (Gouldner, 1960), dérivée de la théorie de l'échange social, elle peut se schématiser dans le tableau n° 5 a qui suit.

À travers ce tableau, nous pouvons constater qu'au-delà de l'éventuelle différence de « valeur » entre contributions et rétributions, ce qui compte pour l'individu est la perception de la valeur du contenu de l'échange. Cette distinction laisse donc à croire que des caractéristiques individuelles sont à l'œuvre pour juger de l'équivalence des retours ou non lors de ce processus de réciprocité. À noter que, comme le démontre Greenberg (1980, p.5, In Coyle Shapiro & Parzefall, 2005, p.29), « *l'intensité du devoir de réciprocité est influencée par les motivations du donneur, l'ampleur des récompenses reçues par le bénéficiaire et des coûts encourus par le donneur suite à l'échange, la nature de ce qui a causé l'action du donneur et les indices émis à travers la comparaison à autrui* ».

**Tableau n° 5 a : la norme de réciprocité selon Gouldner**

<b>Norme de réciprocité</b>			
<b>Selon Gouldner (1960, p. 161-178). La réciprocité est fondée sur deux principes de base : 1) les gens doivent aider ceux qui les ont aidés ; 2) les gens ne doivent pas faire de tort à ceux qui les ont aidés.</b>			
<b>Types de relations</b>	<b>Critères de succès</b>	<b>Cadre temporel</b>	<b>Distinctions entre les types de relations</b>
<p><b>Réciprocité hétéromorphique</b> Contenu de l'échange entre les deux parties différents, mais perçu comme de valeur équivalente</p>	<p>Intensité de l'obligation de s'acquitter de sa dette liée à la valeur de l'avantage reçu</p> <p>Avantages plus valorisés créant une plus forte obligation de faire preuve de réciprocité lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le bénéficiaire est dans le besoin ;</li> <li>• le donneur ne peut pas se permettre (mais le fait néanmoins) de donner cet avantage ;</li> <li>• le donneur procure l'avantage sans aucune motivation d'intérêt personnel ;</li> <li>• le donneur n'a pas été contraint de se procurer l'avantage.</li> </ul>		<p>Perception de la valeur du contenu de l'échange</p>
<p><b>Réciprocité homéomorphique</b> Contenu de l'échange ou circonstances dans lesquelles les choses échangées sont identiques</p>			

Les travaux de Gouldner (1960) ne font pas état d'un cadre temporel relatif aux types de relations que développent les individus dans leur organisation. À ce titre, ces travaux sont repris par Sahlins (1965, 1972) qui leur donne un cadre temporel, tel que le donne à voir le tableau n°5b.

**Tableau n° 5 b : la norme de réciprocité selon Sahlins**

<b>Norme de réciprocité</b>			
<p><b>Selon Sahlins (1965,1972).</b> <i>La réciprocité est fondée sur trois dimensions : 1) l'immédiateté des retours, qui renvoie au cadre temporel dans lequel le bénéficiaire doit faire preuve de réciprocité pour remplir son obligation, réciprocité qui peut aller de simultanée à illimitée dans le temps ; 2) l'équivalence des retours, donc la mesure dans laquelle les ressources échangées par les partenaires sont de même nature ; 3) l'intérêt, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les partenaires de l'échange trouvent un intérêt personnel dans le processus d'échange.</i></p>			
<b>Type de relations</b>	<b>Critères de succès</b>	<b>Cadre temporel</b>	<b>Distinctions entre les types de relations</b>
<p><b>Réciprocité généralisée</b> Orientation altruiste et faible préoccupation du cadre temporel de l'échange</p>	<p>Rétribution dépendante de ce que le bénéficiaire est capable d'offrir et du moment où il le peut, sans exclure la possibilité que la réciprocité n'ait jamais lieu</p>	<p>Courant unidirectionnel prolongé</p>	<p>Orientation de la réciprocité</p>
<p><b>Réciprocité équilibrée</b> Donnant-donnant</p>	<p>Échange simultané de ressources équivalentes</p>	<p>Échange direct, sans délai</p>	<p>Équivalence des retours Cadre temporel</p>
<p><b>Réciprocité négative</b> Orientation égoïste, intérêts opposés à ceux de l'autre partie et préoccupation de maximiser ses propres intérêts aux dépens de l'autre partie</p>		<p>Retour des biens ou services dans une période de temps limitée</p>	

Rappelons-nous maintenant le contexte problématique à l'origine de ce travail. Des professionnels hospitaliers infirmiers se sont trouvés dans une situation où ils estimaient qu'on leur avait menti. Plus précisément, ils avaient la perception que des promesses leurs avaient été faites et qu'elles n'avaient pas été suivies d'effet. De plus, les conséquences de ces perceptions de promesses non tenues ont généré une diminution de la qualité des soins prodigués et de l'investissement au sein de l'équipe soignante, le tout avec une envie de quitter la structure. Nous pourrions tenter d'appréhender cette problématique au travers de la norme de réciprocité, ou bien à travers le paradigme du don / contre-don (Mauss, 1925, 2003), puisque, dans les situations évoquées, les retours de l'organisation ne semblent pas être de

même valeur que la contribution estimée par chacun de ces acteurs. Ceci étant, interviennent dans leurs propos la notion de contrat, de promesses, de mensonges avec des conséquences comportementales préjudiciables à l'agent, son employeur, son équipe de travail et parfois sa raison d'être professionnelle : le patient.

### 2.2.2 La théorie de l'échange social et le contrat psychologique

Au regard de notre question de départ, nous constatons qu'à l'origine de comportements déviants se trouve la croyance de l'individu qu'une promesse lui a été faite et qu'elle n'a pas été honorée. La seule théorie issue des travaux de l'échange social prenant en compte cette notion de promesses sous-jacentes à la relation d'emploi est celle du contrat psychologique. Le contrat psychologique repose sur les croyances d'un individu au regard des obligations réciproques entre son employeur et lui. Là encore, nous ne parlons pas d'obligations légales, formelles, mais de perceptions qu'a l'individu de réciprocité et non de la réciprocité de la relation d'échange en tant que telle (Rousseau, 1995). Cette caractéristique est fondamentale dans la compréhension du contrat psychologique. Avec cette approche basée sur les perceptions de l'individu au travail, le contrat psychologique revêt un caractère informel et interprétatif de la part du salarié.

Avant de nous intéresser à ce que les apports du contrat psychologique nous permettront de mettre en œuvre dans notre recherche, intéressons-nous tout d'abord aux limites de cette théorie répertoriées dans la littérature ainsi qu'à d'éventuelles confusions terminologiques qui pourraient se produire.

### 2.2.3 Les limites actuelles de la recherche sur le contrat psychologique

La littérature traitant de la relation d'emploi met en lumière l'importance de la mutualité entre individu et organisation dans l'échange social tout en reconnaissant que cette question reste problématique (Delobbe et al., 2009, p.144) du fait que les auteurs s'intéressent essentiellement à l'employé de cette dyade (Bentein et Guerrero, 2008, p.404). La principale difficulté est bien souvent à mettre au crédit de l'identification de l'employeur. Qui est l'employeur au sein d'une organisation donnée ? Par simplification, les travaux réalisés jusqu'alors sont partis du postulat que les représentants de l'organisation pour les employés étaient leurs responsables hiérarchiques, leurs managers, des membres de la direction générale (Lester et al., 2002 ; Lewis et al., 1998 ; Tsui et al., 1997 in Delobbe et al., 2009) ou bien

encore des dirigeants (Lewis et al., 1998). Et, à notre connaissance, aucune étude ne s'est pleinement portée sur les représentants de l'organisation. À ce titre, comment être en capacité de mesurer les promesses faites à l'employé ainsi que la propension de ce dernier à tenir les siennes ? Aussi, pour tenter de répondre à ces questions, dans le cadre de cette recherche, nous nous intéresserons à l'employé mais nous investiguerons également l'entité employeur de cette dyade en nous intéressant aux recruteurs des professionnels infirmiers que nous intégrerons dans notre cohorte. Leur importance est cruciale dans le rôle qu'ils ont à jouer dans la socialisation et dans la construction du contrat psychologique de nouveaux embauchés tout au long des premiers mois d'exercice (Delobbe et al., 2009).

La littérature traitant du contrat psychologique semble également faire l'impasse sur l'importance, pour l'individu, du travail en collaboration avec ses pairs et d'autres agents organisationnels. Le contrat psychologique d'un employé évolue également en fonction de ce que ce dernier perçoit de la capacité ou non de son employeur à respecter ses promesses envers ses collègues. Nous tenterons d'apporter des réponses à cette question en investiguant les relations unissant les individus de notre cohorte à leurs collègues de travail. En effet, les voies de recherche sur le contrat psychologique pointent le fait que ce dernier n'est essentiellement investigué que par des coupes transversales (Delobbe et al., 2009) ; nous souhaitons donc pallier cette lacune en effectuant une recherche longitudinale. De façon générale, nous nous attacherons à mesurer l'interdépendance entre les différents acteurs d'une entité organisationnelle, entre pairs, entre un employé et son employeur ou entre un employé et son responsable hiérarchique.

Dans le chapitre à suivre, nous allons recenser les confusions qui peuvent être faites autour du concept de contrat psychologique.

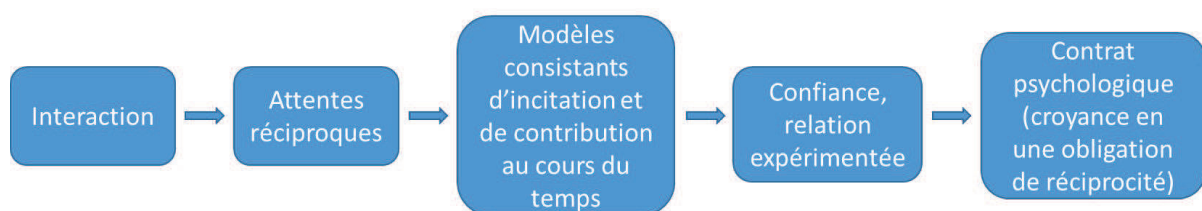
#### 2.2.4 Les possibles confusions autour du contrat psychologique

Bien que le contrat psychologique repose sur les attentes d'une personne envers une autre ou une entreprise, il n'est pas à confondre avec le concept d'attente. En effet, cette attente n'est pas nécessairement contractuelle ni même la résultante de promesses qui auraient été faites. De plus, le contrat psychologique ne représente pas une attente contractuelle, car dans ce cas, la promesse de réciprocité en échange de telles actions ou de tels efforts seraient la base du contrat (Rousseau, 1990).

Par ailleurs, le contrat psychologique est une perception individuelle, subjective, qui ne peut aucunement être interprétée par un tiers. À cet égard, « *le contrat psychologique d'un individu est une expérience unique* » (Rousseau, Tijoriwala, 1998, p.680).

Une autre erreur qu'il serait possible de commettre serait de confondre contrat psychologique et contrat implicite. À ce sujet, Rousseau (1989) définit le contrat implicite comme étant des obligations mutuelles existantes au niveau de la relation, contrairement aux contrats psychologiques qui sont des perceptions subjectives détenues par un individu. Une fois ce distinguo réalisé entre contrat psychologique et contrat implicite, Rousseau (1989) construit un schéma regroupant les différences citées précédemment.

**Figure n° 4 : le développement du contrat psychologique d'un individu selon Rousseau (1989, p.125)**



Pour Rousseau (1989), le concept du contrat psychologique est lié à l'engagement de l'individu dans l'organisation. Cet engagement se caractérise par 3 facteurs qui sont l'acceptation des valeurs de l'organisation, la volonté de faire des efforts pour le compte de l'organisation et désirer demeurer un employé de cette organisation (Mowday et al., 1982). À partir des travaux de Mowday et al. (1982), Meyer et Allen (1991) proposent une conceptualisation de l'engagement organisationnel. Ils conçoivent dès lors un modèle tridimensionnel de l'engagement en se concentrant sur sa composante attitudinale puisque, pour eux, l'engagement organisationnel est « *un état psychologique qui caractérise la relation entre un employé et son organisation* » (Meyer & Allen, 1991, p.67). Les trois dimensions du modèle de ces auteurs sont le désir (de rester dans l'organisation et soutenir ses buts et sa vision), le besoin (de rester dans l'organisation pour ne pas perdre ses investissements ou par manque d'alternatives) et l'obligation (morale, de rester membre de l'organisation, fondée sur le fait de se sentir redevable). En d'autres termes, ce modèle inclut une composante affective, « *l'engagement affectif organisationnel* » (Meyer et Allen, 1991, p.67), qui correspond pour l'individu à l'identification et à son attachement émotionnel à l'organisation ; une composante



instrumentale de « *continuité de l'activité* » (Meyer et Allen, 1991, p.67), en lien avec les pertes possibles à quitter l'organisation ; et une dernière composante normative, « *l'engagement normatif organisationnel* » (Meyer et Allen, 1991, p.67), qui s'apparente à un devoir de loyauté envers l'organisation, un sentiment d'obligation de rester pour l'individu.

Le tableau ci-dessous résume le modèle tridimensionnel de Meyer et Allen (1991).

**Tableau n° 6 : les éléments constitutifs de l'engagement organisationnel individuel**  
(Rouillard et Lemire, 2003, p.6)

<b>Dimensions</b>	<b>Sources</b>
<b>Continu</b>	Coût de quitter l'organisation élevé Mobilité interne et externe réduite
<b>Normatif</b>	Éthique professionnelle Attentes sociétales
<b>Affectif</b>	Identification à l'organisation Valeurs partagées

Cette modélisation de l'engagement de Meyer et Allen (1991) a été sujette à de nombreuses critiques du fait des difficultés à opérationnaliser la mesure de l'engagement à partir des échelles, notamment à cause d'une non distinction des cibles d'engagement pour les individus (organisations, responsables hiérarchiques ou buts).

Toutefois, le terme d'engagement semble aujourd'hui être fréquemment choisi pour faire référence au concept de « *commitment* ». En effet, d'un point de vue terminologique, engagement et implication se traduisent tous deux par « *commitment* » en anglais et, jusqu'au début des années 1990, l'un ou l'autre de ces termes était indifféremment utilisé. C'est le travail de Neveu (1991) qui permet d'établir une distinction entre engagement et implication et de clarifier les recherches actuelles et futures sur ces sujets. Pour Neveu (1991), l'engagement correspond à la relation entre l'individu et son emploi, tandis que l'implication fait référence aux rapports entre l'individu et son organisation.

Au regard des critiques faites au modèle de Meyer et Allen (1991), Klein et ses collègues (2012) proposent une conceptualisation alternative définissant l'engagement comme un type spécifique de lien, applicable à de multiples cibles. L'un des avantages majeurs de ce

nouveau modèle est qu'il se compose d'une échelle à quatre items valable pour « *toutes les organisations de travail* » (Klein et al., 2012, p.136). Ces auteurs définissent l'engagement comme « *le dévouement volontaire et la responsabilité à l'égard d'une cible* » (Klein et al., 2012, p.130). Cependant, leur nouvelle conceptualisation est encore peu reprise par les chercheurs, même si elle ouvre des perspectives intéressantes.

## Chapitre 3 : le contrat psychologique

En tenant compte de la théorie de l'échange social et en tenant également compte de notre question de départ et du contexte sanitaire français, le contrat psychologique nous apparaît pertinent pour comprendre les changements intervenus dans la relation d'emploi et pour appréhender les processus sous-jacents aux échanges entre salariés et organisations dans le monde hospitalier.

### 3.1 L'origine du contrat psychologique

C. Argyris introduit en 1960 le concept de contrat psychologique. Il le définit comme suit : « *Puisque le contremaître réalise que le système tendra à atteindre une production optimale sous un leadership passif, et puisque les employés partagent ce point de vue, on peut faire l'hypothèse qu'une relation particulière se développe entre les employés et le contremaître, relation qui peut être qualifiée de contrat psychologique* » (Argyris, C., 1960, p.97). Avec cette première définition du contrat psychologique, ce dernier revêt une acceptation tacite entre le contremaître et ses subordonnés davantage collective, groupale, qu'individuelle. Les bases d'une définition alternative de la signification de la relation d'emploi sont ainsi définies en d'autres termes qu'avec une définition strictement légale.

S'appuyant sur les travaux de Menninger (1958, in Delobbe et al., 2009), qui considérait « *qu'en plus des ressources tangibles, les relations contractuelles impliquent l'échange de ressources intangibles* », et sur ceux de Roehling (1996) qui considérait qu'il fallait que l'échange entre les deux parties soit source de satisfaction mutuelle afin que la relation perdure, Levinson et al. (1962, p.21) définirent le contrat psychologique comme « *une série d'attentes mutuelles dont les parties présentes dans la relation peuvent n'avoir que faiblement conscience mais qui régissent néanmoins leur rapport à l'autre* ». Pour Schein (1965, p.11), « *la notion de contrat psychologique suppose que l'individu a une série d'attentes envers l'organisation et que l'organisation a une série d'attentes envers lui. Ces attentes ne sont pas seulement relatives à la quantité de travail qui doit être fournie par rapport au salaire octroyé, mais incluent également un ensemble de droits, de privilèges et d'obligations entre le travailleur et l'organisation... De telles attentes ne sont écrites dans aucun contrat formel entre l'employé et l'organisation, mais elles agissent pourtant comme de puissants déterminants du comportement.* ». Cette nouvelle définition du contrat psychologique met l'accent sur l'adéquation qu'il doit y avoir entre les attentes et les contributions de l'une et l'autre des parties et sur l'interaction entre l'employeur et l'employé. Comme le précise Schein (1980, p.99), « *nous ne pouvons pas comprendre la dynamique psychologique si nous nous intéressons uniquement aux motivations des individus ou aux conditions et pratiques organisationnelles. Les deux interagissent de façon complexe, ce qui requiert une approche systémique capable de traiter des phénomènes interdépendants.* ». Auparavant, Schein (1970) soutenait que la violation des attentes est susceptible de provoquer

des réactions des plus vives, ce qui sera la première référence à ce qui sera ultérieurement décrit comme étant « la violation du contrat psychologique ».

Ces deux définitions fondatrices du concept de contrat psychologique se sont attachées à le concevoir à partir d'une compréhension groupale dans un premier temps, puis, à le faire évoluer vers une acceptation duelle entre un employeur et son employé dans un second temps.

C'est à compter de l'année 1989 que les conceptualisations du contrat psychologique évoluent. Jusqu'alors, les chercheurs (Argyris, 1960 ; Levinson et al., 1962 ; Schein, 1965, 1970) lui donnaient comme caractéristiques principales le fait qu'il n'était pas écrit, pas formalisé, et composé d'attentes. À compter de cette période, le contrat psychologique précise et explicite les origines de ces attentes. Ainsi, Denise M. Rousseau (1989) positionne clairement le contrat psychologique à un niveau individuel en le définissant comme « *la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait ici à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques.* ». Nous passons donc d'un système d'entente et d'accord entre deux parties, avec la définition d'Argyris, à un système où un individu perçoit des promesses et des engagements de la part de son employeur. Ainsi pour Rousseau (1989), les attentes des individus sont le fait de promesses explicites ou perçues de la part de l'employeur.

Herriot et Pemberton (1997) apportent une variante à la définition du contrat psychologique tel que le décrit Rousseau. Ils le définissent comme « *les perceptions que les deux parties de la relation d'emploi, l'individu et l'organisation, ont des obligations liées à cette relation* ». Ils réalisent de la sorte la synthèse entre la définition première d'Argyris, en prenant en considération les deux parties de la relation d'emploi, et celle de Rousseau, en évoquant la notion d'obligation entre ces deux parties.

Ces différentes définitions du contrat psychologique sont importantes à prendre en considération dans le sens où, en fonction de la définition retenue, le travail de recherche ne s'inscrira pas de la même façon. En effet, si l'on aborde le contrat psychologique avec un prisme intra personnel, nous nous focaliserons dès lors sur les perceptions que possède un individu des devoirs de son employeur à son égard. Cette perception sera, par essence,

subjective. Différemment, si l'on aborde le contrat psychologique avec le prisme de la mutualité, entre l'employeur et l'employé, le travail de recherche se centrera davantage sur la nature de ce qui est échangé.

Le contrat psychologique a comme base théorique les travaux de Blau (1964) sur l'échange social. Blau (1964) définit les obligations de l'échange social comme « *des faveurs qui créent des obligations futures diffuses, non précisément spécifiées, et dont la nature de la contrepartie ne peut être négociée mais doit être laissée à la discrétion de son auteur* ». Les travaux de Blau (1964) mettent en avant la notion de confiance dans le temps entre l'employeur et l'employé avec une notion de réciprocité, à la différence de l'échange économique. Avec cette définition de Blau (1964), la nature des contreparties n'est pas précisée. S'appuyant sur les travaux de McNeil (1985), Rousseau (1996) apporte des précisions au travers d'une classification des termes du contrat psychologique en 4 groupes. Tout d'abord, Rousseau (1996) évoque un contrat de transaction correspondant à un échange ponctuel et économique entre l'individu et l'organisation. Dans ce cadre, peu de promesses sont échangées, l'individu n'a pas l'obligation de rester dans cette organisation qui ne met rien en place pour le retenir. À suivre, Rousseau (1996) explicite le contrat de relation dans lequel l'individu estime que l'organisation lui a promis de lui assurer une rémunération sécurisante assortie d'une sécurité de l'emploi. En contrepartie, l'individu s'engage à être loyal et à demeurer dans l'organisation. Le troisième contrat avancé par Rousseau (1996) est dit de développement. Ce troisième type de contrat se retrouve lorsque l'organisation promet des postes à responsabilité et les moyens permettant d'atteindre des performances élevées. En contrepartie, l'individu doit faire preuve d'adaptabilité pour atteindre les objectifs fixés par l'organisation. À terme, l'individu pense pouvoir ainsi acquérir des compétences nouvelles qui seront recherchées sur le marché du travail. En d'autres termes, le contrat de développement permet de développer l'employabilité d'un employé (Herriot & Pemberton, 1995). Le contrat de transition est le dernier type de contrat explicité par Rousseau (1996). Celui-ci, comme le décrit Guerrero (2013, p.1344), se développe « *lorsque le salarié accepte une situation qui peut paraître désavantageuse, mais qui répond à ses besoins à un moment donné. Il est perçu dans les entreprises qui sont en phase de restructuration, de changement, et qui ne peuvent proposer une vision claire de leur avenir.* ». Dans le contrat de transition, aucune promesse n'est clairement formulée.

Toujours en s'appuyant sur les travaux de Blau (1965), Thompson et Bunderson (2003) mettent en avant un autre type de contrat : le contrat idéologique. Pour ces chercheurs, le contrat idéologique est un engagement crédible envers une cause ou un principe valorisé qui fait l'objet d'un échange explicite dans la relation employeur-employé.

Les conditions de ce type de contrat sont que les employés croient que l'organisation est obligée de s'engager envers une cause ou un principe valorisé, et que les employés ressentent l'obligation de remplir leur rôle afin de permettre à l'organisation de poursuivre la cause ou l'idéologie poursuivie. Quant aux employés, ils doivent fournir les contributions nécessaires à l'organisation pour qu'elle puisse être en capacité de poursuivre la cause ou le principe idéologique poursuivi.

À la lecture de ce chapitre, nous pouvons constater que l'adoption d'un certain type de contrat psychologique ne se décrète pas mais est la résultante d'interactions entre un individu et son organisation. Le type de contrat psychologique à l'œuvre chez un individu conditionnera ses attitudes et son comportement au sein de l'organisation. Il y a donc un grand intérêt managérial pour une organisation à savoir comment se forme le contrat psychologique d'un individu. C'est ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

## 3.2 La formation du contrat psychologique

Nelson, Quick et Joplin (1991) ont fait partie des premiers chercheurs à s'intéresser aux étapes du développement du contrat psychologique chez les nouveaux employés d'une organisation. Pour eux, la formation d'un contrat psychologique est un processus dynamique qui comprend trois étapes à compter de la période de socialisation et au-delà.

### 3.2.1 Le contrat psychologique anticipatoire

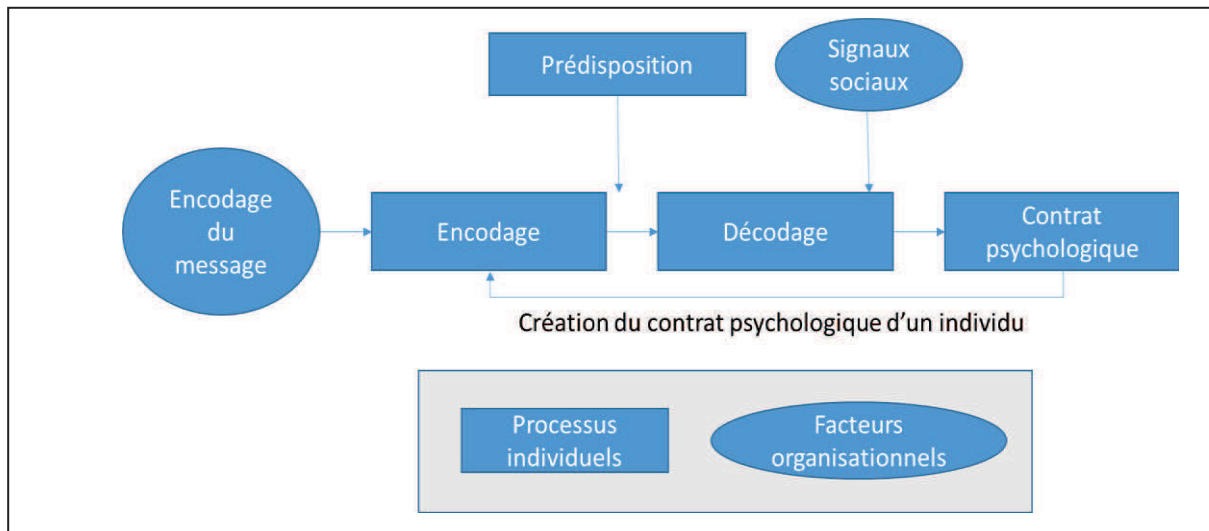
Dans un premier temps, on peut constater une phase de socialisation anticipatoire. Cette phase correspond aux contrats psychologiques que possèdent les futurs employés avant même leur recrutement dans l'organisation et qui est désignée comme étant un contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996). À ce titre, ce contrat psychologique anticipatoire regroupe les croyances que possède l'individu au regard de son futur emploi. Celles-ci sont fondées sur les différentes expériences de vie de l'individu et éventuellement sur ses expériences professionnelles passées ou bien encore sur des représentations que peut avoir l'individu de certains métiers, de certaines fonctions ou bien encore de certaines



organisations. À titre d'illustration, nous pouvons nous intéresser aux professionnels de santé. En effet, qu'est-ce qui fait qu'un jour, un individu souhaite devenir soignant et prendre en charge la santé des patients qui lui sont confiés ? Au regard des nombreux entretiens de sélection à l'entrée en IFSI auxquels nous avons pu participer en qualité de jury, différents cas de figure se sont présentés. Il y a tout d'abord les jeunes candidats dont l'un des parents, si ce n'est les deux, travaille dans le domaine de la santé. On peut dès lors constater que ces jeunes ont été élevés avec un habitus soignant (Bourdieu, 1986) et qu'ils ont une relativement bonne connaissance de la profession que leur entourage leur a fait découvrir. Viennent ensuite les candidats qui n'ont aucun proche dans le milieu médical ou paramédical mais se sont laissé séduire par des séries télévisées qui leur ont donné certaines représentations de la profession, parfois correctes, mais bien souvent idéalisées. Puis, dans un dernier temps, il est possible de retrouver les candidats souhaitant donner un sens à leur vie en la consacrant au bien-être et à la santé des autres. Encore une fois, pour certains, ces représentations sont parfois biaisées, idéalisées, voire complètement utopiques, tandis que pour d'autres, elles sont ancrées dans la réalité de terrain, réalité qu'ils ont pu percevoir au travers de leurs recherches sur la profession ou bien encore par le biais de stages qu'ils ont réalisés en structures sanitaires, médico-sociales, ou bien encore auprès de professionnels libéraux ou exerçant en structure sanitaire ou médico-sociale. Bien souvent, dans cette troisième option, l'envie de devenir soignant naît d'une rencontre avec un ou plusieurs représentants de la profession dans le cadre d'une prise en charge hospitalière de ces candidats ou de leurs proches, ou lors de rencontres programmées ou fortuites avec les infirmiers exerçant dans les établissements d'enseignement primaire ou secondaire. En ce qui concerne les représentations mentales possibles d'un individu et sa volonté d'embrasser une profession donnée, Rousseau et ses collègues (2014) établissent que le contrat psychologique a pour terreau deux ensembles de facteurs. Tout d'abord les messages extérieurs, les signaux sociaux émanant de l'organisation, puis viennent ensuite les interprétations individuelles en fonction des prédispositions et constructions mentales sous-jacentes telles que représentées dans le schéma ci-dessous. Concernant les signaux émis par les entreprises, si l'on reste dans le domaine de la santé, il est intéressant de constater que les établissements de santé se mettent désormais à communiquer sur les classements des meilleurs hôpitaux français, le cas échéant, pour vanter la qualité des soins qu'ils proposent en fonction des différentes spécialités médicales. Ces actions de communication peuvent influencer les représentations que l'on peut avoir de tel ou tel établissement de santé et éventuellement s'y projeter en tant que professionnel, là encore, avec une plus ou moins grande emprise avec la réalité.

Comme l'expliquent Rousseau et al. (2014), c'est durant cette période anticipatoire que se nouent les premiers contacts avec l'organisation qui peuvent être à la base des obligations et des promesses du contrat psychologique.

**Figure n° 5 :** les processus cognitifs à l'œuvre dans la formation du contrat psychologique.  
(extrait de Rousseau & al., 2014, p.39)

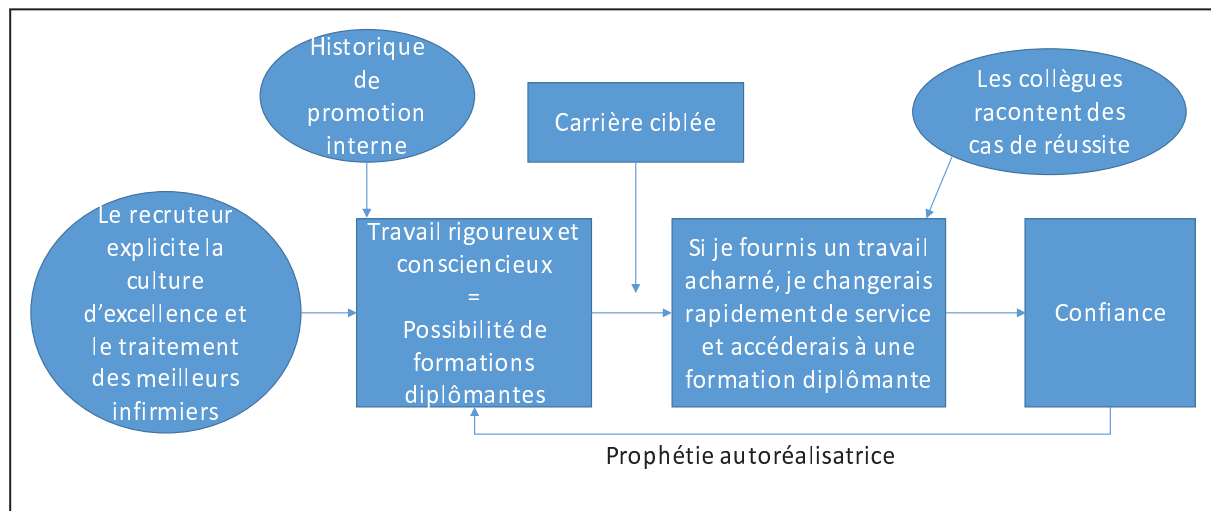


### 3.2.2 La phase de rencontre

Dans un second temps, Nelson, Quick et Joplin (1991) identifient la phase de rencontre, cette période correspondant à l'entrée de l'employé dans la structure. Ce sera là pour lui l'occasion de développer un schéma de la relation d'emploi plus durable qui va être testé par rapport à la réalité organisationnelle et qui tendra à remplacer le contrat psychologique anticipatoire préalablement construit. Nous pouvons reprendre le cas d'un infirmier qui aurait été recruté dans l'établissement de son choix, pour lequel il aurait développé un contrat psychologique anticipatoire au regard de l'excellence des soins qu'il pensait y trouver mais également en fonction des représentations qu'il avait sur le travail en collaboration qui lui semblait également de grande qualité. Durant son entretien de recrutement, le recruteur lui explique que l'établissement, avec sa culture d'excellence en cardiologie, a pour habitude, en plus de proposer des mobilités fréquentes à son personnel infirmier, de dispenser également de nombreuses formations en lien avec les spécialités dans lesquelles évoluent les professionnels de santé. Par ailleurs, il est rajouté que des formations diplômantes sont fréquentes pour les infirmiers les plus motivés, les plus travailleurs, les plus rigoureux et les plus consciencieux. C'est avec ces données que ce jeune professionnel

infirmier commence à s’imaginer évoluer au sein de cette organisation. Pour illustrer notre propos et développer les processus intrapsychiques à l’œuvre dans cette situation, nous représentons cette dernière dans la figure ci-dessous que nous avons adaptée de celle de Rousseau et al. (2014).

**Figure n° 6 : dynamique du scénario contractuel du jeune infirmier (adaptation de Rousseau & al. (2014, p.40))**



Dans cet exemple, nous voyons que les propos du recruteur ont été des signaux organisationnels vantant l’état d’esprit nécessaire pour intégrer et s’épanouir dans cet établissement sanitaire. À échanger avec ses collègues, le jeune infirmier de notre exemple entend qu’effectivement des formations sont dispensées dans le but de parfaire ses connaissances et que des formations diplômantes ont été financées pour les infirmiers correspondant au profil évoqué par le recruteur. Ses collègues ont donc été des vecteurs de signaux sociaux convergents et de contrats normatifs, partagés par de nombreux agents institutionnels, ce qui a pour conséquence de développer la singularité du contrat psychologique du jeune infirmier en accord avec le contrat psychologique anticipatoire qu’il possédait avant son intégration dans la structure. Le message reçu par l’infirmier est qu’un travail rigoureux sera synonyme de mobilité accélérée et de formations facilement accessibles (*encodage du message*). Dans son activité soignante quotidienne, le jeune infirmier donne le meilleur de lui-même pour répondre à ce qu’on attend de lui (*prédisposition personnelle*) et entend bien être évalué sur ce qu’il aura fourni en termes de qualité de travail notamment car la culture d’excellence évoquée par le recruteur donne sens à son action soignante et à tous les efforts qu’il peut produire en ce sens. C’est ainsi qu’en étant renforcé dans la croyance de ce

qui lui a été annoncé, il anticipe son prochain poste et commence à se projeter dans la structure en termes de cheminement de carrière (*confiance*). Au regard de l'évaluation professionnelle qui l'attend, et de la croyance qu'il a répondu aux attentes, ce jeune professionnel va développer une *confiance* dans le contrat qui se manifestera tant sur le plan comportemental que sur le plan émotionnel. Cette confiance sera le carburant pour que l'individu maintienne, voire majore, la rigueur de son travail (*prophétie autoréalisatrice*). À la suite de cette deuxième phase de socialisation, interviennent celles de changement et d'acquisition.

### 3.2.3 La phase d'acquisition

Dans un dernier temps intervient la phase de changement et d'acquisition (Nelson, Quick et Joplin, 1991). La phase de changement correspond à l'affinement du schéma de la relation d'emploi en lien avec les expériences organisationnelles et les croyances personnelles. Quant à la phase d'acquisition, elle correspond à cette phase où le contrat psychologique tend à être relativement stable. Il est à noter que la stabilité du contrat psychologique induit chez l'individu une très forte résistance au changement (Fiske & Taylor, 1984 ; Horowitz, 1988, in Delobbe & al., 2009 ; Stein, 1992). Si nous reprenons l'exemple de notre infirmier, la phase de changement pourrait correspondre à celle où, à l'issue de l'entretien d'évaluation, les propos de l'évaluateur renforceraient ou bien au contraire affaibliraient les croyances initiales qu'il pouvait avoir jusqu'à présent. Il est bien entendu évident que si l'évaluation est conforme à ce qu'il en attendait au regard des efforts fournis et des résultats obtenus, l'affinement du schéma de la relation d'emploi liant cet infirmier à l'organisation corroborera toutes ses représentations jusqu'alors et rendra son contrat psychologique stable car conforme avec tout ce qui avait été perçu précédemment. Maintenant, la stabilité du contrat psychologique, comme le démontrent Schalk et ses associés (2004 ; in Delobbe & al., 2009), ne signifie pas pour autant qu'il est définitivement figé, il continue d'évoluer, faisant l'objet de révisions basées sur les expériences organisationnelles de l'individu au sein de son entreprise. Ce processus a fait l'objet de recherches de la part de Thomas & Anderson (1996) qui en arrivent à la conclusion que le contrat psychologique subit un processus de renégociation continu au fil du temps et des expériences organisationnelles. Et lorsqu'ils font le lien avec, au terme de sa phase d'acquisition, la stabilité de ce contrat psychologique, ils sensibilisent le lecteur sur le fait que cette dernière « *représente une menace à la relation employeur-employé car les changements de circonstances vont modifier ce que l'employé ou*

*l'employeur peut fournir et cela entraînera une violation plutôt que l'adaptation du contrat psychologique* <sup>6</sup>» (Thomas & Anderson, 1996, p.764).

D'autre part, au regard de l'analyse des études de Nelson, Quick et Joplin (1991), on s'aperçoit que ces chercheurs utilisent le terme de schéma de la relation d'emploi pour désigner le contrat psychologique. En d'autres termes, nous pouvons définir le contrat psychologique comme étant un schéma mental de la relation d'emploi. Ces schémas mentaux sont le fruit d'expériences (Fiske & Taylor, 1995) qui ont un impact sur le développement d'un individu en général et sur son contrat psychologique en particulier. C'est ainsi que Morrison et Robinson (1997, 2004) attribuent différents éléments expérientiels à la construction de contrats psychologiques. Elles identifient ainsi la socialisation durant l'enfance et l'adolescence, la culture nationale, les expériences antérieures de travail, la culture organisationnelle, la socialisation organisationnelle et professionnelle, les signaux sociaux et les interactions quotidiennes ainsi que le rôle au sein de la relation d'emploi, les motivations, les buts et les besoins qui y sont associés.

Ainsi, selon Morrison et Robinson (2004), la socialisation durant l'enfance et l'adolescence permet à l'individu de se forger un socle de valeurs qui lui permettra d'établir son propre rapport à la justice, au travail et à la réciprocité et, par voie de conséquence, son rapport au monde du travail. De la même façon, en s'appuyant sur les études de Geert Hofstede (1980), Morrison et Robinson (2004) établissent que la culture nationale peut amener l'individu à des attentes particulières au regard des valeurs culturelles nationales. Elles veulent ainsi évoquer l'individualisme, la distance hiérarchique, la propension à maîtriser l'incertitude et des critères liés à des psychologies de travail féminines ou masculines telles qu'étudiés par Hofstede (1991). Concernant la culture organisationnelle, il est également important de considérer que l'employé ne va pas se contenter des informations organisationnelles que l'on pourra lui donner, mais sera en quête d'informations complémentaires (De Vos et al., 2005). Au premier chef de cette recherche d'informations, De Vos et ses collègues (2005) relatent le fait que les nouveaux employés se centrent tout d'abord sur les informations leur permettant d'améliorer la réalisation de leurs tâches, de se situer sur une échelle de performance au regard de ce qu'ils pensent que l'on attend d'eux, avant d'en savoir davantage sur l'organisation. Ces chercheurs (De Vos & al., 2005, p.51)

---

<sup>6</sup> Traduction libre

mettent également en avant que les employeurs gagneraient à « *chercher à essayer de comprendre ce que représente la valeur des employés dans leur milieu de travail et comment cela affecte leur recherche d'informations sur ce qu'ils peuvent attendre de leur employeur* <sup>7</sup> ». L'objectif de cette préconisation est de réduire autant que possible l'idiosyncrasie du contrat psychologique qui manquerait de lien avec la « réalité » organisationnelle.

Les travaux de Rousseau (1989, 1990, 1995) mettent en avant l'idiosyncrasie du contrat psychologique sans s'arrêter sur les moyens d'informations utilisés par les nouveaux embauchés lors de leur intégration dans une organisation. Plus tard, De Vos & al. (2003, 2005) essaieront de décrypter le comportement proactif de ces nouveaux professionnels.

Afin de pleinement comprendre ce qu'est le contrat psychologique, nous allons nous intéresser à l'acceptation qu'en avaient Shore & Tetrick (1994) et Rousseau (1995, 2001) en tant que schéma mental de la relation d'emploi.

### 3.3 Le contrat psychologique, schéma mental de la relation d'emploi

Comme nous l'avons vu précédemment, le contrat psychologique peut être envisagé comme étant un schéma mental. Ce dernier peut se définir en tant que modèle mental d'éléments reliés conceptuellement. Cette abstraction prototypique de la relation d'emploi représente le schéma mental que les salariés possèdent de leur relation d'emploi (Beck, 1967 ; Horowitz, 1988 ; Stein, 1992a).

Rousseau (2001) distingue trois niveaux de signification liés à la relation d'emploi : (1) le niveau des croyances élémentaires (promesses et obligations) ; (2) le niveau des significations associées aux croyances élémentaires (transactionnel vs relationnel) ; (3) le niveau de signification associée à la relation d'emploi (idéologie et normes).

---

<sup>7</sup> Traduction libre

**Figure n° 7 : niveaux de signification liée à la relation d'emploi (Rousseau, 2001, p.518)**

<b>Plus haut niveau d'abstraction au regard de la relation d'emploi</b> Idéologie / Normes
<b>Significations associées</b> Transactionnel / Relationnel
<b>Croyances élémentaires</b> Promesses / Obligations

### **(1) - Les croyances élémentaires de la relation d'emploi**

Le premier niveau d'abstraction est celui relatif aux croyances élémentaires. Au cœur de ce niveau d'abstraction reposent les obligations réciproques liant un employé à son employeur. Ces croyances élémentaires représentent les promesses et les obligations implicites ou explicites que chacune des parties liées par la relation d'emploi possède à l'égard de l'autre. Par exemple, ces promesses et obligations peuvent concerner les rétributions, les offres de formations, les conditions de travail au sens large, etc.

### **(2) - Les significations associées à la relation d'emploi**

MacNeil (1985) met en évidence deux types de contrats psychologiques. Le premier, transactionnel, caractérisé par des échanges monnayables entre l'employeur et l'employé sur une durée déterminée. *A contrario*, le contrat relationnel implique l'établissement et le maintien de relations impliquant des échanges à la fois monnayables et non monnayables, tels que la loyauté ou bien encore la sécurité de l'emploi, sur du long terme (Rousseau, 1990).

Rousseau et McLean Parks (1993) ont travaillé sur la définition de la nature du contrat psychologique. Ils ont ainsi pu mettre en exergue cinq dimensions, caractérisant la relation d'emploi, sous-tendant les obligations bilatérales du contrat psychologique (Rousseau & Tijoriwala, 1998).

1. L'orientation dans la relation d'emploi, économique versus socio-émotionnelle
2. La durée, à « court terme » versus à « long terme » et la précision de l'horizon temporel, « durée spécifiée » versus « durée non spécifiée »
3. La stabilité, « statique » versus « dynamique »
4. L'étendue, « limitée » versus « englobante »
5. La tangibilité, « observable publiquement » versus « compris subjectivement »

Nous développerons ces dimensions dans le point suivant.

Les travaux de McNeil (1985) ont permis de réaliser une distinction entre contrat transactionnel et contrat relationnel. Un contrat psychologique de nature transactionnelle se compose d'obligations précises, à court terme, impliquant une participation limitée monétisable des parties en relation. Cette nature transactionnelle du contrat psychologique engendre une implication personnelle et une flexibilité limitée dans le temps. Dans ce type de contrat, l'employeur garantit rémunération et sécurité de l'emploi sur du court terme et l'employé, quant à lui, assure un certain nombre d'obligations clairement définies.

*A contrario*, un contrat psychologique de nature relationnelle implique des obligations générales, ouvertes, sujettes à modification dans le temps et à long terme. Il est basé sur l'échange non seulement des éléments monétisables, mais aussi des éléments socio-émotionnels tels que la loyauté et le soutien (Morrison et Robinson, 1997 ; Rousseau et McLean Parks, 1993). Dans ce type de contrat psychologique, la relation d'emploi se fonde sur la confiance (Coyle-Shapiro, 2000).

Selon De Vos (2002), les différences entre les deux types de contrats peuvent se représenter comme dans le tableau n° 7.

À l'embauche, le nouvel employé possède un schéma mental relativement simple, composé d'un nombre limité d'éléments reliés et d'interrelations entre eux. L'employé acquiert des faits isolés qu'il interprète au regard de son schéma mental préexistant et qu'il ajoute à sa structure de connaissances existante (Shuell, 1990). Au fur et à mesure que le schéma mental de l'employé se développe, il gagne en complexité et en abstraction de façon à ce que la signification attribuée à un élément s'intègre dans un niveau de signification plus élevé.



**Tableau n° 7 : contrats transactionnel et relationnel selon De Vos (2002, p.25)**

<b>Contrat psychologique transactionnel</b>	<b>Contrat psychologique relationnel</b>
Des échanges monétaires et économiques	Une relation d'emploi à durée indéterminée
Des conditions spécifiques données comme le niveau de salaire	Des investissements importants de la part des salariés et des employeurs
Implication personnelle d'emploi limité	Un degré élevé d'interdépendance assorties de fortes barrières
Un cadre temporel donné	Des relations impliquant la personne dans son ensemble
Des engagements limités à des conditions bien précisées	Dynamique et sujet aux changements
Une flexibilité limitée	Un emploi pouvant empiéter sur la vie privée
L'utilisation des compétences existantes	Des termes du contrat subjectifs et compris de manière implicite
Des termes du contrat non ambigus	

À travers le temps, les contrats psychologiques peuvent se peaufiner et évoluer de croyances discrètes vers des schémas organisés plus élaborés composés de plusieurs croyances en interrelations (Rumelhart & Norman, 1978). Ces schémas tendent à atteindre un niveau de complétude où les expériences de l'employé sont consistantes avec les croyances de son schéma tant sur le plan des croyances relatives aux obligations réciproques inhérentes à la relation d'emploi que sur le plan des croyances relatives à ce que l'organisation attend de l'employé et celles relatives à ce que l'employé recevra en contrepartie de l'organisation. Une fois formés, ces schémas mentaux tendent à être stables dans le temps et à influencer la façon dont l'information va être traitée par un individu (Crocker, Fiske, & Taylor, 1984 ; Horowitz, 1988, Stein, 1992). En effet, les informations reçues par l'employé sont alors interprétées à la lumière des schémas pré-existants (Rousseau, 2001). Et l'une des conséquences de cette stabilité du schéma mental est de rendre l'employé résistant aux changements.

Des personnes travaillant dans le même cadre ou exerçant la même profession peuvent avoir en communs différents éléments d'un schéma mental, tout comme elles peuvent avoir un schéma mental différent, idiosyncrasique, construit au fil des leurs expériences professionnelles actuelles ou passées (Rousseau, 2001). De plus, ce même auteur considère que les schémas peuvent varier en fonction de leur complexité, du niveau d'abstraction des croyances cognitives qui les composent et des interrelations entre elles.

### **(3)- Le plus haut niveau d'abstraction au regard de la relation d'emploi**

Pour Rousseau (2001), le plus haut niveau d'abstraction de son schéma correspond à l'idéologie et aux normes que possède un individu de sa relation d'emploi. Cette idéologie peut être liée au schéma mental précédent que possédait l'individu dans son ancienne organisation ou bien encore en rapport avec différentes expériences passées.

En complément de ces deux perspectives du contrat psychologique, transactionnelle et relationnelle, d'autres chercheurs en ont identifié une troisième qui est en lien avec les normes et l'idéologie associées aux professions de santé (Bunderson, 2001 ; Thompson et Bunderson, 2003). Pour ces chercheurs, l'idéologie professionnelle de ces métiers du soin peut régir un contrat psychologique « *fondé sur des récompenses idéologiques qui épousent une cause, ce qui peut représenter une incitation distincte pour obtenir des contributions et l'engagement des employés*<sup>8</sup> » (Thompson et Bunderson, 2003, p.571). Ainsi, avec cette définition, les perceptions des employés sur les obligations de l'organisation ne sont plus seulement tournées vers leurs droits mais également vers la promotion de la cause à laquelle ils accordent une grande valeur idéologique. Autrement dit, l'existence de ce contrat idéologique est liée à ce que l'employé croit que l'organisation possède l'obligation de s'engager envers cette cause d'une part, et au fait qu'il se fasse l'obligation d'œuvrer pour que l'organisation puisse atteindre ses objectifs valorisés idéologiquement d'autre part.

Au regard des différentes caractéristiques du contrat psychologique recensées jusqu'à présent, nous allons nous intéresser, dans le point qui suit, à la mesure de ces caractéristiques relatives aux perceptions d'un individu.

#### **3.3.1 La mesure des caractéristiques du contrat psychologique**

Afin de pouvoir mesurer le degré de perception des individus de leur contrat psychologique, de nature plus ou moins transactionnelle ou relationnelle, De Vos et ses collègues (2002), s'appuyant sur les travaux de Millward et Hopkins (1998), conçoivent une échelle unidimensionnelle de neuf critères. Ces derniers permettent notamment de mesurer l'engagement, la loyauté ainsi que la durée de collaboration souhaitée entre l'employé et son employeur. La limite de cet outil réside dans le fait que l'on ne mesure que le contenu du

---

<sup>8</sup> Traduction libre.

contrat psychologique, propre à chaque individu. En cela, cet outil n'est pas nécessairement transposable à toutes les relations d'emploi.

D'autres chercheurs (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) ont mesuré six caractéristiques du contrat psychologique permettant d'explorer ce qui avait été jusqu'à présent négligé, la variété des relations d'emploi en fonction du contexte. De plus, en s'appuyant sur les travaux de Guest (1998), ils admettent l'idée que la liste des différentes caractéristiques du contrat psychologique peut être incomplète. S'appuyant donc sur les travaux de Mac Neil (1985) et Rousseau et McLean Parks (1993), ils définissent deux nouvelles dimensions du contrat psychologique, la symétrie de l'échange et le niveau de contrat, qui viennent compléter celles existantes que sont l'explicitation, l'étendue, la stabilité et le cadre temporel des engagements.

Les dimensions du contrat psychologique précédemment mises en exergue considèrent que les différents acteurs d'une relation d'emploi collaborent en ayant un pouvoir de négociation symétrique (Rousseau, 1995). Sels et al. (2004) estiment que ce postulat ignore le fait que les employeurs peuvent être en position d'imposer les conditions d'emploi et donc, par conséquent, de maintenir une relation asymétrique avec leurs employés. Aussi ces chercheurs veulent-ils définir la symétrie de l'échange (égale - inégale) comme étant la capacité de négociation entre l'employé et son employeur. Plus précisément, ils la définissent comme « *le degré avec lequel le salarié perçoit que la relation d'emploi hiérarchique est inégale et acceptable* » (Sels et al., 2004, p.465). Cette dimension comprend notamment l'acceptation par l'employé de l'autorité hiérarchique ainsi que l'obéissance aux ordres donnés et l'adoption d'une attitude conforme aux règles et normes de l'entreprise.

Par ailleurs, en étudiant le concept de négociation d'un point de vue collectif, au niveau européen, et en s'intéressant aux conventions collectives du monde industriel, ils précisent ce qu'est pour eux le niveau de contrat. Ils le définissent comme « *le degré avec lequel le salarié perçoit le contrat de travail comme étant individuellement versus collectivement régulé* » (Sels et al., 2004, p.465). En d'autres termes, cela correspond aux situations de travail qui ne sont pas individuellement négociables et qui se basent sur le droit du travail et les accords collectifs, fruits de la négociation avec les partenaires sociaux.

Sels et al. (2004), incluant la symétrie de l'échange et le niveau de contrat, présentent donc les six dimensions du contrat psychologique.

### La tangibilité

Issue des travaux de MacNeil (1985), la tangibilité se définit comme étant « *le degré auquel les employés perçoivent les termes de leurs contrats comme étant non ambigus, explicitement spécifiés et clairement observables par une tierce partie* » (Rousseau & McLean Parks, 1993, p.167 ; McLean Parks et al., 1998 ; Sels et al., 2004). Cette non ambiguïté se mesure au regard de lois formelles, de conventions collectives écrites, par des descriptions d'emploi, des exigences de performances explicites ainsi que par des critères d'évaluation clairs. Les indicateurs de relations intangibles sont le recours à la confiance et la définition du rôle large (Sels et al., 2004).

### L'étendue (scope)

Sels et al. (2004) la définissent comme la perméabilité de la limite entre la relation d'emploi et la vie privée. Ainsi, au cours de leur étude, ils constatent que cette perméabilité varie en fonction de la culture des différents pays étudiés. Ces chercheurs caractérisent cette étendue comme étant étroite ou large. Une étendue étroite (*narrow scope*), se définit comme une séparation stricte entre le travail et la vie privée, une relation purement économique n'étant qu'un moyen pour atteindre, avec un faible niveau d'engagement professionnel, une fin. *A contrario*, une étendue large (*broad scope*) s'entend comme étant une limite beaucoup plus perméable entre la vie professionnelle et la vie privée.

### La stabilité (stable-flexible)

Toujours selon MacNeil (1985), cette dimension définit la stabilité comme étant la propension du contrat psychologique à évoluer et à changer sans renégociation implicite des termes. Les indicateurs de stabilité réfèrent à une application stricte des règles avec une pratique très peu flexible et un faible niveau de tolérance à l'incertitude. Tandis que des relations d'emploi flexibles se traduisent à travers un haut niveau de tolérance à l'incertitude et une réinterprétation des règles continue (Janssens et al., 2003).

### Le cadre temporel (court terme-long terme)

Le cadre temporel est la dimension du contrat psychologique relative à la durée perçue des engagements dans une situation d'emploi (MacNeil, 1985, Rousseau & McLean Parks, 1993). Les indicateurs de la relation à long terme réfèrent à la sécurité de l'emploi, la promotion basée sur des critères d'ancienneté ainsi que sur un faible turnover des personnels. *A contrario*, les indicateurs d'un cadre temporel à court terme sont un turnover important des personnels et le recours limité à des salariés avec un contrat à durée indéterminée.

Nous synthétisons les données relatives aux dimensions du contrat psychologique dans le tableau ci-après.

**Tableau n° 8 : les définitions des dimensions du contrat psychologique**

<b>Les dimensions du contrat psychologiques étudiées dans la littérature</b>	<b>Définitions</b>	<b>Auteurs</b>
<b>La tangibilité</b>	Degré selon lequel les employés perçoivent les termes de leurs contrats comme étant non ambigus, explicitement spécifiés et clairement observables par une tierce partie	MacNeil, 1985. Rousseau & McLean Parks, 1993. McLean Parks et al., 1998. Sels et al., 2004.
<b>L'étendue</b>	Perméabilité de la limite entre la relation d'emploi et la vie privée	Sels et al., 2004.
<b>La stabilité</b>	Propension du contrat psychologique à changer sans renégociation implicite des termes	MacNeil, 1985. Janssens et al., 2004.
<b>Le cadre temporel</b>	Durée perçue des engagements dans la situation d'emploi	MacNeil, 1985. Rousseau & McLean Parks, 1993.
<b>La symétrie de l'échange</b>	Degré selon lequel un employé considère sa relation inégale avec son employeur comme étant acceptable	Janssens et al., 2003. Sels et al., 2004.
<b>Le niveau de contrat</b>	Degré selon lequel un employé perçoit son contrat individuellement vs collectivement régulé	Janssens et al., 2003. Sels et al., 2004.

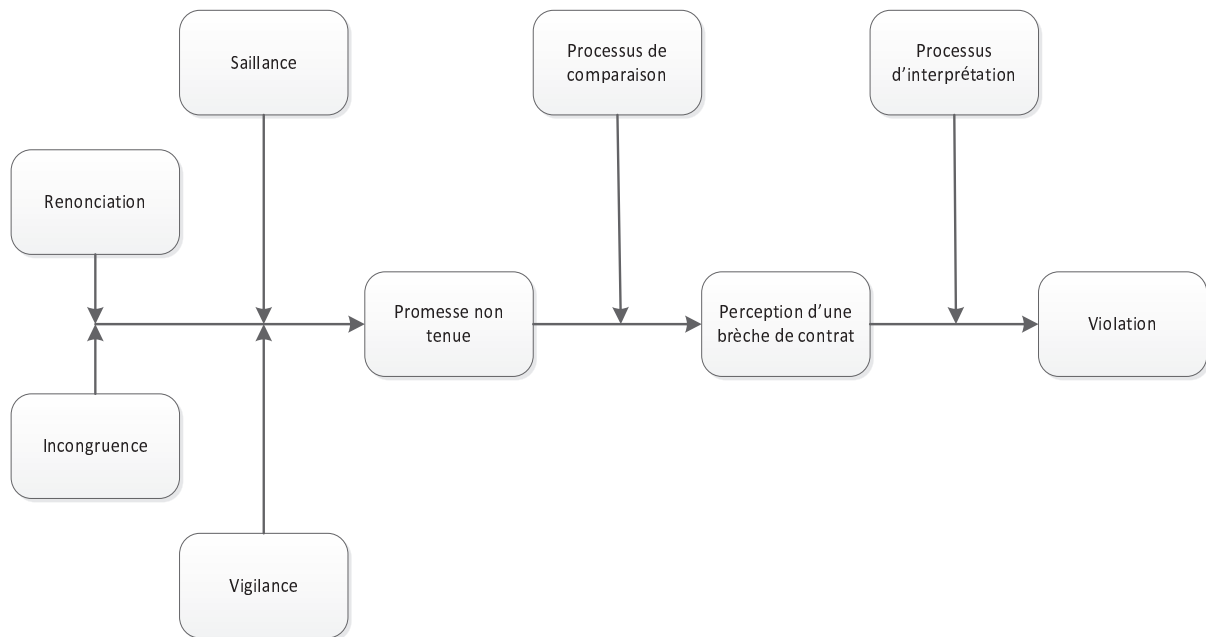
Nous voyons donc le schéma de la relation d'emploi que constitue le contrat psychologique (Rousseau, 1995, 2001). Dans le point suivant, nous allons aborder les conséquences de la relation d'emploi lorsque les attentes de l'individu ne sont pas honorées de la part de l'employeur alors qu'une promesse avait été faite. Nous parlons dès lors de rupture, voire de violation du contrat psychologique.

### 3.4 La rupture et la violation du contrat psychologique

Le phénomène de rupture du contrat psychologique est un phénomène extrêmement courant pour les employés. Robinson et Rousseau (1994, p.245) ont mesuré qu'il concernait 54.8 % de jeunes diplômés de MBA. Ces derniers avaient la perception que certains aspects de leur contrat psychologique avaient été rompus par leur employeur au cours des deux dernières années. Dans un premier temps, Rousseau (1989, p.128) définit la violation du contrat psychologique comme étant « *l'incapacité des organisations, ou de tout autre partie, à répondre à la contribution d'un employé, tel que ce dernier croit qu'elles devraient le faire* ». Par la suite, Robinson & Rousseau (1994) décrivent la violation comme une évaluation cognitive de ce qui a été reçu en comparaison de ce qui avait été promis. Morrison et Robinson (1997, p.230), quant à elles, font désormais le distinguo entre brèche et violation de contrat psychologique. Elles définissent la première comme « *l'idée que les obligations promises n'ont pas été rencontrées* » et la seconde comme « *un état émotionnel et affectif qui peut résulter de la croyance selon laquelle l'organisation n'a pas réussi à maintenir adéquatement le contrat psychologique* ».

Jusqu'en 1995, les connaissances sur le contrat psychologique se sont principalement axées sur les conséquences de la violation de ce dernier (Robinson et Morrison, 1995 ; Robinson et Rousseau, 1994). C'est en s'intéressant ainsi à la genèse de ces sentiments de brèche et de violation que Rousseau (1995) crée son modèle de la violation du contrat psychologique. Ces éléments ont été repris par Morrison et Robinson (1997) et enrichis par leurs apports. Selon elles, le processus de violation du contrat psychologique se schématise de la façon suivante.

**Figure n° 8 : le développement de la violation du contrat psychologique selon Morrison et Robinson (1997, p.232)**



Définissons les différents termes de ce schéma.

### 3.4.1 La renonciation

« Renonciation » et « incongruence » sont à la base de ce schéma puisque Morrison et Robinson (1997) identifient ces deux phénomènes comme étant à l'origine de la perception de brèche et de violation du contrat de la part des employés.

La renonciation tout d'abord se définit comme étant le fait que « *des agents de l'organisation reconnaissent qu'une obligation existe mais consciemment ne la remplissent pas. Cette renonciation apparaît lorsque l'organisation est incapable de remplir une promesse ou parce qu'elle n'est pas disposée à le faire.* » (Morrison et Robinson, 1997, p. 233).

Pour ces chercheurs, cette renonciation est double.

**La renonciation par incapacité** se caractérise par l'incapacité de l'organisation à tenir ses engagements du fait de promesses pouvant être trop nombreuses ou bien encore déconnectées du contexte économique actuel ou à venir.

**La renonciation par manque de volonté** peut être le fait d'un manque de volonté des agents à remplir les termes spécifiques de leur relation d'emploi, soit parce qu'ils s'étaient engagés sans avoir l'intention d'honorer cet engagement, soit parce qu'ils y ont renoncé. Morrison et Robinson (1997) développent l'idée que la renonciation est également le fait du pouvoir asymétrique dans la relation d'emploi. Pour elles, selon le pouvoir de l'employé, selon ses compétences et son expertise critique indispensables pour l'entreprise, il lui est plus facile de renoncer à ses engagements. *A contrario*, dans le cas où l'employé a relativement peu de pouvoir vis-à-vis de son organisation, configuration la plus fréquente, cette dernière peut plus aisément renoncer à ses engagements. Morrison et Robinson (1997) introduisent ainsi dans les origines des brèches et violations du contrat psychologique la notion de bénéfice / coût pour les organisations quant à renoncer ou non à leurs promesses. De plus, le comportement de l'employé par le passé, en tenant compte de sa propension à avoir honoré ses engagements, joue également un rôle important dans ce qui sera la volonté ou non de l'organisation d'honorer ses promesses.

Enfin, pour Morrison et Robinson (1997), la renonciation est également en lien avec le **type d'échange** (contrat relationnel ou transactionnel) entre l'organisation et l'employé. Pour elles, le coût de la renonciation pour l'organisation sera d'autant plus important, que le contrat l'unissant à l'employé est de type relationnel.

Voyons maintenant plus en détail le second élément identifié par Morrison et Robinson (1997) comme fondateur du sentiment de brèche.

### 3.4.2 L'incongruence

Pour Morrison et Robinson (1997) l'incongruence représente l'incompréhension réciproque entre l'organisation et l'employé en termes de perception différente du contenu des obligations propres à la relation d'emploi. Pour ces chercheurs, l'incongruence possède trois origines que sont la divergence des schémas, la complexité et l'ambiguïté des obligations et le manque de communication.

La relation d'emploi est sous-tendue par des schémas mentaux. Ces schémas, qui sont des trames cognitives représentant les connaissances organisées sur un concept donné ou un type de stimulus (Taylor & Crocker, 1981), possèdent un caractère idiosyncratique qui peut



les rendre bien différents entre ceux de l'employé et ceux de l'organisation. Ces schémas guident la façon dont les individus se souviennent et tirent des conclusions à partir des données brutes, ce qui simplifie le processus par lequel les individus font sens des événements et des situations (Fiske & Taylor, 1984). En effet, les individus vont se comporter selon le schéma idiosyncratique qu'ils ont de leur relation d'emploi. Ce schéma oriente leur interprétation et leur mémorisation des promesses liées à leurs obligations dans la relation d'emploi. Cette composante mnésique peut également influencer la congruence puisque le souvenir de promesses et d'obligations peut se distordre au fil du temps renforçant ainsi l'incongruence.

Comme nous le constatons, les schémas mentaux sous-tendant la relation d'emploi possèdent des propriétés tout à la fois complexes et ambiguës. Ces propriétés se retrouvent également dans la définition que l'on peut faire des obligations perçues de l'employeur par l'employé.

### 3.4.3 La complexité et l'ambiguïté des obligations

À travers cette complexité et cette ambiguïté des obligations, Morrison et Robinson (1997) mettent en avant le principe selon lequel la nature des obligations est également source de perceptions divergentes entre l'employé et l'employeur. En s'appuyant sur les travaux de Griffin & Ross (1991), Morrison et Robinson (1997) prennent en compte le fait que la divergence des perceptions s'accroît avec la complexité et l'ambiguïté des stimuli perçus. Comme l'ont démontré Griffin et Ross (1991), lorsque les individus sont en construction de sens et doivent enregistrer un grand nombre de stimuli ou des stimuli avec de nombreuses caractéristiques, ils sont plus enclins à les oublier ou à les négliger, ce qui mènera à de l'incongruence. De la même façon, pour Griffin & Ross (1991), lorsque les individus créent du sens à partir de stimuli ambigus ils s'engagent dans un processus de construction au cours duquel ils comblent les informations manquantes à partir de signaux contextuels d'informations antérieures. Ainsi, les individus d'une même organisation seront amenés à posséder des compréhensions différentes de leurs termes de relation d'emploi au fur et à mesure que leurs représentations mentales évoluent.

Nous parlons là, une nouvelle fois, d'un processus idiosyncratique du point de vue de l'employé, mais il est intéressant de comprendre également quels sont les facteurs permettant

à l'individu de remodeler éventuellement la compréhension qu'il peut avoir des termes de sa relation d'emploi. À cet égard la communication revêt un caractère primordial.

#### 3.4.4 La communication

Pour Morrison et Robinson (1997), le dernier élément impactant l'incongruence est le manque de communication entre l'employé et les agents responsables de l'accomplissement des termes de son contrat psychologique. Comme l'avaient précédemment démontré plusieurs recherches (Rousseau & Greller, 1994 ; Shore & Tetrick, 1994), de nombreux termes du contrat psychologique sont établis durant le recrutement. C'est ainsi que les employés qui expérimenteront le moins l'incongruence seront ceux dont les perspectives d'emploi auront été les plus réalistes avant l'embauche (Wanous, 1977). C'est en cela que la communication revêt un caractère important dans le sens où elle est à même de minimiser l'incohérence et l'effet de « faux consensus » par lequel les individus supposent qu'ils partagent les mêmes perceptions (Ross, Greene, House, 1977). De plus, la communication réduira le risque de violation expérimenté en minimisant l'incongruence (Morrison et Robinson, 1997).

Nous avons étudié ces deux éléments clés que sont la renonciation et l'incongruence à la base du développement de sentiment de violation du contrat psychologique. Ces deux notions étaient importantes à aborder et à développer dans la mesure où la renonciation et l'incongruence peuvent conduire à une divergence entre les termes du contrat psychologique d'un employé et les résultats que cet employé perçoit comme reçus. Mais cet employé peut ne pas nécessairement être au courant de cette situation s'il n'a pas eu la possibilité d'être dans un processus de comparaison de sa compréhension du contrat (Morrison et Robinson, 1997). Pour qu'un employé reconnaisse qu'il y a un hiatus entre sa perception de promesses et ce qu'il a reçu interviennent deux notions qui sont la saillance et la vigilance.

#### 3.4.5 La saillance

La saillance reflète le degré avec lequel un stimulus se démarque de son contexte immédiat (Fiske & Taylor, 1984). Cette saillance sera impactée par différents facteurs tels que la taille de l'écart entre ce qui a été promis et ce qui a été reçu, l'importance de la promesse faite à l'employé pour ce dernier et la vivacité de cette promesse dans l'esprit de l'employé (Morrison et Robinson, 1997).

### 3.4.6 La vigilance

La vigilance, quant à elle, reflète l'état d'éveil de l'employé par rapport à la façon dont l'organisation a rempli les termes de son contrat psychologique. Cette vigilance est courante dans les relations d'échange dans lesquelles chacune des parties est intéressée aux capacités et à la volonté de l'autre de remplir ses obligations (Rousseau & McLean Parks, 1993). Comme nous allons l'aborder ci-dessous, Morrison et Robinson (1997) identifient trois composantes à la vigilance que sont l'incertitude, la nature des relations et les coûts perçus.

### 3.4.7 L'incertitude

L'incertitude d'un employé vis-à-vis de son contrat psychologique sera source d'anxiété et il tentera de la réduire. L'un des moyens de réduire cette incertitude sera pour l'employé de rechercher et tenter de contrôler des informations (Berger, 1979). De plus, en fonction de l'environnement professionnel, au sens large du terme en considérant les restructurations, les contextes économiques internes et externes à l'organisation, les éventuelles évolutions de la législation ou bien encore des pratiques managériales de l'organisation, l'incertitude de l'employé pourra être majorée, ce qui le rendra d'autant plus vigilant et à même de détecter et de réagir aux possibles brèches de contrat qu'il ressentira (McLean Parks & Kidder, 1994).

### 3.4.8 La nature de la relation

Pour Morrison et Robinson (1997), la vigilance dépend également de la nature de la relation d'emploi. Plus précisément, au regard des caractéristiques des contrats transactionnels et relationnels, Morrison et Robinson (1997) soutiennent l'idée que les employés possédant un contrat transactionnel avec leurs organisations seront plus vigilants par rapport à un écart entre ce qui leur a été promis et ce qu'ils ont reçu car ce type de contrat laisse moins de place aux quiproquos que les contrats relationnels. En effet, un contrat transactionnel étant basé sur des obligations clairement définies ainsi que sur des rétributions immédiates pour leur contribution, il devient beaucoup plus aisé pour un employé de pouvoir mesurer un quelconque hiatus. Par ailleurs, pour Morrison et Robinson (1997), le degré de confiance d'un employé envers son organisation joue également un rôle dans sa vigilance. Cette confiance fait référence aux attentes et aux croyances que l'employé possède vis-à-vis de la probabilité que ses futurs agissements au sein de l'organisation lui seront favorables ou tout du moins, qu'ils ne nuiront pas à ses intérêts (Barber, 1983 ; Gambetta, 1988). En fonction de l'histoire

de l'employé, de ses sentiments de brèches antérieures au sein de l'organisation actuelle ou au sein d'une organisation précédente il pourra être plus ou moins méfiant vis-à-vis de son employeur et cela peut être la genèse d'une renonciation.

### 3.4.9 Les coûts perçus

La troisième et dernière composante de la vigilance est, pour Morrison et Robinson (1997), la perception des coûts de la découverte d'une promesse non satisfaite. Ces chercheurs soutiennent l'idée que la découverte par un employé d'une brèche peut être dérangeante voire menaçante pour lui. Dans cette configuration, l'employé sera moins vigilant à essayer de contrôler et surveiller l'accomplissement du contrat psychologique. C'est ainsi que Morrison et Robinson (1997) posent le postulat que la vigilance de l'employé sera moindre lorsque les coûts associés à la découverte d'une promesse non tenue sont supérieurs aux bénéfices associés. De plus, en s'appuyant sur les travaux de Brockner (1988), qui avait mis en avant le fait que des individus avec une faible estime d'eux-mêmes se sentent davantage menacés par une information négative pertinente que des individus avec une plus haute estime d'eux-mêmes, Morrison et Robinson (1997) postulent également que des individus avec une faible estime d'eux-mêmes seront moins vigilants que des individus avec plus haute estime d'eux-mêmes à essayer de détecter les brèches du contrat.

Pour Morrison et Robinson (1997), la renonciation, l'incongruence, la saillance et la vigilance sont les prodromes de la perception de promesses non tenues. Ce faisant, ces dernières ne mènent pas obligatoirement à la perception de brèches de contrat. En effet, pour qu'il y ait une brèche du contrat psychologique, il est nécessaire que l'employé constate un gap entre ce qui lui a été promis et ce qu'il a obtenu d'une part et que ses rétributions par l'organisation ne sont pas en lien avec ses contributions pour l'organisation de façon réciproque. Pour qu'il y ait, ou non, perception de brèche de contrat, il faut que soit intervenu un processus de comparaison que nous explicitons ci-dessous et qui comprend le biais d'auto complaisance et l'effet de seuil.

### 3.4.10 Le processus de comparaison

Le processus de comparaison comporte deux mécanismes antécédents à la perception d'une rupture du contrat psychologique par l'individu.

#### 3.4.10.1 Le biais d'auto complaisance

Le biais d'auto complaisance intervient lorsque que des employés d'une même entreprise sont amenés à juger la manière dont les obligations réciproques ont été respectées. Certains biais cognitifs, tels que le biais d'auto complaisance (Taylor & Brown, 1988), peuvent convoquer un processus de comparaison et la perception d'une promesse non tenue créant une brèche. Dès lors, cela pourrait avoir comme effet que l'employé surestime ses contributions et sous-estime les rétributions reçues de l'organisation. Ce processus de comparaison peut également être relié à l'effet de seuil. S'appuyant sur les travaux de Kuiper (1978), Morrison et Robinson (1997) affirment que les employés seront davantage enclins à reconnaître que leurs actions aient pu précipiter une promesse non tenue s'ils reçoivent un retour pertinent de l'entreprise car ainsi, il leur sera plus difficile de conserver des perceptions biaisées de leurs performances et de leurs contributions (Morrison et Robinson, 1997).

#### 3.4.10.2 L'effet de seuil

Pour Morrison et Robinson (1997), l'effet de seuil constitue le deuxième élément du processus de comparaison. Ainsi, selon ces chercheurs, chaque employé possède un seuil lui permettant de déterminer si une brèche s'est produite. Ce seuil serait la résultante de la sensibilité à l'équité de l'employé, du type de contrat (transactionnel/relationnel) régissant la relation d'emploi et de l'asymétrie de pouvoir. La sensibilité à l'équité est définie par Huseman, Hatfield, & Miles (1987), ce qui constitue un nouvel apport de la théorie de l'équité (Adams, 1963a) comme étant les préférences individuelles quant aux situations d'équité et d'iniquité. Huseman, Hatfield, & Miles (1987) mettent en avant le fait qu'un individu puisse développer un sentiment de détresse quand il se considère sous-estimé, et un sentiment de culpabilité lorsqu'il s'estime survalorisé. En s'appuyant sur ces travaux, Morrison et Robinson (1997) postulent que les employés possédant une sensibilité à l'équité élevée sont plus enclins à considérer le moindre écart en leur défaveur comme une brèche. De plus, il est intéressant de constater que dans leur étude, elles démontrent qu'un employé peut également développer un sentiment de brèche même si ses collègues sont traités de la même façon. C'est en cela que le processus de détermination d'une brèche du contrat psychologique est plus complexe et diffère de celui du jugement d'équité. Par ailleurs, en ce qui concerne le seuil de sensibilité à

l'équité, Morrison et Robinson (1997) concluent que les individus possédant un contrat transactionnel possèdent un seuil de détection de brèche plus bas que ceux possédant un contrat relationnel. Ceci s'explique par la nature même du contrat transactionnel qui est basé sur des rétributions directes et immédiates en fonction des contributions de l'employé.

Tous les concepts étudiés précédemment explicitent les processus de genèse et de développement d'une perception de brèche du contrat psychologique. Une fois que cette brèche existe chez un employé, la question qui se pose est celle de son évolution. La perception de brèche n'évolue pas nécessairement vers une violation du contrat psychologique. Pour que cette évolution défavorable ait lieu, il faut qu'intervienne un processus d'interprétation (cf. figure n° 8).

### 3.4.11 Le processus d'interprétation

Les individus sont généralement enclins à rechercher des informations leur permettant de faire du lien et de donner du sens aux événements inattendus et négatifs pour eux (Wong & Weiner, 1981) et, à ce titre, Morrison et Robinson (1997) établissent que la perception de brèche de contrat psychologique servira de déclencheur à ce processus cognitif d'interprétation. Ce processus ne débouchera pas nécessairement sur une violation de contrat mais mettra en évidence quatre prismes au travers desquels l'employé donnera du sens à des événements précédents. Ces prismes que nous détaillerons ci-dessous sont les suivants :

- l'intensité du sentiment de violation,
- le processus d'attribution,
- le sentiment de justice,
- le contrat social.

#### 3.4.11.1 L'intensité du sentiment de violation

L'intensité du sentiment de violation est à mettre en lien avec l'évaluation des résultats que l'employé s'auto-attribue. Si la magnitude perçue de la brèche, définie comme étant « *la taille de l'écart existant entre les deux rapports de l'exécution du contrat* » (Morrison et Robinson 1997, p. 243), est importante, la relation entre la brèche et la violation de contrat psychologique sera forte. De la même façon, en partant de la recherche sur les émotions (Ortony et al., 1988), Morrison et Robinson (1997) considèrent que la relation entre brèche et

violation sera d'autant plus forte lorsque la brèche engendrera des résultats dont la valence est négative ou la disparition de résultats dont la valence est positive.

#### 3.4.11.2 Le processus d'attribution

Le processus d'attribution est le deuxième élément composant le processus d'interprétation. Plus précisément, ce processus d'attribution s'intéresse aux origines de la brèche de contrat. Les individus, confrontés à des résultats défavorables ou inattendus, tendent à former des explications causales renforçant leurs croyances de départ (Nisbett & Ross, 1980), ou bien encore cherchent des explications leur permettant d'assigner des responsabilités (Wong & Weiner, 1981). Ce processus d'attribution a un effet direct sur l'intensité des émotions des individus (Frijda, 1988 ; Ortony et al., 1988). Pour Morrison et Robinson (1997), la relation entre brèche et violation de contrat psychologique est d'autant plus forte que les employés attribuent l'origine de la brèche à une renonciation de la part de l'organisation. *A contrario*, la transition de la brèche de contrat à la violation sera moins évidente lorsque, à l'issue de son processus d'interprétation, un individu se reconnaîtra fautif d'une mauvaise perception et sera donc, par voie de conséquence, moins enclin à blâmer l'organisation.

Par ailleurs, toujours en lien avec ce processus d'attribution, Morrison et Robinson (1997) suggèrent que la confiance joue également un rôle important. En effet, pour elles, si la confiance mutuelle est forte entre l'employé et son organisation, l'attribution d'une brèche dont l'origine serait, pour l'employé, attribuable à l'organisation, l'employé aura tendance à en minimiser l'importance (Robinson, 1996). Dans le cas contraire d'un faible niveau de confiance entre l'employé et son organisation, l'employé aura tendance à maximiser l'importance de la brèche. Et enfin, pour Morrison et Robinson (1997), les explications sociales (justifications ou excuses) interviennent également dans le processus d'attribution. Ces explications sociales minimisent souvent l'apparente sévérité des résultats (Walster, 1966) et altèrent le processus d'attribution des employés en modifiant leur perception de causalité, de contrôle, de prévisibilité et d'intentionnalité (Bies, 1987). De plus, Morrison et Robinson (1997) pensent que les agents organisationnels admettront rarement la renonciation et qu'au lieu de cela, ils essaieront de convaincre l'employé que la perception de violation est attribuable à des facteurs échappant au contrôle de l'organisation ou bien encore que cette perception est issue d'un simple malentendu.

### 3.4.11.3 Le sentiment de justice

Le sentiment de justice constitue le troisième élément constitutif du processus d'interprétation. Dans le cas d'une brèche, un employé se demandera toujours à quel point il a été traité de façon juste. À l'instar de ses réactions dans le processus d'attribution, un employé ne verra pas nécessairement cette perception de brèche de contrat évoluer vers une violation à partir du moment où il estimera avoir été traité de façon juste et équitable.

### 3.4.11.4 Le contrat social

Le contrat social est le dernier élément constitutif du processus d'interprétation de brèche du contrat psychologique. Il recouvre les présupposés, les croyances et normes relatifs aux comportements appropriés au sein d'une unité sociale particulière (Gough, 1963 ; Homans, 1961). Pour Morrison et Robinson (1997), le contrat social fait référence aux termes et aux conditions concernant l'exécution du contrat psychologique. Les deux parties liées par un contrat psychologique se promettent également implicitement de pratiquer des échanges en tenant compte des croyances, des valeurs et des normes. Au regard de ce contrat social, si la brèche et les moyens par lesquels elle est apparue sont perçus en contradiction avec le contrat social prévalent, le sentiment de brèche se transformera en violation et sera intense pour l'employé. Par ailleurs, le contrat social est dépendant du contexte organisationnel. C'est ainsi qu'un contrat social dans une organisation donnée ne sera pas nécessairement le même que dans une autre. Ainsi, une brèche de contrat dans une organisation, dans les mêmes circonstances, n'aurait peut-être pas eu lieu dans une autre organisation.

Par ailleurs, le processus d'interprétation tient également compte du type de contrat entre l'organisation et l'employé. L'expérience d'une violation de contrat, suite à une brèche de contrat, sera plus sévère quand la relation d'emploi est relationnelle que lorsqu'elle est transactionnelle. Ceci s'explique par le fait que des échanges relationnels impliquent des normes en opposition à l'intérêt personnel et à l'opportunisme (McLean Parks & Smith, 1998). Pour Morrison et Robinson (1997), les employés possédant un contrat relationnel, du fait que ce type d'échange décourage la renonciation, diminue la vigilance de l'employé et est associé à un seuil plus élevé de détection de brèche, sont moins enclins à y percevoir une brèche. Cependant, si une brèche de contrat est perçue dans ce type de contrat relationnel, cela crée de forts sentiments de violation du fait que la brèche de contrat soit hautement inconsistante avec le contrat social.

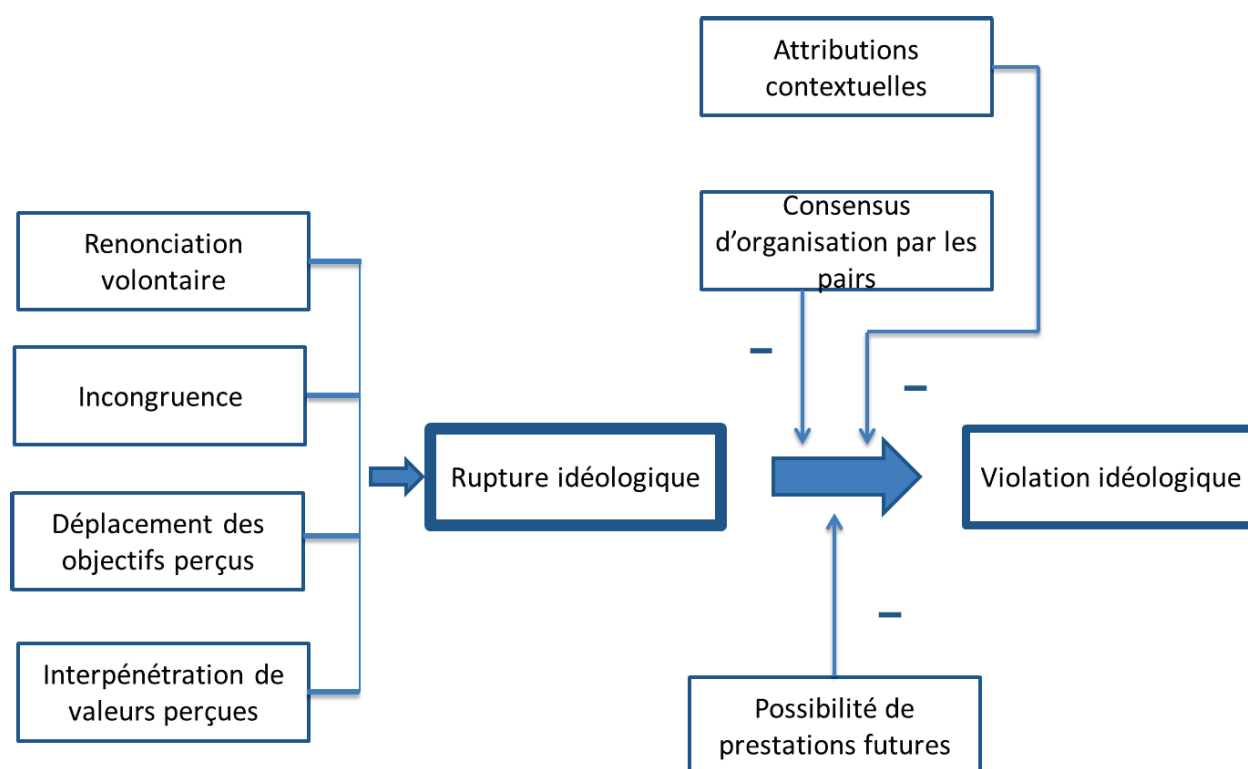


Comme nous l'avons constaté dans les parties précédentes, et au regard des nombreux facteurs et mécanismes en interaction dans le processus de constitution d'une brèche ou d'une violation de contrat psychologique, les occasions de développer ce type de perceptions sont nombreuses. Les différents contextes économiques actuels nécessitant des réorganisations, des restructurations et des changements organisationnels quotidiens dans le monde du travail, quel que soit le milieu d'évolution professionnelle, ne peuvent que faciliter le développement de perception de brèche et de violation parmi les employés. C'est notamment ce que prédisaient Robinson et Brown (2004).

### 3.4.12 Le cas de la rupture et de la violation du contrat psychologique idéologique

Dans le cas d'un contrat psychologique idéologique (Bunderson, 2001 ; Thompson et Bunderson, 2003), l'idéologie professionnelle peut modifier à la fois la façon dont les individus perçoivent les brèches de contrat psychologique idéologique et leurs réactions à ces brèches. Ainsi, Bunderson (2001, p.717) identifie deux idéologies de travail des professionnels de santé qui régissent le contenu des obligations du contrat psychologique. La première est en lien avec la profession soignante et les valeurs du soin qui y sont associées, tandis que la seconde s'oriente vers la gestion administrative et marchande du soin. De ce fait, Bunderson (2001) identifie des réactions en cas de brèche qui diffèrent en fonction du type d'idéologie de travail. Ainsi, d'après cet auteur, une brèche en lien avec les obligations administratives génère insatisfaction et envie de quitter l'organisation tandis qu'une brèche en lien avec les obligations professionnelles soignantes est associée à une diminution de l'engagement envers la structure ainsi qu'à une baisse de la performance globale des individus. Thompson et Bunderson (2003, p.579) schématisent le processus de rupture et de violation du contrat psychologique tel que sur la figure ci-dessous.

**Figure n° 9** : schéma de la rupture et de la violation du contrat psychologique idéologique (Thompson & Bunderson, 2003, p.579)



À travers cette figure, nous pouvons constater que, pour ces auteurs, à l’instar de la schématisation de Morrison et Robinson (1997), à l’origine de la rupture de contrat psychologique idéologique se trouvent les phénomènes de renonciation et d’incongruence. Mais à ces deux phénomènes s’en ajoutent deux autres que sont « *le déplacement des objectifs perçus* » et « *l’interpénétration de valeurs perçues* ». Le premier est en lien avec ce que l’individu peut percevoir comme décalage entre les décisions politiques prises par l’organisation et le but idéologique recherché. L’individu peut ainsi estimer que son action au sein de l’entreprise est dévoyée de l’objectif idéologique visé. Le second phénomène complémentaire est relatif à certaines relations et partenariats que peut nouer l’organisation avec d’autres structures ne partageant pas le même dessein idéologique que l’organisation. Ces alliances peuvent rendre les individus méfiants quant aux changements idéologiques que pourraient entraîner de tels partenariats.

Les quatre phénomènes précédemment décrits concourent à créer une rupture du contrat psychologique idéologique. Lorsque cette rupture intervient, les trois éléments que

nous détaillons ci-après peuvent faire évoluer cette rupture en violation du contrat psychologique.

- Les attributions contextuelles : en fonction du contexte économique de l'organisation, il est possible que la position idéologique de cette dernière ne lui permette pas ou plus suffisamment de fidéliser sa clientèle, auquel cas, pour assurer sa survie financière, elle peut décider de mettre l'accent sur des activités spécifiques n'ayant que pour seul objectif des rentrées de fonds supplémentaires, en perdant de vue l'idéologie poursuivie initialement. Ces attributions contextuelles peuvent avoir un effet modérateur de la rupture si les individus sont convaincus de la nécessité économique de cette solution au regard des pressions contextuelles.
- Le consensus d'organisation par les pairs : sous cette appellation, Thompson et Bunderson (2003) désignent, pour les individus, le processus de comparaison de leur organisation avec d'autres organisations épousant une idéologie similaire à la leur. Ainsi, pour ces auteurs, la rupture n'évoluera pas en violation si les individus observent que d'autres organisations avec une idéologie similaire s'engagent dans des pratiques identiques.
- La possibilité de prestations futures : la transition de la rupture à la violation sera également fonction de la possibilité ressentie par l'individu de pouvoir continuer à contribuer à la cause épousée à l'avenir. Si les individus ne possèdent pas cette espérance, ils prennent conscience que leur action ne sert plus la cause qu'ils défendent et cela engendre « *un arrêt de la circulation de la monnaie idéologique*<sup>9</sup> » (Thompson & Bunderson, 2003, p.582).

Qu'elles soient en rapport avec un processus tel que décrit par Morrison et Robinson (1997) ou Thompson et Bunderson (2003), ces perceptions de brèches et de violation du contrat psychologique ont d'importants retentissements organisationnels que nous allons approfondir dans le point qui suit.

---

<sup>9</sup> Traduction libre.

### 3.5 Les impacts du contrat psychologique et les conséquences d'une rupture et d'une violation

Lorsqu'un individu considère que son organisation n'a pas respecté ses engagements envers lui, tant explicites qu'implicites, ce dernier développe une rupture voire une violation de son contrat psychologique. Avant de voir en détail à quoi cela correspond précisément, il faut retenir que nous parlons là d'éléments hautement subjectifs. Subjectifs, car reposant sur l'interprétation de l'individu qui n'est peut-être pas positivement corrélée avec un manquement avéré de l'organisation. De la même manière, il se peut que, pour des raisons indépendantes de la volonté de l'organisation, cette dernière n'a pas pu être en mesure d'honorer ses engagements. En tout état de cause, les conséquences de ces situations peuvent générer chez l'individu une brèche ou une violation du contrat psychologique.

Le contrat psychologique tel que nous l'avons vu précédemment, en termes de satisfaction d'accomplissement des obligations perçues, a sur les employés des effets bénéfiques. Ainsi, selon Tetrick (2002), la perception d'un contrat psychologique accompli rend les employés créatifs, emplis d'espoir, de sagesse et connaissant un épanouissement personnel et interpersonnel. De plus, selon Bennett, Cook et Pelletier (2003), les autres qualités du contrat psychologique sont de permettre d'obtenir davantage d'adaptabilité, de flexibilité, de cohésion, d'innovation et d'atteinte des objectifs des employés. De façon plus générale, comme l'expliquent Rousseau et ses collègues (2014, p.10), « *les contrats psychologiques fonctionnent par rapport à des finalités qui les dépassent et, pour cela, ceteris paribus, ils rendent les individus et les organisations plus productifs* ». Ce que ces auteurs veulent dire est que le contrat psychologique possède « *des pouvoirs de prophéties autoréalisatrices* » (2014, p.10), dans le sens où le respect des engagements pris rend les comportements attendus prévisibles aussi bien du côté de l'employé que de celui de l'employeur. Cette prédictibilité mutuelle majore ainsi la compréhension des parties en présence potentialisant *de facto* la coordination des efforts et l'organisation des actions individuelles et collectives.

À la suite de leur différenciation des différents types de contrats que nous avons abordés dans le tableau n° 3, Rousseau et ses collègues (2014, p.10) précisent quels sont, pour eux, les atouts majeurs du contrat psychologique. Tout d'abord, ils soutiennent que le contrat psychologique « *peut créer le futur* » (2014, p.10) grâce aux pouvoirs d'anticipation et de

planification que procurent la création et la conservation des engagements contenus dans le contrat psychologique. Les individus qui réalisent, et conservent, leurs engagements inhérents à leur contrat psychologique peuvent anticiper et planifier parce que leurs actions sont plus particulièrement lisibles et prévisibles autant pour les personnes qui travaillent avec eux que pour eux-mêmes.

*A contrario*, lorsque le contrat psychologique n'est pas perçu comme réalisé, les conséquences en découlant seront nombreuses et polymorphes.

### 3.5.1 Les conséquences d'une rupture et d'une violation du contrat psychologique

D'après Rousseau (1989, 1990, 1995), il y a brèche, ou rupture, du contrat psychologique lorsque l'employé est persuadé que son employeur n'a pas rempli ses obligations.

Robinson, Kraatz et Rousseau (1994) ont démontré, à travers une étude longitudinale sur une population possédant deux ans d'ancienneté dans l'entreprise, que la rupture de contrat psychologique avait pour conséquence de modifier la perception des obligations contractuelles des employés envers leurs employeurs. À ce titre, ils ont mis en évidence la corrélation entre rupture du contrat psychologique et diminution des obligations de l'employé envers son employeur. D'autres études telles que celles menées par Robinson et Rousseau (1994), ou Tekleab, Takeuchi et Taylor (2005) ou bien encore Lester et al. (2001), mettent en avant ce que la rupture du contrat psychologique entraîne de négatif dans la relation de l'employé avec son employeur. À ce titre, cela se traduit par une diminution de la confiance placée dans l'employeur et de l'envie de rester à travailler pour lui ainsi que par la diminution de la satisfaction professionnelle et de l'implication affective au travail de l'employé. Au final, de façon globale, d'autres auteurs ont également mis au jour le fait que la rupture du contrat psychologique réduisait la performance professionnelle des employés (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996 ; Lester & al., 2002). Une autre conséquence de cette perte de confiance envers l'employeur se manifeste par l'augmentation du taux de renouvellement des employés car ceux possédant un sentiment de brèche quittent l'entreprise ou souhaitent la quitter (Guzzo & al., 1994 ; Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996).

En d'autres termes, comme nous venons de le voir à travers ce chapitre, la rupture du contrat psychologique affecte négativement le comportement de citoyenneté organisationnelle (OCB) tel que le définit Organ (1988, p.22, in Robinson & Morrison, 1995) comme étant « *une volonté de contribuer au-delà des obligations contractuelles littérales* ». Or, comme le précisent Robinson & Morrison (1995) et Robinson (1996), le comportement extra-rôle de l'employé promeut l'efficacité organisationnelle et n'est pas explicitement reconnu par le système de gratification de l'organisation. C'est-à-dire que sans l'OCB des employés, les organisations ne pourraient pas survivre et s'adapter aux changements concurrentiels alors que cela ne transparaît pas dans le contrat formel liant employeurs et employés. L'OCB est ainsi un comportement qui dépasse celui prescrit par le contrat de travail. Dans ces conditions, nous allons détailler, dans le point suivant, les liens entre contrat psychologique et OCB.

### 3.5.2 Le lien entre contrat psychologique et OCB

Différentes études se sont intéressées au lien entre contrat psychologique et OCB (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996 ; Kickul et al., 2001). Ainsi, Coyle-Shapiro & Kessler (1998, 2000 a, 2000,b) ont établi que, dans le cas d'un contrat psychologique de nature relationnelle, lorsque les obligations de l'employeur sont, aux yeux de l'employé, pleinement satisfaites, ce dernier développe positivement les perceptions de son extra-rôle envers l'organisation, ce qui n'est pas le cas avec une nature transactionnelle du contrat psychologique. En d'autres termes, lorsqu'un employé estime que son contrat psychologique est respecté, son comportement de citoyenneté organisationnelle tend à être performant. À l'inverse, Lewis-McLear & Taylor (1997, 1988, in Delobbe et al., 2009) ont démontré une corrélation négative entre la perception d'une rupture du contrat psychologique et quatre dimensions de l'OCB (altruisme, courtoisie, civisme et conscience professionnelle). De la même façon, Turnley & Feldman (1998) constatent une diminution de l'OCB suite à une perception de rupture du contrat psychologique chez les employés dont les entreprises connaissent des restructurations. Kickul et al. (2001) mettent en évidence que la perception de brèche induit des comportements d'anti-citoyenneté organisationnelle.

Avant les apports de Morrison et Robinson (1997), les termes brèche et violation étaient indifféremment utilisés pour désigner un contrat psychologique non respecté pour un individu. Ces chercheurs ont apporté une clarification de ces deux concepts. Ces auteurs définissent qu'un employé connaît une brèche de son contrat psychologique lorsqu'il perçoit

que l'organisation a échoué dans l'accomplissement d'une ou de plusieurs obligations ayant fait l'objet d'une promesse préalable. Quant à la violation du contrat psychologique, Morrison et Robinson (1997) la définissent comme l'expérience affective et émotionnelle résultant de la croyance que l'organisation a échoué dans le maintien du contrat psychologique.

En d'autres termes, la brèche s'apparente à une évaluation cognitive du degré avec lequel l'employeur respecte ou non ses engagements, tandis que la violation correspond à l'expérience affective et émotionnelle découlant de la croyance que l'organisation a échoué dans l'accomplissement de ses obligations. Dans le point suivant, nous abordons les conséquences d'une violation de contrat psychologique.

### 3.5.3 Les conséquences d'une violation du contrat psychologique

Les conséquences d'une violation de contrat psychologique ont été étudiées par Pugh, Skarlicki, & Passell (2003) auprès d'employés ayant été licenciés d'une entreprise et ayant retrouvé du travail dans une autre. Ces chercheurs démontrent que des expériences émotionnelles négatives dans une relation d'emploi précédente ont également un impact sur l'emploi suivant et influencent de façon négative la confiance et les attitudes au travail de l'employé. Par ailleurs, de la même façon qu'une rupture du contrat psychologique peut s'accompagner d'une envie de quitter la structure, Robinson & al. (1994) ont démontré que la violation de contrat psychologique est également associée à l'envie de quitter l'organisation. Turnley et Feldman (1999 a) ont découvert que cette envie de quitter l'organisation est d'autant plus importante que l'organisation n'a pas suffisamment justifié les raisons de la violation auprès de l'employé. De même, l'intensité de la violation de contrat sera d'autant plus forte que l'employé considérera qu'il a été traité injustement par l'organisation, et que cette dernière est à l'origine de la brèche (Morrison et Robinson, 1997). Dans le processus de violation du contrat psychologique, Takeuchi et ses collègues (2000, in Dulac, 2005) ont démontré que lorsque l'organisation intervient pour améliorer les perceptions de justice procédurale, une diminution significative des perceptions de violation est observée.

En fonction du type de contrat psychologique, l'intensité de la violation peut varier. Rousseau (1995) et Morrison et Robinson (1997) ont avancé que l'intensité de la violation est plus forte avec un contrat de type relationnel qu'avec un contrat de type transactionnel. En termes de confiance accordée à l'employeur, Robinson et Rousseau (1994) démontrent que la

violation de contrat psychologique se fait davantage ressentir chez les employés peu carriéristes que sur ceux qui sont carriéristes. Pour ces auteurs, cela s'explique par le fait que les individus peu carriéristes privilégient un contrat de type relationnel avec leur employeur, contrairement aux carriéristes qui ont plutôt un contrat de type transactionnel.

Comme nous l'avons précédemment abordé, la confiance a un rôle important dans la violation de contrat psychologique. Si un employé a confiance en son organisation et qu'il développe une brèche de contrat psychologique, il aura une certaine propension à lui trouver des circonstances atténuantes (Robinson, 1996).

Nous avons vu les effets positifs et négatifs de la réalisation et des ruptures du contrat psychologique. Ceci étant, un autre cas de figure est également possible, le dépassement des promesses. Puisqu'il est entendu qu'une violation du contrat psychologique entraîne des effets négatifs dans le comportement de l'employé, qu'en est-il dans le cas d'un dépassement des promesses de l'employeur à l'employé ?

### 3.5.4 Le dépassement des promesses

Pour avoir étudié les répercussions du dépassement des promesses de la part de l'employeur vers son employé, Conway et Guest (2005) avancent que, contrairement à une violation de contrat qui a un effet négatif sur l'employé, un dépassement des promesses de l'employeur n'a, lui, aucun effet sur les attitudes et les comportements au travail. De plus, Conway et Briner (2002) ont validé le fait que le dépassement des promesses est bien moins intense, sur un plan émotionnel pour l'employé, qu'une rupture du contrat psychologique. Quant à Lambert, Edwards et Cable (2003), ils ont démontré que le dépassement de promesses n'entraînait pas nécessairement davantage de satisfaction que leur simple réalisation. Un effet positif est constaté lorsque les promesses de l'employeur concernant la reconnaissance, les conditions de travail et la rémunération sont respectées. Tandis qu'en ce qui concerne l'accès à des formations diplômantes ou bien encore l'augmentation des responsabilités et de la charge de travail, la satisfaction de l'employé ne se trouve pas majorée.

Concernant le dépassement des obligations de l'employé envers son employeur, Van Dyne et Ellis (2007) constatent que celui-ci peut être générateur de stress et aboutir à un



épuisement psychologique et physique dans le sens où ce dépassement peut devenir systématique et la nouvelle norme de travail de l'employé.

Les différentes recherches de Conway et Briner (2002), Lambert, Edwards et Cable (2003) mettent en avant trois indicateurs de mesure de la réalisation du contrat psychologique. Ces indicateurs sont la rupture, le respect *stricto sensu* des promesses et le dépassement des promesses.

### 3.6 La redéfinition du contrat psychologique à l'heure actuelle

Le contrat psychologique tel que nous l'avons étudié jusqu'à présent était en phase avec son époque, notamment en ce qui concerne le marché du travail et de l'emploi. De nos jours, ces marchés n'ont plus grand-chose de comparable avec ce qu'ils étaient en 1960 au moment où Argyris a mis au jour le contrat psychologique. À l'époque où ce dernier réalisa ses travaux, la culture américaine post Seconde Guerre mondiale favorisait les relations d'emploi à long terme. Durant cette période l'employeur s'estimait, et était perçu, comme devant prendre soin de ses employés (Robinson & Rousseau, 1994). La philosophie dominante était que si un employé travaillait dur et était loyal à son entreprise, en retour, cette dernière lui procurerait un emploi, si ce n'est à vie, tout du moins avec une grande sécurité de l'emploi sur une période à long terme, ainsi que des gratifications en termes financier ou de promotion (Sims, 1994).

Nous évoluons aujourd'hui dans un monde du travail globalisé où les entreprises, quelles qu'elles soient, pour répondre à un besoin continu d'adaptation, et donc de survie, se doivent de faire preuve de flexibilité. À ce titre, elles sont souvent amenées à délocaliser, à se restructurer en profondeur, à mutualiser leurs moyens, à licencier de façon préventive dans le cadre de stratégies proactives au regard de la conjoncture actuelle ou future, ou bien encore à appliquer une politique de « downsizing » pour réduire leurs coûts (Sims, 1994). Les employés ont pris conscience qu'un travail dur et une loyauté à son entreprise n'étaient plus les garants d'une sécurité de l'emploi (Sims, 1994). Cette perte de sécurité de l'emploi est par ailleurs jugée par Sharpe (2003) comme l'un des fondements majeurs des relations d'emploi modernes. Les organisations sont donc aujourd'hui axées sur l'innovation et le changement (Hirschhorn & Gilmore, 1992). Ce nouveau paradigme n'est donc pas sans conséquences sur les employés. Rousseau et ses collègues (2014) ont étudié cette problématique en faisant

apparaître que tout d'abord la sécurité de l'emploi n'est plus aujourd'hui garantie de façon aussi pérenne qu'elle a pu l'être dans les décennies précédentes. Ceci a eu pour corollaire de lentement éroder les formes de contrat social telles celles relatives à l'accès à un emploi stable. Par ailleurs, les réorganisations et mutations concourent à réduire la confiance que les employés peuvent avoir envers leurs employeurs. Or, comme nous l'avons vu précédemment, la confiance est une caractéristique importante du contrat psychologique. Enfin, ces auteurs mettent en lumière le fait que les caractéristiques traditionnelles de l'emploi, que l'on pouvait trouver autrefois, tendent à s'amenuiser au profit de contrats protéiformes peu favorables à l'émergence de contrats psychologiques tels que nous les avons abordés jusqu'alors.

C'est donc devant ce constat que des chercheurs tels que Hirsch (1987, in Rousseau & al., 2014), Hiltrop (1995) ou Hall & Mirvis (1995) abordent la mutation du contrat psychologique de sa forme originelle à une forme contemporaine. Ils parlent d'ancien et de nouveau contrats psychologiques. Or, comme nous l'avons expliqué juste avant, et comme le détaille Noer (1993, in Lemire & Martel, 2007), le développement du contrat psychologique du salarié s'est effectué en fonction de l'évolution de son environnement professionnel au sens large. Au regard de cette mouvance continue du monde du travail, pour cet auteur, la relation d'emploi ne peut plus s'étendre sur du long terme mais porte aujourd'hui sur une durée beaucoup plus courte. En effet, dans l'objectif de s'adapter aux évolutions conjoncturelles, les organisations cherchent à employer des salariés flexibles avec des compétences diversifiées, à l'opposé des salariés non mobiles et aux compétences homogènes que permettait un environnement économique stable dans le temps. Cette relation d'emploi à plus court terme n'est par ailleurs plus compatible avec une reconnaissance de l'ancienneté de l'employé au sein de l'organisation. Pour cet auteur toujours, le changement opéré au niveau de la relation d'emploi induit également des changements au niveau des quatre autres éléments constitutifs du contrat psychologique ci-après :

- le système de récompenses liées à la performance,
- le style de management,
- la loyauté,
- la durée de l'emploi.

Le système de récompenses liées à la performance, jumelé à une durée d'emploi à long terme, pouvait se concevoir comme linéaire, en lien avec un « plan de carrière » qui permettait de se projeter financièrement dans les années à venir sans nécessairement, pour

l'employé, avoir à se fixer de nouveaux objectifs professionnels. Son travail et la qualité de ce dernier pouvaient être identiques d'une année à l'autre. Cette prévisibilité étant rare aujourd'hui, de par le recours à la contractualisation à court terme, le système de reconnaissance de la contribution de l'employé à l'organisation est corrélé positivement à la qualité de son travail. Il convient également de mettre en avant le fait que le travail, dans un but de réactivité et, à nouveau, de qualité, se conçoit désormais avec une participation forte de l'employé au sein de la structure, concourant à l'amélioration de la qualité de son travail. Ce changement de philosophie de travail induit également un changement de comportement des employés. D'employés suivant un plan de carrière nous sommes passés à des employés motivés par et pour leurs tâches au travail dans l'optique d'en améliorer la qualité. Cette recherche de qualité implique qu'aujourd'hui une plus grande autonomie des employés est recherchée, ce qui fait que cette autonomie doit être favorisée avec un style de management, encadrant ces employés, moins paternaliste que dans les décennies précédentes. Ce paternalisme avait pour principales caractéristiques de rendre le salarié dépendant des valeurs de l'organisation et en accord avec elles. La quête de qualité dans le travail réalisé amène désormais les employés à se responsabiliser et à emprunter des cheminements de carrière beaucoup moins traditionnels que par le passé. Cette responsabilisation peut les conduire à être en recherche de connaissances et de savoir-faire nouveaux quitte à changer de structure. C'est pour cela que la notion de loyauté à l'organisation diffère de celle des générations précédentes dans le sens où les salariés sont à la recherche d'une amélioration constante de leurs compétences d'une part, et où les organisations, quant à elles, sont en quête de plus de diversité quant aux compétences de leurs salariés d'autre part. Pour ces raisons, la loyauté au sein des organisations ne peut plus désormais se concevoir autrement que par la possibilité d'atteindre un niveau de compétence en adéquation avec le marché d'une part et les aspirations personnelles de chacun des employés d'autre part. Désormais, le salarié tient à être acteur de sa carrière, de son évolution et de son développement de compétences, sans attendre nécessairement que son organisation actuelle y pourvoie et, comme le disent Lemire & Martel (2007, p.115), « *le point de rencontre de l'employé et de son employeur n'est plus la relation comme telle, mais la tâche* ». De ce fait, pour ces auteurs, la nouvelle relation d'emploi, telle que synthétisée dans le tableau ci-après, serait donc plus explicite que l'ancienne.

**Tableau n° 9 : les éléments constitutifs du contrat psychologique (extrait de Noer, (1993, p.157-158), in Lemire & Martel (2007, p. 114))**

Éléments du contrat psychologique	Ancien contrat psychologique		Nouveau contrat psychologique	
	Stratégies	Résultats	Stratégies	Résultats
<b>Relation d'emploi</b>	Long terme. Avantages sociaux et services aux employés qui récompensent l'ancienneté. Processus de reconnaissance pour les employés qui renforce la relation à long terme.	Main-d'œuvre plutôt âgée. Main-d'œuvre homogène.	Situationnelle. Avantages sociaux flexibles et transférables. Absence de reconnaissance de l'ancienneté. Distinctions vagues entre les employés à temps plein, à temps partiels et temporaires.	Main-d'œuvre flexible.
<b>Système de récompenses liées à la performance</b>	Système linéaire de rémunération. Symboles reliés au statut (linéaires). Descriptions de fonctions étroites. Standards de performance fixes.	Main-d'œuvre plafonnée sur le plan de la carrière. Main-d'œuvre démotivée (qui se sent trahie).	Reconnaissance de la contribution. Enrichissement de l'emploi et participation. Philosophie axée sur la qualité. Équipes de travail autogérées. Systèmes de récompenses et de performance non hiérarchisés.	Main-d'œuvre motivée. Main-d'œuvre orientée vers la tâche.
<b>Style de management</b>	Paternaliste. Services de support aux employés excessifs. Systèmes de planification de carrière à long terme.	Main-d'œuvre dépendante.	Implication des employés. Autonomie des employés. Pas de programmes de soutien aux employés. Pas de planification de carrière à long terme détaillée. Relations exigeantes.	Main-d'œuvre habilitée.
<b>Loyauté</b>	Maintien du lien d'emploi. Chemineurs de carrière à l'intérieur de l'organisation. Roulement volontaire pénalisé (employé qui a quitté volontairement pourra revenir à certaines conditions). Promotion interne; recrutement externe non encouragé.	Main-d'œuvre médiocre. Main-d'œuvre homogène (qui ne représente pas de diversité).	Responsabilisation et travail de qualité. Chemineurs de carrière non traditionnels. Roulement volontaire favorisé (processus entrée/sortie en relation avec la révision du plan de carrière). Recrutement axé sur la diversité.	Main-d'œuvre responsable.
<b>Durée de l'emploi</b>	À vie. Harmonisation des valeurs. Développement de relations.	Main-d'œuvre codépendante.	Contractualisation. Emploi à court terme. Aucun contrat à vie. Aucun engagement de prise en charge à vie.	Engagement de la main-d'œuvre et de l'organisation fondé sur la qualité du travail.

Nous avons recensé précédemment les natures relationnelle et transactionnelle du contrat psychologique et, au regard des caractéristiques de la nouvelle relation d'emploi décrite dans ce chapitre, nous voyons se dessiner une nouvelle nature du contrat psychologique qui est celle de l'employabilité. De ce qui ressort de ces études sur le « nouveau » contrat psychologique, la sécurité de l'emploi qui représentait une composante importante de la relation d'emploi se voit aujourd'hui, au regard du contexte compétitif globalisé, profondément modifiée. Quelle que soit l'époque, l'objectif pour l'employé

demeure de se garantir un travail jusqu'à l'âge de la retraite, mais de manière différente. Désormais, l'assurance, somme toute relative, de se prémunir d'une inactivité professionnelle forcée passe par le développement pour l'employé de son employabilité, cette capacité à être employable, à tout moment, par un autre employeur qui serait à la recherche de compétences particulières qu'aurait pu développer un employé au cours de son exercice professionnel. Pour expliquer ce constat, il faut comprendre que l'ancien paysage professionnel, en lien avec ce que Noer (1993) nomme « l'ancien » contrat psychologique, était issu d'une philosophie de gestion bureaucratique. C'est-à-dire que, comme l'expliquent Rousseau et ses associés (2014, p.101), à compter des années 30, « *la représentation traditionnelle du travail en théorie des organisations est enracinée dans trois notions fondamentales : le contrôle administratif des employés exercé par l'organisation, le développement de relations à long terme entre l'organisation et l'employé et la proximité physique entre l'organisation et le travailleur* ». Désormais, « *la compétition mondiale et l'interdépendance croissante entre les organisations et les individus ont créé de nouveaux fondements : des changements rapides et des rythmes tendus, des interdépendances dans et entre les organisations ainsi qu'avec de multiples acteurs et décideurs* » (Rousseau & al., 2014, p.102). En tenant compte de ces bouleversements, la philosophie bureaucratique a cédé la place à une philosophie de gestion adhocratique qui privilégie l'adaptabilité à la prévisibilité conférée par l'ancien modèle. À ce titre, l'adhocratie, dont le principe de base est de créer des structures plus souples et flexibles également dotées d'une plus grande autonomie, de façon à s'adapter rapidement au marché, produit, selon Mintzberg (1989, p.348), « *des innovations sophistiquées* ». Cette philosophie, comme la décrivent Rousseau & al. (2014, p.103) a pour caractéristique principale de modifier les formes de carrière en mettant l'accent sur le développement continu des compétences car c'est en développant ses compétences qu'un employé fournira un avantage concurrentiel à son organisation actuelle ou future en faisant fi des changements environnementaux avec une plus grande souplesse.

Avec cette flexibilité des employés, l'adhocratie promet ainsi l'employabilité des employés qui devient dès lors, comme le décrivent Lemire & Martel (2007, p.117) « *une des solutions pour ne pas compromettre l'engagement des employés qui, traditionnellement, l'ont échangé contre une carrière garantie. En effet la valorisation de l'employabilité fait naître une nouvelle sécurité dorénavant centrée sur la valeur employable de l'individu plutôt que sur l'emploi lui-même.* ». C'est ainsi que ces auteurs préconisent de valoriser l'employabilité en adoptant une politique de gestion des ressources humaines centrée sur la formation

continue, tout au long de la vie, ainsi que sur le perfectionnement et la mobilité tant interne qu'externe des employés.

\*\*\*\*\*

Dans ce chapitre, nous avons dressé l'état actuel de la connaissance sur le contrat psychologique en tenant compte de ses derniers développements, notamment en ce qui concerne l'employabilité. Nous avons montré que ce contrat psychologique relève d'un processus dynamique, tant par le vécu de l'employé antérieur à son embauche que par ses expériences organisationnelles et l'évolution de l'environnement interne et externe à l'organisation. Dans le cadre de cette recherche, et en tenant compte de la littérature sur notre concept principal, il apparaît évident que la perspective d'étudier le développement du contrat psychologique auprès de professionnels évoluant dans le monde de la santé ne peut se faire sans tenir compte de sa nature idiosyncratique. Par ailleurs, nous tenons également à nous inscrire dans les voies de recherche sur le contrat psychologique telles que nous les avons abordées précédemment. Ce sont donc ces considérations méthodologiques que nous allons examiner dans la partie suivante avant de présenter les résultats de nos investigations de terrain.

### 3.7 Les voies de recherche sur le contrat psychologique

La littérature relative au contrat psychologique fait état de l'intérêt qu'il y aurait à étudier le « *type d'informations recherchées par la nouvelle recrue, de la source d'information à laquelle elle s'adresse (collègues, superviseur, responsable du recrutement) ainsi que sur le mode de recherche d'informations qu'elle utilise (le contrôle ou la demande) mais également la fréquence des comportements de recherche d'informations en fonction des différentes phases de construction du contrat psychologique* » (Delobbe & al., 2009, p88). Par ailleurs, Shore & Tetrick (1994) se sont intéressés à identifier des variables individuelles et organisationnelles interagissantes avec la création et le développement du contrat psychologique chez un employé. Or, comme le rappellent Delobbe et al. (2009, p.87), il s'avère que le contrat psychologique d'un employé se trouve influencé « *par différents individus (collègues, superviseur, responsable RH) et par de multiples entités (le groupe de travail, le département des ressources humaines), (et qu'il) est important de tenir compte des différents niveaux hiérarchiques et de la complexité sociale dans laquelle s'inscrit la relation d'emploi* ». Pour ces chercheurs, il est donc capital de mesurer « *les influences jouées par les autres agents organisationnels, le groupe (et) l'organisation* ».

Dans le cadre de ce travail doctoral, en tenant compte de ces voies de recherche sur le contrat psychologique, nous allons tenter d'appréhender l'impact des différentes influences citées précédemment dans le développement du contrat psychologique de soignants exerçant en milieu hospitalier selon une méthodologie que nous aborderons dans l'un des chapitres à suivre.

## Chapitre 4 : la méthodologie de la thèse



Après la mise en évidence de notre objet de notre recherche, présenté précédemment, ainsi que le cadre théorique retenu et les voies de recherche, nous sommes amené à adopter une méthodologie spécifique. À compter de ce chapitre, nous allons expliciter, jusqu'à la fin de première partie, les choix méthodologiques qui ont été retenus pour la réalisation de ce travail de recherche, en tenant compte des spécificités de la problématique abordée.

Notre recherche s'inscrit en effet dans une perspective qualitative que nous allons expliciter. Dans cette partie, nous montrerons comment nous avons à la fois investi des terrains jusqu'alors peu investis par la recherche sur le contrat psychologique (des infirmiers exerçant en structures sanitaires ou médico-sociales), tout en tentant de nous prémunir au maximum des biais. Comme nous l'avons abordé précédemment, le contrat psychologique est un phénomène complexe. Or, dans le but de générer de la théorie tel que nous l'envisageons, l'étude de cas est un outil de choix pour explorer des phénomènes complexes afin d'en capturer la richesse et d'y identifier des modèles (Eisenhardt, 1989 ; Yin, 1994). Plus précisément, afin de répondre à notre question de savoir s'il est possible de mettre au jour la dynamique du contrat psychologique (Coyle-Shapiro & Parzefall, 2005), nous avons réalisé une étude de cas longitudinale (Yin, 1994) combinant trois modes de recueil de données que sont les entretiens individuels, l'observation *in situ* et l'analyse documentaire, auprès d'une cohorte de 40 jeunes professionnels du soin. Concernant cette analyse documentaire, nous nous concentrerons sur les documents remis aux jeunes professionnels lors de leurs entretiens de recrutement ou bien lors des premiers jours d'exercice, ainsi que sur des carnets de bords que nous leur avons demandé de renseigner pendant leur première semaine de travail afin qu'ils y consignent leurs premiers ressentis. En tenant compte de l'absence soulignée dans la littérature de la perspective de l'employeur dans la formation et le développement du contrat psychologique (Delobbe et al., 2009) et de ce que la connaissance du contrat psychologique pourrait y gagner, nous nous entretiendrons également avec chacun des 19 recruteurs des individus de notre cohorte afin d'étudier la mutualité des échanges.

Comme nous le verrons plus en détail dans cette partie, l'étude de cas longitudinale nous permet de saisir le réel au vol et d'étudier un processus à long terme, dans son contexte naturel, conduisant ainsi à considérer de multiples niveaux d'analyse interconnectés (Barley, 1990 ; Pettigrew et al., 2001). En ce sens, nous aurons recours à une démarche abductive consistant à mettre en perspective des faits constatés avec une ou plusieurs théories. Par ailleurs, l'une des originalités de notre recherche est d'avoir recours à des logiciels d'analyse

textuelle afin de « capter » l'essentiel de ce qui a été dit par les individus interviewés. Ces logiciels nous donneront à voir des « mondes lexicaux » (Reinert, 1990) qui se dégagent des corpus étudiés.

Nous verrons donc ainsi, dans un premier temps, l'intérêt d'avoir recours à une étude de cas multiples avec une approche enchâssée (Yin, 1994) pour donner sens et appréhender de façon pertinente notre objet de recherche. Nous en profiterons d'ailleurs pour tout d'abord présenter la cohorte de 40 jeunes diplômés, ainsi que leurs recruteurs, que nous avons suivie pendant une année et qui se répartit sur l'ensemble du territoire national. De plus, nous préciserons les modalités des entretiens que nous avons réalisés auprès d'eux. Nous en profiterons également pour expliciter le recueil des données de l'analyse documentaire, de l'observation *in situ*, des entretiens et ainsi que la façon dont nous allons trianguler ces données. Nous décrirons à suivre les intérêts que nous avons eus à utiliser les logiciels d'analyse textuelle que sont ALCESTE et IRaMuTeQ. Nous préciserons leur mode d'emploi avant de conclure cette première partie de thèse sur les validités interne et externe de notre recherche.

## 4.1 Le choix d'une méthodologie qualitative

L'objet de ce chapitre est de justifier la méthodologie de recherche que nous avons utilisée au regard de nos interrogations et de ce que nous souhaitons investiguer. Nous posons donc ainsi les bases de notre réflexion épistémologique.

Tout d'abord, précisons que notre recherche s'inscrit dans le domaine des sciences de gestion et, dans ce domaine, pendant longtemps, le recours à une méthodologie quantitative était prédominant (Angers, 1996, p.60). C'est également le cas dans l'histoire de la conceptualisation du contrat psychologique (Robinson & Rousseau 1994 ; Robinson et Morrison, 1995). Afin d'appréhender ce processus complexe et d'en observer la dynamique, nous suivons les préconisations méthodologiques des voies de recherche sur le contrat psychologique (Coyle-Shapiro & Parzefall, 2005 ; Delobbe et *al.*, 2009) qui orientent les futures recherches vers des méthodologies qualitatives. Au regard des spécificités de notre concept central, nous souhaitons être en capacité de nous saisir de « l'essence » des propos recueillis auprès d'une cohorte de professionnels de santé de façon à tenter de faire émerger une compréhension qui pourrait être généralisable. En effet, la littérature relative à notre objet

d'étude met en évidence que les limites de l'étude du contrat psychologique se situent à différents niveaux. Tout d'abord, comme le décrivent Delobbe et ses collègues (2009), les questionnaires élaborés pour étudier le contrat psychologique entraînent nécessairement des réductions et des simplifications de la réalité organisationnelle des individus interrogés. En effet, les méthodes quantitatives principalement utilisées jusqu'à aujourd'hui pour l'étudier, du fait de coupes transversales, ne sont pas les plus à même de permettre une exploration en profondeur de la nature idiosyncratique du contrat ainsi que de la dynamique de l'échange social et, avec ce type d'objectifs, le recours à une méthodologie qualitative est nécessaire (Dulac, 2005).

Une méthodologie quantitative vise en premier lieu à mesurer un phénomène observé, étudié, en s'intéressant au « *quoi* » et au « *combien* » (Miles & Huberman, 2003, p.27). La méthodologie qualitative est complémentaire de la quantitative car, comme le développe Angers (1996, p.61), en évoquant la mesure de la satisfaction au travail avec une méthodologie quantitative et des échelles de mesure sophistiquées, « *il n'en reste pas moins que les termes utilisés sont d'ordre qualitatif, renvoyant à des réalités humaines que n'épuisent aucunement les mesures constituées* ». Dans une recherche quantitative, le chercheur explore un terrain de recherche dans le but de valider des hypothèses préalables. En complément de la méthodologie quantitative, l'usage d'une méthodologie qualitative vise à comprendre un phénomène étudié. L'objectif est alors de donner sens au matériau recueilli en concentrant les efforts du chercheur sur la compréhension du vécu d'un individu. Dans ce cas, l'intérêt du chercheur est de répondre à un « *comment* » et à un « *pourquoi* » (Miles & Huberman, 2003, p.27) à partir d'observations contextualisées. Dans le cadre de l'étude de la dynamique du contrat psychologique, nous tenons à adopter cette démarche complémentaire à même de nous permettre de comprendre le phénomène étudié dans son contexte.

Bien qu'à la genèse du contrat psychologique Argyris (1960) et Levinson & al. (1962) aient eu recours à une approche qualitative d'analyse de données, les recherches actuelles tentent majoritairement d'appréhender le contrat psychologique au moyen d'une approche méthodologique quantitative sur la base d'échelles qui, selon Delobbe et al. (2009) et Dulac (2005), ne sont pas les plus à même de rendre compte de la complexité des échanges du contrat psychologique. En effet, comme l'écrivent Rousseau et ses collègues (2014, p.6), « *les entretiens individuels sont importants pour capturer les dynamiques du raisonnement contractuel* ». Cette notion de dynamique recherchée dans les entretiens nous apparaît

importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, pour recueillir les propres mots et expressions des interviewés et ensuite pour pouvoir repérer les différences de discours de ces mêmes individus, au fil du temps, au fil de leur socialisation et intégration dans un établissement donné. La notion de dynamique s'inscrira ainsi dans un cadre temporel délimité.

Afin de mieux se représenter la complémentarité des deux méthodologies évoquées précédemment, voyons comment Hlady Rispal (2002, p. 27), dans le tableau ci-dessous, synthétise les travaux de Easterby-Smith et al. (1991) et Borum (1993) en opposant les deux paradigmes de recherche (quantitatif versus qualitatif) sous la forme de couples d'antonymes.

**Tableau n° 10 : distinction entre les approches qualitatives et quantitatives (Hlady Rispal, 2002, p.27)**

<b>Approche quantitative</b>	<b>Approche qualitative</b>
L'explication	Le <i>Verstehen</i> (la compréhension)
L'examen de la théorie	La génération de la théorie
L'universalité	L'idiosyncrasie
La cause	L'interprétation
L'objectivité	La subjectivité
La réduction	L'analyse interprétative

Dans le cadre de ce travail, que cherchons-nous ? Tout d'abord à comprendre finement le développement et la dynamique du contrat psychologique afin d'être en capacité de créer de nouvelles connaissances telle que la modélisation du processus d'évolution de ce contrat. Ensuite, comme nous l'avons abordé précédemment dans la présentation du contrat psychologique, ce dernier se présente comme un mécanisme éminemment idiosyncratique et par voie de conséquence, également éminemment subjectif, que nous ne pourrons pas « saisir » directement mais en l'appréhendant au travers du discours des sujets interrogés. Dans ce cas-là, la recherche qualitative permet de se concentrer « sur la description de l'individualité d'un certain phénomène, en cherchant à comprendre l'objet étudié dans son contexte » (Hlady-Rispal, 2002, p.28). Hlady-Rispal évoque « l'interprétation » de l'approche qualitative en cela que, dans le cas d'une recherche longitudinale, elle permet parfois de comprendre un phénomène en s'intéressant à toutes les intrications dont il est le fruit. Cette perspective se révèle intéressante vis-à-vis du contrat psychologique qui trouve ses origines dans la théorie de l'échange social. Et, au final, Hlady-Rispal met en avant l'analyse

interprétative conférée à l'approche qualitative. Cette analyse ne peut se faire qu'en se rapprochant de la théorie pour laquelle nous chercherons à établir de nouveaux savoirs.

À la lumière de ces éléments, il nous apparaît clairement que la méthodologie à même de nous permettre de répondre à nos interrogations de façon pertinente est qualitative. Une approche qualitative a l'avantage de reconnaître la subjectivité comme étant au cœur de la vie sociale et concevant son objet en termes d'action-signification des acteurs (Deslauriers, 1991 ; Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1995 ; Savoie-Zajc, 2000). Avec une approche qualitative, nous pensons être en mesure de décrire « la réalité » des individus ainsi que la compréhension de notre objet d'étude (Miles et Huberman, 2003).

La méthodologie qualitative propose différentes démarches pour parvenir à définir un phénomène donné. Dans le point qui suit, nous allons justifier celle qui est la plus adaptée à notre recherche.

#### 4.1.1 La démarche de recherche

Une fois le choix de la méthodologie quantitative ou qualitative effectué, il nous reste à justifier les choix relatifs à une collecte de données adaptée au regard des spécificités du contrat psychologique.

Induction et déduction sont généralement les deux modes de raisonnement les plus utilisés en sciences de gestion. Adopter une démarche inductive dans un travail de recherche revient à observer « la réalité » des individus et, sur la base de ces observations, à élaborer de nouvelles hypothèses, de nouveaux concepts, de nouvelles théories. L'induction est le *« raisonnement par lequel on passe du particulier au général, des faits aux lois, des effets à la cause et des conséquences aux principes. Il n'y a pas induction au sens propre du terme, que si sans rien démontrer, en vérifiant une relation sur un certain nombre d'exemples concrets, le chercheur pose que la relation est vraie pour toutes les observations à venir. »* (Charreire-Petit et Durieux, 2007, p.60). À l'inverse, une démarche hypothético-déductive définira des relations entre des phénomènes observés comme étant des constructions de l'esprit vérifiables dans la réalité. C'est ainsi que cette démarche s'attachera à vérifier une théorie de façon empirique de façon à répondre à des hypothèses préalablement constituées (Allison, 1971 ; Mintzberg, 1976). Le raisonnement déductif consiste donc, à partir d'une loi générale, à

formuler des hypothèses qui feront l'objet de tentatives de validation afin de renforcer le pouvoir explicatif de la théorie initiale (Pras et Tarondeau, 1979). En d'autres termes, avec un raisonnement déductif, le cheminement scientifique doit partir du « général » pour aller vers le « particulier » (Gavard-Perret et al., 2012).

Une autre démarche est possible, celle de l'abduction. Cette démarche a été introduite par le philosophe et logicien américain Charles S. Peirce en 1903. L'abduction consiste en des allers et retours entre les données émanant du terrain de recherche et la théorie existante permettant de faire émerger des hypothèses à même de construire progressivement de nouveaux concepts, de nouvelles connaissances (Tiercelin, 1993). Une illustration intéressante de cette démarche pourrait être celle de Detchessahar et Journé (2007) qui ont développé une conceptualisation théorique d'un problème en termes d'approche narrative des organisations après avoir adopté une démarche abductive dans une grande entreprise du secteur pharmaceutique. Cette démarche abductive, située entre les démarches inductive et déductive, retient notre intérêt dans le sens où elle nous permettra de faire des liens entre ce que nous découvrirons « sur le terrain » et la théorie relative au contrat psychologique avec l'objectif de créer de nouvelles connaissances, sachant que ce sont les connaissances que la littérature sur le sujet nous a apportées qui nous ont permis d'élaborer nos outils d'investigation. C'est ainsi que « *l'enquête sur le terrain alimente le travail théorique et réciproquement* » (Wacheux, 1996, p.95).

Dans le cadre de notre recherche, nous optons pour le choix d'une démarche abductive, à même de nous permettre de créer de nouvelles connaissances (David, 2000). L'abduction se situe entre l'induction et la déduction. Cette démarche est itérative entre la théorie et la pratique et, comme le précisait Gorlée (1992), l'abduction est un processus créatif qui génère de nouvelles idées, tandis que la déduction est une connaissance dérivée d'une connaissance antérieure déjà validée et que l'induction se limite à vérifier les connaissances existantes.

Au final, en gardant à l'esprit que les objectifs de notre recherche sont d'avoir une visée compréhensive de la complexité du contrat psychologique chez un individu, que par ailleurs, en lien avec cette compréhension, nous souhaitons modéliser la dynamique du contrat psychologique et qu'en même temps, nous souhaitons découvrir d'éventuelles causalités récursives, notre choix de stratégie de recherche se porte sur l'étude de cas.

Explorons plus avant les avantages et les exigences de cette stratégie de recherche.

#### 4.1.2 L'étude de cas

Afin d'étudier et d'appréhender la complexité du contrat psychologique, la méthodologie que nous avons retenue est celle de l'étude de cas, telle que la définissait Yin (1994, p.13), en ce sens qu'elle « *enquête sur un phénomène contemporain dans son contexte réel, particulièrement quand les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes* », tout en intégrant un ensemble de collectes de données (Yin, 2003, p.8). Le recours à l'étude de cas se justifie donc par la complexité du cas que nous étudions (Yin, 1993, p.2 ; Wacheux, 1996, p.89). Ces données pourront être aussi bien qualitatives que quantitatives. De plus, au regard de la complexité et de l'évolution constante du contexte hospitalier national, comme le démontrent les travaux de Packwood et al. (1991) et Minvielle et Contandriopoulos (2004), l'étude de cas nous offre la possibilité d'étudier les processus à l'œuvre dans le cadre de changements organisationnels hospitaliers. Et, comme le soulignent Delobbe et ses collègues (2009, p.153), « *Les études de cas offrent l'avantage d'étudier en détail les relations d'emploi au sein d'une entité. Il est possible alors de clarifier la politique d'emploi de l'organisation, d'identifier la politique de gestion des ressources humaines et de préciser qui sont les interlocuteurs privilégiés des salariés.* » d'une part et elles permettent également « *d'apporter des connaissances scientifiques fondamentales pour comprendre la dynamique du contrat psychologique, la réciprocité des contributions offertes ou manquantes, et les logiques de raisonnement des individus* » d'autre part.

Dans le cadre de cette étude de cas, nous avons eu recours aux trois principaux modes de recueil de données qualitatives que sont les entretiens, l'observation et l'analyse documentaire (Albarello, 2011). Tout d'abord, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de jeunes professionnels infirmiers ayant intégré notre cohorte à des temps que la littérature considère comme importants, à savoir avant la prise de poste, puis un mois, trois mois, six mois et douze mois après (Feldman, 1977 ; Katz, 1978 ; Morrison, 1993b ; De Vos et al., 2003). Ensuite, nous avons également collecté des documents inhérents à leurs établissements ainsi qu'à leurs ressentis sur la première semaine d'exercice professionnel. En effet, nous leur avons demandé de renseigner quotidiennement leurs impressions, sur un journal de bord, à l'issue de chacune des journées de travail de leur première semaine

d'exercice professionnel. Et enfin, nous avons réalisé une observation non participante de deux des individus de cette cohorte dans leur activité professionnelle sur une journée de travail pour chacun d'eux.

Cette méthodologie nous permettra de trianguler les différentes informations recueillies de façon à réduire autant que possible les biais de perception et d'analyse. De plus, en ayant recours à une méthodologie qualitative, nous serons en capacité de pouvoir appréhender les représentations de chacun des individus suivis et nous serons à même de mettre en lumière le vécu intérieur de la relation liant l'individu à son employeur ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs avec lesquels il évolue dans son contexte professionnel.

Comme l'explique Yin (1994, p.1), « *En général, les études de cas sont les stratégies privilégiées quand les questions du 'comment' ou du 'pourquoi' sont posées, quand l'enquêteur n'a que peu de contrôle sur les événements, et lorsque l'attention se porte sur un phénomène contemporain dans un contexte réel* ». Pour cet auteur, il existe quatre types d'études de cas tels que représentés dans le tableau ci-après.

**Tableau n° 11** : les différents types d'étude de cas (adapté de Yin, 1994, p.39)

	Cas unique	Cas multiples
Approche globale (une seule unité d'analyse)	Type 1	Type 3
Approche enchâssée (unités d'analyse multiples)	Type 2	Type 4

Pour Yin (1994), lorsque le chercheur a la possibilité et les ressources pour le faire, les études de cas multiples (types 3 et 4) sont à privilégier aux études de cas unique dans une logique de réplique. Pour cet auteur, les études de cas multiples renforcent la validité externe de la recherche par rapport à une étude de cas unique.



Au sein de cette étude de cas, notre unité d'analyse est l'individu. C'est sur lui que se concentre notre attention et c'est également de lui que nous entendons « capter » le schéma mental qu'il élabore vis-à-vis de sa relation d'emploi. Par ailleurs, comme nous l'avons signalé précédemment, nous nous intéresserons à l'évolution des représentations de chaque individu dans son contexte de travail quotidien, au sein de la structure sanitaire qui l'emploie. De ce fait, nous réalisons également une étude de cas s'inscrivant sur plusieurs sites. À noter d'ailleurs que sur un site peuvent se retrouver plusieurs individus. À la lecture du tableau précédent, nous constatons que Yin recense quatre types d'études de cas et que celui qui correspond à notre recherche est le type 4, à savoir l'étude de cas multiple enchâssée. Ce choix que nous faisons se trouve conforté par Wacheux (1996, p.95) pour qui, « *Lorsque les acquis théoriques sont nombreux, l'observation de multiples situations permet de s'intéresser aux régularités et aux différences pour discuter la validité* ». En effet, la littérature relative au contrat psychologique est abondante, et aborder cette théorie au travers d'une étude de cas multi-sites nous donnera certainement à voir en termes de similitudes et d'écarts dans la dynamique individuelle de la construction idiosyncratique de ce contrat pour de jeunes professionnels du soin dans les différentes structures hospitalières françaises.

#### 4.1.3 Le suivi longitudinal d'une cohorte

Au travers de la revue de littérature relative au contrat psychologique, nous avons pu, à maintes reprises, nous rendre compte de sa nature dynamique. Nous sommes conscient que, dans notre recherche, une coupe transversale ne nous permettra pas de mesurer cette nature dynamique. Cela fait d'ailleurs partie des limites exprimées concernant les voies de recherche sur le contrat psychologique pour appréhender en détail les relations d'emploi au sein d'une entité. En ce sens ces voies de recherche font état de l'importance que revêtirait la constitution et le suivi d'une cohorte sur cette période. Ces éléments de suivi « *apporteraient des connaissances scientifiques fondamentales pour comprendre la dynamique du contrat psychologique, la réciprocité à des contributions offertes ou manquantes, et les logiques de raisonnement des individus* » (Delobbe et al., 2009, p. 153). Afin de parvenir à notre objectif qui est de modéliser la dynamique du contrat psychologique chez de jeunes professionnels du soin, nous allons suivre ces préconisations méthodologiques en réalisant une recherche longitudinale qui nous donnera à voir l'évolution du contrat psychologique de jeunes infirmiers au fil de l'intégration dans l'organisation, au fil des entretiens.

Dans le cadre de ce suivi longitudinal d'une année, nous précisons que nous adopterons un rôle « *outsider* » (extérieur) tel que défini par Scapens (2004, p.263), dans le sens où nous n'aurons aucun contact ni aucune influence sur le terrain.

Dans le point suivant, nous présentons les caractéristiques de la cohorte suivie durant une année.

#### 4.1.3.1 La cohorte étudiée

Exerçant en tant que cadre de santé en Sarthe, et ayant fait partie de jury d'admission en IFSI dans ces établissements sarthois, l'accès à des promotions d'étudiants nous était facilité. La Sarthe dispose de quatre instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Nous avons obtenu l'accord de trois directeurs de ces IFSI sarthois pour rencontrer leurs étudiants afin de pouvoir intégrer les volontaires dans notre cohorte. Pour des raisons pratiques, dues à la distance géographique éloignée du quatrième IFSI, et en raison également du laps de temps restreint qui nous était imparti pour rencontrer les étudiants avant qu'ils ne commencent leur activité professionnelle, nous avons fait le choix d'exclure le quatrième établissement de notre étude.

Nous avons constitué une cohorte d'étudiants infirmiers ayant terminé leur cursus de formation de trois ans. Ces trois années de formation ont permis à ces futurs soignants de développer un contrat psychologique anticipatoire avec leur futur employeur. Ils avaient débuté cette formation professionnalisante en septembre 2010 pour se retrouver, lors de notre première rencontre, en juillet 2013, à trois jours de l'obtention des résultats de diplôme. Cette première rencontre était pour nous l'occasion de présenter à l'ensemble des étudiants notre travail de recherche en axant notre argumentation, de façon très large, sur l'intérêt que nous portions à l'exercice infirmier dans sa globalité, lors de la première année d'exercice professionnel. La recherche a donc été présentée comme portant sur ce sujet très vague que constitue « la première année d'exercice infirmier ». À l'issue de cette présentation, nous leur avons demandé lesquels parmi eux seraient volontaires pour intégrer notre cohorte. 40 étudiants ont répondu favorablement selon la répartition décrite dans le tableau qui suit.

**Tableau n° 12 : répartition des individus de la cohorte en fonction de leur IFSI formateur**

IFSI	Nombre d'individus au sein de la promotion	Genre	
IFSI A	24	20 femmes	4 hommes
IFSI B	12	9 femmes	3 hommes
IFSI C	4	3 femmes	1 homme
Total	40	32 femmes	8 hommes

Il est à noter qu'à l'issue de nos investigations, nous avons conservé notre cohorte dans son intégralité. Donc, ce sont bien 40 individus que nous avons suivis durant leur première année d'intégration dans l'univers du soin du début jusqu'à la fin de cette recherche. Ces jeunes professionnels ont fait preuve d'un sérieux et d'un engagement à toute épreuve pour honorer les rendez-vous que nous avons préalablement fixés. Lorsqu'ils avaient à souffrir d'impondérables, ils nous prévenaient en amont de notre rendez-vous et nous proposaient d'autres dates ou horaires en tenant compte de leurs disponibilités et des nôtres. Ce qui est également à relever concerne le ratio hommes/femmes de notre cohorte. Selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, la population nationale d'infirmières en exercice est constituée de 87 % de femmes contre 13 % d'hommes (DREES, juin 2014). Cependant, notre échantillon, avec un ratio de 80/20 est représentatif de la nouvelle génération d'infirmiers puisque, en 2014, le recensement réalisé par la DREES (janvier 2016) faisait état de 83 % de femmes et de 17 % d'hommes suivant cette formation de trois ans au travers des trois promotions présentes en IFSI.

#### 4.1.3.2 Qui sont ces nouveaux professionnels ?

À force d'être désormais si souvent utilisée, l'expression « génération Y » a fait son apparition dans l'édition 2013 du *Petit Robert*. Ce terme s'applique aux individus nés entre 1977 et 1995, ce qui, dans le cadre de notre recherche, est le cas de 37 individus sur 40. Cette génération succède donc à celle des baby-boomers nés entre 1945 et 1964 et à celle de la génération X née entre 1965 et 1977 (Pauget, 2012). La définition d'une génération repose sur un contexte sociologique, « *des habitudes, des idoles ou encore des actes fondateurs (par exemple mai 68) distincts de ses prédécesseurs* » (Pauget et Dammak, 2012, p.26). Cette

nouvelle génération posséderait une culture du travail ainsi que des attentes envers leur univers professionnel supposées différentes de la génération précédente. Or, les organisations doivent faire face au départ en retraite des salariés les plus âgés et elles se trouvent confrontées à davantage de difficultés pour recruter et conserver les individus de cette classe d'âge (Del Campo & al., 2011). En effet, ces jeunes professionnels se retrouvent désormais en nombre dans les entreprises et cela leur donne la capacité de bouleverser et de redéfinir les « règles du jeu » au sein de ces dernières (Smola & Sutton, 2002 ; Twenge & al., 2010). Cette nouvelle génération est née avec l'émergence et désormais l'omniprésence d'Internet, ce qui ne serait pas sans conséquences sur leur relation au travail. En effet, dans leurs recherches, Twenge et ses collègues (2010) démontrent, de façon générale, que les individus de la génération Y sont constamment en relation avec leurs amis et leur famille à l'extérieur du travail ce qui fait qu'ils considèrent moins le travail comme le lieu possible pour rechercher et développer des relations amicales, contrairement aux générations précédentes. Ceci étant, cela ne signifie nullement qu'ils sont moins enclins à la collaboration que leurs prédécesseurs, mais ils développeraient davantage de traits narcissiques tels que la satisfaction de leurs objectifs individuels professionnels et personnels plutôt que de se centrer sur le groupe de travail. De plus, concernant ces objectifs professionnels et personnels, les individus de la génération Y privilégieraient les loisirs et la qualité de leur vie privée en même temps qu'ils délaisseraient progressivement le besoin de reconnaissance sociale au travail, ce qui fait que certaines organisations prennent des mesures pour permettre à cette nouvelle génération de reconfigurer leur temps libre sans diminuer le nombre d'heures travaillées (Lee & al., 2007). Cela peut notamment se faire en regroupant les heures. À titre d'illustration, dans certains hôpitaux, le personnel soignant peut être amené à travailler en 12 heures, ce qui ne change rien à la quotité de temps de travail, mais permet de ne travailler que trois jours par semaine au lieu de cinq. D'autres organisations ont fait le choix de faciliter le temps libre et la vie familiale de leurs employés en adoptant des horaires plus flexibles ou bien encore en offrant à leurs salariés des prestations facilitant leur vie privée telles que des services d'entretien du linge, la mise à disposition d'un médecin, ou bien encore un service de garde d'animaux domestiques (Nohria & al., 2008). En France, certains hôpitaux parisiens, confrontés à un fort absentéisme, ont fait le choix, avec succès, il y a quelques années, de mettre à disposition des personnels soignants des crèches afin qu'ils puissent venir travailler, de façon programmée ou dans le cadre d'un remplacement pour cause d'absentéisme, sans rencontrer de difficultés pour faire garder leurs enfants. Comme nous pouvons le constater au travers de ces exemples,

les organisations tentent de s'adapter en fonction des caractéristiques supposées des individus issus de cette nouvelle génération avec parfois quelque réussite.

De façon globale, en se fondant sur les résultats de leurs recherches effectuées en Amérique du Nord, Twenge et ses collègues (2010) établissent des conclusions sur le fait que les individus de la génération Y seraient sensibles au sens donné à leur travail, à leurs possibilités de carrière et au fait de pouvoir faire la différence dans un contexte donné, ce que Lancaster et Stillman (2003) avaient préalablement mis en évidence dans leurs travaux, notamment sur le fait que cette génération aime les challenges professionnels dans le but de s'accomplir.

Pichault et Pleyers (2012) se sont intéressés à recenser les tendances exprimées par les littératures normative et professionnelle au sujet du comportement supposé des individus de cette génération Y au travail. Les résultats de leur recensement se retrouvent dans le tableau n°13, accompagnés des préconisations managériales également présentes dans la littérature.

**Tableau n° 13** : les spécificités supposées de la génération Y (Pichault et al., 2012, p.41)

CATÉGORIES	CARACTÉRISTIQUES	RÉPONSES MANAGÉRIALES
Recherche de sens au travail	Sens moral et civique, besoin d'un travail avec signification	Expliciter la signification et l'importance des tâches à accomplir, ainsi que de la position occupée
Besoin d'accomplissement	Intérêt pour le travail et les défis proposés, attentes en matière d'éducation continue, attitude positive à l'égard du travail	Offrir des opportunités d'avancement et de gains liés à la réalisation d'objectifs ambitieux, à l'aide de critères précis
Recherche de <i>feedback</i>	Besoin de gratification rapide en termes monétaires ou de promotion une fois les objectifs atteints, recherche de <i>feedback</i> par rapport à l'engagement professionnel	Récompenser et mettre régulièrement en évidence les meilleurs éléments ; stimuler, par le biais de discussions collectives, la recherche de pistes d'amélioration
Intégration vie privée / vie professionnelle	Indifférenciation temps de travail / temps de loisir, forte importance accordée aux loisirs, au divertissement, aux amis, à la famille, recherche du plaisir et de l'épanouissement au travail, capacité d'être multitâches	Accroître la flexibilité des horaires et veiller à entretenir le plaisir au travail tout en rappelant régulièrement la « norme »
Opportunisme	Poursuite d'un agenda personnel, opportunisme, agissements de <i>free lancers</i> , individualisme, estime de soi, besoin de s'affirmer	Émettre régulièrement des commentaires, des critiques constructives et développer la capacité des employés à les recevoir
Esprit de groupe	Intérêt pour le travail en équipe et les collaborations	Favoriser le <i>team-building</i> et encourager les modes de travail collaboratifs
Faible loyalisme institutionnel	Peu de sentiment d'appartenance à l'entreprise, méfiance envers l'autorité et les institutions	Abandonner le mythe de l'intégration et de la fidélité organisationnelle, ainsi qu'une gestion des carrières exclusivement fondée sur la progression interne
Difficulté à se projeter dans le long terme	Incertitude sur l'avenir, difficulté à se projeter dans le futur, difficultés à s'engager et à faire des choix, primat de l'instantané	Multiplier les possibilités de s'impliquer dans des projets

Au final, en complément des résultats démontrés par Twenge et ses collègues (2010) et Lancaster et Stillman (2003), Pichault et Pleyers (2012) mettent en avant le fait que la littérature relative au sujet fait apparaître qu'en plus d'être sensibles au sens donné à leur travail, ces individus de la génération Y seraient également sensibles à des retours positifs de l'organisation sur la qualité de leur travail, ils porteraient également un vif intérêt à travailler en collaboration au sein de l'entreprise. D'ailleurs, au sujet de cette dernière, il semblerait qu'ils ne fassent pas preuve d'une loyauté à toute épreuve, comme cela a pu être le cas avec les générations précédentes, mais qu'ils se concentrent davantage sur un certain opportunisme leur permettant de gérer leur carrière comme bon leur semble, ceci étant peut-être dû à une certaine difficulté à se projeter dans le monde du travail sur du long terme et donc les conduisant vraisemblablement à faire des choix sur l'instant en fonction des opportunités. Le dernier point recensé par Pichault et Pleyers (2012) concerne les caractéristiques supposées des individus de cette nouvelle génération en ce qui concerne le ratio entre vie personnelle et vie professionnelle. Pour ces auteurs, la littérature converge sur le fait que ces jeunes accordent une importance toute particulière et croissante aux temps de loisirs et aux relations amicales et familiales tout en souhaitant exercer une activité professionnelle leur permettant un épanouissement au travail.

Au-delà de la synthèse de ces résultats, Pichault et Pleyers (2012) se sont intéressés aux méthodologies utilisées par les chercheurs pour les obtenir. Et, en l'occurrence, à l'instar d'autres auteurs (Reddick & Cogburn, 2008, in Pichault et Pleyers, 2012 ; Kim & al., 2009), ils recommandent la plus grande prudence concernant ces résultats du fait que les méthodologies utilisées manquent de rigueur. Ils ont donc réalisé une recherche comparative entre les trois générations de travailleurs évoquées précédemment (Baby-boomers, X et Y), en tenant compte des limites repérées et répertoriées dans les différentes études traitant du sujet de la génération Y, afin de voir si les résultats préalablement mis en avant sont corroborés par leurs investigations. La synthèse de leur travail se retrouve dans le tableau n° 14.

**Tableau n° 14 : le type idéal de la génération Y confronté aux résultats de l'enquête**

(issu de Pichault et Pleyers, 2010, p.29)

Catégories	Caractéristiques	Items de l'enquête	Différences significatives entre générations
<b>Recherche de sens au travail</b>	Sens moral et civique, besoin d'un travail avec signification	Sentiment d'être utile aux autres	Non
<b>Besoin d'accomplissement</b>	Intérêt pour le travail et les défis proposés, attentes en matière d'éducation continue, attitude positive à l'égard du travail	Réalisation d'un projet personnel clair	Non
		Développement des compétences	Oui
		Possibilité de se développer	Non
		Importance des programmes de formation continue pour attirer/retenir	Non
<b>Recherche de feedback</b>	Besoin de gratification rapide en termes monétaires ou de promotion, une fois les objectifs atteints, recherche de feedback par rapport à l'engagement professionnel	Besoin de reconnaissance	Non
		Souci de bénéficier d'une rémunération nette suffisante	Non
<b>Intégration vie privée / vie professionnelle</b>	Indifférenciation temps de travail / temps de loisir, forte importance accordée au loisir, au divertissement, aux amis, à la famille, recherche du plaisir et de l'épanouissement au travail, capacité d'être multitâche	Équilibre vie privé/vie professionnelle	Non
		Possibilité d'aménager son temps de travail	Non
		Crainte de ne pas trouver un emploi qui plait	Oui
<b>Opportunisme</b>	Poursuite d'un agenda personnel, opportunisme, agissements de franc-tireur, individualisme, estime de soi,	Comportement individualiste comme source de démotivation	Non
		Construire soi-même son futur et ne compter que sur soi	Non



	besoin de s'affirmer	Non-respect de règles de déontologie ou de valeurs	Oui
<b>Esprit de groupe</b>	Intérêt pour le travail en équipe et les collaborations	Plus forts ensemble	Non
		Solidarité et esprit d'équipe	Non
<b>Faible loyalisme institutionnel</b>	Peu de sentiment d'appartenance à l'entreprise, méfiance envers l'autorité et les institutions	Besoin de changer régulièrement d'environnement	Oui
		Garantie de l'emploi	Non
<b>Difficulté à se projeter dans le long terme</b>	Incertitude sur l'avenir, difficulté de se projeter dans le futur, difficulté à s'engager et à faire des choix, primat de l'instantané	Attente que l'entreprise fasse preuve d'innovation et d'anticipation du futur	Non

À la lecture de cette synthèse, nous pouvons nous apercevoir que, fondamentalement, il n'y a pas autant de différences que cela entre les individus de la génération Y et ceux des générations précédentes dans le domaine des attentes professionnelles. Oui, ces individus sont bien à la recherche d'un sens au travail qu'ils réalisent, mais, vraisemblablement, de la même façon que cette caractéristique était présente dans les précédentes générations. De la même manière, à l'instar de leurs prédécesseurs, ces nouveaux professionnels présentent la même volonté d'être reconnus professionnellement pour leur travail, d'avoir une rémunération suffisante et d'avoir un équilibre satisfaisant entre leur vie privée et leur vie professionnelle, quitte à aménager leur temps de travail. De plus, toujours au même titre et avec la même prévalence que pour les générations précédentes, ils sont enclins à la solidarité tout en attendant des retours de la part des organisations pour lesquelles ils travaillent. Et enfin, au même titre que les autres générations, les individus de la génération Y tiennent à avoir une garantie d'emploi tout en rejetant les comportements individualistes puisqu'ils les associent à une source de démotivation professionnelle certaine.

Ainsi, si globalement cette génération Y, dans le monde du travail, ne diffère pas fondamentalement des générations « baby-boomers » et « X », Pichault et Pleyers (2012) recensent quatre caractéristiques pour lesquelles il y a des différences significatives.

Tout d'abord, le besoin de changer régulièrement d'environnement, qui ne se traduit pas nécessairement par un changement d'organisation tel que le définit parfois la littérature sous le terme de « nomadisme » (Yeaton, 2008, in Pichault et Pleyers, 2012), mais plutôt comme une mobilité interne à l'entreprise, semble plus prégnant chez ces jeunes professionnels que pour ceux qui les ont précédés. De la même façon, Pichault et Pleyers (2012) font état d'un besoin de développement des compétences de ces individus tout au long de leur carrière plus important que pour les générations passées de même que la crainte qu'ils peuvent avoir de ne pas trouver un emploi qui les satisfasse. Et la dernière caractéristique, par laquelle cette génération se différencie, est à mettre en lien avec l'importance qu'elle accorde à la créativité, qu'elle privilégie au travail, loin devant le respect des règles de déontologie, contrairement à ce qui a pu être le cas pour les générations précédentes de salariés.

Au final, devant cet état des lieux souvent contradictoire en ce qui concerne les caractéristiques au travail de la génération Y en comparaison de celles des générations précédentes, cette thèse propose d'apporter quelques éclairages sur cette nouvelle génération de salariés dans le contexte du soin en structures sanitaires et médicosociales afin de voir si nos conclusions sont conformes à celles de Pichault et Pleyers (2012).

#### 4.1.4 La collecte des données : une triangulation

Comme nous l'avons vu précédemment, nous pensons que l'étude de cas nous aidera à comprendre, analyser en profondeur et dans son contexte ce phénomène complexe qu'est le développement du contrat psychologique chez un jeune professionnel. Pour ce faire, cette méthodologie nous autorise à trianguler différentes sources de données. Dans le cadre de notre recherche, ces données seront de trois ordres. Le premier concernera une analyse documentaire des supports remis aux nouveaux embauchés ainsi que du contenu des carnets de bord que nous demanderons à notre cohorte de renseigner. Le deuxième sera relatif à l'obtention de données émanant d'une observation non participante *in situ* et la troisième source de données, certainement la plus importante, concernera des entretiens que nous réaliserons auprès des individus de notre cohorte.

Abordons-les en détail.

#### 4.1.4.1 L'analyse documentaire et le carnet de bord

Comme nous l'avons vu dans la partie traitant du contrat psychologique, le contrat psychologique anticipatoire peut se construire au travers de différentes sources d'information telles que des documents institutionnels à destination des professionnels ou futurs professionnels de la structure. À ce titre, nous avons demandé aux individus de notre cohorte de nous faire parvenir, à l'issue de leur première semaine de travail, les documents que les différentes organisations ont mis à leur disposition afin de promouvoir leur établissement. Nous essaierons ainsi de faire des liens, le cas échéant, entre contrat psychologique anticipatoire et volonté de travailler pour un établissement en particulier. Nous trouvons intéressant d'aborder cet aspect de l'analyse documentaire dans le sens où les hôpitaux français cherchent à être les plus attractifs possibles pour la population infirmière.

Un autre aspect que nous jugeons important de notre méthodologie repose sur le fait de demander aux individus de la cohorte de tenir un carnet de bord pendant leur première semaine de travail. Nous ne leur demandons pas de rédiger de grandes quantités d'informations, mais nous leur demandons d'écrire quelques mots, à l'issue de chacune de leur journée de travail, sur leurs perceptions concernant leur nouveau poste. Nous leur précisons que ces perceptions peuvent être globales ou bien encore spécifiques (accueil, organisation du service, relation avec les patients, relation avec les différents professionnels intervenant dans l'unité de soins). Pour Albarello (2011, p.50), ce sont les « *représentations subjectives* » qui importent dans le sens où elles permettent de rendre compte de la réalité pour un individu. Notre objectif est donc de tenter de mettre au jour le vécu de ces jeunes professionnels au cours de leur première semaine de travail. Il est à noter que tout au long de cette année de recherche, nous sommes revenu sur ce qui pouvait nous apparaître comme un renforcement ou bien un étiolement de ces premières impressions.

#### 4.1.4.2 L'observation in situ

Une étude de cas, telle que décrite par Yin (1994), intègre une ou plusieurs séquences d'observation pour lesquelles il est important de garder à l'esprit que le chercheur est « *l'instrument principal de recueil et de traitement* » des données (Mucchielli, 2007, p.23).

Dans le cadre de cette étude de cas, nous nous sommes rendu dans un établissement sanitaire parisien qui emploie deux nouveaux professionnels de notre cohorte. Nous avons trouvé intéressant de nous rendre dans cet établissement au regard des situations de travail que

rencontraient ces deux individus de notre cohorte, issus de la même promotion de l'IFSI A. Ils se sont tous deux fait recruter par le même recruteur, selon les mêmes modalités. De plus, ils travaillent au sein d'un même secteur de soin, dans deux services distincts situés l'un au-dessus de l'autre, partageant des espaces communs (escaliers, ascenseur, cour extérieure) et qui sont régulièrement amenés à mutualiser les professionnels du soin qui y travaillent pour répondre aux besoins de santé de la population prise en charge.

Le choix de cette observation s'est imposé à nous lorsque nous constatons, au fil des entretiens, que dans un même contexte professionnel donné, avec des profils similaires en termes de formation pré-baccalauréat, de vécus en formation IFSI et d'aspirations professionnelles comparables, nous étions face à deux individus avec des vécus et des ressentis très éloignés l'un de l'autre. Pour l'un des individus, sa première expérience professionnelle correspondait parfaitement aux attentes qu'il pouvait en avoir et ce, que ce soit en lien avec la qualité perçue de la relation avec les patients, les collègues infirmiers et aides-soignants, les médecins, les cadres de santé ou bien encore en lien avec la diversité des tâches infirmières qu'il se voyait confier au quotidien. Quant au second individu, il trouvait une réelle satisfaction à exercer auprès des patients pris en charge ainsi qu'avec les médecins et les cadres de santé de son service et de son secteur. Cependant, en ce qui concerne la qualité perçue de la relation avec les collègues infirmiers et aides-soignants, il était de plus en plus déçu et n'avait absolument pas envisagé une telle souffrance morale pour son premier poste infirmier.

L'observation réalisée *in situ* nous aura été extrêmement instructive, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la mise en lumière concernant « *les pratiques non officielles* » (Arborio et Fournier, 2001, p.20) qu'autorise le recours à l'étude de cas. En ce domaine, ce fut riche. Bien entendu, nous y reviendrons en détail par la suite. Cette immersion *in situ* permettra également de mesurer s'il y a un écart entre le discours porté par deux professionnels et leurs actions sur le terrain (Matheu, 1986).

Si le recours à une observation de terrain paraît impératif dans une étude de cas, l'accès à ce dernier peut être parfois ardu.

#### 1.4.4.2.1 La confiance et la compréhension, clefs d'accès au terrain

L'accès au terrain de recherche visé n'est pas toujours évident dans le cas d'études de cas. Nous pouvons facilement nous heurter à un refus plus ou moins argumenté ayant pour origine un sentiment de défiance de la part des responsables des structures sollicitées. Ces responsables peuvent être amenés à se demander ce que souhaite réellement savoir le chercheur et à quel point leurs pratiques énoncées peuvent porter préjudice à leur établissement.

Le fait d'être cadre de santé de filière infirmière et d'avoir un « habitus » soignant (Bourdieu, 1986) a certainement facilité les accords qui nous ont été donnés de nous rendre sur site durant deux journées. Un autre élément facilitant réside également certainement dans le fait que les structures sanitaires sont habituées à recevoir de nombreux stagiaires de toutes provenances (organismes de formation paramédicale, internes de médecine, formations post-bac pro). Et, en ce sens, elles sont habituées à la « transparence » de leurs pratiques et, bien souvent, elles sont également friandes de retours des stagiaires *a posteriori* leur permettant ainsi d'améliorer en permanence la qualité de leurs prestations. Nous avons utilisé un langage soignant partagé avec le responsable de cette structure sanitaire et axé notre discours, dans un premier temps, sur la clarification de nos statuts, à la fois cadre de santé d'un côté et étudiant chercheur d'un autre. Dans un second temps, nous nous sommes attaché à préciser l'objectif de notre investigation de terrain ainsi que l'usage qui serait fait des données recueillies en insistant sur le caractère confidentiel qui serait donné à ces informations.

#### 4.1.4.2.2 La définition de l'observation

« Action de regarder attentivement les phénomènes, les événements, les êtres pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions », telle est la définition que donne le dictionnaire Larousse (2016) de l'observation. À cette fin d'étude, la littérature définit quatre stratégies d'observation possibles en fonction de l'objectif visé (Gavard-Perret, 2012). Dans le cadre de notre recherche, nous allons chercher à adopter la stratégie d'observation la plus à même « d'organiser [notre] vigilance à l'égard des situations potentiellement problématiques qui émergent du flux des activités quotidiennes » (Journé, 2005, p.70). Chacune de ces stratégies, « éclaire » les phénomènes observés de façon spécifique.

Tout d'abord, la stratégie du « lampadaire » place le chercheur dans une position fixe de laquelle il observe un phénomène en continu sur une période définie. Cette stratégie a

l'avantage d'autoriser la découverte de la structure globale d'un phénomène mais, dans le cadre de notre recherche, de par son caractère fixe, elle ne nous permet nullement de suivre un professionnel de santé tel qu'un infirmier qui, de par ses missions, est extrêmement mobile sur une journée de travail.

En lien avec la stratégie précédente, celle du « flash » ou du « coup de projecteur » comme la définissent Gavard-Perret et ses collègues (2012, p.193) augmente « temporairement l'intensité de l'éclairage sous le lampadaire pour collecter les données les plus fines possibles ». Là encore, pour la même raison que celle précédemment avancée, nous ne pouvons retenir cette stratégie dans le cadre de notre recherche.

La troisième stratégie recensée par la littérature, celle de la « lampe de poche », consiste à confier des « lampes de poche » à des acteurs qui peuvent les emmener avec eux, voire les confier à d'autres acteurs et les utiliser pour éclairer des évolutions successives d'un phénomène ou d'une problématique donnée. Bien que cette stratégie permette d'acquérir un caractère dynamique, contrairement aux deux autres stratégies précédentes, elle ne se révèle pas non plus compatible avec notre recherche puisque, en l'occurrence, il n'est pas question de confier des « lampes de poches » à d'autres acteurs au regard des spécificités du contrat psychologique que nous souhaitons mettre en lumière chez un individu en particulier.

Enfin, la dernière stratégie évoquée par Gavard-Perret et ses collègues (2012) est celle de la « lampe frontale ». Ainsi, une lampe frontale posée sur un individu « vise à rendre compte des différentes facettes de son activité et comprendre son point de vue à partir des interprétations subjectives qu'[il] forme sur les situations en cours » (Gavard-Perret, 2012, p.194). Clairement, cette stratégie se centre sur l'individu et ses représentations et permet à l'observateur de le suivre dans son activité et également d'observer les interactions de cet individu avec les autres acteurs organisationnels gravitant autour de lui et avec lesquels il collabore au quotidien. Cette stratégie d'observation nous apparaît donc comme la seule à même de rendre compte de l'idiosyncrasie du contrat psychologique d'un individu d'une part, ainsi que de l'impact de l'environnement organisationnel sur le développement de ce contrat chez l'individu d'autre part.

Au regard de l'étude que nous venons de réaliser sur les différentes stratégies d'observation à notre disposition, nous faisons le choix de recourir à celle de la lampe frontale

dans le cadre de nos observations *in situ*. Afin d'assurer ce choix, nous allons détailler dans le point suivant les outils dont nous allons nous équiper pour parvenir à nos fins.

#### 4.1.4.2.3 Les outils de l'observation

L'observation, comme toute collecte de données, doit se pourvoir d'outils à même de la rendre la plus précise et la plus fine possible. À cet égard, pour y parvenir, le chercheur peut opter pour une prise de notes ainsi que pour des moyens techniques tels que des enregistrements audio et vidéo. Nous rappelons que l'observation des individus de notre cohorte se fera dans leur contexte de travail hospitalier. À ce titre, suivre ces acteurs en recourant à l'outil vidéo, au regard de l'impérative nécessité de ne pas filmer les patients hospitalisés, semble compliqué, d'autant plus que nous souhaitons demeurer le plus « invisible » possible durant nos observations pour ne pas parasiter les situations observées. De plus, comme l'expliquent Gavard-Perret et ses collègues (2012), l'outil vidéo comporte de nombreux désavantages, notamment en ce qu'il

- peut renforcer le biais d'attention sélective du chercheur ;
- peut être considéré comme intrusif pour l'acteur filmé ;
- peut être source d'angoisse quant à ce qu'il sera fait des vidéos réalisées ;
- peut générer des biais de comportement de la part de l'acteur filmé.

Ces désagréments ne sont pas compatibles avec notre objectif recherché qui est d'avoir à observer des situations pour lesquelles l'impact de notre présence sera le plus faible possible pour ne pas fausser les comportements des individus suivis, des acteurs organisationnels et, le cas échéant, des patients rencontrés.

En l'occurrence, le recours à une prise de notes nous semble pertinent. À cet effet, la littérature recense trois types de prises de notes (Groleau, 2003) que sont les notes méthodologiques, les notes d'analyse et les notes de terrain. Les premières relèvent de la volonté de rendre compte des interactions entre le chercheur et le terrain de recherche investigué, ce qui n'est clairement pas notre but. Les notes d'analyse sont constituées des intuitions et interprétations que le chercheur peut avoir lors de sa collecte de données, ce qui ne correspond pas non plus à notre recherche. En revanche, les notes de terrain semblent nous convenir du fait de porter directement sur les situations observées en référence aux faits et

gestes des personnes observées, à leurs discours et à leurs interactions avec les autres acteurs organisationnels.

Nous retenons donc ce dernier type de prise de notes, les notes de terrain, qui nous semble le plus adapté pour analyser notre objet de recherche qu'est la dynamique du contrat psychologique chez un jeune professionnel infirmier.

#### 4.1.4.3 Les entretiens : une double perspective, de l'employé à l'employeur

Pour Yin (1994, p.92) l'entretien semi-structuré est source d'informations capitales dans la conduite d'études de cas. Par ailleurs, comme le souligne Hlady-Rispal (2002, p.125), les entretiens fournissent « *une information directe sur le phénomène étudié et [permettent] l'examen du véhicule et des interprétations des acteurs au regard d'un phénomène donné* ». Par ailleurs, quand Rousseau et ses collègues parlent de l'importance de la dynamique du contrat psychologique (2014, p.6), ils évoquent l'importance des entretiens individuels. Pour eux, les données issues de ces entretiens doivent être triangulées avec l'information que l'on peut avoir des politiques publiques et du contexte organisationnel de l'individu interrogé. De plus, si nous nous référons à l'une des caractéristiques majeures du contrat psychologique qui est sa nature idiosyncratique, l'entretien, le recueil d'un discours, demeure le moyen le plus efficace pour parvenir à la « captation » du contrat psychologique d'un individu. C'est pour ces raisons que nous retenons l'usage d'entretiens auprès de notre cohorte.

De Vos et al. (2003) ont également procédé à une étude longitudinale du contrat psychologique avec des entretiens à différents moments de l'intégration d'un salarié. Ils ont mis en évidence que des entretiens réalisés deux semaines après le recrutement, puis trois mois, six mois et 12 mois plus tard permettaient de mesurer l'évolution des perceptions des salariés dans le temps et leur réaction à ce que fait l'autre partie. Dans le cadre de notre recherche, nous allons effectivement conserver les entretiens à trois mois (T3), six mois (T4) et un an (T5) car c'est au terme de cette période de 12 mois que le schéma mental de la relation d'emploi tend à se figer. Cependant, contrairement à ces auteurs, nous allons également réaliser des entretiens avant le recrutement effectif des jeunes professionnels. Plus précisément, entre le moment où ils ont eu un entretien de recrutement favorable et leur prise de poste effective (T1). En lien avec l'intérêt théorique d'investiguer le contrat psychologique



anticipatoire, ce premier temps nous permettra de mesurer la dynamique de ce dernier, les motivations qui ont fait candidater ces jeunes dans tel ou tel établissement de santé et, également, les représentations et les projections qu'ils ont de leur future activité professionnelle au sein de cet établissement. De plus, en les rencontrant juste après leur entretien de recrutement, nous serons à même d'évaluer si des promesses leur ont été faites ou non par l'employeur. Par la suite, nous les rencontrerons un mois après le recrutement (T2). Les rencontrer deux semaines après celui-ci nous était impossible d'un point de vue matériel et temporel au regard du nombre relativement important d'individus. Si, globalement, nous reprenons la méthodologie de De Vos et *al.* (2003), c'est parce que les temps décrits précédemment correspondent à ce que la littérature suggère comme étant les plus significatifs dans le processus de socialisation (Morrison, 1993 ; De Vos et *al.*, 2003).

En tenant compte de notre objectif principal de recherche qui est de modéliser la dynamique du contrat psychologique de jeunes professionnels infirmiers, et des lacunes que révèle la littérature sur le contrat psychologique relative à l'employeur, nous allons également réaliser des entretiens auprès des différents recruteurs des individus de notre cohorte. Il nous importera notamment de savoir s'ils ont émis des promesses aux futurs embauchés et, de façon générale, nous chercherons à savoir quelles sont leurs attentes et leurs obligations et ce qu'ils en ont dit à cette population. Durant cette recherche, nous recouperons à de nombreux moments le discours des individus de la cohorte avec celui de leurs recruteurs afin de déceler d'éventuels écarts entre ce qui a été dit et ce qui a été compris. L'une des spécificités de notre recherche repose sur cette double perspective du contrat psychologique que nous adoptons. Nous prenons en compte à la fois la perspective de l'employé et celle de l'employeur, ce qui contraste avec la très grande majorité des études sur le contrat psychologique qui ne se centrent que sur la perspective de l'employé.

Cette double perspective est rendue possible grâce à des entretiens semi-directifs que nous avons élaborés spécialement pour les différents temps d'entretien des infirmiers ainsi que pour les interviews de leurs recruteurs.

#### 4.1.4.3.1 L'entretien semi-directif.

Au regard du choix qui a été fait de réaliser des entretiens pour collecter des informations à même de nous permettre d'appréhender le phénomène complexe qu'est le contrat psychologique, nous avons à nous positionner entre trois types : l'entretien directif,

l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif, avec questions ouvertes, en cela qu'il permet à l'interviewé de s'exprimer librement, avec sa logique et son propre vocabulaire, tout en nous donnant, en tant qu'interviewer, la latitude nécessaire et indispensable pour aborder les différents thèmes que nous aurons décidé d'aborder. Le recours à des questions ouvertes nous offrira également la possibilité d'être surpris par l'imprévisibilité des réponses (Albarello, 2012, p.118). Comme le préconisait Yin (1994, p.84), la structure de l'entretien doit être semi-directive de façon à obtenir autant les faits que les opinions du répondant inhérentes à ces faits.

Les thèmes abordés auprès des individus de la cohorte ont été consignés dans un guide d'entretien qui était commun, pour chaque temps d'entretien, à l'ensemble de la cohorte. L'utilisation d'un guide d'entretien nous permet de ne pas « enfermer » l'individu interviewé dans un chemin de réflexion qui ne serait pas le sien et, au contraire, permet à l'interviewer de rebondir sur ce qui est dit de façon à faire des liens avec les thèmes à aborder. En procédant de la sorte, nous avons pu soumettre l'ensemble des thèmes, pour chaque entretien de chaque temps, à l'intégralité des individus de la cohorte. Nous avons abordé chacun des thèmes dans un ordre à chaque fois identique afin d'éviter que la place du thème durant l'entretien influence la qualité des réponses (Albarello, 2012, p.88). Cette homogénéité dans le questionnement nous facilitera l'analyse à suivre des réponses de la cohorte.

Le lecteur trouvera en annexe les différents guides d'entretien que nous avons construits et utilisés. Il est à noter que nous les avons très légèrement fait évoluer lors des différentes phases d'entretien, en fonction des feedbacks de notre cohorte et de leurs demandes de précisions, bien entendu tout en gardant les thèmes de départ (annexes n°6 à n°11).

#### 4.1.4.3.2 L'élaboration des guides d'entretien

La qualité d'une recherche est éminemment tributaire de la qualité du matériau recueilli. Afin d'obtenir des entretiens riches en termes de contenus et une exploitation facilitée, nous avons réalisé des entretiens que nous avons voulu exhaustifs au regard de ce que nous recherchions auprès de la cohorte étudiée. Pour ce faire, nous les avons conçus en tenant compte des spécificités du contrat psychologique, du métier d'infirmier et de l'environnement hospitalier. Comme nous l'avons indiqué sur les trames de questionnaire en

fonction des différents temps (annexes n° 6 à n° 11), nous nous sommes attaché à ce que les caractéristiques du contrat psychologique soient prises en compte dans ces supports aux entretiens. Ainsi, nous posons des questions à même de nous permettre de constater l'évolution

- d'un contrat psychologique anticipatoire ;
- de l'étendue du contrat psychologique ;
- de sa tangibilité ;
- de l'ambiguïté des termes du contrat psychologique ;
- de sa stabilité ;
- de son cadre temporel ;
- de la symétrie de l'échange ;
- du niveau de contrat ;
- des promesses ;
- des obligations ;
- des aspirations des professionnels.

De même, nous avons intégré des questions nous permettant de répondre à nos sous-questions de recherche (quels sont les agents organisationnels impactant le plus le développement du contrat psychologique des individus de notre cohorte et quelles sont les informations recherchées par les jeunes recrues).

Une fois ces guides d'entretien réalisés, nous les avons utilisés lors des entretiens en utilisant les techniques suivantes.

#### 4.1.4.3.3 Les techniques d'entretien

Avant d'avoir l'occasion d'utiliser des outils relationnels, notre recherche imposait au préalable une précision importante qui était celle de la confidentialité des échanges avec les différents individus de notre cohorte afin que chacun d'eux puisse s'exprimer librement, sans crainte de jugements et de répercussions de quelque nature que ce soit. Le préalable à chaque entretien réalisé était d'expliquer à nouveau le principe de la confidentialité de ce qui allait être dit et échangé. Il était également précisé que les échanges seraient enregistrés et retranscrits dans leur intégralité et que ces retranscriptions feraient l'objet d'anonymisation de notre part, rendant de ce fait impossible à tout lecteur la possibilité d'identifier l'interviewé.

De la même façon, il a été clarifié le fait que tous les noms propres cités seraient également rendus anonymes. Cette notion de confidentialité est un prérequis indispensable à l'instauration d'une relation de confiance, d'autant plus que notre travail s'inscrivait dans la durée.

Cette précision liminaire apportée, nous pouvions procéder aux entretiens semi-directifs en appliquant certaines techniques.

La réalisation d'entretiens n'est pas une simple succession de questions ayant pour finalité d'obtenir des réponses. En l'occurrence, il nous importait, au regard de la spécificité idiosyncratique du contrat psychologique, de tirer la quintessence des entretiens réalisés afin de nous permettre une compréhension fine des perceptions de chacun des individus interrogés relatives à leur appréhension du monde hospitalier en général et de leur environnement proximal en particulier. Dans ce but, notre expérience de plus de dix ans dans le domaine des soins relationnels avec la maîtrise des outils de la relation d'aide (Rogers, 1959) tels que, à titre d'exemple, la reformulation, la relance, la reformulation-écho de sentiments, la reformulation-synthèse, l'empathie, les silences, la neutralité bienveillante de l'enquêteur, ou bien encore la congruence, a été un prérequis indispensable et une aide précieuse pour conduire ces entretiens à leur terme avec le sentiment d'avoir épuisé autant que faire se peut chacun des thèmes abordés.

Nous avons précédemment expliqué que notre recherche se faisait au sein de 18 établissements répartis sur le territoire national. Cela n'est pas sans poser de difficultés pour s'entretenir avec les individus de la cohorte. Dans la partie qui suit, nous expliquons comment nous y sommes parvenus.

#### 4.1.4.3.4 L'entretien à distance.

Au cours de notre année d'investigation, de juillet 2013 à décembre 2014 (décalage dû au fait que tous les individus n'ont pas commencé à exercer au même moment), nous avons réalisé 200 entretiens de professionnels infirmiers (40 individus X 5 temps d'entretiens) et 19 entretiens de recruteurs des individus de notre cohorte. Ces différents professionnels étaient répartis sur l'ensemble du territoire français. À ce titre, il n'était pas matériellement possible de réaliser l'ensemble de ces entretiens individuels en rencontrant physiquement chacun des individus, d'autant plus en tenant compte des contraintes temporelles retenues.

Nous avons donc dû avoir recours à des entretiens individuels par visioconférence ou par téléphone. Pour des raisons géographiques, le téléphone a été utilisé de façon majoritaire pour interroger 14 des 19 recruteurs. Les 5 autres recruteurs ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens dans leurs bureaux.

Quant aux jeunes professionnels, ils étaient tous équipés de moyens de communication *ad hoc* permettant de réaliser des entretiens individuels avec le recours à la visioconférence. C'est donc de cette façon, à de rares exceptions près, que nous avons pu régulièrement « rencontrer » notre cohorte. L'utilisation de ces nouvelles technologies nous a permis de ne pas perdre en qualité d'entretien puisque nous avons toujours le non verbal sur lequel nous appuyer pour adapter notre technique en fonction du feedback des individus interrogés. Nous évoquons quelques « exceptions » dans le sens où les individus concernés préféraient que nos rencontres se fassent autour d'une table. Ce fut donc le cas pour huit d'entre eux. Trois individus, pour des raisons techniques, ne pouvaient utiliser la visio-conférence et nos entretiens se sont faits par téléphone. Pour les 29 autres individus de la cohorte, nous avons eu recours à la visio-conférence. Ces modalités de rencontres sont indiquées dans le second tableau à suivre présentant les caractéristiques de la cohorte.

La synthèse du déroulé de nos entretiens se trouve dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 15 : les temps de rencontre avec les infirmiers et leurs recruteurs**

<b>T1</b>	<b>Entretiens recruteurs</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>
Entre l'entretien de recrutement et l'embauche effective	Avant le T2 des infirmiers	1 mois après l'embauche	3 mois après l'embauche	6 mois après l'embauche	1 an après l'embauche

Nous allons maintenant nous attacher à la présentation des terrains de la recherche.

## 4.2 Présentation des terrains de recherche investigués

Le suivi de notre cohorte au sein de leurs établissements respectifs nous a amené à également nous entretenir avec leurs recruteurs. Dans les lignes qui suivent nous invitons le lecteur à découvrir les caractéristiques principales de chaque établissement et à faire plus ample connaissance avec ces représentants de la direction, après avoir présenté celles de la cohorte.

### 4.2.1 La présentation de la cohorte

Nous avons recensé les caractéristiques que nous estimions intéressantes dans le cadre de notre recherche et les avons retranscrites dans le tableau qui suit. Nous avons bien entendu anonymisé les individus en leur donnant des numéros d'un à quarante puis, pour chaque individu, nous avons indiqué son IFSI sarthois de formation (A, B, C), son employeur, son recruteur, si l'inscription à l'IFSI avait été faite au titre de la formation continue ou bien à celui de la formation initiale, son genre, son âge, son statut marital, le nombre éventuel d'enfants et les modalités selon lesquelles nous procédions aux entretiens.

Nous nous sommes intéressé à l'IFSI de formation afin d'être éventuellement en capacité de détecter d'éventuelles différences d'un IFSI à l'autre, pouvant avoir un impact sur la construction d'un contrat psychologique anticipatoire. À ce titre, l'analyse des premiers entretiens pourrait se révéler riche d'enseignements.

Ensuite, nous recensons les différents employeurs et chercherons à savoir ce qui a motivé le choix de chacun des individus pour ces établissements en particulier. Est-ce la renommée de ces établissements qui est attractive pour ces professionnels, la qualité du travail ou la qualité de vie au travail perçues de façon anticipatoire qui ont motivé les choix de candidature ou bien d'autres critères rentrent-ils en compte ? Là encore, l'analyse des premiers entretiens nous permettra de rendre explicites ces motivations.

Lorsque nous avons abordé les modalités d'admission en IFSI, nous avons évoqué la possibilité pour des professionnels d'intégrer la formation infirmière par le biais de la formation continue. À cet égard, dans la cinquième colonne, nous indiquons pour chaque candidat s'il a bénéficié d'une formation continue (C) ou bien d'une formation initiale (I), sans expérience professionnelle préalable. Concernant cet élément, nous tenterons de voir les

éventuelles différences entre les schémas mentaux de la relation d'emploi des individus ayant eu une expérience professionnelle et ceux qui n'en ont pas.

La sixième colonne précise le genre de chaque individu (H pour homme ou F pour femme) et la septième nous indique l'âge de chacun. L'individu le plus jeune a 20 ans et le plus âgé 43 ans. La moyenne d'âge atteint presque 25 ans (24,85).

L'antépénultième colonne fait état du statut marital de chaque individu et la dernière recense les enfants de chaque individu. Nous leur avons affecté quatre modalités possibles. Ils peuvent être célibataires, mariés, en concubinage ou en couple. Nous faisons un distinguo entre ces deux derniers termes dans le sens où en concubinage signifie que l'individu vit avec un ou une amie et en couple signifie qu'ils ont un ou une amie mais qu'il n'y a pas de communauté de vie. Nous pensons que cette précision peut se révéler importante dans un contexte professionnel tel que celui d'un(e) infirmier(e). En effet, les contraintes horaires, les heures supplémentaires et les cycles de travail peuvent nuire à une qualité de vie personnelle et donc par conséquent à une vie de famille. Les analyses ultérieures porteront donc également sur les impacts éventuels des contraintes horaires infirmières sur ce paramètre dans la construction du contrat psychologique des individus de notre cohorte.

Et la dernière colonne du tableau, comme annoncée dans le point précédent, renseigne le lecteur sur les modalités de rencontre pour mener l'entretien. Il est à noter que tous les entretiens, pour l'ensemble des temps de rencontre, auprès de chaque individu, ont toujours été menés selon la modalité recensée dans le tableau n° 16 qui suit.

**Tableau n° 16 : les caractéristiques de la cohorte**

N°	IFSI	Employeurs	Recruteurs	Formation	Genre	Age	Statut marital	Enfants	Modalités d'entretiens
1	A	EPSM 3	REPSM 3	I	H	22	Concubinage	0	Visioconférence
2	C	CH 1	R1 CH 1	C	F	32	Célibataire	0	Visioconférence
3	A	EPSM 2	REPSM 2	I	F	25	Couple	0	Visioconférence
4	A	CH 1	R1 CH 1	C	F	29	Concubinage	1	Présentiel
5	B	SSR	RSSR	I	H	23	Célibataire	0	Visioconférence
6	A	SSR	RSSR	I	F	21	Concubinage	0	Visioconférence
7	B	CH 2	RCH 2	I	F	21	Concubinage	0	Visioconférence
8	B	EPSM 1	REPSM 1	I	H	21	Concubinage	0	Présentiel
9	B	Clinique Privée 1	RClinique Privée 1	I	F	22	Concubinage	0	Visioconférence
10	B	CH 1	R1 CH 1	C	H	43	Marié	2	Présentiel
11	A	CHU 3	RCHU 3	I	F	21	Célibataire	0	Téléphone
12	A	CHU 4	RCHU 4	I	F	21	Célibataire	0	Téléphone
13	B	CH 1	R1 CH 1	C	F	39	Mariée	2	Visioconférence
14	A	CH 1	R1 CH 1	I	H	26	Concubinage	0	Visioconférence
15	A	Clinique Privée 2	RClinique Privée 2	C	H	32	Concubinage	1	Visioconférence
16	B	CH 1	R1 CH 1	C	F	34	Concubinage	2	Présentiel
17	A	CHU 5	RCHU 5	I	F	23	Célibataire	0	Visioconférence
18	B	CH 1	R1 CH 1	I	F	22	Célibataire	0	Visioconférence
19	A	CHU 2	RCHU 2	I	H	22	Célibataire	0	Visioconférence
20	C	EPSM 1	REPSM 1	C	H	38	Marié	3	Présentiel
21	A	CHU 5	RCHU 5	I	F	22	Concubinage	0	Visioconférence
22	A	CH 1	R1 CH 1	C	F	32	Concubinage	0	Visioconférence
23	B	CH 1	R1 CH 1	C	F	27	Concubinage	0	Visioconférence
24	A	Clinique Privée 1	RClinique Privée 1	I	F	22	Concubinage	0	Visioconférence
25	A	CHU 4	RCHU 4	I	F	21	Célibataire	0	Visioconférence
26	A	EHPAD 2	REHPAD 2	I	F	21	Couple	0	Visioconférence
27	A	CH 1	R1 CH 1	I	F	20	Couple	0	Visioconférence
28	A	CH 1	R1 CH 1	I	F	22	Couple	0	Visioconférence
29	A	HL 1	RHL 1	I	F	23	Célibataire	0	Visioconférence
30	A	CH 4	RCH4	I	F	22	Célibataire	0	Visioconférence
31	A	CH 3	RCH 3	I	F	22	Célibataire	0	Visioconférence
32	A	CH 1	R1 CH 1	I	F	26	Célibataire	0	Présentiel
33	A	CH 1	R2CH1 + R3CH 1	I	F	21	Célibataire	0	Téléphone
34	A	CH 2	RCH 2	I	F	23	Couple	0	Visioconférence
35	C	CHU 1	RCHU 1	I	F	21	Concubinage	0	Présentiel
36	A	EHPAD 1	REHPAD 1	I	F	25	Concubinage	0	Visioconférence
37	C	EPSM 1	REPSM 1	I	F	21	Célibataire	0	Présentiel
38	A	EPSM 3	REPSM 3	I	F	21	Célibataire	0	Visioconférence
39	B	Clinique Privée 1	RClinique Privée 1	I	F	24	Concubinage	0	Visioconférence
40	A	EHPAD 2	REHPAD 2	I	F	21	Concubinage	0	Visioconférence

Enfin, dans les deux tableaux à suivre, nous précisons la durée de chaque entretien avec les individus de la cohorte d'une part, ainsi que ceux réalisés auprès des recruteurs d'autre part.



**Tableau n° 17 : la durée de chaque entretien avec les individus de la cohorte**

N°	Durée de chaque entretien				
	T1	T2	T3	T4	T5
1	47 :44	53 :42	25 :04	44 :09	1 :04 :26
2	48 :58	41 :21	23 :27	34 :50	26 :03
3	1 :05 :45	1 :01 :23	1 :21 :21	46 :06	1 :05 :48
4	55 :16	46 :16	39 :01	30 :57	26 :40
5	59 :18	1 :07 :12	58 :45	1 :13 :29	58 :12
6	55 :11	1 :03 :17	48 :13	31 :49	53 :10
7	44 :52	53 :40	47 :19	43 :13	39 :51
8	30 :28	33 :28	32 :45	34 :10	29 :13
9	1 :21 :12	1 :24 :15	1 :13 :13	1 :02 :57	1 :01 :42
10	35 :51	36 :44	29 :56	34 :54	33 :13
11	1 :02 :12	59 :12	57 :14	1 :01 :24	58 :45
12	55 :07	50 :22	45 :42	38 :17	37 :17
13	50 :58	49 :48	1 :05 :13	47 :08	44 :17
14	55 :06	59 :45	1 :03 :28	1 :08 :54	1 :13 :28
15	1 :12 :06	58 :41	1 :06 :23	46 :42	53 :07
16	57 :52	32 :20	28 :54	27 :14	27 :20
17	53 :26	45 :51	37 :55	33 :01	56 :31
18	35 :14	37 :24	32 :19	40 :16	29 :30
19	1 :26 :12	1 :04 :43	54 :34	42 :29	38 :30
20	1 :01 :28	42 :56	29 :14	21 :50	28 :41
21	1 :38 :32	31 :56	27 :21	21 :00	42 :38
22	45 :15	35 :43	39 :54	25 :49	34 :56
23	38 :35	37 :45	54 :12	52 :42	29 :03
24	30 :32	34 :52	37 :17	37 :34	31 :13
25	59 :58	44 :32	35 :13	1 :02 :50	39 :14
26	49 :27	36 :05	34 :38	43 :07	42 :52
27	35 :01	36 :05	29 :17	25 :55	22 :46
28	54 :27	37 :46	27 :09	21 :52	21 :37
29	47 :18	57 :44	43 :41	34 :24	37 :02
30	41 :40	40 :00	34 :59	21 :21	31 :14
31	36 :56	36 :02	27 :24	33 :20	34 :13
32	29 :20	30 :15	30 :35	28 :14	27 :31
33	37 :42	39 :12	31 :53	29 :31	34 :54
34	58 :13	40 :12	41 :21	45 :17	33 :44
35	35 :34	38 :13	42 :57	47 :59	55 :50
36	35 :14	39 :26	42 :29	47 :21	44 :55
37	28 :54	31 :52	34 :21	29 :12	33 :17
38	53 :42	59 :28	36 :07	40 :12	54 :36
39	64 :40	54 :25	48 :52	39 :34	40 :12
40	58 :41	1 :02 :30	45 :47	41 :24	48 :23

**Tableau n° 18 : la durée de chaque entretien avec les recruteurs**

<b>Recruteurs</b>	<b>Durée de l'entretien</b>
R1 CH 1	26 :58
R2 CH 1	20 :42
R3 CH1	18 :50
REPSM 1	20 :02
REPSM 2	18 :29
REPSM 3	24 :33
RSSR	30 :13
RCH 2	23 :01
RCH 3	17 :12
RCH 4	19 :24
RCHU 1	19 :21
RCHU 2	17 :53
RCHU 3	45 :03
RCHU 4	24 :13
RCHU 5	20 :42
RHL 1	22 :46
RcliniquePrivée 2	38 :08
REHPAD 1	17 :29
REHPAD 2	18 :12

#### 4.2.2 La présentation des recruteurs et de leurs établissements

L'ensemble de notre cohorte a été recrutée dans 18 établissements sanitaires ou médicosociaux disséminés sur l'ensemble du territoire français. Nous n'avons pas pu nous entretenir avec l'un des représentants de l'établissement de santé que nous avons rebaptisé « Clinique Privée 1 ». Ceci n'a pas été possible pour deux raisons. La première est relative au fait que les trois infirmières exerçant dans cet établissement (n° 9, n° 24 et n° 39), au début de notre suivi tout du moins, ont été recrutées par un étudiant en Master 2 en Économie. Cet étudiant avait toute latitude pour recruter des soignants au nom de la direction de « Clinique Privée 1 ». Lorsque nous avons cherché à le contacter, il venait de terminer son stage dans cet établissement et avait regagné son université de rattachement. Par ailleurs, nous nous sommes fait éconduire lorsque nous avons demandé à rencontrer le responsable des ressources humaines au motif qu'il n'avait « *malheureusement pas de temps à [nous] accorder* ». Il sera intéressant d'avoir une vigilance toute particulière pour les trois infirmières qui auront été recrutées par un étudiant en Master en lieu et place d'un responsable de recrutement.

Autrement, ces désagréments mis à part, pour le reste des recruteurs sollicités, nous n'avons eu à souffrir aucun refus, bien au contraire. Tous les appels que nous avons passés à

la recherche de chacun des recruteurs des individus de notre cohorte se sont à chaque fois révélés concluants. Soit une date d'entretien était directement négociée et posée, soit on nous disait qu'on nous recontacterait pour nous en proposer quelques-unes en fonction des impératifs des recruteurs avec lesquels nous souhaitions nous entretenir. Ce qui fut toujours fait.

Nous allons maintenant présenter les recruteurs et leurs établissements.

Déjà citée précédemment, « **Clinique Privée 1** » est une clinique chirurgicale de l'agglomération mancelle. Elle dispose de 215 lits et places dont 30 réservés à de la chirurgie ambulatoire. C'est cette clinique qui avait confié trois recrutements infirmiers à un étudiant en master 2 que nous n'avons pas pu rencontrer.

« **Clinique Privée 2** » est un établissement privé à but non lucratif breton spécialisé dans la médecine physique et de réadaptation, proposant environ 200 places (lits d'hospitalisation complète et places en hôpital de jour confondus) avec un effectif d'environ 200 personnes. Le recruteur avec lequel nous nous sommes entretenu, « **RClinique Privée 2** », est une infirmière faisant fonction de cadre de santé depuis de nombreuses années dans cette structure.

« **CH 1** » est un centre hospitalier généraliste de l'Ouest d'environ 1700 lits. C'est cet établissement qui a recruté la plus grande proportion des individus de notre cohorte, à savoir 13 individus sur 40. Par ailleurs, trois recruteurs (« **R1CH 1** », « **R2CH 1** » et « **R3CH 1** ») ont participé aux recrutements des individus de notre cohorte. « **R1CH 1** » a réalisé la très grande majorité des entretiens puisqu'un seul candidat (n° 33) a été recruté par « **R2CH 1** » accompagné de « **R3CH1** » car le premier n'a pas d'expertise soignante, contrairement au second qui est cadre de santé de filière infirmière.

« **CH 2** » est un établissement hospitalier MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et SSR (soins de suite et de réadaptation) de la région Ouest, comprenant environ 700 lits pour 1200 salariés. Le recruteur de cet établissement, « **RCH 2** », est cadre supérieur de santé de pôle, de filière infirmière. En l'occurrence, elle recrutait pour les besoins des services sous sa responsabilité.

« **CH 3** » désigne un centre hospitalier local sarthois réalisant de la chirurgie conventionnelle et ambulatoire, de la médecine, des soins de suite et de réadaptation, des soins de courte durée et proposant également une structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et adultes polyhandicapés. Au total, cet établissement dispose d'une capacité d'accueil d'environ 300 lits. Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec « **RCH 3** » dont la fonction au sein de cet établissement est cadre supérieur de santé et qui est notamment en charge du recrutement des agents soignants.

Situé en Indre et Loire, le Centre hospitalier « **CH 4** » propose des soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ainsi que des soins de suite et des lits et places en psychiatrie infanto-juvénile et adulte. Au global, « **CH 4** » dispose d'une capacité d'accueil d'environ 750 lits. Le recruteur, « **RCH 4** », avec lequel nous avons pu nous entretenir est coordinateur général des soins, directeur des soins, depuis plusieurs années dans cet établissement.

« **SSR** » désigne un établissement de santé sarthois d'environ 140 lits où sont proposés des soins de suite et de rééducation polyvalents. Le recruteur, cadre de santé de filière infirmière, « **RSSR** », que nous avons rencontré, a fait embaucher deux individus de la cohorte.

Réparti sur plusieurs sites, « **CHU 1** » est un centre hospitalier du Nord de la France disposant d'une capacité de plus de 2400 lits et places et disposant d'une offre de soins médicale et chirurgicale complète, ainsi que d'une filière complète de prise en charge de la personne âgée. Le recruteur de cet établissement, « **RCHU 1** », avec qui nous avons eu affaire, était le coordonnateur général des soins, directeur des soins.

Sous l'appellation « **CHU 2** », nous désignons un centre hospitalier universitaire de plus de 1000 lits et places, implanté en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), regroupant toutes les disciplines médicales et chirurgicales avec plusieurs pôles d'excellence notamment dans les domaines de la recherche, de la gestion de l'urgence et pour le traitement des maladies infantiles. Du fait de ses activités, cet établissement dispose d'un fort rayonnement au niveau européen. Le responsable qui a procédé au recrutement de l'un des individus de notre cohorte et que nous désignons sous « **RCHU 2** » est cadre de santé.

Le centre hospitalier universitaire « **CHU 3** », d'une capacité de presque 1200 lits, est un hôpital situé en région parisienne. Il se distingue par ses activités chirurgicales de pointe dans les domaines de la traumatologie et de la cardiologie ainsi que par les prises en charge complètes qu'il propose dans les domaines de la cancérologie et de la gériatrie. Nous avons pu échanger avec le cadre supérieur de cet établissement, « **RCHU 3** », qui bénéficie d'un temps dédié au recrutement des personnels soignants.

Également en région parisienne, l'établissement « **CHU 4** » propose une offre chirurgicale complète ainsi que des prises en charge du cancer de premier plan. Il est aussi une référence pour le diagnostic et le traitement des maladies rares. C'est avec le cadre supérieur de santé, « **RCHU 4** », en charge des personnels paramédicaux, que nous avons pu en savoir davantage sur la politique de recrutement de cette structure sanitaire.

Situé dans le centre ouest de la France, « **CHU 5** » est un centre hospitalier universitaire réparti sur plusieurs sites et doté, au global, de plus de 2000 lits et places. Il propose à la population une offre complète de soins MCO tout en étant fer de lance dans le domaine des greffes au niveau national. C'est un cadre supérieur de santé en charge du recrutement des personnels infirmiers, « **RCHU 5** », que nous avons soumis à nos questions.

Situé sur une île française, l'hôpital local « **HL 1** » propose une offre de soins locale, de premier recours, à la population insulaire. À ce titre, avec 25 lits et places, il propose un service de médecine polyvalente, d'urgence, de soins de suite et de réadaptation et de long séjour gériatrique. Le recruteur, « **RHL 1** », est un cadre de santé qui travaille en alternance sur l'île, dans cet hôpital local, et dans le centre hospitalier dont dépend ce dernier, sur le continent.

Dans l'agglomération mancelle se trouve « **EHPAD 1** », structure de 100 places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'infirmière coordinatrice, « **REHPAD 1** », qui a assuré le recrutement de l'un des individus de notre cohorte exerce cette fonction depuis maintenant de nombreuses années.

Également en Sarthe, l'établissement « **EHPAD 2** », rattaché à un hôpital local, propose 80 places d'accueil pour personnes âgées. Le recruteur de cette structure, « **REHPAD 2** », est un cadre de santé.

Dans les Pays de la Loire, « **EPSM 1** » est un établissement public de santé mentale disposant de plus de 200 lits d'hospitalisation et offrant une prise en charge en ambulatoire complète (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel). C'est avec le directeur des soins de cet établissement, « **REPSM 1** », que nous avons pu nous entretenir de ce qu'il attend d'un candidat au recrutement.

Situé en Bretagne, l'hôpital « **EPSM 2** » dispose d'une capacité d'accueil de près de 600 lits en hospitalisation et de plus de 300 places. Le recruteur, « **REPSM 2** », que nous avons pu interroger est cadre de santé.

Et c'est en région parisienne que nous terminons notre présentation des différentes structures, plus précisément avec l'hôpital public « **EPSM 3** » qui est un EPSM de notoriété internationale pour ses prises en charge des maladies du cerveau. Cet hôpital comprend près de 800 lits et places. Le cadre supérieur de santé, « **REPSM 3** », que nous avons rencontré est le seul de notre panel à être affecté à temps plein à la gestion des ressources humaines et au recrutement des agents paramédicaux de cet établissement.

Dans le tableau suivant, sont rappelées les structures et les fonctions des recruteurs sollicités.

**Tableau n° 19 : les structures et les recruteurs de la cohorte**

<b>Structures</b>	<b>Recruteurs</b>	<b>Fonction au sein de la structure</b>
Clinique Privée 1	RClinique Privée 1	Étudiant en master 2
Clinique Privée 2	RClinique Privée 2	Infirmière faisant fonction de cadre
CH 1	R1CH 1	Cadre supérieur de santé
	R2CH1	Cadre administratif
	R3CH1	Cadre de santé
CH 2	RCH 2	Cadre supérieur de pôle
CH 3	RCH 3	Cadre supérieur de pôle
CH 4	RCH 4	Directeur des soins
SSR	RSSR	Cadre de santé
CHU 1	RCHU 1	Directeur des soins
CHU 2	RCHU 2	Cadre de santé
CHU 3	RCHU 3	Cadre supérieur de pôle
CHU 4	RCHU 4	Cadre supérieur aux ressources humaines
CHU5	RCHU 5	Cadre supérieur de pôle
HL 1	RHL 1	Cadre de santé
EHPAD 1	REHPAD 1	Infirmière faisant fonction de cadre
EHPAD 2	REHPAD 2	Cadre de santé
EPSM 1	REPSM 1	Directeur des soins
EPSM 2	REPSM 2	Cadre de santé
EPSM 3	REPSM 3	Cadre supérieur aux ressources humaines

### 4.3 L'analyse des données

Dans les points précédents, nous avons justifié le recours à une démarche abductive avec une méthodologie qualitative pour réaliser notre étude de cas. Ces considérations nous amènent, dans les points à suivre, à nous intéresser à la façon dont nous allons pouvoir exploiter les différentes données recueillies. Commençons par celles issues des entretiens semi-directifs.

#### 4.3.1 L'utilisation d'un logiciel d'analyse de données textuelles (ADT)

Avant même de réfléchir à la façon dont nous allons analyser les données recueillies lors des entretiens, nous avons un objectif principal qui était de véritablement pleinement « capter » le discours de chaque individu, au regard de notre problématique. Comme nous l'avons vu précédemment, l'établissement d'un contrat psychologique relève d'un processus idiosyncratique et, en ce sens, l'enjeu est de mettre en évidence les caractéristiques

essentielles de ce contrat pour chacun des individus interrogés et réussir à obtenir une image claire du schéma mental de l'individu vis-à-vis de son employeur à travers son discours. Par ailleurs, nous devons également tenir compte du fait « qu'appartenir » en quelque sorte au milieu étudié, en notre qualité d'hospitalier, pouvait générer des biais de perception et d'interprétation. De plus, concernant l'analyse des entretiens réalisés, nous nous sommes retrouvé face à une difficulté majeure. Vu le nombre important d'entretiens réalisés (219) avec, pour chacun d'eux, une grande quantité ainsi qu'une grande richesse d'informations difficilement traitables à échelle humaine, nous ne souhaitons pas risquer de perdre l'essentiel du sens donné à chaque réponse par chacun des interviewés.

Devant ces problématiques, le recours à un logiciel à même de réaliser une analyse de données textuelles s'est imposé à nous. Nous souhaitons pouvoir traiter toute la masse d'informations récoltées sans *a priori*, en nous laissant la possibilité de mettre au jour des éléments inattendus. En ce sens, comme le souligne Reinert (dans Gauzente et Peyrat-Guillard, 2007, p.23), le recours à l'analyse de données textuelles permet « *de rendre compte d'une dynamique à l'origine même de ce qui peut faire sens pour un interprète, celui-ci n'existant pas en soi, mais s'appuyant cependant sur des traces textuelles pouvant être observées statistiquement* ».

Quelles sont les origines de l'analyse des données textuelles ? Quels sont les outils utilisés et leurs limites ? Voici quelques-unes des questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans les points à suivre.

#### 4.3.2 Les origines de l'analyse des données textuelles

Le développement de l'analyse des données textuelles doit beaucoup au statisticien Jean-Paul Benzécri. À compter du début des années 1970, il a œuvré à la création et au développement d'outils statistiques multidimensionnels à même de traiter de grandes masses de données afin de pouvoir visualiser et hiérarchiser les informations qu'elles contiennent. Il est à l'origine de l'analyse factorielle des correspondances (AFC), outil statistique élaboré en vue de l'analyse de « données linguistiques » (Benzécri, 1973, 1981, 1982) et permettant de déterminer et hiérarchiser toutes les dépendances entre les lignes et les colonnes d'un tableau de contingence.



### 4.3.3 L'analyse factorielle des correspondances (AFC)

L'analyse factorielle des correspondances est une technique exploratoire dont la visée est « *de chercher, à partir d'un ensemble de  $k$  variables mesurées sur des échelles nominales, une structure sous-jacente aux données collectées* (Gavard-Perret et al., 2012, p.252) ». Appliquée à des données textuelles, nous pouvons nous représenter l'AFC comme étant une méthode statistique qui permet de visualiser sur un graphique la proximité ou l'éloignement des mots et des variables d'un corpus. En d'autres termes, et adapté à notre problématique, il s'agira notamment pour nous d'étudier les correspondances entre les caractéristiques des individus de la cohorte et le schéma mental de la relation d'emploi qu'ils anticipent avant l'obtention du diplôme et qu'ils développent durant leur première année d'exercice professionnel. Nous étudierons ce schéma mental au travers du discours, au travers des mots utilisés par les individus interrogés. Car, comme le dit Reinert<sup>10</sup> (2008, p. 983) : « *Dans l'activité langagière, les mots pleins constituent, selon nos hypothèses, des traces possibles des contenus de nos activités. Ils ne sont pas les signifiants mais bien les traces possibles de ce contenu en acte. Bien sûr, il existe des dictionnaires, dont on ne doit pas oublier qu'ils ne signifient rien sans un usage. Si les mots appartiennent à un bien commun, c'est d'abord par leur matérialité, c'est-à-dire dans la mesure où ils s'intègrent aux activités et l'usage d'une époque, d'un lieu, d'une population ; ils ne sont jamais seuls, aussi les contenus de ces usages impliquent-ils toujours des constellations de mots et de marques de toutes sortes.* ». Techniquement, une AFC s'établit soit sur les classes d'une classification descendante hiérarchique (CDH), soit sur une variable préalablement choisie (ayant au moins trois modalités), auquel cas le tableau de données croise les modalités de la variable avec le vocabulaire (tableau de fréquences).

Comme le décrit Reinert (2003), une classification descendante hiérarchique est un mode de calcul (algorithme) appliqué à un tableau de données qui fait apparaître le système de répétitions d'un mot et de marques de toutes sortes afin de rendre compte de l'organisation interne d'un discours. Concrètement, après avoir segmenté un texte, l'algorithme classe les segments de texte en fonction des mots pleins qui y sont présents. Ce faisant, « *l'étude statistique de la distribution de ce vocabulaire devrait permettre de retrouver la trace des "environnements mentaux" que le locuteur a successivement investis, trace perceptible sous forme de "mondes lexicaux"* » (Rouré et Reinert, 1993, p.573). À l'issue de l'analyse, la

---

<sup>10</sup> Max Reinert, ancien chercheur au CNRS, est le concepteur du logiciel ALCESTE.

classification descendante hiérarchique regroupe les différents « mondes lexicaux », différenciés par la distribution de leur vocabulaire, en classe d'énoncés significatifs renvoyant à des classes de discours.

Sur le plan factoriel, il est possible de visualiser les différentes distances entre chacun des mots utilisés ainsi qu'entre les variables. Pour ce faire, le calcul des distances se réalise grâce à la formule mathématique du Khi-deux.

#### 4.3.3.1 Le calcul du Khi2

Le test du Khi2 de Pearson est sans nul doute le plus usité dans les analyses de données textuelles (Bestgen, 2012). On a recours à ce test pour comparer une distribution expérimentale d'observations à une distribution théorique de probabilités. Sa formule mathématique est la suivante :

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - n_{ij}^*)^2}{n_{ij}^*}$$

Dans cette formule,  $n$  correspond à la fréquence réelle d'un mot dans le corpus analysé et  $n^*$  à la fréquence théorique de ce mot. Cette fréquence théorique s'obtient en considérant que si un mot est uniformément réparti dans le corpus à analyser, il doit se retrouver dans les mêmes proportions dans chacun des segments de texte de la classe à laquelle il appartient.

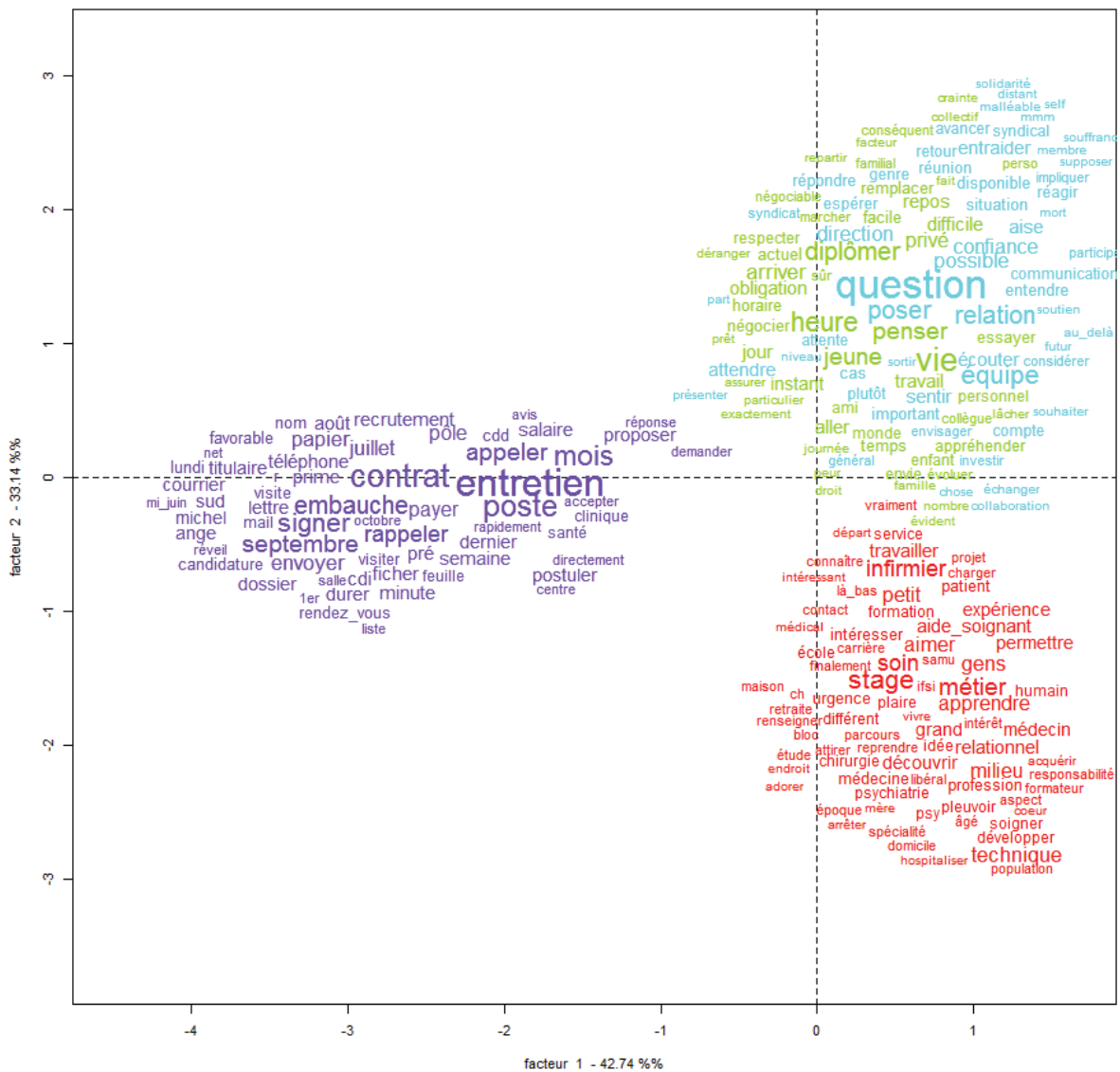
En partant d'une table de contingence construite à partir des mots utilisés dans un corpus, le test du Khi2 permet de calculer les mots surutilisés ou sous-utilisés par rapport à la fréquence théorique et donc de repérer les mots « caractéristiques » d'un thème, d'un type de d'individu, d'établissement, etc. Le degré de liberté étant égal à (nombre de ligne - 1) X (nombre de colonnes - 1), dans le cadre des analyses textuelles de notre travail, le degré de liberté utilisé par les logiciels ALCESTE et IRaMuTeQ est égal à 1. Selon la table du Khi-2 suivante, tout résultat de Khi2 donné par les logiciels utilisés d'une valeur supérieure à 10,83 est caractéristique au seuil de 0,1 %.

**Tableau n° 20 : la table du Khi2**

Degré de liberté	a (seuil de tolérance) = 0.05	a = 0.01	a = 0.001
1	3.84	6.64	10.83
2	5.99	9.21	13.82
3	7.82	11.35	16.27

Afin de préparer le lecteur à la découverte des résultats fournis par les logiciels d'analyse textuelle, nous tenons également à présenter l'analyse des correspondances (AFC) qui est fondée sur l'écart, la distance, entre les différents Khi2 des mots contenus dans le corpus. Comme nous l'avons abordé dans le chapitre précédent, l'AFC donne à voir une représentation graphique des associations sous-jacentes à une classe de discours. Elle permet ainsi « *la mise en évidence simultanée de différents principes d'organisation des données* » (Bestgen, 2012, p.158). Ainsi, à titre d'illustration, voici ci-dessous un exemple graphique de ce que permet une AFC (réalisée ici sur les classes d'une CDH).

**Figure n° 10 : exemple d'analyse factorielle des correspondances**



Ce graphique, issu de l'un des résultats de notre travail et que nous exploiterons plus avant dans la partie relative à l'analyse, permet déjà de se familiariser avec cette méthode. Globalement, tous les mots d'une même couleur ont été révélés par l'AFC comme étant « proches » dans le corpus soumis à analyse et décrivant un monde lexical commun. Cette AFC a été réalisée sur les classes d'une classification descendante hiérarchique (CDH).

#### 4.3.3.2 Les classifications descendantes hiérarchiques

Le logiciel ALCESTE, acronyme pour analyse des lexèmes cooccurrents dans les énoncés simples d'un texte (Reinert, 1998), a été élaboré dès 1986 par Max Reinert, ancien sociolinguiste au CNRS de Toulouse, en s'appuyant sur les travaux de Benzécri (1981) dans

le domaine des techniques statistiques et sur ceux de Harris (1952) concernant l'analyse distributionnelle. Il s'inscrit dans le courant de l'analyse statistique des données textuelles référencé notamment par Lebart et Salem (1994), chercheurs qui communiquent régulièrement aux Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles<sup>11</sup> (JADT). Aujourd'hui, ALCESTE est reconnu et utilisé par la communauté scientifique pour l'analyse de corpus d'entretiens, de questions ouvertes, d'œuvres littéraires ou bien encore d'articles de presse. Ce logiciel analyse l'ensemble des corpus textuels. Pour ce faire, l'utilisateur doit être vigilant sur la qualité formelle du matériau à analyser. Nous reviendrons sur ce point. Ce logiciel n'a pas pour vocation de donner du sens à un texte ou à une œuvre donnée, mais de déterminer comment sont organisés les éléments qui les constituent (Reinert, 1990). Il n'a pas non plus vocation à interpréter ce qui a été échangé, mais se pose comme une aide à l'interprétation en rendant accessibles les représentations propres d'un sujet énonciateur.

Avoir recours à ALCESTE revient à vouloir « *rendre compte de l'organisation interne d'un discours plutôt que de rendre compte de différences statistiques entre les divers textes d'un corpus* » (Reinert, 1998, p.557), corpus s'entendant ici comme l'intégralité d'un texte fourni pour analyse au logiciel. ALCESTE va mettre en exergue les ressemblances ainsi que les dissemblances du vocabulaire utilisé et ainsi décortiquer sa distribution dans les différentes composantes du texte soumis à analyse sans tenir compte du sens des mots utilisés. À ce propos, le discours retranscrit « *est vu comme une combinaison de phrases, une suite linéaire, et l'objet de l'analyse n'est pas d'en chercher le sens mais de déterminer comment sont organisés les éléments qui le constituent, sans faire appel à la connaissance que l'analyste peut avoir du sens spécifique de chaque morphème, de l'intention de l'auteur ou de sa situation* » (Marchand, 1998, p.52). De plus, ALCESTE ne travaille qu'à partir de formes « pleines » des verbes, noms, adverbes et adjectifs et ne tient pas compte des mots « outils » que sont les prépositions, les adjectifs possessifs, les pronoms, ainsi que certains verbes et adverbes fréquemment utilisés qui constituent la plupart du temps des éléments supplémentaires. Par ailleurs, le logiciel procède à une lemmatisation de ces formes « pleines », chaque mot est réduit à sa racine (lemme), par l'élimination des désinences et des suffixes, pour ne travailler qu'à partir des formes lemmatisées des vocables retenus. Ainsi, après traitement, les verbes se retrouveront à l'infinitif et les adjectifs et les noms apparaîtront

---

<sup>11</sup> JADT.org

au masculin singulier. La lemmatisation comprend également la suppression des « bruits » que peuvent constituer les hapax, ces mots n'ayant qu'une seule occurrence dans les corpus. À l'issue de ce traitement, ALCESTE élabore un classement statistique des différentes segmentations du corpus qu'il aura déterminées. Ces dernières sont appelées « unités de contexte élémentaires » (u.c.e). Il est à noter que ces unités de contexte, qui peuvent être des phrases, puisque la ponctuation est prise en compte, ou bien encore des paragraphes, sont réalisées en tenant compte de la distribution des mots au sein de ces entités, en rapprochant les segments contenant les mêmes vocables, afin de les classer dans une même classe de discours (un même monde lexical).

Une fois ce travail statistique préalablement réalisé, le logiciel élabore ainsi une classification descendante hiérarchique (CDH) qui regroupe dans une même classe les segments ayant le plus de caractéristiques communes, le plus de vocables communs. Le terme classification descendante hiérarchique s'entend comme étant le classement selon un ordre hiérarchique lié à la fréquence des vocables utilisés. Le sens « descendant » s'entend comme étant le fait qu'ALCESTE ne parte pas des mots pour former des « catégories » en les associant à leurs cooccurrents (principe d'une classification ascendante hiérarchique), mais réalise la démarche inverse qui est de séparer en des classes distinctes les mots utilisés dans des contextes différents. Entendons ici le terme cooccurrence comme étant l'association privilégiée de formes au sein d'une unité de contexte donnée. Dans le cadre de l'utilisation d'ALCESTE, nous emploierons les termes de « mondes lexicaux » ou bien encore de « classes de discours » pour désigner les classes distinguées par le logiciel à partir des différentes subdivisions réalisées.

Quant aux unités de contexte, le logiciel en reconnaît deux types accessibles à l'utilisateur. Tout d'abord les unités de contexte initiales (u.c.i.), qui, dans le cadre de notre recherche, correspondent aux partitions effectuées pour bien délimiter chaque retranscription. À cette fin, nous utilisons une ligne « étoilée » pour que le logiciel intègre le début et la fin d'une unité de contexte initiale. En résumé, dans le cadre de notre travail, une retranscription d'entretien correspond donc à une unité de contexte initiale. De plus, chaque retranscription est affectée d'un numéro ainsi que de variables que l'utilisateur juge pertinentes et qu'il a préalablement définies. En l'occurrence, dans le cadre de ce travail, nous avons décidé d'en définir sept. Ces sept variables permettent d'identifier chaque individu interrogé et de l'associer à son IFSI de formation, son établissement employeur, son genre, son âge, sa

situation maritale, le nombre d'enfants éventuels ainsi que le fait de savoir s'il a intégré un institut de formation en formation initiale ou bien en formation continue. Nous aurons donc, au regard des 40 individus de notre cohorte et des 19 recruteurs, 40 unités de contexte initiales relatives aux jeunes professionnels pour chaque temps de rencontre et 19 en ce qui concerne leurs recruteurs.

À partir de ces unités de contexte initiales, le logiciel segmente le corpus en unités de contexte élémentaires (u.c.e). Ces unités, fragments de textes, sont essentiellement fondées sur les mots pleins et la ponctuation présente dans les différents textes fournis. Afin que le découpage en segments de textes réalisé par le logiciel ne soit pas aléatoire et produise une classification stable, ce dernier réalise deux analyses successives du corpus selon un découpage légèrement différent. De plus, ALCESTE réalise également une analyse factorielle des correspondances (AFC) sur les classes de discours. Cette analyse donne à voir les rapports de proximité ou d'éloignement entre les différentes parties du corpus mises en évidence par la CDH (Marchand, 1998, p.52). Comme nous l'avons vu précédemment, le rendu graphique de cette analyse factorielle des correspondances se concrétise sur un espace à deux dimensions mettant en évidence l'agencement du vocabulaire d'un corpus donné. Globalement, les possibilités d'analyse offertes par le logiciel ALCESTE se retrouvent également dans un autre logiciel que nous avons également utilisé pour ce travail de recherche, à savoir le logiciel IRaMuTeQ.

#### 4.3.4 Le logiciel IRaMuTeQ

À l'instar d'ALCESTE, IRaMuTeQ, logiciel créé en 2008 par Pierre Ratinaud, chercheur en sciences de l'éducation au Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales (LERASS) de Toulouse, offre les mêmes possibilités techniques qu'ALCESTE en reposant également sur le principe d'une CDH. L'avantage que nous avons trouvé à utiliser ce logiciel libre et open-source est double. Tout d'abord, contrairement à ALCESTE, IRaMuTeQ dispose d'outils d'exportation vers des logiciels de traitement de texte permettant, notamment, de rendre compte au lecteur de l'AFC telle qu'elle apparaît à l'utilisateur de ce logiciel. Ensuite, en ayant recours à la même méthode de calcul, l'utilisation de ces deux logiciels pour le traitement de nos corpus nous permettait une double vérification de nos résultats, nous garantissant ainsi leur fiabilité. Dans le cadre d'analyses textuelles, ces outils sont des aides pour lesquelles il est important de connaître leurs limites.

### 4.3.5 Les limites de l'utilisation de la statistique textuelle

Utiliser les résultats d'ALCESTE ou d'IRaMuTeQ sans grille d'analyse théorique n'aurait guère de sens. Ces logiciels ne proposent qu'une analyse automatique et une aide à l'interprétation. Cette étape capitale relève de l'utilisateur qui, pour ce faire, doit engager une démarche itérative entre les différentes productions du logiciel (CDH, AFC) et le retour aux différents textes dans leur globalité pour pleinement saisir le sens de ce qui a été énoncé par les locuteurs. Le recours à la CDH permet de recenser les éléments du discours les plus représentatifs de chaque corpus analysé, charge ensuite à l'utilisateur de les interpréter en fonction du contexte du ou des verbatims retenus.

Dans le point suivant, nous présentons les paramétrages que nous avons retenus pour exploiter les corpus des entretiens.

### 4.3.6 Les paramétrages des corpus

Comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente, nous avons procédé à la conduite de 219 entretiens semi-directifs (infirmiers et recruteurs), ce qui représente, en termes de retranscription, 770 713 mots répartis sur 1 451 pages avec une police times new roman, taille 12 et interligne 1,5. Une fois les retranscriptions réalisées, elles ont été soumises à l'analyse des logiciels ALCESTE et IRaMuTeQ. Concrètement, dans un document unique, nous avons mis à suivre les différents entretiens correspondant à chaque temps d'investigation. Et de façon à pouvoir « retrouver » l'individu ayant formulé les verbatims mis en exergue à l'issue de l'analyse, avant retranscription d'entretien, nous avons donné une ligne de code, telle celle-ci-dessous, indiquant le numéro de l'individu ainsi que les caractéristiques qui nous paraissaient importantes à connaître et que nous avons justifiées précédemment.

**0002 \*IFSI\_C \*Employ\_CH1 \*Formation\_FC \*Sexe\_F \*Age\_32 \*Vie\_privée\_Celib  
\*Enf\_0**

Au travers de cette ligne de code utilisée, nous pouvons ainsi savoir que :

**0002** : il s'agit de l'individu n° 2 de notre cohorte.

**\*IFSI\_C** : l'individu a suivi sa formation dans l'IFSI C.

**\*Employ\_CH1** : l'employeur de l'individu est l'établissement « CH1 ».



**\*Formation\_FC** : l'individu était en formation continue et non initiale à l'IFSI, le cas échéant, il aurait été signalé **\*Formation\_FI**.

**\*Sexe\_F** : l'individu est de genre féminin. Un individu du genre masculin aurait été signalé par **\*Sexe\_M**

**\*Age\_32** : l'individu avait 32 ans au moment de l'obtention de son diplôme d'État infirmier.

**\*Vie\_privée\_Celib** : au niveau de sa vie privée, l'individu est célibataire ;

**\*Vie\_privée\_Couple** pour un individu ayant un(e) conjoint(e) sans communauté de vie. Cette dernière option est signalée par **\*Vie\_privée\_Concub** ; et pour les individus mariés, le signalement utilisé est **\*Vie\_privée\_Marié**.

**\*Enf\_0** : l'individu n'a pas d'enfant.

Après une première phase de test, nous nous sommes rendu compte que les corpus intégrant nos questions « parasitaient » la lecture des résultats sans les fausser. Au regard de ce désagrément visuel, nous avons fait le choix de retirer nos questions des retranscriptions. Ce qui, nous l'assurons à nouveau, n'a en rien modifié les résultats obtenus.

L'ensemble de ces considérations nous amène à aborder la validité de notre travail, ou plus exactement les validités de notre travail telles que nous les décrivons dans le chapitre suivant.

## 4.4 Les validités interne et externe des résultats

Pour qu'un travail de recherche soit exploitable, il est important de respecter des critères de validité interne et externe.

### 4.4.1 La validité interne

La construction du travail de recherche doit reposer sur des fondements méthodologiques solides de façon à donner à voir des résultats dont on ne peut remettre en cause la crédibilité. Il importe donc que les résultats d'une recherche produisent « *une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié* » (Mucchielli, 1996, p. 265). Ainsi, cette validité interne, comme la définissaient Boudreau et Arseneault (1994, p.128), correspond au « *degré selon lequel les résultats sont interprétés correctement* ». À ce titre, le travail du chercheur consiste « *à identifier tant les faits qui génèrent le concept que ceux qui le traduisent* » (Hlady-Rispal,

2002, p.102). En ce sens, en recoupant nos données issues des différents entretiens menés, de nos observations, des carnets de bord et des divers documents émanant des différentes directions et en nous rapportant toujours à l'état de la connaissance du contrat psychologique, le recours à des logiciels d'analyse textuelle ne peut que renforcer la validité interne de notre travail. La triangulation des sources d'information renforcera également la validité interne d'une recherche qualitative telle que la nôtre (Pourtois et Desmet, 1988). Au final, si nous pouvons résumer la validité interne comme étant « *la cohérence interne du construit du processus de recherche, la validité du construit et la rigueur du processus de recherche* » (Gavard-Perret et al., 2012, p.41), qu'en est-il de la validité externe de notre travail ?

#### 4.4.2 La validité externe

La validité externe se définit par Gavard-Perret et ses collègues (2012, p.45) comme « *la validité de connaissances au-delà de la base empirique à partir de laquelle elles ont été élaborées (dans une recherche qualitative, au-delà des cas considérés)* ». Dans une recherche quantitative, la validité externe tend à la rendre généralisable dans le sens où les idées et les thèmes inhérents à cette dernière génèrent des résultats répliquables dans plusieurs situations similaires (Hlady-Rispal, 2002). Dans une recherche qualitative telle que la nôtre, du fait de ne pas avoir recours à des échantillons déterminés de manière probabiliste et jugés représentatifs d'une population, nos résultats ne seront pas généralisables. Pour autant, comme le précise Yin (1994), une étude de cas qualitative n'a pas pour objectif de rendre l'expérience généralisable mais plutôt de concourir à un enrichissement théorique. La validité de notre recherche se mesurera, au travers de la mise en lumière de phénomènes et de processus reliés à la théorie du contrat psychologique, à sa propension à compléter la théorie existante à l'instar de ce qu'écrivaient Bryman et Bell (2003, p.56) : les études de cas qualitatives « *tendent à arguer du fait qu'elles visent à produire un examen intensif d'un cas, par rapport auquel elles s'engagent alors dans une analyse théorique* ».

Dans notre recherche, la validité externe examinera si les connaissances génériques sur le contrat psychologique, réinterprétées dans le contexte sanitaire tel que nous l'avons présenté, procurent des repères fonctionnels, adaptés et viables pour agir intentionnellement dans ce contexte sanitaire (Gavard-Perret et al., 2012). Ainsi, la validité externe de notre recherche s'évaluera en fonction de ce que les connaissances considérées à l'issue de notre

travail offrent comme repères adaptés pour comprendre la situation considérée et viables pour intervenir intentionnellement dans le contexte décrit.

Par ailleurs, nous pensons avoir atteint un niveau acceptable de saturation lié au fait de nous être entretenu avec un nombre relativement conséquent d'individus en tenant compte des similitudes et des différences entre eux et en triangulant nos sources d'informations.

Cette partie méthodologique terminée, nous allons désormais nous concentrer sur l'analyse des informations récoltées auprès des professionnels de santé et de leurs recruteurs.

## Partie 2 : résultats de la recherche et discussion

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats des différents temps d'entretien réalisés auprès de notre cohorte et de leurs employeurs. Les premiers chapitres de cette seconde partie nous permettront notamment de confronter la perspective des infirmiers à celle des recruteurs. Dans ces premiers chapitres, nous découvrirons ce qui a conduit ces jeunes professionnels à embrasser le monde du soin et nos investigations nous permettront de mettre en lumière leur contrat psychologique anticipatoire ainsi que l'évolution de celui-ci en contrat psychologique après qu'ils aient intégré une structure sanitaire ou médicosociale. Nous serons également vigilant à repérer vers qui ils se tournent de façon privilégiée pour répondre à leur besoin d'informations. Ce sera également l'occasion de nous rendre compte s'ils connaissent leur employeur et quel est l'état de leurs relations avec celui-ci. Globalement, les résultats des différents entretiens nous donneront à voir du respect ou non de leur contrat psychologique et de ce que cela occasionne chez eux comme attitudes et comportements.

Dans un premier temps, nous évoquerons donc le vécu des premiers mois d'exercice infirmier de notre cohorte (du T1 au T3). À suivre, nous investiguerons la période s'étirant du T4 (six mois d'exercice) au T5 (un an d'exercice), période durant laquelle le contrat psychologique tend à se stabiliser. Et, avant d'aborder la conclusion générale de notre recherche, nous tenterons d'apporter un éclairage complémentaire en analysant les données de l'observation que nous avons réalisée auprès de deux individus de la cohorte.

## Chapitre 5 : du contrat psychologique anticipatoire au vécu des premiers mois

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous avons réalisé l'analyse des corpus des 219 entretiens que nous avons menés auprès de notre cohorte. Ces corpus ont été analysés à l'aide des logiciels d'analyse textuelle IRaMuTeQ et ALCESTE. Notre objectif était donc de nous assurer que les analyses effectuées par l'un de ces logiciels étaient confortées par les résultats du second. Lorsqu'une différence de résultats apparaît, nous l'expliquons. C'est donc avec cette information que nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que, pour chacun des différents temps d'entretien, les résultats d'analyse ont subi une double vérification. Par ailleurs, dans un souci de lisibilité, les tableaux et données graphiques qui apparaîtront dans les chapitres qui suivent seront issus du logiciel IRaMuTeQ. Ce dernier offre en effet le double avantage d'une manipulation de ce type de données beaucoup plus aisée qu'ALCESTE ainsi que des graphiques d'une meilleure lisibilité.

## 5.1 L'analyse documentaire

Nous avons expliqué, dans la partie méthodologique de notre travail, que nous nous sommes intéressé aux différents documents liés à l'embauche des jeunes professionnels infirmiers de notre cohorte. Plus particulièrement, nous intéressaient le premier contrat de travail de ces infirmiers et leur carnet de bord, pour y recueillir leurs ressentis lors de la première semaine de travail effectif ainsi que les éventuels documents qu'ils ont reçus de la part de leurs recruteurs. Or, comme le confirment les recruteurs lorsqu'ils répondent à notre question de savoir ce qu'ils donnent aux recrutés comme documents, ils ne disposent pas de documents spécifiques à leur remettre. Nous passons volontairement sur les documents tels que les bons pour récupérer leurs blouses de travail dans les différentes blanchisserie ou lingerie hospitalières ou bien encore ceux pour pouvoir obtenir une carte de self. De plus, nous constatons que lorsqu'il y a une remise de documents présentant la structure, non pas par le recruteur, mais par les services administratifs, à l'exception de l'établissement « CHU1 » qui possède une plaquette intitulée « Recrutement infirmier à CHU1 », tous les autres se contentent de remettre la brochure distribuée aux patients et qui est accessible sur leur site web. Le livret « Recrutement infirmier à CHU1 » se décompose en huit parties. Dans la première, une présentation des différentes entités de l'établissement est faite avec des photos illustratives ainsi que les capacités d'accueil de chaque structure, le plateau technique et les ressources humaines correspondantes. Dans un deuxième chapitre est présenté le projet de soins de l'établissement. Un troisième chapitre met en avant les objectifs pour l'année en

cours en termes de mise en place du projet de soins directeur de l'établissement. Dans un quatrième chapitre, un focus est réalisé sur l'organisation des soins avec des abréviations professionnelles sans glossaire telles que GPMC, RPS, DPPI, qui nous semblent difficile à comprendre pour de jeunes professionnels infirmiers. Un cinquième chapitre explique l'organisation des soins en pôles d'activités au sein de ce centre hospitalier universitaire, là encore, peut-être pas de la plus pédagogique des façons qui soit. L'antépénultième chapitre de ce fascicule fait apparaître la marche à suivre pour être recruté par cet établissement. Toutes les étapes y sont décrites, de l'envoi d'un *curriculum vitae* et d'une lettre de motivation à la direction des soins à la signature du contrat. Sachant que ce document a été remis à quelqu'un qui venait de se faire recruter, et donc par conséquent, qui avait déjà suivi les différentes étapes, quel est l'intérêt de la délivrance d'un tel fascicule à un infirmier qui vient d'être recruté ? L'avant-dernier chapitre met en avant la politique d'accompagnement des projets professionnels des infirmiers de cet établissement. Plus particulièrement, ce chapitre détaille les types de prises en charge et d'accompagnement que prodigue l'établissement à des infirmiers ayant pour projet de devenir infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, puériculteurs ou cadres de santé. Ce chapitre détaille les années d'exercice professionnel minimales à avoir ainsi que ce que propose le centre hospitalier, à savoir une préparation ainsi qu'une affectation dans un service de soins *ad hoc* pour conforter le projet professionnel. Quant au dernier chapitre de ce livret d'accueil, il explicite les modalités d'accueil et d'encadrement du nouvel embauché en mettant l'accent sur le fait que des journées sont consacrées à la présentation de l'environnement de travail collectivement et individuellement. Au final, ce livret d'accueil donne à penser qu'en cas de demande, un accompagnement extrêmement personnalisé du projet professionnel d'un infirmier sera prodigué par l'établissement. C'est en tout cas le seul établissement de notre panel qui se soit doté d'un outil de communication spécifiquement dédié aux nouveaux professionnels infirmiers de l'établissement, qui semble s'engager dans les projets professionnels de ses agents et qui couche cet engagement noir sur blanc sur son livret d'accueil.

Pour tous les autres établissements, l'information est donnée aux nouveaux professionnels qu'ils trouveront les réponses à leurs questions sur l'intranet de la structure, au sein de leurs services de soins, ou auprès de leurs cadres de santé.



### 5.1.1 Le cas « RCHU1 »

Notre échange avec le directeur des soins « RCHU1 » était le seul où cette notion d'accompagnement des projets professionnels des infirmiers était aussi présent. Ceci s'explique notamment par le fait que, durant de nombreuses années, cet établissement ne recrutait pas suffisamment pour compenser les besoins et départs en retraite. Or, comme le dit ce recruteur, « *le recrutement, c'est un enjeu extrêmement important dans un établissement* ». Le nécessaire a donc été fait pour tenter d'attirer le plus de professionnels possible. Ce recruteur a embauché l'individu n° 35, qui, dès son entretien d'embauche, lui a fait part de sa volonté de devenir à moyen terme infirmier anesthésiste. « RCHU1 » lui a alors proposé de travailler sur un pool infirmier palliant l'absence d'infirmiers pour cause de maladie. Ce directeur des soins lui a dit que s'il travaillait sérieusement durant toute l'année et qu'il répondait aux exigences de qualité de soins de l'établissement, il lui offrirait un poste aux urgences de l'hôpital pendant une nouvelle année avant de lui financer une préparation aux concours pour être infirmier anesthésiste. C'est ce directeur des soins qui a suivi l'individu n° 35 en demandant régulièrement un bilan au cadre de santé de l'infirmier. À quelques jours de l'anniversaire de l'embauche de cet individu de notre cohorte, ce dernier a été convoqué dans le bureau du directeur des soins pour l'informer que, deux semaines plus tard, il commencerait aux services des urgences de l'établissement.

### 5.1.2 Le journal de bord

Notre demande faite aux individus de tenir un journal de bord consignait leurs premières impressions, leurs premiers ressentis a été globalement satisfaite. Sur 40, 34 nous ont fait parvenir leur document. Les six autres ont prétexté avoir oublié ou ne plus se rappeler où ils avaient entreposé leurs documents. Le lecteur retrouvera donc ces premières impressions dans l'annexe n° 5 de ce travail.

### 5.1.3 Le résumé de l'analyse documentaire

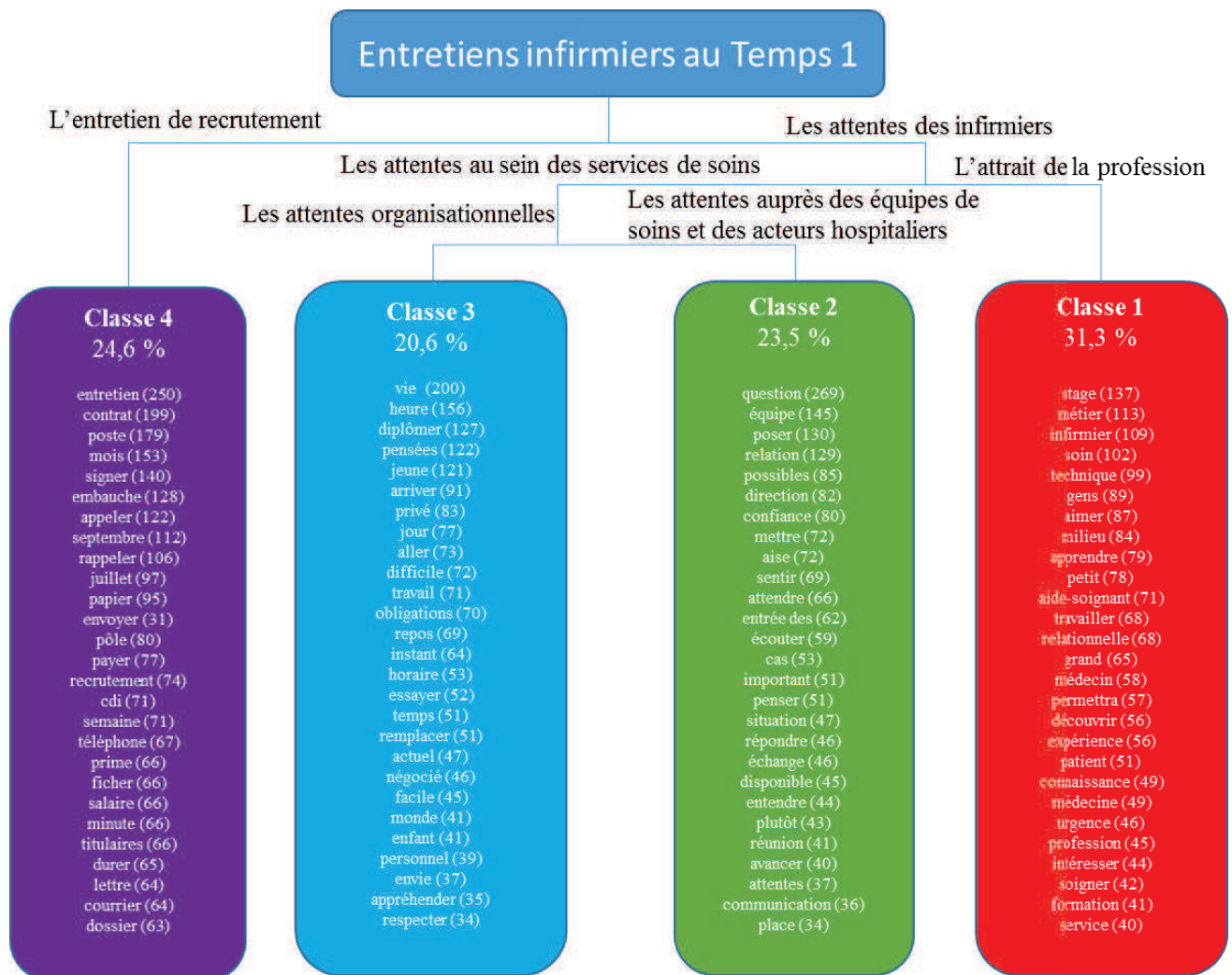
La mise en lien des propos de notre cohorte avec l'analyse de leurs contrats de travail met en avant le fait qu'ils se désintéressent totalement de ce document et que, pour eux, l'essentiel est ailleurs. Par ailleurs, nous savons que les individus de notre cohorte n'ont pas interrogé leurs recruteurs respectifs sur leurs salaires à venir, que les contrats de la Fonction publique hospitalière laissent apparaître comme flous, et qu'ils ne l'ont pas fait non plus auprès des personnes chargées de leur faire signer leur contrat dans les différents bureaux

administratifs. Il est donc intéressant de constater que c'est auprès de leurs collègues infirmiers qu'ils se sont tout naturellement tournés pour en savoir davantage et que ces derniers jouent un rôle capital dans le processus de socialisation des nouveaux arrivants. La somme de ces éléments nous amène à penser que l'aspect transactionnel de la relation d'emploi de ces infirmiers n'est pas leur préoccupation majeure ; ils ne se sont d'ailleurs même pas enquis de savoir combien ils toucheraient précisément en terme salarial ; et, en termes de socialisation, ils donnent priorité aux renseignements fournis par leurs collègues infirmiers.

## 5.2 L'analyse des premiers entretiens (T1)

Pour ce premier temps d'entretiens réalisés avant la prise de fonction effective, nous avons intégré dans le logiciel IRaMuTeQ un corpus de 40 textes (T). Chaque texte correspond à un entretien. L'ensemble de ces entretiens représente 182 018 mots, 4059 mots distincts et 1668 mots de fréquence minimale trois, prises en compte dans l'analyse. IRaMuTeQ a ensuite segmenté le corpus en 5164 segments de textes et, de ce nombre de segments de textes, 4931, soit 95,49 %, ont été associés à quatre classes de mots (monde lexicaux), de tailles relativement comparables (20,6 %, 23,5 %, 24,6 % et 31,3 %). Nous rappelons que tous les  $\text{Khi2} \geq 10,83$  sont significatifs au seuil de 0,1%.

**Figure n° 11 : les résultats de la CDH**  
Mots significatifs de chaque classe par Khi2 décroissant



Le vocabulaire spécifique de chaque classe est présenté dans la figure ci-dessus. L'arbre de classification sépare tout d'abord les classes 1, 2 et 3 (les attentes des infirmiers) de la classe 4 (l'entretien de recrutement) avant de les distinguer.

Les classes 1, 2 et 3 correspondent au monde lexical des attentes. Plus particulièrement, **la classe 1** regroupe les attentes des futurs professionnels en lien avec tout ce qui leur rend cette profession attrayante à savoir, en premier lieu, la technicité des soins et le relationnel auprès des patients. Une sélection de verbatims significatifs étaye cette analyse. Nous informons que les mots en gras dans les verbatims sont caractéristiques de la classe de discours qui est commentée et que l'on retrouve dans les résultats de la CDH. De plus, les numéros cités désignent les individus ayant tenu le propos.

*« avides de **soins techniques** » (n° 19, Khi2 = 100)*

*« un mélange de **soins** aussi entre un temps **relationnel** et un temps je dirais **technique** » (n° 5, Khi2 = 82)*

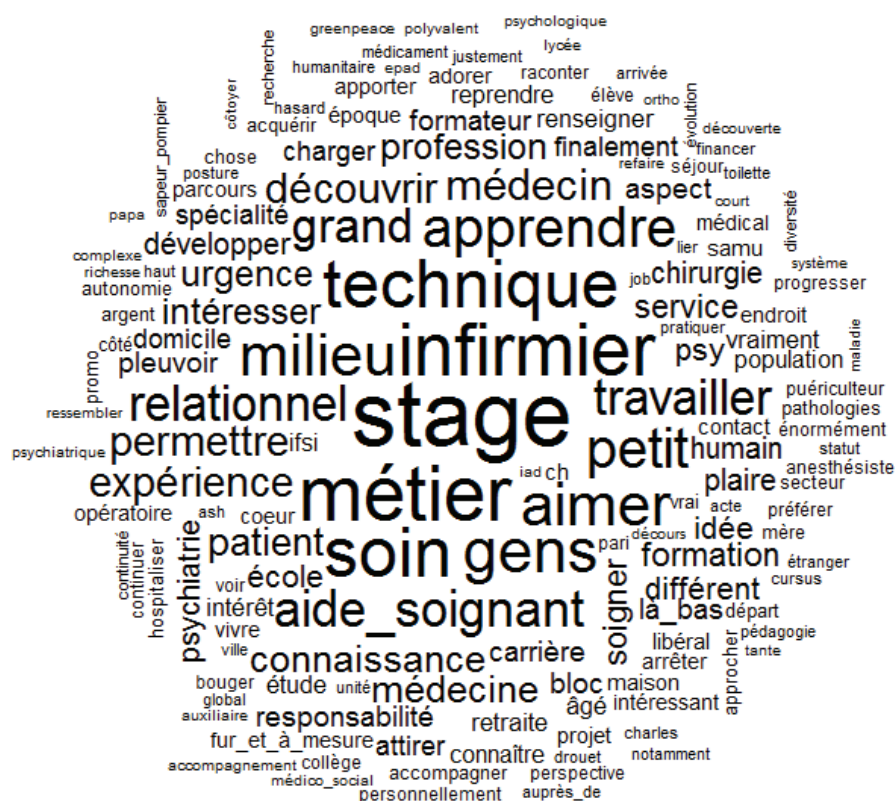
*« alors mes motivations c'est le côté **relationnel** avec les personnes, les **responsabilités** qu'on a, aussi l'**aspect technique** des **soins**, le travail d'équipe et puis la cohésion qui est très important » (n° 17, Khi2 = 66)*

*« il y avait beaucoup de **relationnel** parce que en **libéral** forcément on rentre chez les **gens**, donc il y a **énormément** de **relationnel**, il y a des **soins techniques** » (n° 38, Khi2 = 66)*

*« pour moi être **infirmière**, c'est dispenser des **soins** de toute nature curative même palliative » (n° 38, Khi2 = 65)*

Nous retrouvons ci-dessous le nuage de mots caractéristiques de la **classe 1** pour lesquels la taille de chaque mot correspond à sa représentativité au sein de la classe en fonction de son Khi2. Plus la taille du mot est importante, plus il est représentatif de la classe, avec un Khi2 élevé.

**Figure n° 12 : nuage de mots de la classe 1**



Au travers de cette **classe 1**, nous nous apercevons également que la genèse de l'envie d'embrasser la carrière d'infirmière n'a pas toujours d'origine bien établie ou bien s'est produite lors d'échanges avec des proches et s'est ensuite trouvée renforcée par les stages réalisés durant leur formation professionnelle.

« un accident en fait, euh je sais pas en fait, j'ai toujours voulu depuis toute **petite** euh, être **infirmière** et je ne sais pas exactement d'où ça m'est venu » (n° 18, Khi2 = 91)

« c'est un **métier** qui se fait par **envie**, quoi dire de plus, ah oui, non, non euh ben pour avoir été en **stage** à la clinique, j'ai beaucoup **aimé** l'ambiance » (n° 23, Khi2 = 85)

« qui sont **infirmières** aujourd'hui et quand elles me **racontaient** leurs **stages**, leurs **petites** anecdotes qui leur arrivaient pendant leurs **stages**, et ce qu'elles **apprenaient** en **cours**, bah j'étais bouche bée et, euh, je buvais leurs paroles » (n° 14, Khi2 = 71)

« en parlant avec mes parents, j'ai une de mes **tantes** qui est **infirmière**, donc j'ai beaucoup parlé avec elle et aussi en parlant quand on était **petit**, mais après, pas plus, pas moins » (n° 24, Khi2 = 66)

« j'en ai toujours un **petit** peu entendu parler parce que j'ai moi-même une **tante** qui est **infirmière**. » (n° 21, Khi2 = 66)

Les stages réalisés en formation infirmière leur permettent par ailleurs de se construire un projet professionnel et d'être en capacité de savoir dans quel type de structures et dans quelle spécialité ils préféreraient exercer. En plus des spécialités rencontrées, les nouveaux professionnels infirmiers portent également un regard sur les ambiances de travail qu'ils ont pu rencontrer en stage et les critiquent.

*« j'ai **vu** quand même pendant les semaines de **stages** que c'était assez hypocrite dans l'ensemble, si jamais ça avait été comme ça, je crois que ça se serait pas bien passé » (n° 27, Khi2 = 76)*

*« c'est le premier **service** dans lequel je fais des **stages**, où je **retrouve un petit** peu les valeurs d'équipe et de **soins** que j'apprécie, celles qui me semblent les plus, les plus en cohérence avec ce que j'**apprends** » (n° 5, Khi2 = 73)*

*« mais des **stages** que j'ai faits **là-bas**, en fait, c'est le ressenti que j'ai eu, c'est pour ça que ça me **plairait** moins » (n° 6, Khi2 = 68)*

Au cours de ces stages, ils arrivent à surpasser leurs craintes d'avoir à gérer des aspects difficiles de la profession tels que la mort des patients pris en charge.

*« grâce à mon **stage**, j'ai réussi à **prendre un petit** peu de recul par rapport à tout ça » (n° 31, Khi2 = 75)*

Concernant les stages, il apparaît que l'ambiance d'équipe prévaut sur l'intérêt des spécialités médicales ou chirurgicales du service en termes de satisfaction.

*« voilà, et puis les **stages** qui ont été pour moi satisfaisants et ceux qui, au **contraire**, ils l'ont été moins donc voilà ». (n° 30, Khi2 = 69)*

À travers ces verbatims, nous pouvons également constater que les jeunes professionnels ont fait des choix de stages stratégiques avant le début de leur formation, notamment en ce qui concerne leur IFSI de formation. Lorsque plusieurs IFSI étaient proches de chez eux, certains ont fait leur choix en fonction de ce qu'ils connaissaient des possibilités de stage à venir dans chaque institut de formation.

*« j'ai **choisi** l'IFSI A parce que c'est une **grande**, une plus **grande** structure, ça m'**intéressait** davantage au niveau du choix des **stages** » (n° 32, Khi2 = 64)*

Le discours des individus de la cohorte fait état d'une forte volonté de prendre soin des patients qui leur seront confiés. Ces jeunes professionnels fondent de grandes attentes sur la relation qu'ils établiront avec le patient et son entourage.

« enfin moi, j'**aimerais** bien faire des trucs sur la **recherche** aussi et puis moi, dans ce **métier-là**, ce que je relève le plus, c'est que faut de l'humanité quand même » (n° 25, Khi2 = 71)

« les **grands** principes pour moi, c'est avant tout l'humanisme dans tout ce qui est **relationnel patient**, dans la **technique relationnelle**, et puis c'est pour ça que je vais **travailler** à ( « EPSM3 » ) » (n°1, Khi2=70)

« des qualités **relationnelles** très importantes ; faire attention aux **gens**, et voilà, leur **apporter** du confort. » (n° 31, Khi2 = 70)

« **prendre soin** des **gens** dans toutes leurs dimensions, être à l'écoute » (n° 33, Khi2 = 67)

« alors les motivations, c'est le côté **relationnel** avec les personnes, les responsabilités qu'on a » (n° 17, Khi2 = 66)

L'étude de la **classe 1** fait également ressortir que l'attractivité de cette profession pour les individus tient également au fait que, pour eux, elle est pourvoyeuse de nombreuses formations permettant d'approfondir ses connaissances et synonyme de diverses évolutions professionnelles. Ces jeunes professionnels sont donc en attente de formations de la part des établissements qui les embauchent, même s'ils n'ont pas, à cet instant, une vision précise de ce qu'ils aimeraient suivre comme formations complémentaires ou bien encore diplômantes.

« ce qui me **plaît**, c'est d'**apprendre** et de faire **apprendre** les **choses** » (n° 9, Khi2 = 62)

« mais non, pas **rester infirmière**, même si oui, j'ai **appris** que maintenant on n'était pas obligé de passer par la **formation** cadre » (n° 23, Khi2 = 59)

« infirmière, je **trouvais** que c'était la bonne alternative avec des **grandes** possibilités d'**évolution** » (n° 35, Khi2 = 56)

« initialement, je voulais devenir **puéricultrice**, et quand je me suis **renseignée**, j'ai vu qu'il fallait faire **infirmière** avant d'être **puéricultrice** » (n° 33, Khi2 = 56)

« proposer des **formations** pendant que je travaille dans leur **établissement** » (n° 39, Khi2 = 55)

Ensuite, les classes 2 (en vert dans la CDH) et 3 (en bleu), qui sont très proches l'une de l'autre, font état des attentes professionnelles des jeunes infirmiers au niveau de leur service de soins et en ce qui concerne leur organisation de façon globale. Ainsi, la **classe 2** met plus particulièrement en lumière les attentes quant à la relation qu'ils souhaitent avoir avec leurs équipes de soins respectives.

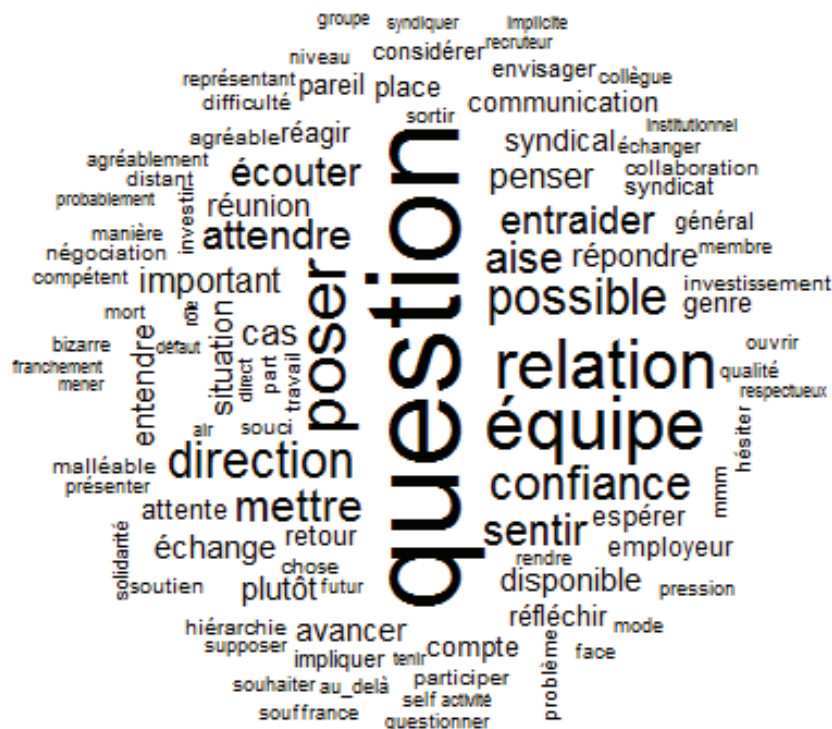
*« j'espère pouvoir au moins me confier et leur dire, **poser des questions**, et j'espère qu'ils seront un peu indulgents, puis je sais, c'est aussi à moi de faire l'effort » (n° 25, Khi2 = 144)*

*« soit bien **intégré**, qu'on me fasse présentation de la structure, de l'**équipe**, du fonctionnement de toute la structure » (n° 15, Khi2 = 141)*

*« c'est pas trop les **questions** que je me suis **posées**, enfin moi je voulais juste trouver du **travail** qui me plaise avec une bonne **équipe** » (n° 38, Khi2 = 114)*

Le nuage de mots ci-après met en évidence les mots avec les Khi2 les plus représentatifs de cette classe.

**Figure n° 13** : le nuage de mots de la **classe 2**





Au sein de cette **classe 2**, se trouvent également les verbatims faisant état des premiers contacts qu'ils ont eus avec les représentants des directions lors de leur entretien de recrutement. Leurs propos font ainsi la lumière sur le vécu de ces professionnels lors de ces entretiens durant lesquels il ressort que les candidats n'ont pas cherché à négocier un quelconque aspect de leur recrutement. Cela ne semble pas leur être venu à l'esprit.

*« j'ai presque pas eu de **questions** » (n° 39, Khi2 = 269)*

*« j'ai **confiance** oui, je sais pas si j'ai bien fait à ce moment-là, non, je me suis même pas **posé la question** » (n° 37, Khi2 = 160)*

*« **pareil**, j'aurais pu **poser la question**, c'était pas peu **clair**, mais c'était plus une **information** manquante, mais après une fois encore, c'est moi qui aurai pu, ou dû **poser la question**, notamment sur les salaires » (n° 14, Khi2 = 87)*

Ce qu'il est intéressant de constater c'est que l'absence de négociations (Khi2 = 17) de la part des candidats ne semble pas liée à leur relativement jeune âge et manque d'expérience professionnelle puisque les individus ayant été formés au titre de la formation continue se retrouvent également concernés par l'absence de toute revendication lors de ces entretiens auprès de leurs employeurs attirés et nous constatons que l'aspect financier n'est même jamais abordé. Au niveau du contrat psychologique, nous pouvons dire qu'en ce qui concerne l'échange (Sels & al., 2004), il se trouve asymétrique entre les employeurs et les nouveaux employés puisqu'aucun de ces derniers ne s'est autorisé à négocier quoi que ce soit. Ceci étant, à ce moment, cette asymétrie semble tout à fait acceptable pour les infirmiers.

*« la **question** s'est pas **posée**, donc déjà quand on est autorisé à partir en formation de trois ans, ça a été aussi dû à mes antécédents d'aide-soignant » (n° 13, Khi2 = 199)*

*« toutes ces **questions**-là, je les ai pas **posées** parce que voilà, je suis déjà dans l'**établissement**, donc je sais à peu près si ça bouge, ça va pas être phénoménal, ça va pas modifier énormément ma vie en soi » (n° 20, Khi2 = 136)*

*« non, je n'ai pas **posé de questions** du tout, mais c'est vrai que ça par contre, c'est vrai que j'aurais pu l'**aborder** mais je sais pas, j'aurais pu demander » (n° 23, Khi2 = 135)*

*« enfin c'est une grille de salaire en fait, j'en sais trop rien, j'ai quelques doutes en fait mais enfin du coup, je m'en suis **rendu compte** un petit peu plus tard que je n'avais pas **posé cette question** » (n° 14, Khi2 = 111)*

*« on **verra** bien ce qu'ils me diront, je **pense** aux **notes**, voilà, à ce moment-là, je **poserai** peut-être certainement aussi la **question** » (n° 20, Khi2 = 91)*

Globalement, les verbatims recensés font état de la bienveillance du recruteur.

« ça n'a pas été du tout pour moi un entretien où c'est moi je parle et après on **pose** les **questions** » (n° 40, Khi2 = 199)

« je dirais même qu'ils ont été **au-delà** de mes **questions** » (n° 20, Khi2 = 142)

« c'est le même type de **questions** sans, voilà, c'était globalement le même entretien avec le même type de personne qui a su me **mettre** à l'**aise**, donc très bien » (n° 30, Khi2 = 138)

« pas de **questions** pièges, je me suis **sentie** à l'**aise** » (n° 31, Khi2 = 136)

« en fait, j'ai eu réponse à toutes mes **questions** et j'ai été très bien **accueilli** donc déjà, d'être à l'**écoute** » (n° 11, Khi2 = 111)

Pour ces candidats à l'embauche, à la sortie de l'entretien avec le recruteur, il ne semble pas non plus qu'il y ait eu de propos pouvant être jugés flous ou tout du moins peu clairs, en d'autres termes, il n'y a pas eu d'ambiguïté quant aux termes du contrat psychologique. Globalement, tout ce qui a été échangé avec le recruteur semblait évident pour les recrutés.

« pour moi non, j'avais mon contrat, les clauses du contrat me convenaient donc non, la **question** ne m'est même pas venue, je parle de voilà, de ce que j'ai **échangé** » (n° 37, Khi2 = 142)

« Oui, tout a été **clair**, ils m'ont demandé si j'avais des **questions** supplémentaires et puis comme ce qu'ils m'avaient dit c'était **clair** pour moi, je n'avais rien à ajouter de plus » (n°38, Khi2 = 136)

Le seul bémol récurrent concernant cet entretien d'embauche concerne le fait qu'il ait été souvent jugé trop court. Trop court au regard du temps de préparation que cela a nécessité pour certains postulants, et trop court au regard de la connaissance que le candidat souhaite offrir de lui à son futur employeur.

« quelque **part** c'est ça, oui, je me suis documentée sur l'hôpital, j'avais préparé comme dans tous les entretiens, j'avais préparé des **questions** comme à chaque fois » (n° 29, Khi2 = 144)

« C'était très rapide, et que c'était des **questions** on ne peut plus classiques et qu'il n'allait pas chercher **vraiment** les convictions personnelles, en tout **cas** c'est le ressenti que j'ai eu » (n° 36, Khi2 = 109)

« je m'**attendais** pas à ça en fait, je m'**attendais** plus à des **questions** un peu plus approfondies que ce que j'ai pu avoir » (n° 29, Khi2 = 115)

Et enfin, concernant cette **classe 2**, à l'issue de leurs entretiens, les infirmiers recrutés n'ont pas le sentiment que des promesses leurs ont été faites par les recruteurs.

*« Elle m'a pas fait de **promesses**, non, elle m'a pas fait de **promesses** » (n° 13, Khi2 = 134)*

*« il n'y a eu aucune **promesse de faite** » (n° 33, Khi2 = 68)*

Pour conclure l'analyse de cette **classe 2**, nous pouvons constater, dans son nuage de mots, que le mot « syndicat » apparaît sans que nous l'évoquions jusqu'à présent. Afin de nous rendre compte de l'importance des agents organisationnels dans la construction du contrat psychologique, nous avons notamment intégré les organisations syndicales afin de voir si elles contribuaient à cette construction auprès des individus de la cohorte. Ce mot « syndicat » apparaît donc dans les verbatims en réponse à nos questions. Et nous pouvons noter qu'aucun des infirmiers n'a eu affaire avec un représentant syndical avant son embauche effective et qu'aucun d'eux n'envisage d'en avoir par la suite puisqu'ils ne savent pas quelle est leur utilité pour l'instant.

En termes d'attentes, **la classe 3** se distingue de la **classe 2** en cela qu'elle montre clairement que ces jeunes formés sont conscients des différentes contraintes organisationnelles qui leur seront imposées, mais qu'ils possèdent néanmoins des attentes sur ces aspects organisationnels. Ces jeunes professionnels sont attachés à la qualité de leur vie privée. Bien qu'ils soient conscients qu'en tant que jeunes diplômés ils auront à faire leurs preuves et que cela les obligera sans nul doute à faire quelques concessions au niveau de leur vie privée...tout du moins les premiers mois. C'est ainsi que l'on peut se rendre compte que l'étendue du contrat psychologique (Sels & al., 2004), cette perméabilité entre relation d'emploi et vie privée, pourra vraisemblablement être grande en début de carrière puis diminuée en fonction de l'évolution de la vie privée de ces soignants.

*« je sais pas si ça **va** être compatible, il faut que j'**arrive** à me poser dans ma **vie** à côté » (n° 5, Khi2 = 121)*

*« je crois que c'était déjà pas mal mes **obligations**, déjà d'être une infirmière, d'être dans le service avec les exigences d'**heures** » (n° 3, Khi2 = 113)*

*« c'est pour ça aussi que j'ai choisi ce poste-là, c'est pour ma **vie privée**, ça me faisait beaucoup plus d'**heures de route** » (n° 15, Khi2 = 110)*

*« j'imagine que quand j'aurai un certain **nombre** d'années d'expérience derrière moi et je sais pas, je **pense** que je privilégierai ma **vie privée** » (n° 36, Khi2 = 106)*



Au niveau de leurs attentes organisationnelles recensées dans cette [classe 3](#), la négociation apparaît. Le contenu des verbatims faisant état de cette négociation permet de constater que les infirmiers ne se sont sentis aucune possibilité de négocier un quelconque aspect de leur recrutement en termes de rémunération ou bien encore d'affectation lorsqu'aucun choix ne leur était proposé. En d'autres termes, sur ces considérations, l'échange est clairement asymétrique et cela semble leur convenir pour le moment (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004), d'autant plus que les offres d'emploi infirmier ne sont pas nombreuses.

Le verbatim de cette infirmière ayant bénéficié d'une promotion professionnelle en atteste :

*« j'ai juste **essayé de négocier** le service dans lequel je voulais **aller**. De toutes les manières, je dois travailler un an, donc je ferai mon année. Après j'aimerais bien au terme de cette année **aller** dans un service qui me plaît » (n° 8, Khi2 = 57)*

Tout comme les verbatims d'individus issus de formation initiale.

*« je me suis pas sentie en **position de négocier**. En même **temps**, on est dans un entretien, enfin, à l'**heure actuelle**, on n'est pas dans une ville où il y a énormément de **boulots de proposés** » (n° 39, Khi2 = 54)*

*« je ne **pense pas** que j'aurais **négocié** pour un poste que je voudrais » (n° 7, Khi2 = 51)*

Si certains individus évoquent de possibles négociations par la suite, ils considèrent qu'il leur faudra « faire leurs preuves professionnelles » auparavant et, pour eux, ces négociations ne porteront pas sur des critères salariaux mais seront centrés sur des affectations dans des services de soins qui les intéressent pour leurs spécialités, ou pour les possibilités qu'ils offrent de ne plus avoir à travailler les week-ends. En d'autres termes, ils estiment que s'ils donnent satisfaction professionnelle, ils pourront établir une symétrie de l'échange (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004). Il apparaît que, pour eux, le cadre temporel de la relation d'emploi (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993) influencera la symétrie de l'échange (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) ainsi que la stabilité du contrat psychologique (MacNeil, 1985 ; Janssens et al., 2004). De plus, le fait qu'ils n'envisagent pas de négocier l'aspect salarial de leur emploi nous montre qu'ils ont déjà, avant l'embauche

effective, intégré à quel point leurs rémunérations individuelles à venir sont collectivement régulées.

« la **rémunération** et caetera, pour moi, à l'**heure** d'aujourd'hui, je **pense** que c'est comme ça, on a tant d'expérience, on a tant de salaire voilà. Il n'y a pas grand-chose de **négociable** » (n° 35, Khi2 = 79)

« je **pense** que tout peut être **négociable**, après voilà, il faut peut-être du **temps** aussi » (n° 2, Khi = 51)

« du fait que je **sorte** de l'école, je ne vois pas trop ce j'aurais pu **négociier**. Avec le **temps**, je **pense** que je serais plus amenée à peut-être **négociier** » (n° 10, Khi2 = 45)

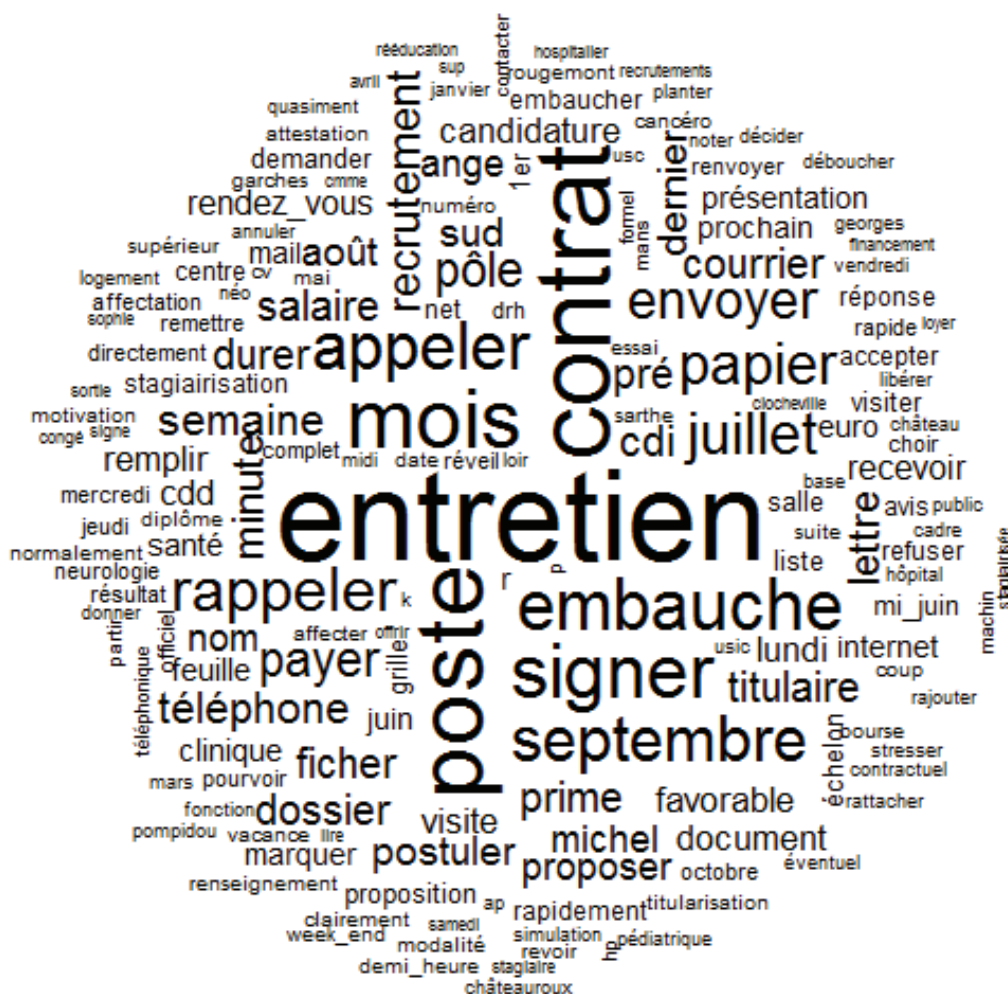
Comme nous l'avons vu au début de l'analyse de ces premiers entretiens, la **classe 4** est séparée des autres classes. Elle se distingue des attentes des infirmiers en cela qu'elle concerne les engagements pris par les infirmiers durant l'entretien de recrutement. Cette classe relate le discours des infirmiers relatif à l'entretien de recrutement, au contrat de travail et éventuellement à la durée de celui-ci. À cette occasion, les verbatims des jeunes recrutés font apparaître ce sur quoi ils se sont engagés lors de l'entretien de recrutement et ce sur quoi ils ne veulent pas décevoir.

« C'est de bien travailler, de respecter tout ce qu'on va me dire, enfin j'ai pas vu mon **contrat** encore, j'ai pas **signé**, mais j'imagine un peu ce que ça doit être » (n° 33, Khi2 = 169)

À la lecture des verbatims de cette classe, on peut se rendre compte que la notion de contrat légal est quelque peu floue, voire fausse, pour ces nouveaux embauchés. En effet, ils pensent que le contrat légal contient des clauses leur interdisant d'être malade, leur demandant de respecter les horaires, de faire de leur mieux, de bien travailler avec les aides-soignantes et de bien les « gérer », d'être des infirmiers professionnels qui savent prendre soin des patients, d'assurer le travail correctement ou bien encore d'encadrer les étudiants. En d'autres termes, ils se représentent leur niveau de contrat (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) tel qu'il leur est apparu lors de leurs stages en formation infirmière concernant les infirmiers qui les ont encadrés.

« respecter mon **contrat**, respecter les horaires, ne pas être absente, voilà ben faut espérer ne pas être malade » (n° 28, Khi2 = 153)

Figure n° 15 : le nuage de mots de la classe 4



L'analyse de ce premier temps d'entretien distingue les individus en formation professionnelle de ceux en formation initiale. Déjà embauchés dans leurs établissements, les bénéficiaires de la promotion professionnelle, pour moitié d'entre eux, regrettent le peu de considération dont ils ont été l'objet durant le recrutement, ainsi que le peu de choix d'affectation de services qui leur a été proposé, les entretiens se résumant à l'énoncé des postes vacants à pourvoir lorsqu'un choix, de la part du soignant, était possible.

*« oui, en tant qu'individu, pas en tant que matricule en fait, oui, un engagement à servir que j'ai **signé**, que c'est très militaire et que si je fais pas mes cinq ans, je suis décapité » (n°16, Khi2 = 140)*

*« c'était assez peu étendu en fait, c'était ces **postes-là** dans l'immédiat » (n° 10, Khi2 = 179)*

Pour ces anciens aides-soignants ayant bénéficié de la promotion professionnelle, ces verbatims sont le reflet d'une déception. Ils se sentent déconsidérés et font état d'une grande asymétrie de l'échange (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) avec leur recruteur commun « R CH1 ». Il sera intéressant dans les prochains entretiens de constater l'évolution de ce ressentiment et de voir s'il n'est pas à l'origine d'une renonciation ou d'une incongruence, prémisses d'une rupture du contrat psychologique (Morrison & Robinson, 1997).

À noter également que lorsque l'employé ayant bénéficié de la formation professionnelle connaissait le recruteur, il y avait une volonté de ne pas décevoir ce dernier.

*« Je trouvais que c'était normal de **signer** ce **contrat**, j'en ai retenu mon engagement de service d'une part, mon engagement à retourner travailler dans les services l'été d'autre part » (n° 4, Khi2 = 169)*

*« c'est qu'elle estime que je suis capable d'assurer ce rôle là et pour moi, je me dois de ne pas la décevoir. Déjà le **contrat**, le **contrat** de travail que j'ai toujours pas **signé**. » (n° 15, Khi2 = 169)*

Pour les autres infirmiers relevant de la formation initiale, ils trouvent que leur processus d'affectation a été tout à fait normal.

*« l'**entretien** d'**embauche**, ben non justement, ça paraissait très clair » (n° 23, Khi2 = 87)*

*« non, je suis repartie de cet **entretien**-là plutôt rassurée. Ben ça a été **rapide**, je dirais une **demi-heure** c'est tout » (n° 20, Khi2 = 96)*

Au travers de cette **classe 4**, nous constatons également que les professionnels issus de la formation initiale n'ont pas une vision très précise de la pérennité de leur exercice dans les établissements qui les ont embauchés.

*« elle m'a justement averti que c'était certainement, enfin que c'était un **poste** pour deux **mois** » (n° 5, Khi2 = 166)*

*« Avec la **possibilité** derrière d'avoir quelque chose si tout se passait bien parce que voilà, ils ont été clairs sur le fait que, voilà, il y avait des **postes** » (n° 34, Khi2 = 158)*

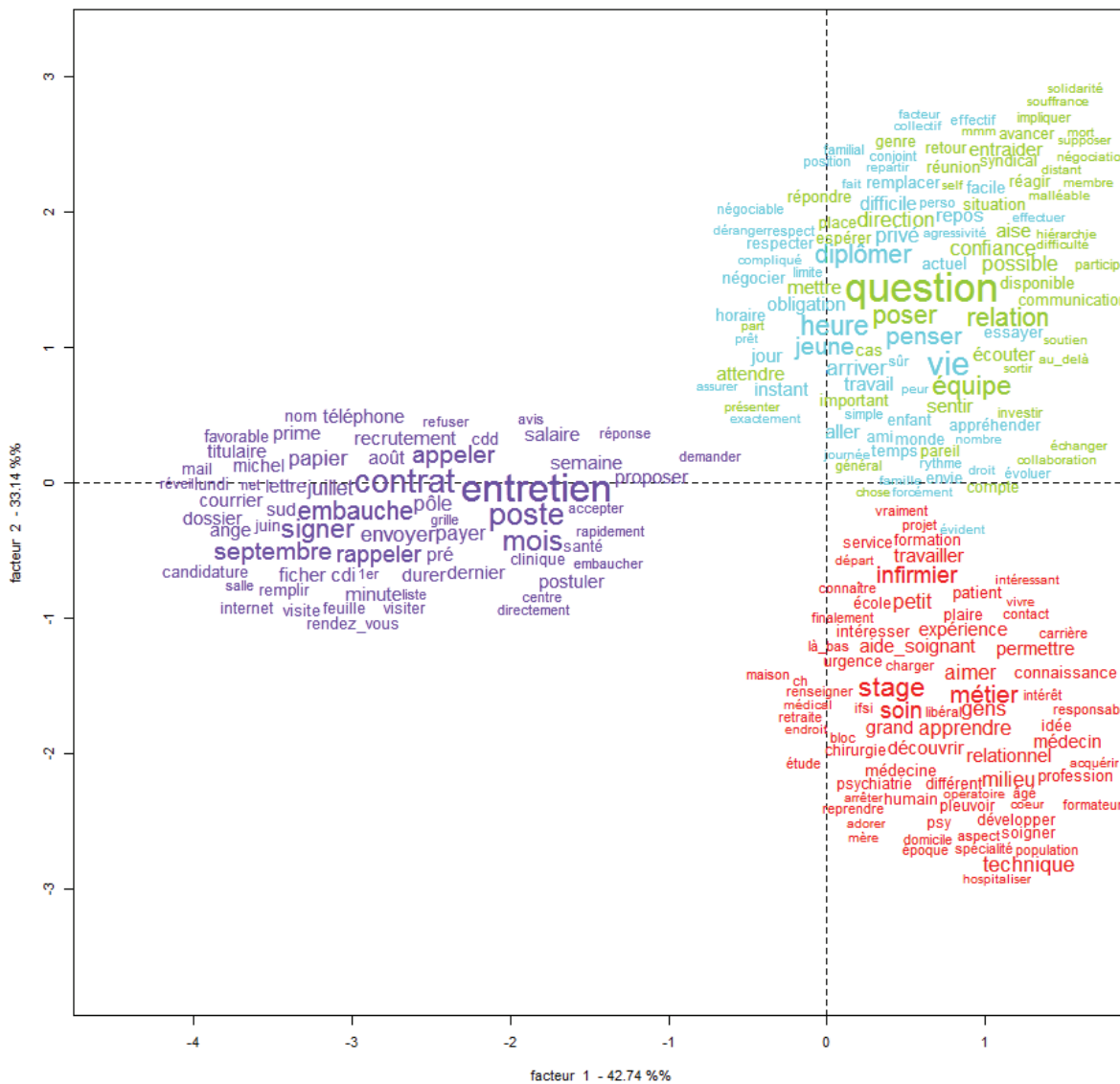
*« j'y suis et jusqu'à la fin de l'année, je suis parti sur un **contrat** de six **mois** » (n° 34, Khi2 = 176)*



### 5.3 Le résumé de l'analyse du « T1 »

À l'aide du graphique n° 1, nous pouvons visuellement constater les distances séparant les quatre classes de discours mises en lumière par IRaMuTeQ.

**Figure n° 16 : l'analyse factorielle des correspondances du T1**



Au terme de cette première analyse, nous sommes en capacité de relever différentes attentes professionnelles des infirmiers.

Tout d'abord, l'étude de la **classe 1** nous renseigne sur ce qui rend la profession infirmière attractive aux yeux de ces jeunes diplômés en lien avec leur profession à vouloir prendre soin des patients tant d'un point de vue technique que d'un point de vue relationnel en

y intégrant l'entourage proximal de ces derniers. Ensuite, la **classe 1** décrypte le mécanisme de découverte de la profession infirmière. À cette occasion, nous faisons le constat que la naissance de cette volonté d'être soignant n'est bien souvent pas clairement identifiée, et on s'aperçoit que, dans la très grande majorité des cas, ce n'est pas l'hypothétique habitus professionnel soignant parental qui oriente ces jeunes vers la profession infirmière mais plutôt des rencontres et des échanges avec des membres de la famille qui exercent cette profession ou bien encore avec des infirmiers scolaires ou autres que ces jeunes ont croisés dans leur jeunesse. Une fois ce choix de carrière acté, le choix de l'IFSI de formation ne s'établit pas sur des critères de renommée, d'excellence pédagogique supposée ou bien encore sur la taille des promotions étudiantes, mais sur des critères économiques essentiellement basés sur la proximité géographique avec le domicile parental ou de membres de la famille qui pourraient héberger le futur étudiant infirmier ainsi que sur les choix stratégiques par rapport à l'éventail des stages. De la même manière, nous constatons que les réponses fournies à nos questions relatives au choix de l'établissement mettent en avant le fait que le choix primordial de ces jeunes diplômés est également d'ordre géographique. La plupart d'entre eux ne tiennent pas à être « déracinés » de leur région d'origine et postulent donc dans des établissements aux alentours de leur domicile ou de la région où ils souhaitent s'établir. Il y a trois individus dans notre cohorte qui ont fait le choix d'un établissement hors région d'origine, mais pour des raisons de rapprochement de conjoint. Il y a également cinq individus, célibataires, qui ont fait le choix de postuler en région parisienne au regard des soins de pointe prodigués dans certaines disciplines et que l'on ne peut rencontrer que dans ces structures parisiennes de renom. Et nous avons également recensé un individu qui a fait le choix de postuler dans le sud de la France, également pour la renommée internationale de son établissement employeur dans des prises en charge de haute technicité. Dans tous ces cas de figure particuliers, ces individus avaient eu la possibilité, durant leur formation infirmière, d'effectuer un stage dans ces structures. En termes de contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996), durant la phase de socialisation anticipatoire, ces stages leur ont permis de conforter les croyances et les présupposés qu'ils possédaient de ces structures et ont renforcé leur envie d'y travailler. Pour les autres, qui n'ont pas fait le choix de changer de région d'origine, il est important de constater, toujours en lien avec le contrat psychologique anticipatoire, que ces nouveaux professionnels ont été extrêmement sensibles aux ambiances de travail rencontrées durant leurs stages en formation. C'est ainsi que l'on s'aperçoit que ce qui prévaut à leurs yeux est d'exercer au sein d'une équipe soignante où règne une « bonne » ambiance de travail, c'est-à-dire, sans hypocrisie, où la *confiance* ( $\text{Khi}^2 = 80$ ) est de mise entre chacun de

ses membres et où on leur permettra d'être à l'*aise* ( $Khi2 = 72$ ) et de s'intégrer rapidement. Leurs « meilleurs » stages offraient ces caractéristiques et c'est ce qu'ils recherchent, et espèrent, dans leurs affectations à venir. Au-delà de travailler dans une « bonne » équipe, d'un point de vue relationnel avec leurs pairs, ils attendent d'être véritablement accueillis par leurs futurs collègues et que ces derniers soient en capacité d'être indulgents envers eux dans un premier temps pour leur autoriser une intégration facilitée et rapide.

De plus, l'analyse de ce premier temps nous éclaire sur la façon dont ils comptent évoluer tout au long de leur carrière, notamment par le biais d'apprentissages au sens large et de formations diplômantes donnant accès à l'exercice d'une autre fonction au sein de cette profession en particulier. Ils conçoivent les apprentissages comme leur permettant d'apprendre de nouvelles techniques de soins en lien avec la spécialité du service où ils travaillent et lorsqu'ils abordent les formations diplômantes, ils pensent à des formations pour devenir cadre de santé, formateur en IFSI, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire ou bien encore infirmier clinicien. Par ailleurs, cette analyse met également en perspective les attentes organisationnelles des individus de notre cohorte. Ils espèrent que les contraintes liées à l'exercice de la profession infirmière ne les empêcheront pas de s'épanouir dans leur vie privée. D'ailleurs, conscients des contraintes professionnelles à venir, ils sont enclins à faire quelques concessions au détriment de leur vie privée, tout du moins en début de carrière, de façon à être reconnus professionnellement. Lors de ce premier entretien, il ressort fortement que ces jeunes professionnels semblent accepter ces concessions au début de leur carrière, mais qu'après, ils comptent bien privilégier leur épanouissement personnel et familial. En d'autres termes, si nous reprenons la terminologie développée par Sels & al. (2004), nous pouvons considérer que ces jeunes professionnels projettent une étendue large en début de carrière et une étendue étroite une fois qu'ils auront estimé avoir fait leurs preuves professionnellement. À noter également que cette notion d'étendue, au T1, s'envisage aussi bien dans la structure qui vient de les embaucher que dans d'éventuelles autres à venir puisqu'il n'est nullement fait état d'une loyauté envers l'employeur actuel, y compris pour les individus ayant bénéficié de la promotion professionnelle. Pour eux, un éventuel changement d'employeur ne s'entend pas avant qu'ils aient respecté leurs engagements de servir, c'est-à-dire pas avant cinq ans d'exercice infirmier.

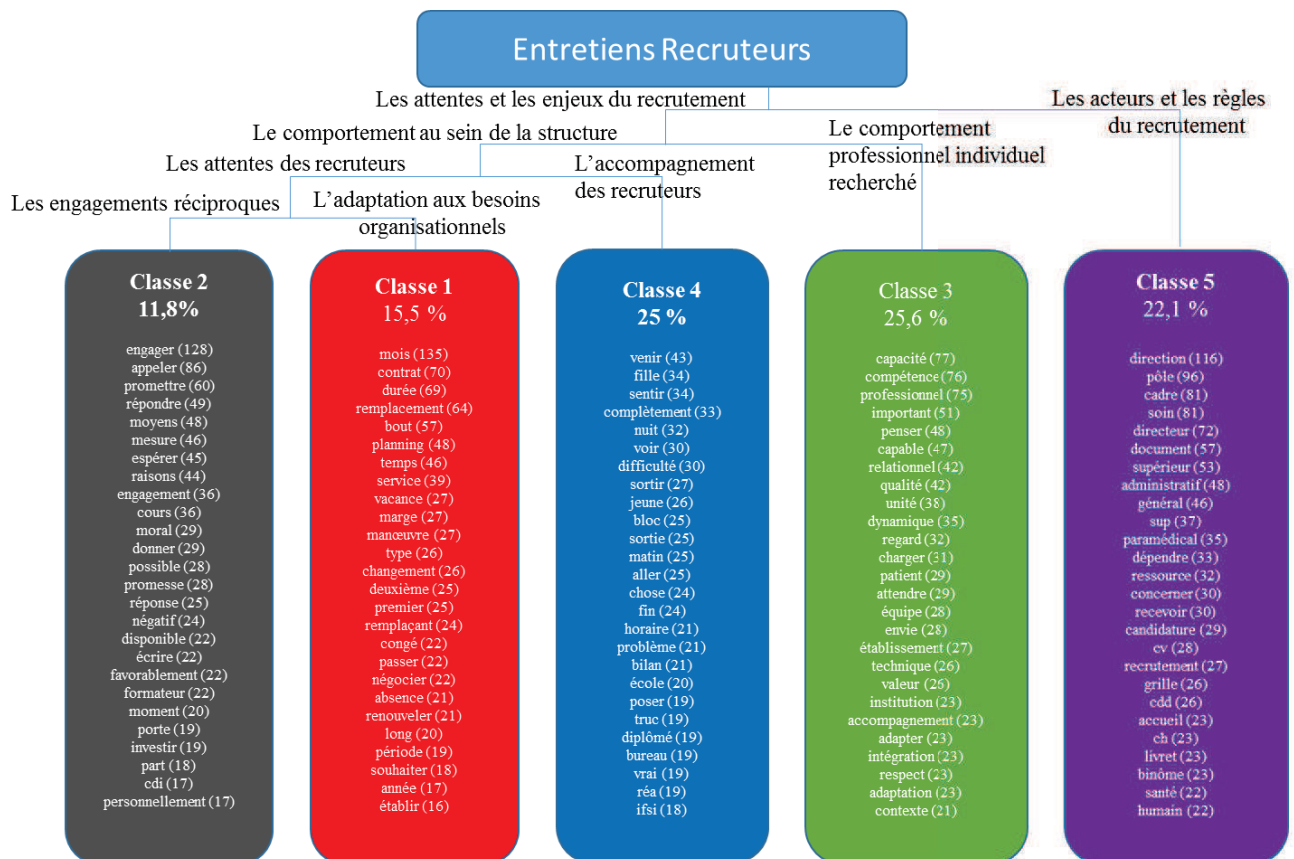
Et enfin, comme le montre l'analyse factorielle des correspondances, l'isolement de la **classe 4**, en violet, est dû au fait qu'elle tend à rendre compte du processus de recrutement tel

qu'il a été vécu par les individus de façon décorrélée du cœur de métier, très largement exprimé au sein des trois autres classes, qui est de l'ordre du « prendre soin », c'est-à-dire en faisant abstraction des attentes des individus de la cohorte en ce qui concerne l'attrait de la profession et de leurs attentes envers les patients, les collègues et l'organisation. Au terme de ces entretiens de recrutement, représentés au sein de la [classe 4](#), les recrutés, globalement, se trouvent satisfaits de leurs entretiens bien qu'ils les aient parfois jugés trop rapides. À la lecture des verbatims significatifs de cette classe, nous pouvons distinguer l'entretien-type qu'auraient aimé avoir les infirmiers. Ils souhaitent en effet que le recruteur fasse preuve de considération à leur égard, qu'il sache les accueillir pour les mettre à l'aise et qu'il propose un échange lui permettant de savoir qui ils sont, en termes professionnels et d'aspirations professionnelles mais également au niveau de leurs valeurs humaines et soignantes. En somme, que le recruteur leur consacre du temps pour qu'ils puissent lui parler d'eux car ils estiment que ces entretiens n'ont souvent été qu'une formalité administrative non propice à la découverte et la connaissance du futur professionnel. Ceci est valable pour les individus issus de formation initiale mais encore plus auprès de ceux ayant bénéficié d'une promotion professionnelle. Ces derniers sont ceux qui ont le moins bien vécu l'entretien avec « le recruteur » car il se résumait strictement à de l'information administrative unilatérale pour leur signifier leur affectation à venir. Ils regrettent que leur « recruteur » ne se soit pas intéressé à ce qu'ils sont devenus en termes personnel et professionnel. Nous verrons dans la suite de notre recherche si ce fait a des répercussions ou non en termes de contrat psychologique. Par ailleurs, ces entretiens n'ont pas été le lieu de négociations quelles qu'elles soient, ni de promesses de leur part ou de celle du recruteur et, au-delà de la satisfaction d'avoir été recrutés, l'analyse de la [classe 4](#) met en avant que les jeunes infirmiers n'ont pas une idée précise de ce qu'est leur contrat de travail. D'ailleurs, à ce titre, nous nous intéresserons aux contrats de travail sur lesquels ils ont eu à apposer leurs paraphes dans le chapitre succédant celui de l'analyse du T2.

## 5.4 L'analyse des entretiens des recruteurs

Les 19 entretiens que nous avons menés auprès de la population des recruteurs de notre cohorte ont été analysés à l'aide du logiciel IRaMuTeQ. Celui-ci a dénombré 48 103 occurrences et il a découpé le corpus en 1363 segments de texte dont 1296 (95,08 %) ont été associés à cinq classes de mondes lexicaux. Le vocabulaire spécifique de chaque monde lexical est représenté dans la figure ci-dessous. L'arbre de classification sépare tout d'abord la **classe 5** (les acteurs du recrutement) des 4 autres classes qui correspondent aux attentes et aux enjeux du recrutement.

**Figure n° 17 : CDH des entretiens recruteurs**  
Mots significatifs de chaque classe par Khi2 décroissant



L'étude de cette **classe 5** nous amène à remarquer que le recrutement se fait souvent en *binôme* (Khi2 = 23) sur demande de la *direction* (Khi2 = 116) de l'établissement sanitaire. Les différents recruteurs semblent disposer de toute la confiance de leurs directions respectives car ces dernières ne semblent jamais remettre en cause leurs choix et les valident d'un point de vue administratif, comme l'explique ce verbatim : « *et ensuite, une fois que*



Lors de l'analyse des premiers entretiens infirmiers, nous avons constaté qu'aucun d'entre-eux n'avait entrepris de négocier un quelconque aspect de son embauche. Concernant cet aspect négociation, l'étude de la **classe 5** laisse apparaître que, de toute façon, les recruteurs semblent n'avoir que peu de marges de manœuvre, tout du moins en ce qui concerne le domaine salarial, et orientent directement l'impétrant vers la direction des soins ou la direction du personnel, en cas de demande de rachat de points liés à l'ancienneté dans la Fonction publique hospitalière, tel que le souligne ce verbatim :

*« après, je dirais que quand effectivement on veut embaucher quelqu'un, après, ça passe par la **direction des soins**, par la **direction du personnel**, par rapport au rachat de points ou d'éventuels rachats de points » (n° 14, Khi2 = 68).*

Au niveau salarial, il semblerait que ce soit la seule latitude qui puisse être concédée aux candidats infirmiers. Pour le reste, les recruteurs de la Fonction publique hospitalière se retranchent systématiquement derrière la *grille* (Khi2 = 26) salariale hospitalière qui régit les rémunérations soignantes. Donc, ces entretiens confirment l'asymétrie de l'échange (Sels & al., 2004) de la relation employeur-employé que nous avons fait apparaître lors de l'analyse des « Temps 1 ». Il ne semble pas possible de négocier l'aspect salarial de l'embauche du fait d'un niveau de contrat (Sels & al., 2004) fortement régulé par les statuts de la Fonction publique hospitalière et les accords collectifs.

Nous avons précédemment évoqué le fait qu'avec la mise en place de pôles au sein des hôpitaux, ces derniers bénéficient d'une plus grande autonomie de recrutement. Cette autonomie se retrouve dans les verbatims qui suivent :

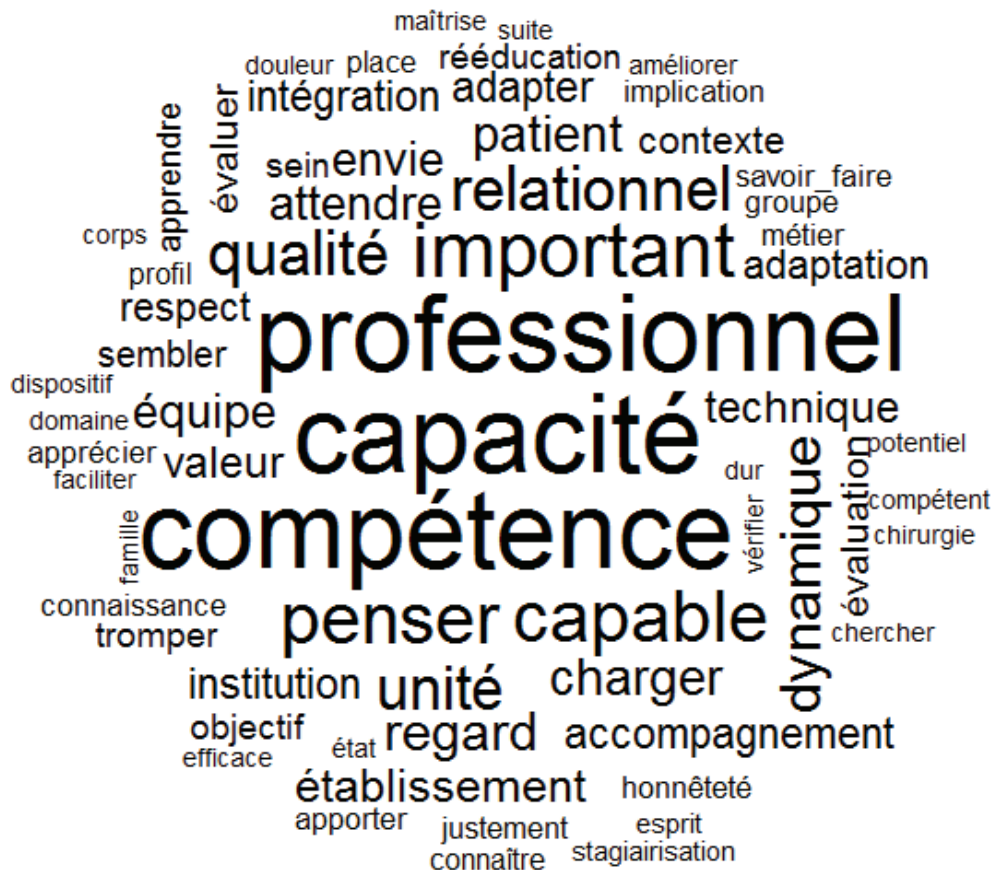
*« c'est-à-dire que avant, elles passaient par la **direction des soins** qui nous **envoyaient** les candidats d'accord, maintenant les **CV** peuvent nous être **envoyés directement** sur les **pôles** » (n° 19, Khi2 = 58)*

*« quand j'ai un besoin particulier pour ma structure, je fais **appel** à la **direction des soins** pour voir si il y a des **candidatures**. Il y a ce point-là qui rentre en ligne de compte » (n°2, Khi2 = 58)*

Au niveau de la classification descendante hiérarchique, la deuxième séparation isole la **classe 3** (25,6 % des segments classés), celle relative au monde lexical du comportement professionnel individuel recherché chez les jeunes infirmiers, des classes 1, 2 et 4 qui font

davantage part des attentes des recruteurs en termes de comportement de ces derniers au sein de la structure sanitaire ou médicosociale. C'est ainsi que, tel que le montre la figure n° 19, cette **classe 3** met en évidence les attentes professionnelles des recruteurs vis-à-vis des individus de la cohorte qu'ils ont recrutés.

**Figure n° 19** : le nuage de mots de la **classe 3**



En premier lieu, les recruteurs souhaitent que les recrutés soient *professionnels* (Khi2 = 75), *compétents* (Khi2 = 76), *dynamiques* (Khi2 = 35), avec des *capacités* (Khi2 = 77), notamment *relationnelles* (Khi2 = 42), *techniques* (Khi2 = 26), d'*adaptation* (Khi2 = 23), et d'*intégration* (Khi2 = 23). Pour s'aider à juger des compétences potentielles détenues par un candidat, les recruteurs se fient aux évaluations de stage.

« Je reste persuadé qu'il faut au moins se baser sur deux ou trois **évaluations** de terrain pour avoir un **regard objectif** sur les **capacités** du **professionnel**. Je reste toujours



*persuadé que le **contexte** peut permettre de cacher les difficultés ou peut **mettre** en avant aussi des **qualités**. » (n° 2, Khi2 = 36)*

Les recruteurs ne recherchent pas de simples exécutants de prescriptions médicales mais semblent être en quête de professionnels possédant une vision du soin.

*« qu'elles aient quand même un vrai **regard** de soignants, c'est-à-dire qu'elles aient aussi la **capacité**, voilà, de..., c'est pas juste des exécutants » (n° 10, Khi2 = 54)*

Les recruteurs semblent également rechercher des professionnels qu'ils estiment en capacité d'apprendre et d'analyser des situations de soin complexes, car apprentissage et analyse semblent être synonymes, pour eux, de développement de compétences bénéfiques aux patients.

*« être dans le registre d'**apprendre**, , ça permet de bien **développer** des **compétences** et d'avoir une expérience **professionnelle** qui peut être intéressante » (n° 2, Khi2 = 44)*

*« je **pense** que c'est **important** de savoir ça, qu'ils sont en **capacité** de **montrer**, qu'ils ont des **capacités** d'analyse » (n° 7, Khi2 = 41)*

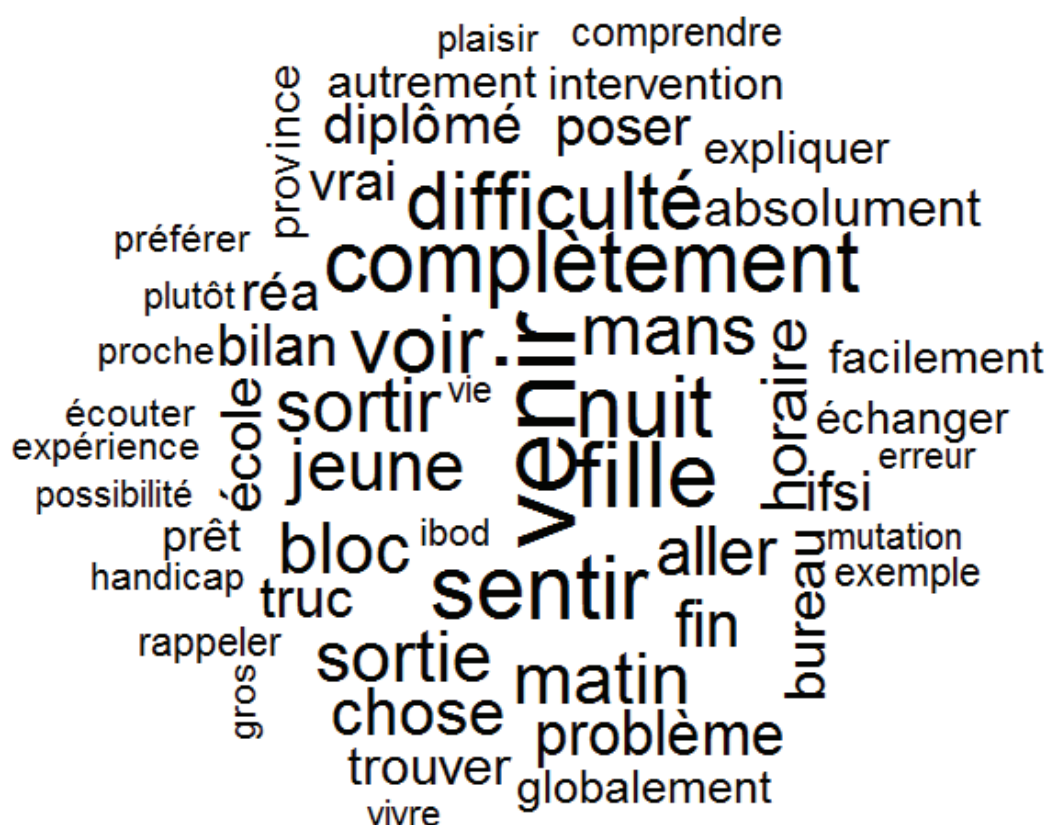
*« j'**attends** beaucoup de ces jeunes **professionnels**, qui ont souvent un œil aiguisé, qui ont tourné partout, donc qui peuvent aussi être force de **proposition** » (n° 15, Khi2 = 39)*

En ce sens, la connaissance préalable d'un infirmier dans le cadre de stages en général, ou bien dans le cadre du stage préprofessionnel en particulier, permet au recruteur de mieux jauger les qualités professionnelles et les capacités d'évolution du candidat.

*« c'est vrai que (infirmier n° 19) est quelqu'un en fait qui a de grandes **qualités professionnelles** et beaucoup de **potentiel** en plus » (n° 1, Khi2 = 43)*

Concernant maintenant le comportement attendu par les recruteurs au sein de leur organisation, IRaMuTeQ fait tout d'abord ressortir **la classe 4** (l'accompagnement des recruteurs) des classes 1 et 2 qui mettent l'accent sur les attentes des recruteurs en termes d'adaptation des soignants aux besoins de la structure pour l'une et en termes d'engagements attendus de la part des infirmiers pour l'autre.

**Figure n° 20** : le nuage de mots de la [classe 4](#)



Cette [classe 4](#), dont le nuage de mots se retrouve dans la figure n° 20, recense les mots et verbatims associés à ce sur quoi les recruteurs se sont engagés en termes d'accompagnement dans la découverte de leur organisation auprès des jeunes professionnels.

« Je leur dis que je suis disponible, que je ne **viendrai** pas beaucoup la **nuit** puisque c'est **vrai** que l'amplitude **horaire** ne me le permet pas, que je ferai un **bilan** avec eux » (n° 15,  $Khi2 = 27$ )

« que je puisse l'accompagner en cas de **difficultés** dans ses projets à **venir** » (n° 11,  $Khi2 = 26$ )

« les relations que j'ai avec eux, c'est des relations d'écoute, de confiance, ils **vont venir** me dire des **choses** qu'ils ne diront pas dans le service et ça ne **sortira** jamais » (n° 3,  $Khi2 = 26$ )

Au travers de la [classe 5](#), nous évoquons tout à l'heure l'absence de négociations autour du salaire, il semblerait cependant que la [classe 4](#) fasse état du fait que les recruteurs se montrent plus conciliants en ce qui concerne les horaires de travail et les arrangements pour

convenances personnelles, l'intérêt semble être de faire profiter la structure des nouvelles connaissances du nouveau professionnel acquises en formation et permettant une actualisation de celles des futurs collègues infirmiers.

*« hier, pour la rentrée scolaire, on a aménagé tous les **horaires**. Enfin voilà, je pense être assez souple pour tout ça, des problèmes de famille » (n° 15, Khi2 = 24)*

*« ça peut être accepter des **horaires** de week-end ou avoir éventuellement des **horaires** décalés, alors si il y a des histoires de « soir **matin** », qu'ils acceptent les **horaires** de service, qu'ils amènent leurs connaissances nouvellement acquises » (n° 6, Khi2 = 23)*

Une oreille attentive et un échange semblent être à l'œuvre lorsqu'il est question d'affectations qui ne conviennent pas aux soignants.

*« c'est vrai qu'une **jeune** infirmière qui me dit : j'accepte pas d'**aller** en **réa**, je ne souhaite pas y **aller**, je me **sens** pas **prête** ; c'est quelque **chose** que j'entends » (n° 8, Khi2 = 23)*

*« mais on peut entendre que des **gens**, c'était pas prévu qu'ils **viennent** travailler chez nous, ils ont **pris** des engagements de voyage, des **problèmes** familiaux, on peut l'entendre » (n° 9, Khi2 = 18)*

Au-delà de considérations bienveillantes de la part des recruteurs, il semblerait également qu'ils n'ont guère le choix puisque ces nouveaux professionnels font désormais montre de revendications que les générations précédentes n'avançaient pas.

*« qu'elle **vient**, qu'elle demande un poste et qu'elle ne veut pas entendre que ce n'est pas le poste qu'elle demande qu'on peut éventuellement lui proposer » (n° 16, Khi2 = 43)*

*« c'est un des aspects et ça, c'est quelque **chose** qui nous **pose problème** parce que après, ça se traduit dans le service par des indisponibilités, des revendications qu'on n'avait pas avant voilà » (n° 3, Khi2 = 22)*

Les deux dernières classes à émerger des discours des recruteurs recensent les attentes organisationnelles émises par les recruteurs vis-à-vis des individus de la cohorte qu'ils venaient d'engager. Elles se singularisent l'une l'autre du fait que la classe 2 fait état des engagements réciproques des infirmiers et de leurs recruteurs, tandis que la **classe 1** (15,5 % des segments classés) évoque davantage le monde lexical de l'adaptation attendue des infirmiers aux besoins de leur structure. En d'autres termes, cette **classe 1** fait état de la propension recherchée et espérée chez les jeunes soignants à pouvoir pallier les absences de

professionnels à travers des remplacements dans différents services et en se montrant conciliants sur les horaires et les périodes à pourvoir. L'objectif des recruteurs étant de faire coïncider la durée des *contrats* ( $Khi2 = 70$ ) en *mois* ( $Khi2 = 135$ ) des jeunes diplômés avec les besoins de *remplacements* ( $Khi2 = 64$ ) au sein des *services* ( $Khi2 = 39$ ). En effet, aucun infirmier ayant été formé au titre de la formation initiale n'est directement embauché en CDI. Tous les individus de la cohorte sont en CDD, pour des durées plus ou moins longues en fonction des besoins des structures ou pour pouvoir être évalué professionnellement lorsqu'il s'agit d'embauches sur des postes vacants. Dans ce dernier cas, si l'infirmier donne satisfaction, il peut se voir proposer, généralement après plusieurs renouvellements de contrat, un CDI s'il travaille dans le secteur privé ou une mise en stage avant titularisation s'il exerce dans le secteur public. En revanche, les individus formés au titre de la promotion professionnelle, dans le cadre de notre recherche, sont titulaires de la Fonction publique hospitalière.

*« quatre **mois** ou six **mois**, en fonction du fait du **besoin** du **planning**, de l'urgence aussi. Il y a plusieurs critères qui peuvent être variables » (n° 13,  $Khi2 = 64$ )*

*« ce que je peux leur dire c'est que si on **recrute** sur un **remplacement**, le **contrat** sera de la **durée** du **temps** de **remplacement** nécessaire. Si on **recrute** sur un **poste vacant**, on **recrute** sur un **contrat** de six **mois**. » (n° 7,  $Khi2 = 51$ )*

C'est notamment l'étude de la **classe 1** qui nous permet de mettre en lumière les précautions que prennent les recruteurs pour ne pas avoir à conserver dans l'effectif soignant des professionnels qui n'auraient pas fait la preuve de leurs compétences ou, pour le moins, de leur capacité à devenir compétents dans les temps impartis.

*« j'insiste bien sur ce que moi j'appelle une **période** probatoire. Par habitude, c'était trois **mois** puisque le recrutement que je faisais c'était au **départ** des **contrats** à **durée déterminée** de trois **mois** pendant lesquels on apprenait à se **découvrir** mutuellement. » (n° 4,  $Khi2 = 44$ )*

*« En général, on fait des **contrats** de un **mois** au **départ** et qu'on **renouvelle** après pour une **durée** un petit peu plus longue si tout se **pass**e bien » (n° 8,  $Khi2 = 47$ )*

Le nuage de mots de cette **classe 1** est le suivant.

Figure n° 21 : le nuage de mots de la classe 1



Les recruteurs, bien qu'ils ne l'aient pas évoqué aux recrutés lors des différents entretiens de recrutement qu'ils ont menés, ont en tête un planning, avec des jalons, selon lesquels le nouvel embauché doit avoir intégré telles connaissances ou bien encore telles techniques de soin. C'est donc sur ces éléments, « cachés » la plupart du temps, qu'il sera évalué.

*« parce que au **bout** d'un **mois**, il faut quand même qu'elle sache faire une cœlioscopie » (n° 18, Khi2 = 96)*

*« après, au **bout** d'un **mois** on les voit, enfin le cadre de proximité parce que moi, je fais autre chose, mais c'est moi qui ai construit les grilles. On peut réévaluer, il y a « acquis », « non-acquis », « en cours d'acquisition ». » (n° 18, Khi2 = 96)*

Dans l'éventualité où le nouveau professionnel n'aurait pas acquis certaines nouvelles compétences, le discours des recruteurs laisse apparaître un accompagnement dans les apprentissages plutôt qu'un non renouvellement de contrat.

« au **bout** de trois **mois**, vous devez savoir ça, ça et ça. On a des petits parcours d'apprentissage voilà. » (n° 18, Khi2 = 96)

« évidemment, ce n'est pas parce qu'elles ont des non-acquis, que « au-revoir mademoiselle, » **allez** voir ailleurs. On leur dit, voilà, il **va** falloir que dès le **mois** prochain vous ayez bien acquis ça. » (n° 18, Khi2 = 69)

« je dis n'importe quoi mais quand même des choses globales, si au **bout** d'un **mois**, il y a un minimum de choses qu'elles ne savent pas, faut commencer à **mettre** le turbo » (n° 18, Khi2 = 65)

Ce même planning peut également concerner des rythmes de travail que le recruteur souhaite faire adopter au recruté.

« au **bout** de trois **mois**, vous **allez** faire des week-ends de jour. Au **bout** de quatre **mois**, vous **allez** faire des nuits. Je **laisse** le **temps** à l'individualité, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui percutent plus vite que d'autres. » (n° 18, Khi2 = 49).

Si nous nous penchons maintenant sur l'analyse des verbatims de la dernière classe de cette CDH, la classe 2, nous nous apercevons qu'elle révèle que les recruteurs espèrent embaucher des professionnels qui sont en capacité de s'**engager** (Khi2 = 128) et de s'**investir** (Khi2 = 19) dans leur nouvel établissement, au sein de leur unité de soins.

« quelqu'un qui va s'**investir** en fait dans le service, et sur la durée quoi, des fois on peut pas trop s'**engager** au **moment** où on les recrute, on sait pas toujours pour quel service on va les recruter » (n° 9, Khi2 = 56)

« On n'est pas redevables les uns les autres, mais si on s'est **engagé** à un **moment donné** sur des valeurs, sur des **dispositions**, on attend à ce qu'ils soient fidèles à celles-ci et moi, je m'**attache** à **rester** fidèle à ce que j'ai dit aussi » (n° 9, Khi2 = 35)

« ils sont **embauchés** pour prestations entre guillemets et donc, il faut qu'ils s'**engagent** à **respecter** leur contrat de **travail** à s'**engager** d'une manière **écrite** » (n° 6, Khi2 = 34)



établissement et on s'**engage également** à l'accompagner s'il désire faire des formations en fait plus ou moins à long terme » (n° 1, Khi2 = 37)

« dans la **mesure** où ils peuvent très bien, je dis n'**importe** quoi, ils veulent devenir cadres, nous avons des procédures pour les accompagner pour devenir cadres, et ça, on leur **promet**, mais ce sont des choses qui sont déjà actives chez nous » (n° 3, Khi2 = 36)

« je **réponds** par la **négative**, ou alors, il faut qu'ils attendent d'avoir un poste en **CDI** pour pouvoir **espérer** repartir en formation » (n° 12, Khi2 = 34)

Un autre engagement de la part des recruteurs semble concerner les conditions d'accueil et de découverte de leur nouveau service.

« Donc ça, déjà, c'est un **engagement** de notre **part**, on les met pas comme ça du **jour** au lendemain dans un service, elles sont doublées plusieurs **jours**, donc on a eu la chance cette année de pouvoir les doubler entre cinq et sept **jours** » (n° 16, Khi2 = 21)

Nous constatons également, toujours au regard de cette classe 2, que les recruteurs n'ont vraisemblablement que peu de liberté pour émettre des engagements à la place de l'employeur comme l'atteste ce verbatim.

« moi, je m'**engage** effectivement et là, c'est toute la difficulté parce que l'**engagement** il est plus au niveau de la direction, donc moi, je m'**engage** effectivement à leur dire ce sur quoi ils sont recrutés » (n° 2, Khi2 = 82)

Cependant, nous pouvons distinguer l'engagement principal des recruteurs auprès des recrutés. Ces premiers s'engagent à se montrer disponibles pour rencontrer les nouveaux embauchés s'ils en éprouvent le besoin ou la nécessité.

« être **disponible** effectivement si ils ont **besoin** de nous rencontrer par rapport aux problématiques ou des éléments particuliers, de **respecter** sur quoi ils se sont **engagés** » (n° 14, Khi2 = 45)

« si il y a le moindre **souci**, elles savent qu'elles peuvent m'**appeler** même si je suis pas là, elles m'**appellent** chez moi, y'a pas de **souci** » (n° 14, Khi2 = 45)

« je lui laisse la **porte** ouverte, toujours la **porte** ouverte, je dis, je suis **disponible** pour **répondre** à vos **questions** après, en **fonction**, ils reviennent où ils reviennent pas » (n° 4, Khi2 = 19)

Maintenant, même si la majorité des recruteurs interrogés axent leurs propos sur leur disponibilité auprès des nouveaux professionnels en cas de besoin, d'autres ne souhaitent pas assurer de suivi auprès de ces jeunes s'ils n'éprouvent pas de difficultés particulières.



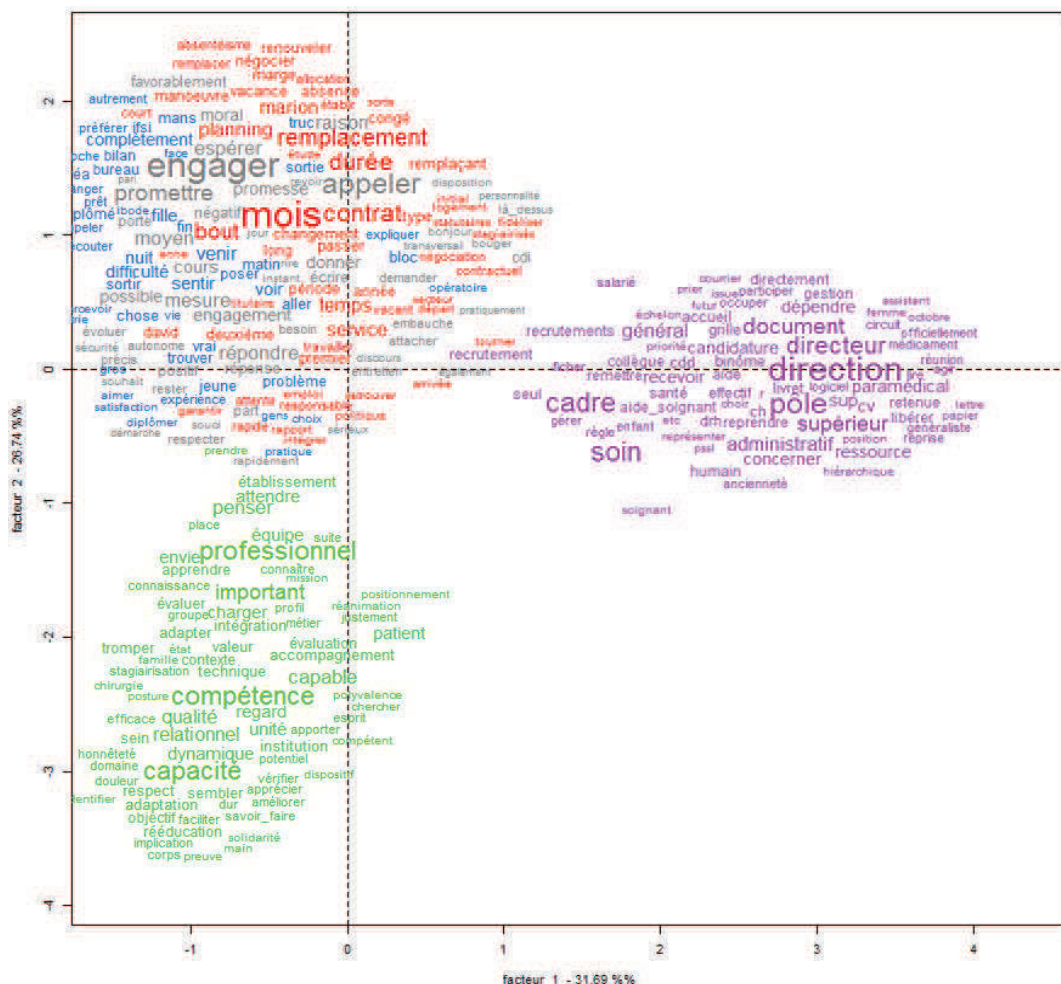
« dans la **mesure** où ils sont **embauchés** par la suite, j'ai pas **vraiment** de **raison** de les **revoir**, enfin, hormis sur une autre mission qui est la mobilité quoi, et puis le suivi des agents en difficultés » (n° 7, Khi2 = 20)

## 5.5 Le résumé de l'analyse des entretiens « recruteurs »

Du discours des recruteurs ressortent des attentes très fortes de leur part de recruter des professionnels compétents, ou tout du moins avec des capacités leur permettant de l'être, et qu'ils semblent prêts à accompagner par l'octroi de formations spécifiques. De façon générale, le discours des recruteurs interrogés laisse apparaître le cadre temporel qu'ils souhaitent donner à la relation d'emploi qu'ils viennent de créer avec les nouveaux embauchés. Pour les infirmiers qui donnent satisfaction, ces recruteurs souhaitent établir avec eux une relation à long terme qui sera propice à l'accompagnement dans le développement de connaissances et de compétences qu'ils souhaitent leur proposer. Ils attendent de plus des infirmiers qu'ils soient en capacité de s'intégrer dans un collectif de travail et de faire preuve d'adaptabilité face aux contraintes de soins qui s'imposent dans les organisations sanitaires, tout en prodiguant des soins de qualité, tant techniques que relationnels. En outre, ces recruteurs ont la certitude de ne pas avoir fait de promesses lors de l'entretien de recrutement si ce n'est en termes de disponibilité pour les rencontrer en cas de difficultés ou de besoins particuliers. Un réel suivi de leur part n'est donc pas mis à l'œuvre à l'exception de « RCHU1 », directeur des soins, qui précise garantir personnellement un suivi aux infirmiers qu'il recrute. Nous ferons le bilan à un an de son hypothétique suivi auprès de l'individu n° 35. Concernant la symétrie de l'échange, comme nous l'avons vu dans l'analyse, ces recruteurs évoquent le fait de ne pas avoir de latitude en matière salariale car, d'après-eux, eux-mêmes sont contraints par la réglementation de la Fonction publique hospitalière lorsqu'ils exercent dans des hôpitaux ou bien par des conventions collectives lorsqu'ils exercent dans le secteur privé. Toujours en termes de négociation, si d'un point de vue financier, il n'apparaît pas possible de changer le fonctionnement de ces structures, sur le plan de l'octroi de congés, il semble que les différents recruteurs rencontrés fassent preuve de davantage de souplesse. En effet, ils se montrent bienveillants et essaient de répondre favorablement aux demandes des infirmiers dans ce domaine. Cette souplesse vise certainement à faciliter leur satisfaction professionnelle mais s'explique aussi, comme nous l'avons relevé dans l'analyse, par le fait qu'ils se trouvent de plus en plus confrontés à des stratégies de la part des professionnels de « *la nouvelle génération* » qui font que, s'ils n'obtiennent pas les congés souhaités, ils sont absents du service et perturbent les organisations, ce qui semblait moins se faire avec les générations précédentes. Sur le plan de la promotion de leurs établissements, ces recruteurs reconnaissent ne pas offrir de documents spécifiques aux candidats à l'embauche avant l'entretien de recrutement. Lorsque ce dernier

s'est favorablement conclu pour le candidat, comme le révélera notre analyse documentaire, le nouveau professionnel ne se voit pas pour autant remettre des documents spécifiques à son embauche mais plutôt, lorsque des documents sont remis, ce sont des plaquettes d'informations généralistes qui servent de prime abord aux usagers de santé accueillis dans l'établissement sanitaire. Lorsque des documents à destination des professionnels ont été réalisés à l'intention des nouveaux agents, par souci d'économie, ceux-ci ne sont accessibles que sur le réseau informatique interne des établissements. Nous pouvons donc constater que peu de moyens sont consacrés aux campagnes promotionnelles des établissements sanitaires et médico-sociaux en amont de l'embauche.

**Figure n° 23 : l'AFC des entretiens des recruteurs (AFC pour les cinq classes)**



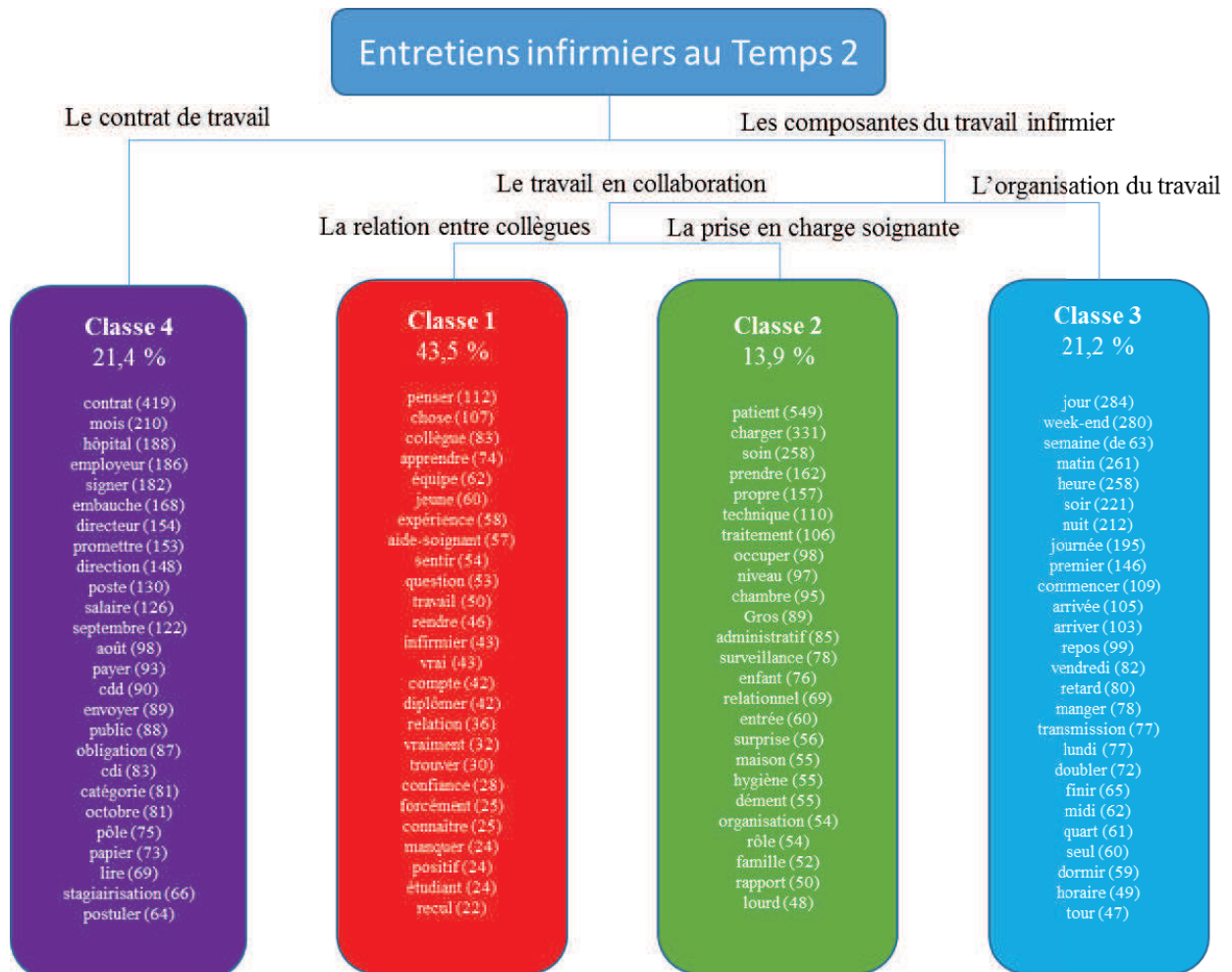
L'observation de l'AFC des entretiens « recruteurs » permet de rendre compte des distances séparant chacune des classes vues en détail dans ce chapitre. À la lecture de cette AFC, et au regard de la proximité des classes de discours 1, en rouge, 2, en gris, et 4, en bleu,

en haut à gauche, nous comprenons pourquoi l'analyse à l'aide du logiciel ALCESTE met en évidence trois classes de discours au total, là où IRaMuTeQ nous en représente 5. ALCESTE considère les classes 1, 2 et 4 tellement proches qu'il ne les distingue pas, contrairement à IRaMuTeQ. En somme, dans cette situation, ALCESTE nous donne à voir ce que nous avons appelé « le comportement au sein de la structure » sans discriminer plus avant les éléments constitutifs des mondes lexicaux sous-jacents, ce que réalise IRaMuTeQ sur cette analyse. Par ailleurs, nous signalons qu'IRaMuTeQ et ALCESTE donnent exactement les mêmes résultats en ce qui concerne les classes 3, en vert, et 5, en violet.

## 5.6 L'analyse des entretiens « T2 »

Selon la méthodologie retenue, c'est donc avec un mois d'expérience sur leurs nouveaux postes infirmiers que nous avons rencontré les individus de notre cohorte. Le discours émanant de ces jeunes professionnels, comprenant 193 745 occurrences, a été distingué par IRaMuTeQ en 5500 segments de texte dont 5386 ont été classés (97,93 %) et répartis en 4 classes de discours. Les classes et le vocabulaire inhérents à chacune d'elles sont représentés dans la figure ci-dessous. L'arbre de classification sépare la **classe 4** (le contrat de travail), des classes 3, 2 et 1 (les composantes du travail infirmier). Analysons en détail ces 4 classes en commençant par la **classe 4**.

**Figure n° 24 : CDH des entretiens T2 (un mois après embauche)**  
Mots significatifs de chaque classe par Khi2 décroissant



La **classe 4**, représentant 21,4 % des segments classés, décrit le monde lexical du contrat de travail. En effet, les jeunes professionnels évoquent très fortement leur premier *contrat* (Khi2 = 419). Ce premier *poste* (Khi2 = 130) leur permet de construire ou de confirmer un *projet* (Khi2 = 52) professionnel, tout en ayant un horizon de travail bien souvent limité à la durée du contrat initial. Ces jeunes ne savent pas si leurs employeurs vont ou non *renouveler* (Khi2 = 51) leurs contrats lorsqu'ils arriveront à échéance. C'est également le premier entretien où la question de savoir qui est leur employeur leur est posée. Les réponses données laissent entrevoir beaucoup d'hésitations et de méconnaissances quant à savoir qui sont précisément leurs employeurs, sachant que l'employeur est le directeur général de la structure sanitaire ou médicosociale.

**Figure n° 25 : le nuage de mots de la classe 4**



En plus de la méconnaissance relative à l'identité de leurs employeurs, l'étude de cette **classe 4** nous permet également de souligner à quel point ces jeunes n'ont qu'une vision très

floue et très réductrice de ce que représente leur contrat de travail. Et cela ne semble pas les inquiéter outre mesure au regard de l'intérêt qu'ils semblent lui porter.

« Vous y serez en tant qu'infirmière patati, peut-être, vous devez pas faire ça, ça ou ça et pis c'est tout, y'a rien, c'est un **contrat** de base » (n° 9, Khi2 = 419)

« Non, j'ai rien **signé**, ben je me pose vraiment des questions justement, je me demande comment ça se fait que j'ai pas **signé** de **contrat** » (n° 4, Khi2 = 300)

« j'ai juste mon **contrat** qui fait trois pages où c'est des trucs, c'est des machins, enfin ça m'indique rien sur mon **poste**, je sais plus où il est, mais ça m'indique pas grand-chose sur mon **poste** » (n° 17, Khi2 = 274)

« on m'a rien **promis** à l'**embauche**, oui, mais c'est même pas un **contrat**, en fait si, c'est un **contrat**, ouais, on va dire ça » (n° 13, Khi2 = 247)

« un **papier** qui me dit où je travaille mais il faudrait officialiser un petit peu la chose. J'ai déjà eu des **contrats**, donc pour moi, il est moins symbolique mon premier **contrat**. » (n°19, Khi2 = 246)

« je sais que c'est pas mes **employeurs** mais c'est avec eux que j'ai à faire, donc si j'ai quelque chose, c'est avec eux que je vois. La **direction**, j'ai été **signer** juste mes **contrats**, c'est tout. » (n° 5, Khi2 = 234)

« les **termes** du **contrat**, je ne sais pas trop, non, je ne sais pas quoi répondre à cette question... que je fasse mon travail correctement, que je sois ponctuelle, que je dise voilà » (n°26, Khi2 = 211)

« c'est-à-dire, ben du coup, on vous explique pas trop quelles sont vos conditions de..., on vous explique pas le **contrat** et **grossièrement**, vous faites comme si vous en aviez un même si vous n'en avez pas quoi » (n° 16, Khi2 = 211)

« j'ai parlé avec toutes les collègues qui sont **contractuelles**, c'est toujours comme ça, le **contrat** je l'ai **signé**, y a plein de problèmes au niveau de l'organisation. Le **contrat**, je l'ai **signé** une semaine après avoir commencé. » (n° 17, Khi2 = 204)

« donc, j'ai eu plusieurs **contrats** pour le **mois** de **juillet**, ils sont un peu en retard pour le **mois** d'**août**, je ne les ai pas encore » (n° 6, Khi2 = 197)

« j'ai pas regardé, j'ai **signé** tous mes **contrats** fin **juillet** pour tous mes **contrats** de **juillet**, donc j'avais déjà fini, ouais, ouais, pas terrible hein, c'est pas terrible » (n° 5, Khi2 = 175)

Même si, globalement, les jeunes professionnels semblent satisfaits de leur premier mois d'exercice professionnel, les individus anciennement aides-soignants et ayant bénéficié

de la promotion professionnelle commencent à faire part de leurs griefs concernant le peu de considération dont ils se sentent l'objet. L'origine de ce sentiment émane du fait de ne pas avoir eu de choix proposé en ce qui concernent leur affectation à l'issue de la formation. Il est intéressant de constater que ces mêmes individus, qui n'ont rien cherché à négocier en face du recruteur, subissent maintenant cette situation et s'en plaignent. En d'autres mots, l'asymétrie de la relation avec l'employeur (Sels & al., 2004) génère de la frustration et du mécontentement auprès de ce type de professionnels.

*« Comme je disais tout à l'heure, en fait, on me prend pour un pion. Un **contrat**, ben c'est quelque chose, c'est un **document** où tout est **marqué** dessus. » (n° 13, Khi2 = 173)*

*« de **contrat d'embauche** je crois que si, mais je m'en rappelle pas, j'ai **signé** un **contrat d'engagement** par contre, non, le mot pion » (n° 16, Khi2 = 205)*

Concernant l'identité de l'employeur, par rapport à la connaissance qu'en ont ces jeunes professionnels, au-delà d'être la plupart du temps floue, elle se révèle également souvent être fautive, conférant au recruteur le statut d'employeur, d'autant plus quand des affects positifs ressortent de ces différentes rencontres. Quelques verbatims en attestent.

L'individu n° 38, parlant du recruteur « REPSM3 » :

*« je rigole même très bien avec lui, donc ne serait-ce que pour lui faire un petit coucou, je pourrais retourner le voir, voilà tout à fait qui est mon **employeur** » (n° 38, Khi2 = 186)*

Ou bien encore cette infirmière évoquant la cadre supérieure de santé qui l'a recrutée :

*« j'avais fait mon **entretien d'embauche** avec la **cadre sup**, je l'avais trouvée très **humaine** » (n° 11, Khi2 = 59)*

De plus, au-delà de la question de savoir qui est l'employeur, les infirmiers intègrent le fait que la satisfaction d'un responsable cadre de santé (n+1) ou cadre supérieur de santé (n+2), vis-à-vis du travail qu'ils effectuent au quotidien, est positivement corrélée avec un renouvellement de contrat.

*« ben déjà que quelqu'un, que ma **cadre**, de quelqu'un de **supérieur**, oui, ça a été pendant le **mois**, qu'ils sont satisfaits du travail que j'ai fait et que je vais avoir un **contrat supplémentaire** » (n° 31, Khi2 = 177)*

Comme nous pouvons le voir sur la CDH de ce temps d'entretien, le « contrat de travail » est éloigné, en termes de distance, des « composantes du travail infirmier ». Dans le



cadre de cette analyse textuelle, IRaMuTeQ a défini 3 classes de discours en lien avec ces composantes. En premier lieu, avec 21,2 % des segments de texte classés, la classe 3 regroupe le monde lexical de l'organisation du travail, tandis que les classes 1 et 2 recensent le vocabulaire relatif au travail en collaboration.

La classe 3 met en évidence l'organisation des *journées* (Khi2 = 195) de soins, les roulements de travail avec des *matins* (Khi2 = 261), des *soirs* (Khi2 = 221), le respect des *heures* (Khi2 = 258) et l'intégration des *week-ends* (Khi2 = 280), des *nuits* éventuelles (Khi2 = 212), l'organisation des *tours* (Khi2 = 47) de soins et des *rythmes* (Khi2 = 31) imposés par le travail incluant les temps de *pause* (Khi2 = 38) et de *transmissions* (Khi2 = 77).

À la lecture des certains verbatims de cette classe, nous pouvons percevoir les contraintes horaires de la cohorte avec parfois des incompréhensions.

*« nul parce que c'est encore plus fatigant, et je ne trouve pas ça normal de faire 13 heures par jour ni que ce soit pas payé, donc voilà, disons qu'elles s'y sont habituées et puis voilà, c'est comme ça quoi » (n° 12, Khi2 = 271)*

**Figure n° 26 : le nuage de mots de la classe 3**



La classe 3 fait ressortir l'importance que requièrent les pairs infirmiers dans la découverte organisationnelle et dans l'explication de certaines « règles » ou « pratiques » ayant cours au sein du service ou de la structure.

Concernant les horaires de travail :

« les **jours** suivants, j'ai fait un 'E10'<sup>12</sup> le lendemain. Ben ça, c'était pas adapté non plus selon les infirmières avec qui j'étais parce que elles me disent "la **semaine**, personne ne fait jamais de 'E10.'" » (n° 7, Khi2 = 274)

<sup>12</sup> 'E10' est un horaire de journée autre qu'un horaire du matin ou du soir.

Concernant les protocoles de soins (ici concernant le remplacement d'un humidificateur) :

*« et je vois qu'au final, c'est pas changé tous les **jours**, bon, quand je pose la question, on me dit ben non, on ne le change qu'une **fois** par **semaine**, bon, c'est les protocoles du service aussi » (n° 15, Khi2 = 185)*

Concernant l'organisation des soins du nouveau professionnel :

*« c'est sur quoi je me base, après, ça va être aussi sur les collègues de **jour** qui disent la **nuite** suivante "ben, tu as **oublié** ça, ça ou ça, ça aurait été bien de faire ça » (n° 2, Khi2 = 167)*

Concernant la solidarité entre infirmiers :

*« c'était aussi vraiment l'entraide parce que quand vous **arrivez**, vous avez du travail pour connaître les 50 patients » (n° 3, Khi2 = 135)*

Concernant les règles du travail en équipe :

*« on a obligation d'**appeler** si on est malade, d'aller chez le médecin, d'être là à l'**heure** » (n° 31, Khi2 = 136)*

À travers cette classe 3, nous percevons également ce que les jeunes professionnels attendent du cadre de santé.

*« qu'il continue à me proposer des formations, après, de bien répartir mes périodes de **nuite** et mes périodes de **jour** pour pas que je sois trop naze » (n° 29, Khi2 = 248)*

Au regard de l'investissement que ces jeunes professionnels placent dans leur intégration au sein de leur unité, après un mois d'embauche, la priorité est donnée à la vie professionnelle plutôt qu'à la vie privée. De plus, après un mois d'exercice, ils commencent à s'organiser et à tester leurs nouvelles organisations personnelles.

*« mais après, c'est vrai qu'en **semaine**, j'ai pas vraiment pour l'instant de vie privée, la **semaine**, je ne fais pas grand-chose quoi. Non, non, je ne **rentre** pas tous les **week-ends**. » (n° 11, Khi2 = 186)*

*« quand je suis du **matin**, j'**arrive** à faire autre chose l'**après-midi** par contre, quand je suis du **soir** un peu moins » (n° 6, Khi2 = 162)*

Après l'analyse de la classe 3, relative à l'organisation du travail, nous allons nous intéresser aux 2 autres classes qui recourent le vocabulaire de la prise en charge des patients d'une part avec la classe 2 et celle qui décrit la relation entre collègues d'autre part, avec la classe 1.

C'est ainsi que la classe 2 nous laisse entrevoir le souci du *prendre* (Khi2 = 162) *soin* (Khi2 = 258) du *patient* (Khi2 = 549), tant d'un point de vue *technique* (Khi2 = 110) que d'un point de vue *relationnel* (Khi2 = 69). À l'observation de la figure n°2 7, nous mesurons à quel point le patient et sa prise en charge importent dans le discours des professionnels un mois après l'embauche.

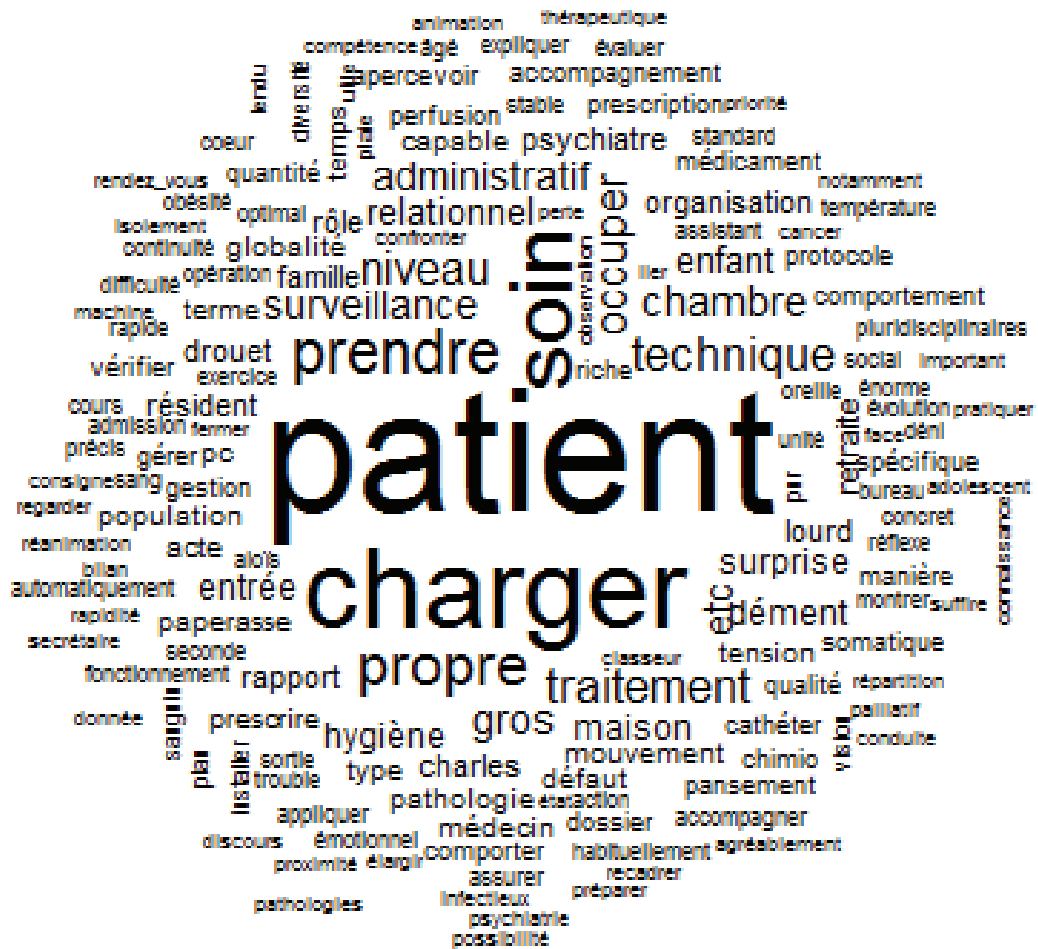
De ce fait, au bout d'un mois, l'objectif prioritaire de ces nouveaux embauchés est de pouvoir réussir à faire ce pour quoi ils ont embrassé la profession infirmière et ce pour quoi ils ont été formés, à savoir prendre des patients en soins et ne pas décevoir leurs collègues de travail.

« que j'arrive, comme je vous dis, que j'arrive à **prendre en charge mes patients** » (n°39, Khi2 = 347)

« c'est avoir des projets, faire avancer quoi, enfin, pas faire avancer forcément mais améliorer les conditions, améliorer aussi la **prise en charge**, les **patients** et tout ça » (n° 13, Khi2 = 347)

« que je **prenne en charge** les **patients** au **niveau des soins**, mais aussi au **niveau relationnel**, ils **attendent** aussi du coup que je fasse les transmissions à mes collègues le plus clairement possible, que je fasse des transmissions écrites » (n° 6, Khi2 = 211)

**Figure n° 27 : le nuage de mots de la classe 2**



Le deuxième objectif de ces professionnels est d’obtenir le consentement des patients pris en charge.

*« et voilà, on sait quand est-ce qu’il faut arrêter, quand est-ce qu’il faut continuer et je sais que là-dessus, je ne forcerai pas le **patient** à faire ce qu’il ne veut pas » (n° 23, Khi2 = 549)*

Par ailleurs, ce patient semble être la première source de satisfaction qu’ils retirent de leur exercice infirmier, à ce stade de notre recherche.

*« les **patients** qui me disent qu’ils sont contents parce que je m’occupe bien d’eux, ça, ça fait toujours du bien » (n° 31, Khi2 = 323)*

Et ce, d’autant plus qu’ils estiment ne pas avoir suffisamment de temps à leur consacrer.

« qu'il y ait moins de **patients** à **charge** pour pouvoir mieux les prendre en **charge** »  
(n° 15, Khi2 = 347)

« on ne peut pas forcément se permettre le jour, avec la **charge** de travail qu'il y a »  
(n°2, Khi2 = 331)

« on est vite dans la panade en fait, ah ben oui, ce serait génial, ce serait top, mais du coup, c'est frustrant de passer moins de **temps** avec un **patient** en sachant que derrière, on a encore d'autres trucs à faire quoi » (n° 39, Khi2 = 290)

« la **charge** de travail de m'**occuper** des **patients** qui sont en fin de vie parce que j'ai pas du tout l'impression de **prendre soin** d'eux. » (n°12, Khi2=280)

Ce premier mois d'exercice permet à ces nouveaux professionnels de découvrir un motif d'insatisfaction dont ils ne s'étaient pas rendu compte lors de leurs stages réalisés en IFSI, à savoir le travail administratif.

« enfin, je trouve que tout ça, tout ça c'est très très **administratif** et pas assez avec le **patient** » (n° 1, Khi2 = 317)

Au regard de cette découverte, ils apprécient lorsque l'encadrement réalise ces tâches qu'ils qualifient d'administratives alors qu'elles font pourtant partie du soin et d'une prise en charge holistique infirmière de la personne soignée.

« souvent, c'est elle qui **gère** les bons de transport pour les **patients** donc on voit avec elle à ce moment-là, même à d'autres moments mais des relations tout à fait cordiales pour la cadre de santé » (n° 38, Khi2 = 291)

Par ailleurs, la confrontation à des soins qu'ils n'avaient pas pratiqués en stage durant leur formation ne les inquiètent pas plus que de raison.

« il y a beaucoup de **patients** qui sont branchés avec un **cathéter** radial, j'en avais jamais vu dans mon cursus, même des drains thoraciques j'en avais vu un petit peu en pneumo mais pas plus que ça » (n° 24, Khi2 = 290)

Au terme de ces trente premiers jours, la relation avec le corps médical est parfois perturbante.

« il y avait pas d'échanges les visites et c'était de l'éclair, c'était parfois gênant je trouvais pour les **patients**, bon, après, moi, ils se sont pas **montrés** désagréables mais voilà »  
(n° 21, Khi2 = 284)

Dans ce travail en collaboration, il nous reste maintenant à étudier la relation entre collègues qui se trouve au cœur de la **classe 1**, classe qui regroupe le plus de segments de texte classés (43,5 %).

Plus précisément, ce monde lexical met en avant la découverte du monde du travail *infirmier* (Khi2 = 43) dans le cadre de cette première affectation en tant que professionnels. C'est dans cette classe que nous trouvons trace de leurs *relations* (Khi2 = 36) au sein de leurs *équipes* (Khi2 = 62), avec leurs *collègues* (Khi2 = 83) *aides-soignants* (Khi2 = 57). De plus, la volonté d'*apprendre* (Khi2 = 74) et de développer leurs *connaissances* (Khi2 = 25) est également fortement exprimée.

Durant ce premier mois de travail, il ressort que cette première affectation est porteuse de stress que ces jeunes ont bon espoir de voir se résorber progressivement.

*« après, je **pense** que c'est au fur et à mesure que ça se détend et être bien dans son poste » (n° 29, Khi2 = 112)*

*« quand on est **jeune**, on veut tellement, en fait, être au top, et pouvoir tout gérer que quand y a plein de **choses** qui arrivent comme ça, on est un **petit** peu stressé » (n° 38, Khi2 = 60)*

Figure n° 28 : le nuage de mots de la [classe 1](#)



Par ailleurs, la lecture des verbatims nous renseigne sur ce que ces nouveaux embauchés attendent de leurs collègues de travail.

*« de la sympathie c'est tout, je sais pas, ben, l'honnêteté quoi, que les **choses** soient dites quand elles doivent être dites voilà » (n° 23, Khi2 = 107)*

D'ailleurs, pour faciliter leur intégration, ces jeunes se montrent dès le départ extrêmement coopérants, solidaires et prêts à dépanner les autres membres de leur équipe.

*« si c'est pour dépanner, si ça me, si je peux, je les ferais, enfin même par rapport à des **collègues**, c'est ce que j'ai fait aujourd'hui » (n° 5, Khi2 = 83)*

*« j'exécute mon **travail** avec conscience, professionnalisme, et je **pense** même que moi, personnellement, mais même notre **équipe**, en fait plus encore, on pallie à beaucoup de **manques**, mais après, c'est pas pour dire » (n° 16, Khi2 = 62)*



Ils ont également profité de ces premiers jours d'emploi pour comparer leurs pratiques auprès des patients à celles de leurs collègues.

« *je **trouve** que voilà, je prends beaucoup de temps avec les gens, enfin je **pense** que je prends beaucoup de temps, et ce que, enfin voilà, ce que je n'ai pas retrouvé avec certaines **collègues*** » (n° 40, Khi2 = 75)

Et de ces comparaisons, un premier constat quantitatif, relatif au rythme d'exécution des soins est établi.

« *d'un point de vue quantitatif, je suis en deçà du **travail** de mes **collègues** quoi* » (n°10, Khi2 = 73)

Ces jeunes semblent également se faire une idée de ce que, implicitement, on attend d'eux.

« *l'**équipe infirmière** qui n'est peut-être plus au niveau depuis des années parce que elles, elles sont à la MAS (maison d'accueil spécialisée) depuis l'ouverture et elles sont un peu blasées, je **pense** que ce qu'on attend aussi de moi c'est de ramener un peu de fraîcheur dans cette **équipe*** » (n° 37, Khi2 = 72)

Il semblerait que le rôle du cadre, dans l'esprit de ces jeunes professionnels infirmiers, soit d'être le garant d'une bonne atmosphère de travail, ce qui passe par une « bonne » ambiance au sein de l'équipe soignante.

« *je **pense** que c'est possible, mais je **pense** que ça doit dégrader quand même, un cadre insupportable doit dégrader l'atmosphère de l'**équipe*** » (n° 14, Khi2 = 87)

Au terme de ce premier mois d'embauche, les infirmiers commencent à se projeter dans leur avenir professionnel en termes d'affectation et de durée.

« *je sais pas trop, j'**aimerais** bien un ou deux ans, ce serait bien, enfin jusqu'à temps que je sois bien dans mes baskets, que je me dis bon là, faut peut-être que je **pense** à autre **chose*** » (n° 29, Khi2 = 77)

D'autre part, ces jeunes font le constat qu'ils n'ont pas encore suffisamment d'expérience pour constater d'éventuels dysfonctionnements d'une part et y remédier en étant force de proposition d'autre part.

« *je ne sais pas, [...], moi, je **pense** de mon point de **vue**, c'est que j'en ai pas **vu** assez pour dire ça, il faudrait bien que ça change* » (n° 19, Khi2 = 62)

Une suite de verbatims met en avant que certains des individus de notre cohorte n'ont pas été accueillis de la façon qu'ils escomptaient. Il est d'ailleurs intéressant de constater que ces verbatims ne concernent que les individus travaillant dans la structure « CliniquePrivée1 », structure dont on rappelle que le recrutement soignant avait été confié à un étudiant en master 2. Durant cette deuxième rencontre, nous avons isolé leurs verbatims et les donnons à voir ci-dessous.

Tout d'abord, ces individus font état d'un accueil très grandement perfectible car ils ont directement été affectés à des postes au bloc opératoire sans propos ou accueil préliminaire par qui que ce soit de la structure et sans encadrement officiel prévu par des pairs infirmiers.

*« je **pense** que, ça leur coûtait pas tant que ça et derrière, ça peut faire un **petit** plus qui fait que, ben tiens, on est bien accueilli » (n° 9, Khi2 = 63)*

Avec certaines infirmières, la collaboration semble compliquée.

*« y a les anciennes, y'en a une qui est ancienne et qui est proche de la **retraite**, c'est un petit peu compliqué parce qu'elle fait beaucoup de choses et du coup, elle contredit ce qu'on dit juste avant à la **patiente** » (n° 24, Khi2 = 198)*

Mais surtout, la collaboration avec les chirurgiens semble également extrêmement compliquée et les individus de la cohorte développent le sentiment qu'ils doivent tout gérer eux-mêmes, en connaissant les habitudes de chaque praticien et en en tenant compte.

*« là, tu fais ci, là, tu fais ça, l'autre pareil, et tous veulent que leurs **patients** soient faits en **priorité automatiquement**. Donc voilà, faut dire oui, faut rester zen. » (n° 9, Khi2 = 196)*

*« enfin voilà, on fait plein d'allers et venues pour aller chercher les **dossiers** chirurgicaux des **patients**, enfin voilà, on clôture tous les **dossiers** des **patients**, c'est-à-dire les **ouvrir** » (n° 39, Khi2 = 195)*

Au final, pour ces individus, les premiers constats quant aux relations avec les médecins sont amers.

*« ouais, ouais, je **pensais** pas que ça **allait** être si chiant » (n° 39, Khi2 = 63)*

## 5.7 Le résumé de l'analyse du « T2 »

La synthèse de cette seconde phase d'entretiens infirmiers nous permet de constater que cette cohorte s'est principalement concentrée sur l'intégration des rythmes de travail et les « règles » de fonctionnement, explicites et implicites, imposées par les structures sanitaires. Lors de ce premier mois d'exercice, il est également à noter la volonté de travailler en collaboration avec les acteurs principaux du soin que représentent les aides-soignants, les pairs infirmiers et les médecins. Pour bien mesurer l'importance que revêt cette collaboration, rappelons qu'elle représentait 43,5 % des segments de texte classés par IRaMuTeQ. Lorsqu'ils se réfèrent au travail de leurs pairs, ces jeunes professionnels s'estiment unanimement qualitativement et quantitativement moins performants qu'eux, ce qui semble les motiver pour progresser rapidement, en privilégiant l'investissement dans ce travail au détriment de leur vie privée. Rapporté aux caractéristiques du contrat psychologique, cet élément indique qu'après un mois d'exercice infirmier, ces professionnels font montre d'une étendue (Sels et *al.*) clairement orientée vers leur vie professionnelle. De plus, en fonction des remplacements à effectuer « en urgence », ces professionnels développent une stabilité (MacNeil, 1985 ; Janssens et *al.*, 2004) leur permettant d'être « flexibles » quant à leur organisation professionnelle. Cet apprentissage organisationnel se réalise par mimétisme au contact des infirmiers expérimentés du service, en lien avec le niveau de contrat (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004). D'ailleurs, en ce qui concerne les collègues infirmiers, l'objectif de ces jeunes professionnels est de complaire aux exigences de la profession le plus rapidement possible pour que leur « équipe » soit en capacité de leur faire « confiance » dans les meilleurs délais.

L'un des points marquants de ce « T2 » réside dans l'importance que revêt le patient pour ces recrutés. Ce patient se trouve désormais affecté d'un Khi2 de 549 alors qu'il était de 51 lors du « T1 ». On peut donc constater qu'il est au cœur de leurs préoccupations et qu'après un mois d'exercice, ils regrettent déjà de ne pouvoir lui accorder autant de temps qu'ils le souhaiteraient. Ceci est dû à l'évocation d'une charge de travail importante mais également à toute la gestion administrative de la prise en charge du patient qu'ils n'avaient pas pleinement mesurée durant leur formation.

Dans ce travail pluridisciplinaire, le rôle du cadre, censé être le pivot de la coordination médicale et paramédicale, ne ressort pas des entretiens après 30 jours d'exercice

infirmier si ce n'est en tant que moyen pour obtenir des formations, un renouvellement de contrat et s'assurer d'une visibilité satisfaisante quant aux horaires de travail planifiés sur les semaines à venir. De plus, il semblerait que les représentations des jeunes infirmiers le tiennent pour garant de l'ambiance de travail au sein de l'équipe infirmière en œuvrant notamment de façon à ne pas trop les fatiguer. Notons également que les verbatims faisant état du peu de reconnaissance ressentie de la part de leurs employeurs émanent d'individus étant devenus infirmiers par voie de promotion professionnelle. En l'occurrence, ils s'estiment être des *pions* du fait de ne pas avoir eu de choix d'affectation proposé lors du recrutement. Sachant que les autres individus issus de la formation initiale se satisfont de leur affectation, il semblerait que leurs expériences professionnelles passées les amènent à considérer que leurs missions infirmières actuelles sont plus contraignantes que lorsqu'ils étaient aides-soignants, ce qu'ils n'avaient pas mesuré *a priori*. De plus, en ayant pu bénéficier de la promotion professionnelle, ces anciens aides-soignants, qui ont dû faire montre d'une grande motivation pour devenir infirmiers, en passant le concours IFSI et en réalisant plusieurs entretiens pour convaincre leur hiérarchie et les membres de la direction du bienfondé de leur projet professionnel, avaient vraisemblablement l'impression que cette promotion avait permis d'obtenir une symétrie de l'échange avec l'employeur à même de leur permettre de faire des choix d'affectation. Ce ne fut pas le cas et ils développent une asymétrie de l'échange (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004) qui, durant ces premières semaines de travail, leur apparaît comme à la limite de l'acceptable et génère frustration et mécontentement.

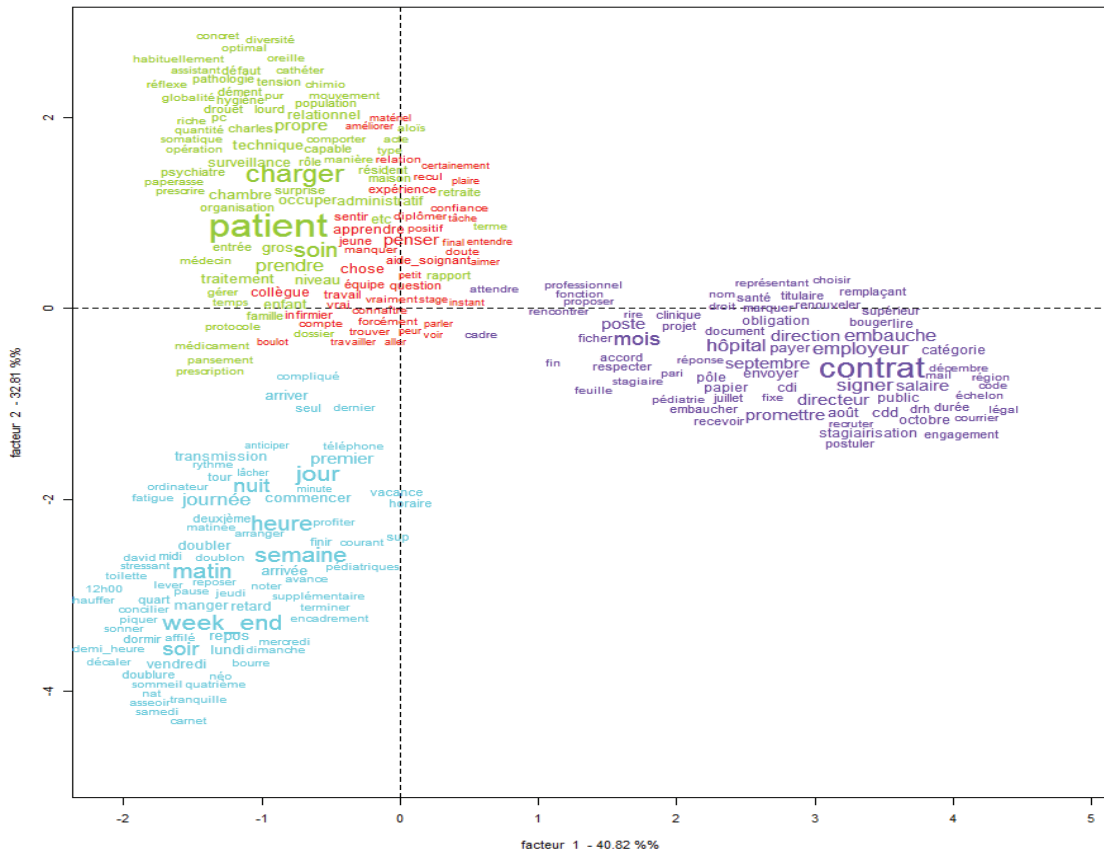
À ce stade de leur intégration, ces infirmiers ne sont pas en capacité de repérer d'éventuels dysfonctionnements dans les organisations pour lesquelles ils souhaitent continuer à travailler à l'issue de leurs contrats initiaux. D'ailleurs, en ce qui concerne ces contrats de travail, ces professionnels font montre d'une grande méconnaissance de leurs termes et de ce qu'ils contiennent précisément. Au-delà de la pérennité de l'emploi que ces contrats assurent, comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels semblent s'en désintéresser. En d'autres termes, la tangibilité du contrat psychologique (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993 ; McLean Parks et *al.*, 1998 ; Sels et *al.*, 2004) n'est pas décelable à ce niveau de leur intégration professionnelle, un mois après le début de l'exercice infirmier.

Dans l'analyse des temps suivants, nous ferons des focus sur les individus travaillant dans la structure « CliniquePrivée1 » car leurs conditions particulières de recrutement

associées à leurs verbatims nous donnent peut-être à voir un lien de causalité que nous allons davantage investiguer.

Et enfin, l’AFC ci-après nous montre les distances entre chaque classe de discours.

**Figure n° 29 : AFC du discours du T2 (AFC sur les 4 classes)**



La très grande proximité entre la **classe 1** et la **classe 2** explique pourquoi le logiciel ALCESTE les avait regroupées au sein d’une même classe tout en nous donnant des résultats identiques par ailleurs.

## 5.8 Les contrats de travail des jeunes infirmiers

Nous n'avons pu récupérer que 17 copies de contrats de travail sur les 40 possibles au sein de la cohorte. Ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, certains individus ont « égaré » ce document après l'avoir signé. D'autres, en retard dans l'exécution de notre demande, l'ont jeté après la signature du deuxième contrat, ou ne se rappellent plus où ils l'ont rangé, sans oublier l'individu n° 16 dont le contrat a été mis en lambeau par son jeune chat. De façon générale, nous pouvons constater le peu de cas qui est fait de ce document pourtant à la base de leur relation avec l'employeur. Ensuite, force est de constater que les différentes versions d'un contrat de travail n'ont rien d'original puisque, quel que soit l'employeur, il se présente toujours de la même façon. En annexe n° 1 se trouve un modèle de structure publique tandis qu'en annexe n° 2 se trouve un modèle de structure privée. Pour les individus exerçant dans la Fonction publique hospitalière, le contrat précise tout d'abord les textes de loi ainsi que les décrets qui régissent le recrutement d'agents contractuels. Ensuite, il identifie les deux parties en présence que sont le jeune professionnel d'une part, et l'employeur, l'établissement, représenté par son directeur M. ou Mme X d'autre part.

Une fois ces points abordés, le contrat de travail comprend par la suite toute une série d'articles qui précisent :

- le cadre légal et réglementaire retenu,
- la fonction attendue de la personne recrutée (en l'occurrence infirmier ou infirmière),
- l'affectation est souvent précisée,
- la date de début du contrat ainsi que la date de fin,
- la quotité de temps de travail (100 % ou 80 %)
- les détails sur la rémunération calculée en fonction des échelons et de la quotité de temps de travail définie précédemment,
- l'affiliation au régime général de la Sécurité sociale,
- l'affiliation à un organisme de retraite complémentaire,
- les modalités à suivre pour informer son employeur en cas de maladie,
- la définition des congés prévus en fonction de l'ancienneté et de la quotité de temps de travail,
- les modalités à suivre pour démissionner,
- les modalités suivies par le directeur en cas de licenciement,

- les droits et obligations de l'agent prévues par le titre 1 du statut de la Fonction publique hospitalière et notamment les articles 25 et suivants.

Par ailleurs, la rémunération des professionnels est abordée en termes de catégorie A, d'indices bruts, d'indices majorés et d'échelons, en référence à la grille salariale de la Fonction publique hospitalière sans en préciser le montant brut ou net.

La seule différence entre tous les contrats de travail que nous avons pu analyser consiste en la description ou non du titre 1 du statut de la Fonction publique hospitalière. C'est-à-dire que, sur certains contrats, il y est juste fait allusion, tandis que d'autres le décrivent précisément dans une annexe liée au contrat. Et, que ce soit sur l'annexe ou sur le site de *Légifrance*, nous y retrouvons les obligations des agents hospitaliers comme suit :

*« L'intéressé(e) est soumis(e) aux droits et obligations définies par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée (articles 25 et suivants).*

- *Respect du secret professionnel.*
- *Devoir de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont l'intéressé a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, à concilier pour autant avec le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public.*
- *Obligation de consacrer l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches confiées et interdiction d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.*
- *Responsabilité de l'exécution des tâches confiées, quel que soit le rang dans la hiérarchie.*
- *Devoir d'obéissance avec obligation de se conformer aux instructions du supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.*
- *L'intéressé n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.*
- *Principe de la sanction disciplinaire en cas de faute commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale.*
- *Obligation d'informer l'administration de tout changement relatif à la situation individuelle et familiale susceptible d'influer sur le régime salarial. »*

Nous avons abordé jusque-là les contrats émis par des institutions publiques ; maintenant, concernant les individus exerçant dans le secteur privé, nous ne constatons pas de différences notoires dans leurs contrats avec ceux du secteur public (Annexe 2), si ce n'est concernant la rémunération qui, cette fois, apparaît très clairement exprimée en salaire brut.

À la lecture de ces contrats de travail, nous constatons que, soit le nom de l'employeur apparaît très clairement, soit sa fonction est également très clairement citée en tant que directeur ou directrice de la structure. Dans cette dernière éventualité, ne reste plus qu'à s'enquérir du nom du directeur pour connaître le nom de son employeur. Devant ce constat, au-delà du fait que le contrat de travail ne semble revêtir que peu d'intérêt pour les individus de la cohorte, savoir qui est leur employeur ne les intéresse pas non plus puisqu'une simple lecture attentive de leur contrat leur aurait donné la réponse à la question que nous leur avons posée à cinq reprises, durant les cinq entretiens menés auprès d'eux, à savoir, qui est leur employeur ?

Par ailleurs, un autre élément nous fait dire que les individus de la cohorte n'ont pas lu leurs contrats attentivement, ou bien n'en ont pas retenu de nombreux éléments. En effet, lors du T2, nous demandons à ces jeunes professionnels quelles sont les obligations qu'ils ont, envers l'employeur, au regard du contrat qu'ils ont signé. Quasi unanimement, leur première réponse est à mettre en lien avec la ponctualité. « *Être à l'heure* » est spontanément la première obligation citée par les jeunes professionnels. Vient ensuite, « *faire mon travail du mieux possible* », « *prendre en charge les patients de façon globale* » et « *assurer des soins de qualité* ». Dans tous les cas, ces éléments n'apparaissent nullement dans les obligations contractuelles d'un infirmier, mais semblent plutôt faire partie des représentations du travail infirmier de ces jeunes professionnels du soin pour lesquels, pendant trois années de formation, l'accent a été porté sur leur devoir de prendre en charge les patients de façon globale. Par ailleurs, les devoirs de discrétion et de respect du secret professionnel n'ont jamais été évoqués par les individus de la cohorte alors qu'ils figurent sur les contrats de travail.

Un autre élément remarquable à cette analyse du contrat de travail se trouve au niveau de la rémunération. En effet, pour les individus exerçant dans la Fonction publique hospitalière, un salaire exprimé en indice majoré ne revêt aucun sens pour eux et il est

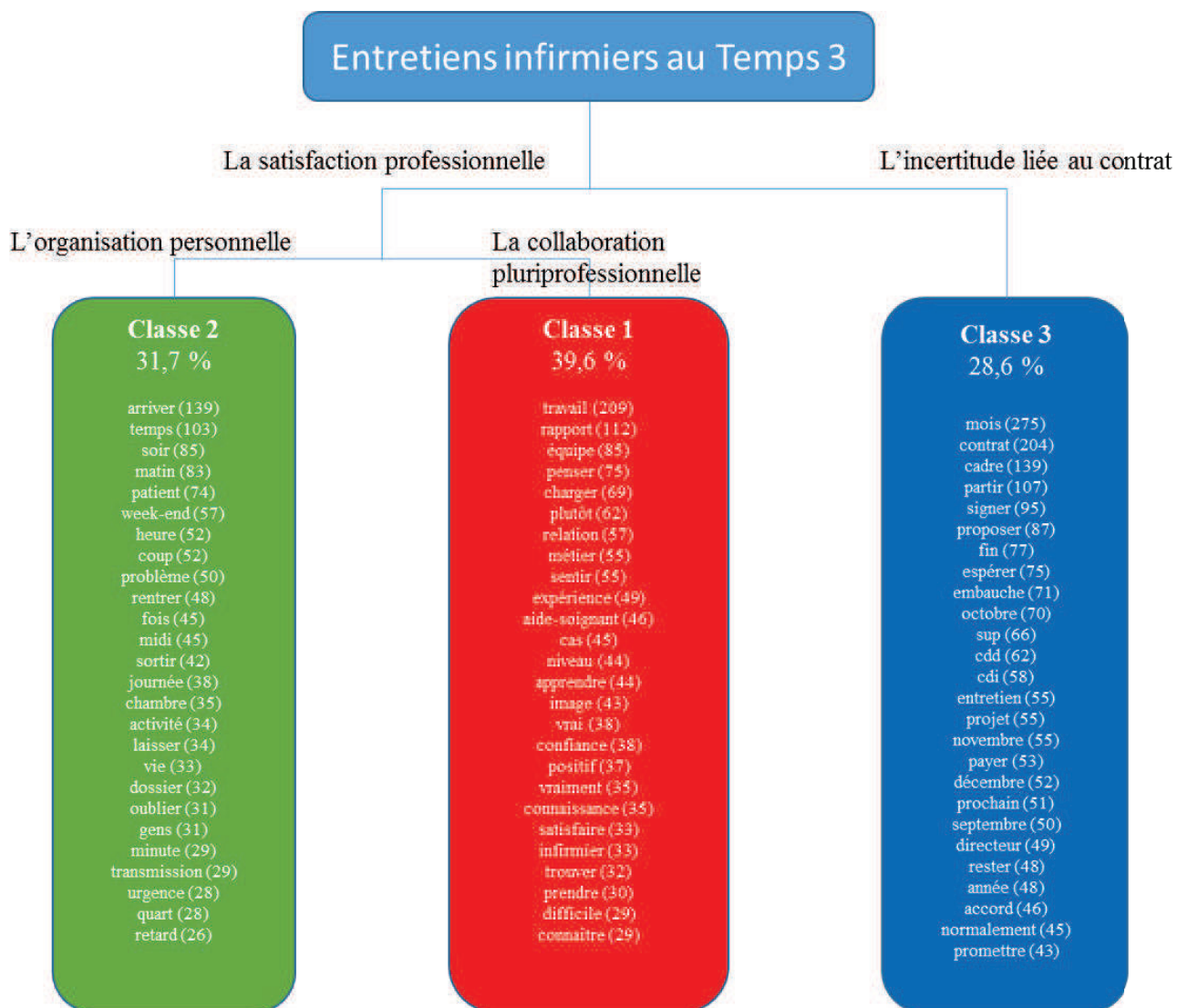


intéressant de constater que pour convertir ce nombre de points en salaire, ils ne se sont pas spécialement tournés vers les grilles de salaires accessibles dans leurs établissements respectifs, vers des représentants du personnel, ou bien encore au travers de recherches sur Internet, mais se sont en fait appuyés sur les propos et l'expérience de leurs pairs infirmiers pour avoir une idée précise de leur rémunération à venir. En ce qui concerne les individus exerçant dans le secteur privé, cette question de la connaissance des salaires à venir ne se posait que dans une moindre mesure puisque le salaire de base était mentionné sur le contrat de travail, à ceci près qu'ils se sont tout de même également tournés vers leurs pairs infirmiers pour connaître le montant des primes de travail de week-end ainsi que le montant de l'heure supplémentaire réalisée. Dans cette phase de rencontre organisationnelle, en lien avec le contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996), les interactions majoritaires de ces jeunes professionnels se réalisent auprès d'agents organisationnels clairement identifiés : leurs collègues infirmiers. C'est uniquement sur ces derniers que repose la recherche d'informations des jeunes professionnels.

## 5.9 L'analyse des entretiens « T3 »

Après 3 mois d'exercice professionnel, le découpage par IRaMuTeQ du corpus comprenant 142 331 occurrences en 4044 segments de texte dont 3996 ont été classés (98,81 %) fait cette fois apparaître 3 mondes lexicaux tels que représentés dans la figure suivante.

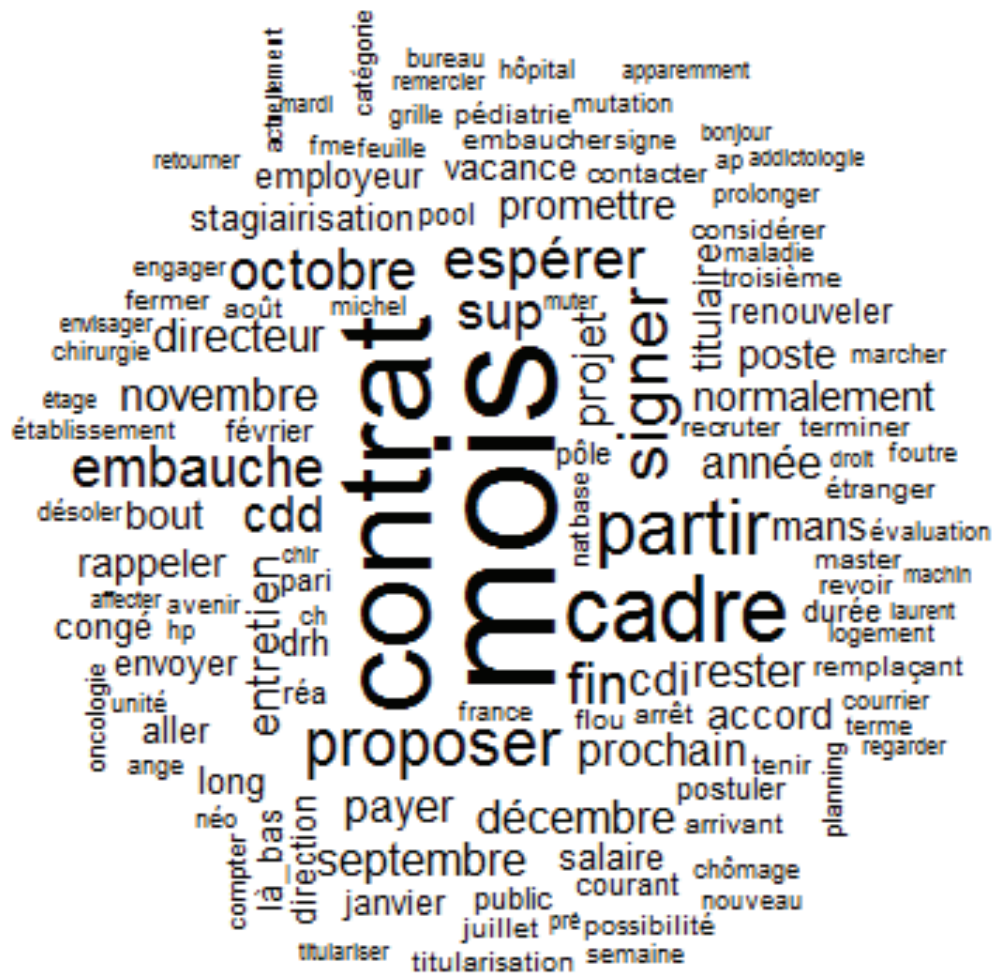
**Figure n° 30 : la CDH des entretiens du T3**  
Mots significatifs de chaque classe par Khi2 décroissant



L'arbre de classification fait tout d'abord émerger la **classe 3** (l'incertitude liée au contrat) avant de distinguer la satisfaction professionnelle au travers de la **classe 1**, centrée sur la collaboration pluriprofessionnelle, de la **classe 2**, laissant apparaître l'organisation de la vie privée des individus de la cohorte.

L'analyse de la **classe 3** (28,6 % des segments classés), nous montre l'incertitude liée au renouvellement des *contrats* (Khi2 = 204) des infirmiers et la *fin* (Khi2 = 77) de leurs *contrats* (Khi2 = 204) qui approche sans savoir si on va leur en *proposer* (Khi2 = 87) un nouveau.

**Figure n° 31** : le nuage de mots de la **classe 3**



Lors de l'analyse du T1, nous avons montré que les nouveaux professionnels envisageaient de se projeter majoritairement sur une longue période de travail pour les établissements qui les avaient recrutés, or, il est à noter qu'à ce stade de notre étude, dans ce contexte d'incertitude, les individus n'évoquent absolument pas une loyauté à l'établissement employeur dans les mois, voire les années à venir, au contraire.

« Mon travail c'est assez précaire en fait, je sais jamais si d'un **mois** sur l'autre, si je **vais** être reprise ou pas, donc j'ai du mal à me projeter aussi loin qu'avant » (n° 31, Khi2 = 149)

« ah, si ils pouvaient me **prolonger**, ça serait bien si ils pouvaient me mettre un **mois** de plus ça serait pas mal. C'est pas trouver mieux ailleurs, c'est trouver autre chose » (n° 5, Khi2 = 146)

« au **bout** de trois **mois**, je me dis que j'ai ce qu'il faut en soins infirmiers pour me contenter pendant un temps, mais je me dis que, au **bout** d'un an, j'**irai** voir ailleurs » (n° 37, Khi2 = 116)

De plus, ce contexte lié à l'incertitude du renouvellement de contrat laisse apparaître que 3 mois correspondent à la période à l'issue de laquelle les infirmiers semblent avoir pris leurs repères et assimilé leur travail.

« Tout commence à se mettre en route après trois **mois**, j'ai pas encore bien assimilé tout ce que je pouvais faire, ce que je pouvais, voilà, mais tout commence à se mettre en route » (n° 37, Khi2 = 275)

« là, maintenant, je suis beaucoup plus à l'aise, je suis beaucoup plus sûre de moi mais donc, peut-être que dans six **mois** » (Khi2 = 275)

Il semblerait que les individus soient d'autant plus dans l'incertitude qu'ils n'ont pas de retours précis concernant leur travail de la part de leur encadrement.

« elle m'a pas, on m'a jamais, de la part des **cadres**, on m'a jamais dit si c'était vraiment bien. J'ai pas eu de félicitations voilà » (n° 6, Khi2 = 139)

D'ailleurs, au même titre que lors de l'entretien précédent, les nouveaux professionnels attendaient du cadre qu'il soit garant d'une « bonne ambiance » de travail, ils semblent également attendre de sa part qu'il soit en capacité de les accompagner dans des projets de service.

« De pouvoir avoir un **projet** de service, quelque chose qui nous réunisse tous et qui aille dans le même sens, qu'il ne change pas comme je l'avais dit à l'**entretien** » (n° 16, Khi2 = 128)

C'est d'ailleurs aux termes de cette période de trois mois que les infirmiers semblent estimer réaliser un travail se rapprochant de celui de leurs collègues plus expérimentés.

« moi, je me dis, je viens juste d'arriver, ça fait quelques **mois** que je suis là, elles, ça fait des **années** qu'elles ont ce rythme-là » (n° 33, Khi2 = 162)

En analysant maintenant la **classe 1**, qui représente 39,6 % des segments de texte classés), nous constatons la satisfaction des individus de la cohorte à réaliser un *travail* (Khi2 = 209) en *équipe* (Khi2 = 85) avec leurs collègues *aides-soignants* (Khi2 = 46), *infirmiers* (Khi2 = 33) et, dans une moindre mesure, *médecins* (Khi2 = 8).

Il est intéressant de constater que ce travail en équipe ne comprend pas le cadre de santé paramédical, qui semble n'avoir que pour mission l'évaluation du travail réalisé par le nouvel embauché.

*« après, je m'entends bien avec les filles, j'ai de bons **rappports** avec elles, après voilà, j'ai pas d'a priori sur qui que ce soit, elles sont très aidantes pour moi »* (n° 23, Khi2 = 112)

*« je pense que le **cadre**, il est là pour transmettre cela, son **regard** sur mon **travail** »* (n°3, Khi2 = 104)

*« la cadre m'a bien dit qu'elle était **satisfaite** du **travail**, mais que je reste consciencieuse, ça se passe le mieux possible, que je reste **professionnelle** »* (n° 24, Khi2 = 89)

L'un des critères de satisfaction au travail est d'être entouré de professionnels de santé de la même tranche d'âge, francs, n'hésitant pas à dire ce qui va bien et ce qui va moins bien.

*« après, comme c'est un **travail** où les gens passent derrière toi, machin et tout, enfin voilà, mais en général, les gens sont francs et je préfère ça. C'est une **équipe jeune** aussi. »* (n°25, Khi2 = 105)

Figure n° 32 : le nuage de mots de la classe 1



L'analyse de cette classe 1 laisse apparaître qu'au terme des trois premiers mois d'embauche les jeunes professionnels sont davantage en capacité de formuler des problématiques de service, ce qu'il ne leur était pas possible au temps précédent. Ces critiques concernent notamment ce qui est relatif à la charge de travail, tout en restant évasives sur les éventuelles solutions à apporter.

« mes **attentes** par **rapport** à mon **travail**, disons peut-être que la **charge de travail** soit mieux organisée pour avoir plus de temps de s'occuper des patients et du relationnel avec les patients » (*n° 12, Khi2 = 103*)

« après, ça fonctionne **plutôt** bien au bout de trois mois, non, je **trouve** que l'organisation est **plutôt** bonne et la **charge de travail** non » (*n° 8, Khi2 = 93*)



« bon, après, je travaille un **week-end** sur deux, donc forcément, je rate des soirées et je peux pas être partout tout le **temps**, mais bon, c'est faisable, j'**arrive** quand même à m'y **retrouver** » (n° 39, Khi2 = 77)

« enfin longtemps, ça dépend ce qu'on **appelle** temps, mais oui, il me faut bien 1h, 2h, ça peut être long des **fois** surtout le **soir** quand on **arrive** et qu'il faut faire une séparation avec le travail, ouais, ça peut être long » (n° 34, Khi2 = 70)

« en **général**, quand je suis du **soir**, je fais toujours du rab, minimum un **quart d'heure**, donc le **temps** pour moi d'**arriver** sur le lieu d'entraînement, je peux pas grosso modo, donc il faut que je trouve des alternatives » (n° 15, Khi2 = 70)

Nous évoquions précédemment le cas de l'employeur « CliniquePrivée 1 » ; or ce dernier se singularise une nouvelle fois tout particulièrement lors de ce T3. Nous pouvons le constater au travers des verbatims suivants dont les deux premiers font référence à des insultes proférées par des chirurgiens au personnel infirmier.

« et que ça leur **arrive** de **temps** en **temps** et que quand je dis de **temps** en **temps**, c'est pas tous les six mois, mais une **fois** par mois de **sortir** de **salle** et d'aller **pleurer** » (n° 9, Khi2 = 62)

« je les **excuse**, il y en a, au bout d'un moment, si c'est tout le **temps**, je les **excuse** moins » (n° 9, Khi2 = 59)

« et les infirmières de **nuit** rechignent vraiment à nous aider, à faire le travail que nous, on n'a pas eu le **temps** de faire et on se **retrouve** souvent même avec des **entrées** de **patients**, des **patients** qui **arrivent** à six » (n° 39, Khi2 = 57)

« là, chacun fait son **travail**, et en fait, ce qui est **difficile**, c'est de s'**adapter** en fonction de chaque chirurgien » (n° 39, Khi2 = 83)

En l'occurrence, ces verbatims font état des difficultés relationnelles que rencontrent les individus de la structure « CliniquePrivée 1 » avec les chirurgiens et une partie de leurs collègues infirmiers. D'ailleurs, dans cette structure, les trois infirmières de notre cohorte qui y travaillent se plaignent également de l'organisation des actes chirurgicaux ou des consultations médicales dans le sens où elles expriment le fait que tout est entrepris pour « se faire un max de blé ». En effet, en parlant du rapport à l'argent que les médecins de la structure entretiennent, l'infirmière n° 24 nous illustre cette organisation.

« un peu trop de **rapport** à l'**argent** à mon goût » (n° 9, Khi2 = 72)



« oui, à l'**accueil des urgences**, c'est comme ça, ça ne me satisfait pas du tout parce que ces **médecins-là** travaillent au bloc pendant leur **temps** de garde » (n° 24, *Khi2* = 38)

En d'autres termes, des médecins qui sont normalement affectés aux urgences de la structure réalisent des actes chirurgicaux au bloc opératoire entre deux patients. Cela maximise leurs profits mais surtout occasionne une longue attente pour les patients se présentant dans ce service d'urgence. Et, c'est ce dernier point qui entre en conflit avec les valeurs professionnelles des infirmières de la cohorte exerçant dans cet établissement.

Au-delà de ces difficultés relationnelles, ces verbatims attestent également que les individus de notre cohorte déplorent la qualité de leur accueil au sein de la structure. À ce moment de notre suivi, l'envie de trouver un nouvel employeur est forte mais contrebalancée par les horaires de travail qui offrent une qualité de vie personnelle supérieure à ce que les individus pensent pouvoir trouver ailleurs, en se référant à ce qu'ils avaient pu observer en stage durant la formation et également en fonction de ce que leurs anciens camarades de promotion peuvent leur transmettre comme informations relatives à leurs conditions de travail.

« jusqu'au **mois de février**, en sachant que les horaires me plaisent bien aussi et que je retrouverais pas forcément ça dans d'autres **établissements**, donc je sais pas » (n° 39, *Khi2* = 105)

Par ailleurs, sans parler clairement de promesse, l'individu n° 9, qui travaille dans un service de pointe en chirurgie, s'était entendu dire par le recruteur, l'étudiant en master 2, qu'elle bénéficierait d'une formation de trois mois minimum en lien avec la spécialité, en lien avec la formation spécifique d'infirmière de bloc opératoire (IBODE) qui se réalise durant une année après l'obtention du diplôme d'État et qui conditionne l'exercice infirmier en bloc opératoire. Or, ce ne fut pas le cas, et cette infirmière a exercé des fonctions d'IBODE sans y être préparée *a minima*.

« en fait, à la **base**, je devais avoir trois **mois de formation minimum** avant d'être en salle » (n° 9, *Khi2* = 74)

De plus, les contraintes budgétaires dans cet établissement, en termes de personnels infirmiers, font que l'individu n° 9 ressent de l'insécurité pour elle mais aussi pour les patients.

*« je devais m'occuper toute seule d'un patient qui est arrivé de réa. Il était trachéotomisé, il avait une fibrose pulmonaire, il avait un drain thoracique en aspiratif et il venait pour une amputation du pied » (n° 9, Khi2 = 49)*

Ces notions d'argent dans les soins, de manque de considération et de sécurité pour les patients évoquées et ressenties par les infirmières exerçant dans l'établissement « Clinique Privée 1 » heurtent leurs valeurs professionnelles (Thompson et Bunderson, 2003). Nous verrons par la suite quelles sont les conséquences de ces valeurs non partagées entre ces professionnelles et leur structure.

## 5.10 Le résumé de l'analyse du « T3 »

Ces jeunes professionnels mettent en exergue les éléments du travail infirmier tels qu'ils les envisageaient avant l'embauche effective (satisfaction soignante au regard des prises en charge proposées et au regard de la collaboration pluriprofessionnelle) en donnant toujours une place centrale au *patient* (Khi2 = 74).

Au regard de leur niveau de compétence, ils disent avoir réussi, au terme de ces 3 premiers mois d'exercice, à trouver leurs repères, à s'adapter aux organisations de travail et à leurs contraintes. Ainsi, du point de vue du professionnalisme et des compétences, ils s'estiment désormais, autant d'un point de vue qualitatif que d'un point de quantitatif, presque au niveau de leurs pairs infirmiers. Nous ne pouvons pas faire confirmer et valider cette auto-évaluation de leur niveau de compétence par les responsables hiérarchiques de ces infirmiers. Cela ne signifie pas que ce n'est pas le cas, mais plutôt que ces jeunes professionnels sont avides de *feedback* sur leur travail qu'ils ne rencontrent pas de la part de ce responsable.

Ils savent également se montrer critiques quant à l'incertitude de la pérennité qu'on peut leur donner sur leurs postes au sein des différentes structures. Ce point donne à voir le cadre temporel du contrat psychologique (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993) de ces individus comme toujours sur du court terme. Ces jeunes professionnels savent aussi se montrer critiques au regard de ce qu'ils estiment être des dysfonctionnements organisationnels sans toutefois être en mesure de proposer, pour l'instant, des mesures organisationnelles ou techniques correctives pertinentes, si ce n'est l'augmentation du nombre de soignants dans les services. Or, sur ce point, le contexte économique hospitalier national ne laisse planer aucun doute sur l'adoption d'une politique de gestion des ressources humaines en ce sens. Ces dysfonctionnements n'occasionnent pas de rupture du contrat psychologique puisque leur niveau de contrat (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) sont conformes à ceux de leurs collègues du service d'une part, ainsi qu'à ceux de leurs camarades de promotion ou amis exerçant dans d'autres établissements d'autre part.

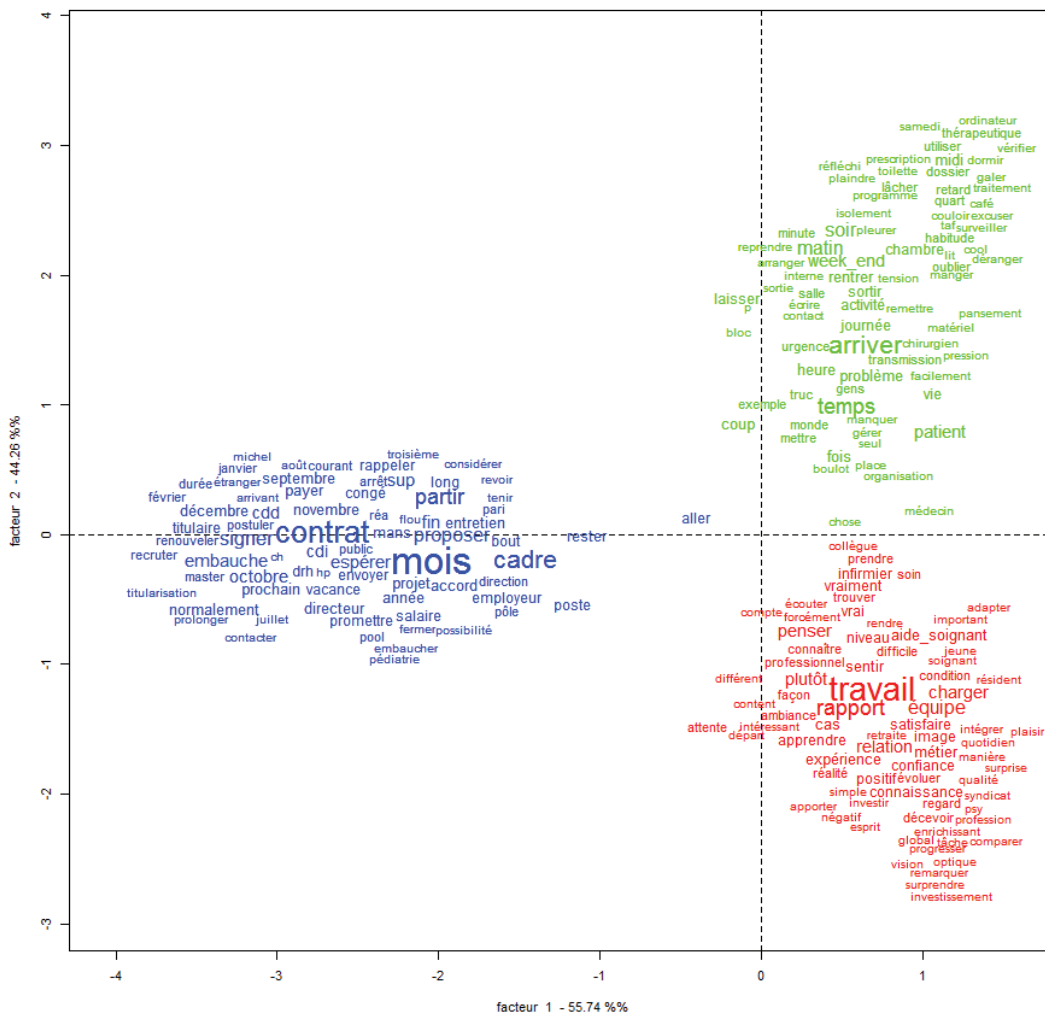
Souhaiter travailler avec davantage de collègues infirmiers émane d'un contexte où les individus trouvent que la charge de travail est toujours importante et où ils se sentent frustrés de ne pouvoir consacrer davantage de temps aux patients lors de leur exercice professionnel. À ce sujet, nous constatons que « *patient* » avait un Khi2 de 549 après un mois d'exercice

(T2). Le « *patient* » était « au cœur » de la « *prise en charge soignante* » (classe 2), tandis qu'à l'issue de ce T3, son Khi2 n'est plus que de 74 et il appartient désormais à la classe de discours en lien avec « *l'organisation personnelle* » des jeunes professionnels. En d'autres termes, le patient constitue toujours un motif de satisfaction professionnelle pour les individus de la cohorte mais non plus seulement en fonction des soins qu'ils lui apportent collectivement en équipe pluridisciplinaire, mais en fonction de ce qu'ils sont en capacité de lui apporter individuellement. Ceci peut être relié au fait que se sentant presque au niveau de leurs pairs, ils arrivent à personnaliser les soins prodigués. En ce sens, le niveau de contrat (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004) qu'ils éprouvent à trois mois d'exercice leur permet de mettre en application une certaine autonomie professionnelle en lien avec la tangibilité (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993 ; McLean Parks et *al.*, 1998 ; Sels et *al.*, 2004) qu'ils ont développée auprès de leurs pairs durant cette période de trois mois.

Enfin, le cas particulier des individus exerçant dans l'établissement « Clinique Privée 1 » fait apparaître un contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003) non respecté avec leur organisation dont nous suivrons tout particulièrement l'évolution lors des temps suivants pour savoir si des ruptures du contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997) sont à l'œuvre ou non.

La synthèse de cette troisième phase d'entretiens fait ressortir les diverses composantes de satisfaction au travail des jeunes professionnels tout en exprimant leurs craintes liées à l'incertitude du renouvellement de contrat. L'AFC de ce T3 nous donne à voir les distances entre les différentes classes de discours.

**Figure n° 34 :** l'analyse factorielle des correspondances du T3 (AFC sur les trois classes)



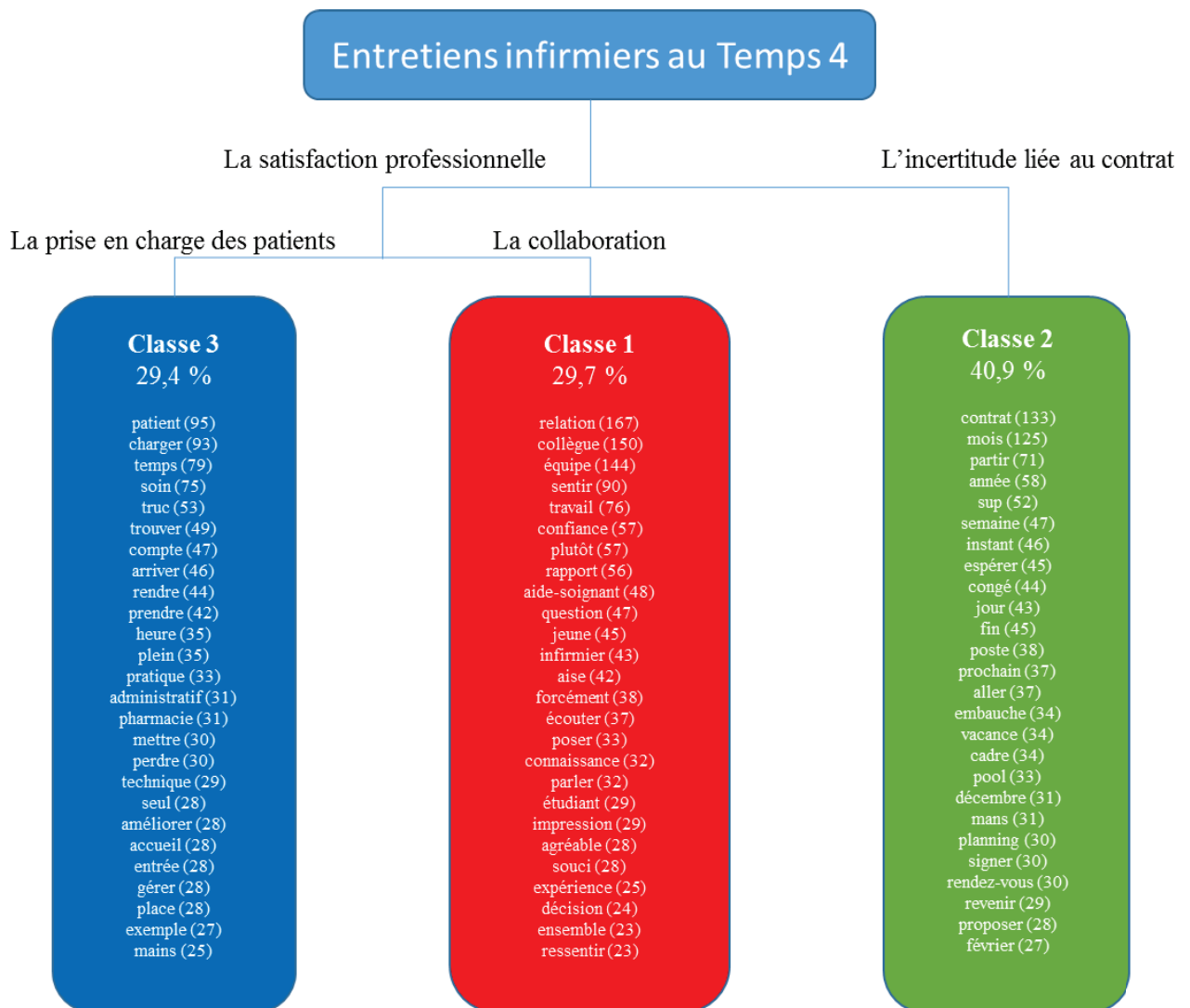
Les deux logiciels utilisés nous donnent les mêmes résultats quant aux classes de discours recensées.

## Chapitre 6 : de l'adaptation à la stabilisation du contrat

## 6.1 L'analyse des entretiens « T4 »

Six mois après le début de leur exercice professionnel, les infirmiers de la cohorte ont tenu des discours comprenant 124 422 occurrences qui ont été découpées par IRaMuTeQ en 3523 segments de texte, dont 2991 ont été classés (84,90 %), définissant ainsi trois mondes lexicaux tels que représentés dans la figure ci-dessous.

**Figure n° 35 : la CDH des entretiens au T4**  
Mots significatifs de chaque classe par Khi2 décroissant



La **classe 2**, en vert, la plus importante avec 40,9 % des segments de textes classés, confère, au même titre que la classe 3 du T3, à l'incertitude persistante quant au renouvellement ou non du contrat de travail des individus de la cohorte.





la visibilité de la durée d'embauche que ne semblent toujours pas leur offrir les établissements. Certains font donc part de leur sentiment d'un manque de considération, parfois avec philosophie. À noter également le manque perçu de communication autour du renouvellement de contrat de la part de la direction.

*« ou alors ils me disent clairement on ne sait pas là pour mon **contrat**, c'est pour l'**instant**, on ne sait pas trop » (n° 9, Khi2 = 89)*

*« après, ça se **voit** que c'est pas leur souci le fait que eux ça les tracassent pas de pas avoir de **contrat** dans trois **mois** » (n° 17, Khi2 = 87)*

*« là, j'avais une vision à trois **mois** de ce qu'**allait** être ma vie. Là c'était exceptionnel. Là, c'est bon à deux **semaines**, je sais pas ce que je **vais** devenir » (n° 5, Khi2 = 70)*

*« mis à part lors de l'**entretien** d'**embauche**, non, oui, je trouve ça dommageable ne serait-ce que par rapport au **contrat** » (n° 30, Khi2 = 63)*

Certains expriment également le fait qu'au regard des contraintes financières des hôpitaux qu'ils connaissent, réaliser des soins de qualité et répondre à l'ensemble des missions infirmières n'est pas gage de sécurité de l'emploi et qu'ils peuvent ne pas avoir de renouvellement de leur contrat.

*« malgré que ça fasse six **mois** que je sois diplômée, j'apprends en fait tous les **jours** et tous les **jours** je me dis que faut que je fasse attention parce que j'ai beau être diplômée, faut pas que » (n° 6, Khi2 = 84)*

*« elle avait dit qu'on serait **tenu informé**. Je devais prendre **rendez-vous** un **mois** avant la **fin** de mon **contrat** pour qu'elle me dise où est-ce que je **vais** tout ça, si je vais » (n° 17, Khi2 = 54)*

Un autre constat intéressant que l'on peut faire concernant cette quatrième phase d'entretiens concerne les promesses faites par les employeurs. Il était entendu qu'au sortir de l'entretien d'embauche, les recrutés se prononçaient de façon claire et unanime sur le fait qu'aucune promesse ne leur avait été faite durant l'entretien de recrutement. Ce que confirmaient également les recruteurs. Or, cette notion de promesse faite apparaît pour la première fois, à trois reprises, au cours de ce T4.

*« ils avaient promis une augmentation, je l'ai eue ; ils m'avaient **promis** d'avoir un morceau de prime du treizième **mois**, je l'ai eu » (n° 9, Khi2 = 73)*

*« après, on m'avait **promis** un **CDI** que du coup je n'ai pas eu pour l'**instant**, voilà, à six **mois** » (n° 40, Khi2 = 51)*

*« oui, on m'avait **promis** un contrat 100 % infirmier, voilà ce qu'on m'avait **promis** et c'est ce qui s'est passé » (n° 28, Khi2 = 35)*

Concernant le premier verbatim, celui de l'infirmière n° 9, il intervient après que cette dernière se soit plainte auprès de sa cadre de santé de ses conditions de travail, notamment en ce qui concerne les relations pour le moins « tendues » avec les représentants du corps médical. La cadre de santé en a échangé avec la responsable des ressources humaines qui a fait cette proposition à l'infirmière n° 9. En d'autres termes, sans chercher à améliorer les conditions de travail de cette infirmière, la directrice lui a proposé une augmentation et une partie de la prime de service de façon anticipée pour l'inciter à rester travailler dans son organisation. Or, cela n'aura pas été suffisant, puisque l'infirmière a fait le choix de changer d'établissement.

Les verbatims des individus n° 40 et n° 28 émanent d'échanges qu'ils ont eus, non pas avec leur recruteur ou des membres de la direction de leurs établissements, mais avec leur cadre de service. Ces derniers avaient deux postes « vacants », c'est-à-dire sans infirmiers affectés de façon pérenne, et ils souhaitaient que ces deux infirmières les pourvoient. Ces cadres se sont engagés à proposer ces postes, ce qui fut le cas pour l'infirmière n° 28, dans les temps annoncés, et ce qui ne le fut pas pour l'infirmière n° 40. Voici le verbatim de cette dernière faisant suite au verbatim classé précédemment :

*« Ben je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de vérité dans tout ça, quand on a eu notre reconduction de contrat, qu'on nous a dit que c'était pas pour nous mettre dehors, [...] ça me paraît faux et puis quand on a eu la cadre au final, elle s'était je pense avancée sur certaines choses, pour qu'on vienne parce que la gériatrie c'est pas un endroit qu'une jeune diplômée, je veux dire, apprécie et je pense que ça a été pour boucher un trou » (n° 40)*

Ce qu'évoque par la suite de l'entretien cette infirmière est le peu de confiance qu'elle accorde dorénavant à son cadre et le fait qu'elle réalise désormais une veille active en termes de postes infirmiers autour de chez elle.

Par ailleurs, de façon globale, l'absence de fidélité à la structure dans les mois ou années à venir évoquée au T3 se confirme six mois après l'embauche, y compris pour les professionnels ayant bénéficié d'une promotion professionnelle pour suivre la formation infirmière.

« dans six **mois**, je suis toujours à l'**hôpital**, mais ailleurs, dans cinq ans, je ne sais pas, je pense toujours à **partir** et voilà » (n° 23, Khi2 = 71)

Le cap des six mois d'exercice infirmier semble également être le moment où certains se trouvent désillusionnés par leur profession. Prenons le cas de cette jeune femme qui était aide-soignante en s'engageant dans la formation infirmière et qui n'a eu d'autre choix que de « subir » une affectation en pédiatrie alors que son projet professionnel était d'exercer en médecine gériatrique.

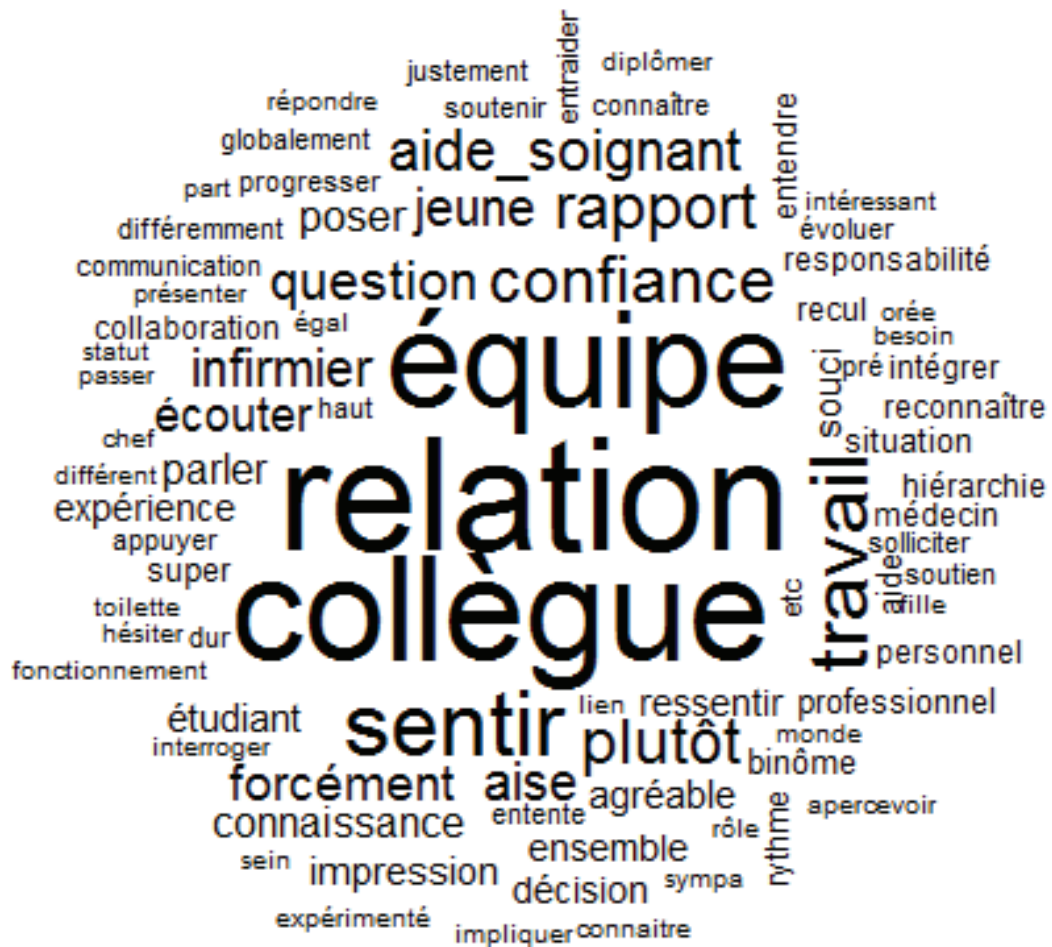
« je ne sais pas, **continuer**, évoluer, j'en sais rien du tout. Évoluer c'est sûr, mais après, je ne sais pas vers quoi. » (n° 23, Khi2 = 66)

Et enfin, au terme de cette période de six mois, un premier individu a pris la décision de quitter sa structure à cause des relations qu'il entretenait avec certains chirurgiens de cette clinique privée, alors qu'avec d'autres praticiens les relations semblaient plus harmonieuses. Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre au regard du focus que nous réalisons sur les individus embauchés par « CliniquePrivée 1 ».

« non, il est adorable (le médecin), y a pas de souci, ça se passait très bien [avec lui], il a exprimé son regret que je **partais** mais » (n° 24, Khi2 = 71)

L'arbre de classification fait ensuite apparaître les classes 1 et 3 appartenant au monde lexical de la satisfaction professionnelle. Cette satisfaction se retrouve donc tout d'abord dans la **classe 1** qui se réfère à la collaboration pluriprofessionnelle dans le cadre de l'exercice infirmier. L'étude de cette classe laisse apparaître que ces jeunes soignants apprécient leurs *relations* (Khi2 = 167) avec leurs *collègues* (Khi2 = 150), au sein de leurs *équipes* (Khi2 = 144) dans lesquelles ils se *sentent* (Khi2 = 90) en *confiance* (Khi2 = 57) et à l'*aise* (Khi2 = 42).

**Figure n° 37** : le nuage de mots de la classe 1



Ces premiers mois d'exercice ont permis aux infirmiers d'asseoir leur positionnement au sein d'une équipe soignante.

*« c'est aussi que je m'impose de ce côté-là, que je m'impose peut-être aussi un peu plus auprès des **équipes**, voilà, c'est cette fonction un petit peu de coordination, de référente, que je m'impose un peu plus » (n° 37, Khi2 = 144)*

Cela passe par un positionnement acquis auprès des aides-soignants.

*« il faut pas mal les encadrer, leur dire ce qu'il faut faire quoi, oui, c'est ça, des **bonnes relations plutôt** sur la même longueur d'onde sur la prise en charge » (n° 32, Khi2 = 112)*

Quant aux relations entre collègues infirmiers,

*« avec les collègues, c'est une **relation** qui est **professionnelle** et amicale » (n° 8, Khi2 = 113)*

Certains vont même au-delà,

« *c'est un peu **super** facile avec les **collègues infirmiers**, on peut même dire qu'on a des **relations de copinage** entre nous » (n° 11, Khi2 = 78)*

Concernant la relation au cadre de santé,

« *c'est une **relation** beaucoup plus **professionnelle** » (n° 8, Khi2 = 113)*

Quant aux relations avec les médecins, globalement,

« *enfin comment dire, chacun met des freins à la **relation**, moi le premier, jamais je vais aller tutoyer un **médecin** et le **médecin** aussi nous vouvoie. Oui, ça me convient oui, les **relations** sont **plutôt** bonnes. » (n° 8, Khi2 = 81)*

Cette affirmation du positionnement semble être rendue possible par le renforcement de l'assurance professionnelle et de la confiance que l'on a placée en eux tout au long de ces six premiers mois d'apprentissage.

« *on a **confiance** en nous voilà, ça m'est arrivé même d'encadrer une **collègue** qui a deux ans de plus que moi de diplôme alors que y a un soin qu'elle n'avait pas vu » (n° 22, Khi2 = 104)*

« *maintenant, y a une **relation** de **confiance** qui s'est installée entre moi et les **collègues** de mon **équipe** » (n° 4, Khi2 = 91)*

Cette confiance acquise auprès de leurs collègues au terme des six premiers mois semble même les autoriser à critiquer de façon constructive certaines pratiques afin de les faire évoluer favorablement.

« *parfois honnêtement, quand je fais ça et je le fais du coup tous les dimanches avec ma **collègue**, je me dis : mais quel gâchis de **passer** autant de temps à faire ça » (n° 36, Khi2 = 81)*

Cependant, comme nous avons pu le constater avec l'individu n° 1 lors de notre observation, tout n'est cependant pas toujours idyllique au sein des équipes soignantes. À ce propos, voici l'un des verbatims qui se trouve être représentatif de cette classe qui provient de l'individu n° 1 que nous avons observé lors d'une journée de travail.

« je trouvais que la **relation** et le **travail d'équipe** étaient plus **cools**, plus **fun**s, et au final, eh bien je me suis bien planté puisque y a toujours des personnalités voilà, ça, je ne m'y attendais pas » (n° 1, Khi2 = 98)

En l'occurrence, rappelons-nous que lorsque cet individu évoque des « personnalités », il veut ainsi désigner ses pairs infirmiers. Au-delà des difficultés relationnelles de cet individu que nous avons précédemment explicitées, d'autres jeunes professionnels font le même constat que lui.

« compliqué par **rapport au travail en équipe** » (n° 15, Khi2 = 92)

« la dernière fois, j'ai **posé** une sonde urinaire voilà, je l'ai fait de telle manière, et ma **collègue**, qui arrive en fin de carrière me dit non, tu fais comme ça » (n° 26, Khi2 = 92)

L'autre monde lexical en lien avec les motifs de satisfaction professionnelle qui sont rencontrés ou non est celui représenté au sein de la classe 3 et, une nouvelle fois, en lien avec la prise en charge des patients. Au travers de cette classe, nous pouvons décrire les motifs de satisfaction pour ces jeunes à prendre *soin* (Khi2 = 75) des *patients* (Khi2 = 95) qu'ils ont en charge (Khi2 = 93). De plus, à ce stade, ils considèrent leur travail équivalent à celui de leurs pairs infirmiers en ce qui concerne la qualité de leur prise en charge soignante.

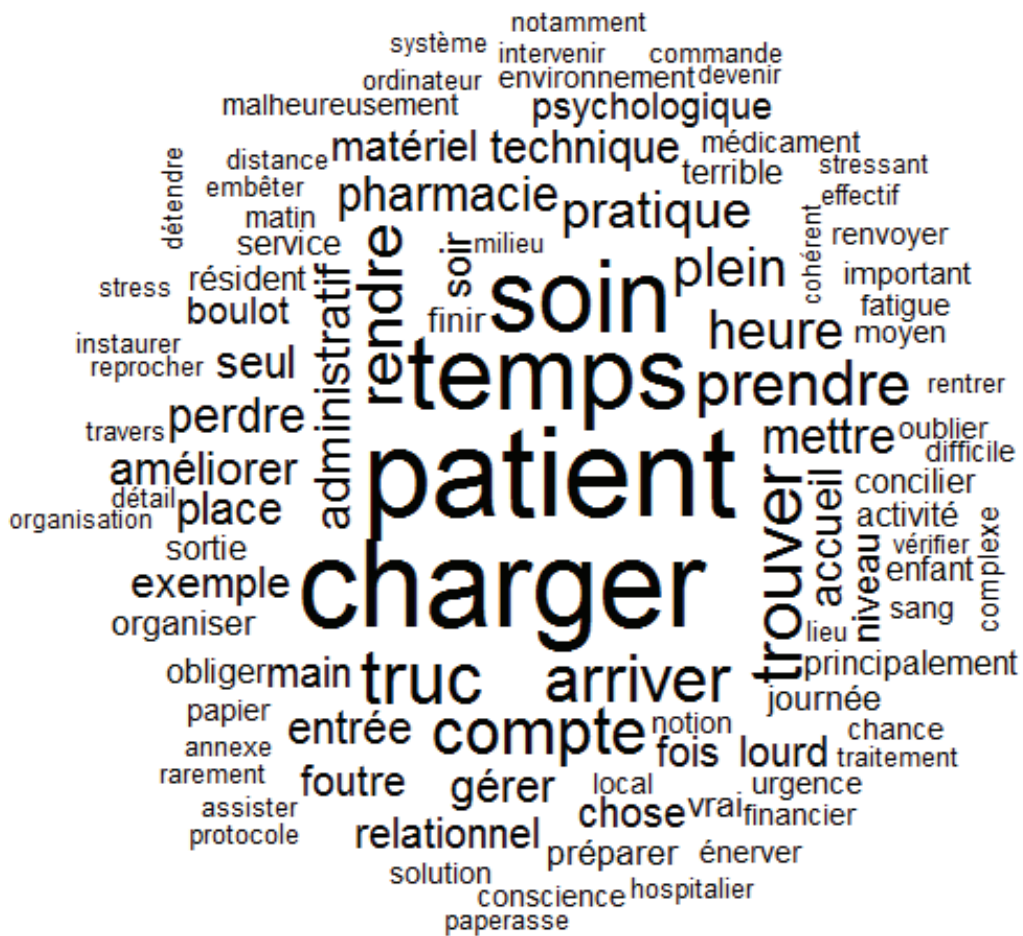
« sinon, au **niveau de la prise en charge des patients**, non, c'est la même. Je crois qu'on travaille **vraiment** pareil » (n° 25, Khi2 = 51)

C'est également au terme des six premiers mois que ces nouveaux professionnels sont en capacité de proposer des *améliorations* (Khi2 = 28) aux organisations de travail que maintenant ils semblent connaître et maîtriser.

« plus ça va, plus j'en **trouve** quelques-uns, euh, des **trucs** qu'on voudrait que ça bouge » (n° 1, Khi2 = 51)

« je fais ce que j'aime, on fait énormément de **déchocages**, on fait énormément de **prises en situation d'urgence des patients** très instables » (n° 19, Khi2 = 50)

**Figure n° 38** : le nuage de mots de la classe 3



Nous pouvons également constater qu’au sein de cette classe, certains souhaiteraient recentrer leur équipe de soin vers ce qui devrait être leur objectif, à savoir le patient. Ces jeunes professionnels sont en capacité de revendiquer leurs valeurs professionnelles.

« c’est un peu ce **truc**-là qui me, on **oublie**, on nous rabâche depuis notre formation que c’est le **patient** qui est au **centre** de la **prise en charge** alors que des **fois**, c’est pas du tout le cas » (n° 5, Khi2 = 46)

D’ailleurs, à propos des prises en charge, la distance avec les médecins est souvent considérée comme un frein.

« avec les **médecins**, on n’est pas forcément en accord avec la **prise en charge** des **patients** » (n° 12, Khi2 = 59)

« il y aurait moins de **distance**, je pense que la **prise en charge**, elle serait encore meilleure, oui, je **trouve** que ça **met un frein** » (n° 2, Khi2 = 45)

Cette classe fait également apparaître des verbatims indiquant que les infirmiers ont le sentiment d'être confrontés aux restrictions budgétaires hospitalières du fait de ne pas pouvoir bénéficier de renforts matériels, mais surtout humains, en cas de besoin ressenti.

*« je continue à quémander ce qui me **manque**, mais j'attends plus pour commencer à faire quelque **chose**, je suis consciente que ça va **prendre plus de temps** que prévu quoi » (n°37, Khi2 = 37)*

Ou bien en pointant l'absence de renforts infirmiers pour faire face aux pics de charges de travail.

*« on a eu début janvier une **charge de travail importante**, on était toutes sur les rotules » (n° 22, Khi2 = 37)*

*« pour pouvoir avoir une plus grande capacité d'**accueil** et avoir une meilleure **prise en charge** et de meilleures conditions de **travail**. On ne peut pas faire des **entrées** comme on fait là, trois **fois** par jour » (n° 38, Khi2 = 36)*

*« et que ils se sont pas forcément **rendu compte** que on était quatre au **lieu** de cinq et qu'on avait le même nombre de **soins** qui, pour moi, façon **travail**, reste faisable, mais à long terme, c'est épuisant » (n° 31, Khi2 = 36)*



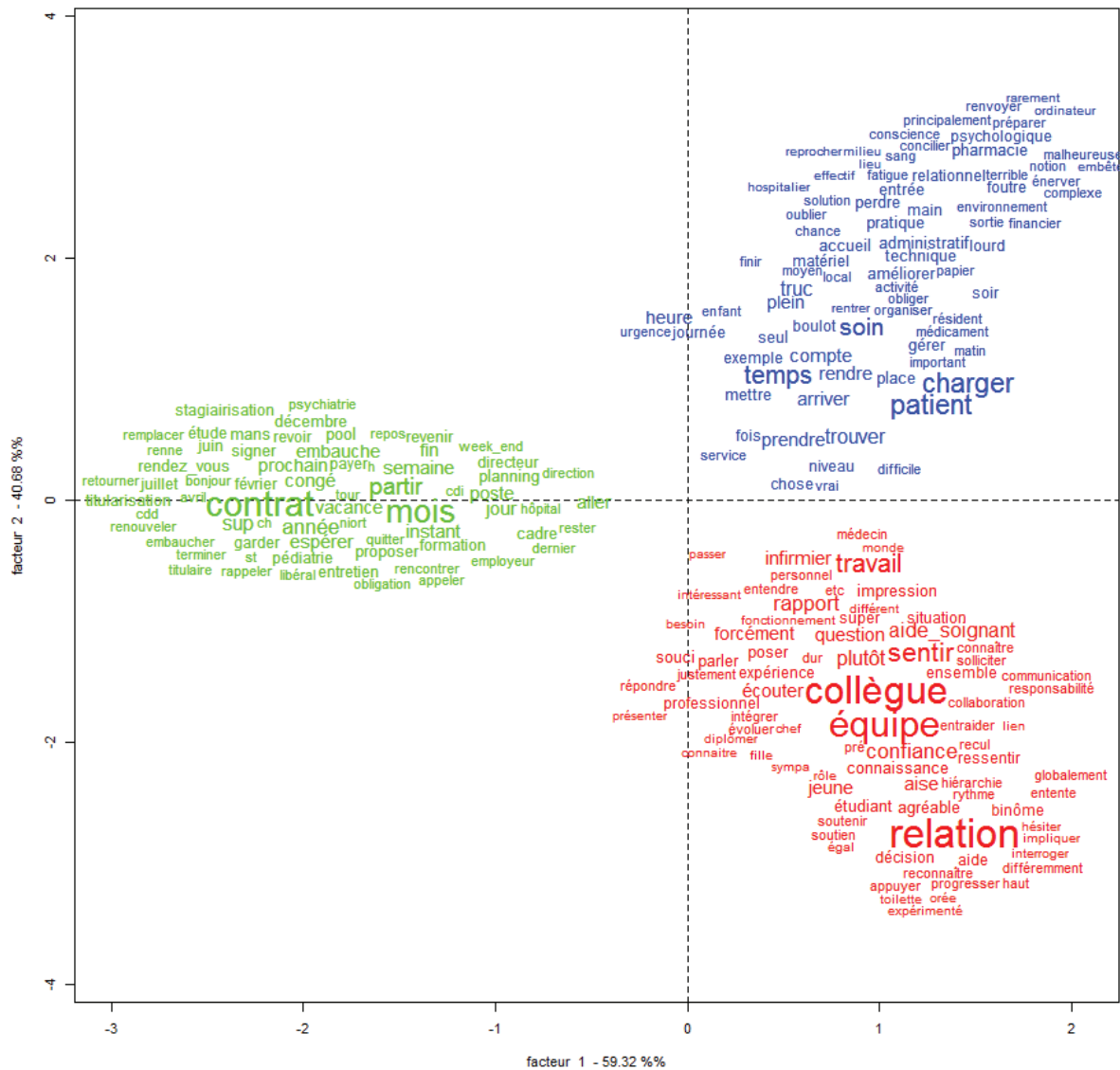
## 6.2 Le résumé de l'analyse du « T4 »

Comme le souligne l'analyse factorielle des correspondances de ce quatrième temps dans le graphique n° 8 ci-dessous, les distances entre les trois classes de discours sont nettes entre les motifs de satisfaction professionnelle qui sont représentés dans les mêmes proportions de verbatims classés, que sont la prise en charge des patients (29,4 %), la collaboration pluriprofessionnelle (29,7%) et l'incertitude liée au contrat qui représente désormais 40,9 % des verbatims classés alors qu'elle en représentait 28,6 % lors du T3.

À ce propos, les verbatims recensés montrent que cette inquiétude grandissante est due au fait de ne pas avoir suffisamment de visibilité quant aux renouvellements de contrats ou aux mises en stage. Cette inquiétude est d'autant plus importante que les individus de la cohorte font état de leur satisfaction à exercer dans leurs services de soins, notamment au regard des relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues de travail, avec un bémol en ce qui concerne les médecins. Pour la première fois, les individus de la cohorte semblent enclins à engager des négociations pour envisager des durées de renouvellement avec leurs employeurs. En parallèle à ce phénomène, il apparaît également clairement que sans s'être inscrits dans une veille professionnelle active, ils restent vigilants et ne font pas montre d'une volonté particulière à rester dans l'organisation qui les emploie actuellement.

C'est également six mois après l'embauche que l'on peut mesurer que les jeunes professionnels infirmiers prennent conscience des contraintes financières hospitalières, ce qui les amène à penser que même s'ils sont professionnels et compétents, cela ne leur prodiguera pas pour autant une sécurité de l'emploi au sein de leurs structures actuelles. Au terme de cette période, ils s'estiment désormais pleinement aussi professionnels et compétents que les pairs infirmiers. Par ailleurs, bien que parfois compliquées, les relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues après six mois d'exercice leur permettent maintenant d'être en capacité de proposer des axes d'amélioration au sein de leur unité de soins tout en affichant une posture professionnelle d'infirmiers confirmés, en lien avec leurs valeurs humaines et professionnelles. D'ailleurs, si elles sont compliquées pour certains, nous pouvons tout de même constater que la notion d'amis intervient pour la première fois lors de ce T4 pour désigner le type de relations qu'ils ont désormais avec leurs collègues. Plus précisément, ces relations sont plus que simplement professionnelles et moins que purement amicales.

**Figure n° 39 : l'analyse factorielle des correspondances du T4 (sur les trois classes)**



Fait important, pour la première fois, la notion de promesse apparaît après six mois d'exercice professionnel par trois individus de la cohorte. Comme nous l'avons vu avec le cas de l'infirmière n° 9, cette dernière a bien entendu un engagement, par le biais de sa cadre de service, de la directrice des ressources humaines, qu'une augmentation de salaire allait lui être accordée. Or, malgré le respect de cette promesse, cette infirmière n° 9 a préféré changer d'établissement car elle subissait une rupture de son contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003). En effet, pour elle, être infirmière dans un établissement de santé requiert de la confiance dans cet établissement pour offrir des conditions de travail à

même de garantir la sécurité des soins aux patients, ainsi que le respect de ces derniers et du personnel soignant. De même, la notion d'argent émanant de la philosophie de prise en charge des patients perçue par cette soignante n'était pas compatible avec son contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003). Le respect de la seule promesse qu'elle a « entendue » n'a pas été suffisant pour la retenir.

Pour les deux autres individus faisant état de promesses, les n° 28 et n° 40, nous sommes face à des situations où les promesses ont été entendues comme émanant du cadre de santé. Si pour l'individu n° 28, la « promesse » qui a été suivie d'effet n'occasionne pas de rupture du contrat psychologique (Robinson & Rousseau, 1994 ; Morrison & Robinson, 1997), il n'en est pas de même pour l'individu n° 40 pour qui la « promesse » n'a pas été respectée. Le non-respect de cette promesse a eu pour conséquence de placer l'individu en recherche active de poste infirmier dans une autre structure sanitaire. Ce comportement est en phase avec la littérature traitant de la rupture du contrat psychologique (Lester et *al.*, 2001 ; Tekleab, Takeuchi & Taylor, 2005).

Par ailleurs, nous notons également qu'une durée de six mois semble être le temps nécessaire à un jeune professionnel pour qu'il soit en capacité de réaliser un travail semblable à celui de ses pairs expérimentés d'une part et pour qu'il soit en capacité de revendiquer et faire vivre ses valeurs soignantes, fondatrices de son contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003) d'autre part.

Au regard des valeurs soignantes et humanistes sous-tendant ce contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003), nous pourrions être amené à penser que le manque de matériel spécifique ou bien encore le déficit d'infirmier ressenti pourrait générer des ruptures du contrat psychologique (Robinson & Rousseau, 1994 ; Morrison & Robinson, 1997) chez les individus de la cohorte, mais il n'en est rien. Nous avons deux arguments pour expliquer ce constat. Tout d'abord, ils possèdent un niveau de contrat (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004) qui leur fait percevoir leurs conditions identiques à celles de leurs pairs. Ceci est d'autant plus important que ces jeunes professionnels s'identifient à ces pairs, comme nous l'avons vu précédemment, parfois depuis l'enfance et/ou *a minima*, depuis le début de la formation infirmière. Ensuite, en référence à la citation de Thompson et Bunderson (2003, p.571), en introduction de leur recherche, « *les hommes travailleront dur pour l'argent ; ils travailleront encore plus dur pour d'autres hommes. Mais les hommes travailleront de toutes*

*leurs forces quand ils sont dédiés à une cause*<sup>13</sup> ». En d'autres termes, le contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003) des individus de la cohorte, dédiés aux soins, après six mois d'exercice professionnel, tend à atténuer l'apparition de rupture du contrat psychologique (Robinson & Rousseau, 1994 ; Morrison & Robinson, 1997) en lien avec la charge de travail liée à une forte activité ou bien à un sous-effectif conjoncturel ou structurel.

Enfin, concernant les trois individus recrutés par « CliniquePrivée 1 », nous allons présenter les derniers résultats de ce fil rouge qui s'arrête à ce T4 puisque deux d'entre eux se sont fait recruter par « CH 1 » tandis que le dernier, le n° 24, qui a pour projet de s'installer avec son conjoint en région parisienne, a fait le choix d'exercer en intérim le temps pour son conjoint d'être diplômé et de changer ensemble de région.

À la lecture des verbatims suivants, nous constatons que le relationnel avec les autres soignants n'a jamais pu s'établir de façon satisfaisante.

*« on n'a pas trop l'occasion de se **connaître** vraiment et d'avoir une **relation** avec les **collègues**, que ça se **pass**e bien et qu'il y ait quand même une réflexion ou de l'entraide entre collègues » (n° 24, Khi2 = 60)*

De plus, le travail infirmier tel qu'il était à réaliser ne revêtait pas toujours de sens pour ces soignants.

*« fallait qu'on trace tous les appels téléphoniques, même s'ils n'étaient pas **pris** en **charge** par un des chirurgiens. Sur la fin, ça **devenait** de plus en plus **lourd** l'**administratif** » (n° 24, Khi2 = 39)*

Sans parler des risques qu'une forte activité, encouragée par les chirurgiens de cet établissement, faisait parfois courir aux patients et que ces infirmières ne supportaient plus.

*« je suis **sortie** de **salle**, j'ai appelé ma direction, j'ai appelé une collègue pour qu'elle **prenne** la relève parce qu'il y a quand même un **patient** sur la table, donc faut pas déconner » (n° 9, Khi2 = 40)*

---

<sup>13</sup> Traduction libre.

Le constat primordial de ce T4 concernant ces infirmières démissionnaires est que malgré une « compensation » financière, l'infirmière n° 9 n'a pas prolongé son expérience au sein de la clinique. En d'autres termes, la rupture de son contrat psychologique idéologique (Morrison & Robinson, 1997 ; Thompson & Bunderson, 2003) a entraîné son départ de la structure sans qu'une contrepartie financière puisse la faire changer d'avis. En d'autres termes, cette infirmière présente un contrat psychologique de nature relationnelle plus que transactionnelle.

Dans leurs nouveaux services, les individus n° 9 et n° 39 apprécient la présence et le rôle du cadre qui est en charge de l'organisation du travail, ce qui leur faisait défaut dans leurs affectations précédentes.

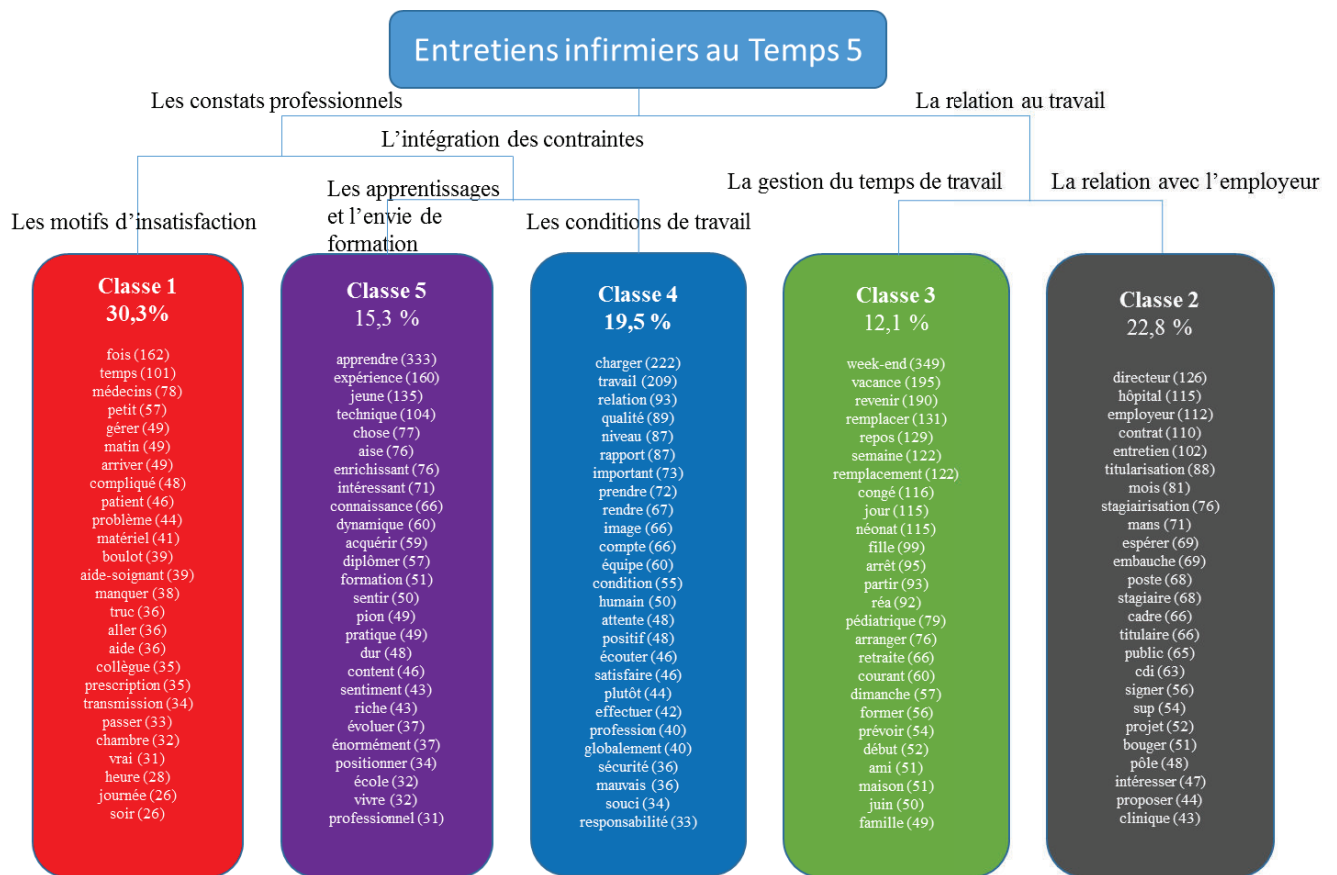
*« elle est là tout le **temps** dans le **service**, donc ça c'est pas mal aussi, je trouve que c'est mieux **organisé** » (n° 39, Khi2 = 41).*

Nous allons maintenant aborder le dernier temps d'entretiens correspondant à une année pleine d'exercice des nouveaux professionnels.

### 6.3 L'analyse des entretiens « T5 »

Au terme de cette année de suivi de notre cohorte, cette dernière tient un discours de 138 702 occurrences qu'IRaMuTeQ a découpé en 3920 segments de texte dont 3840 ont été classés (97,96 %) au sein de 5 classes distinctes telles que représentées dans la figure ci-dessous.

**Figure n° 40 : résultats de la CDH au Temps 5**  
(mots significatifs de chaque classe par Khi2 décroissant)



Comme nous le constatons sur cette figure, l'arbre de classification sépare tout d'abord les classes 2 et 3 des classes 1, 4 et 5 (les constats professionnels) avant de leur apporter une distinction. Les classes 2 et 3 correspondent au monde lexical de la relation au travail. En son sein, la classe 2 se réfère tout d'abord à la relation avec l'employeur. C'est au travers de cette classe que nous pouvons nous rendre compte qu'un an après avoir commencé à travailler, la plupart de ces jeunes professionnels ne savent toujours pas précisément qui est leur employeur. Force est de constater qu'ils n'ont pas ressenti le besoin d'en savoir davantage sur l'identité de leur employeur durant ces 12 mois d'exercice professionnel. Pour désigner cet

employeur, les infirmiers évoquent pêle-mêle le directeur général de leur établissement, sans certitude aucune, et dont, la plupart du temps, le nom n'est pas connu, le directeur du personnel, le directeur des soins ou bien encore le directeur du groupe.

« *La direction ? Le directeur des soins ? Le directeur de l'hôpital ?* » (n° 35, Khi2 = 95)

« *après, je sais pas, ben la **directrice** de l'**hôpital** oui (rires), je ne sais plus mais je crois que je ne la reconnaitrais pas* » (n° 23, Khi2 = 97)

« *non, je ne sais pas trop non, je ne sais pas l'**employeur** c'est le **centre hospitalier**, ça inclut la **directrice** du **centre hospitalier*** » (n° 40, Khi2 = 71)

« *alors on **vient** de changer de **directrice** à l'**hôpital** et je ne sais même plus le **nom**, je l'ai su mais je sais même plus* » (n° 12, Khi2 = 68)

Au final, la personnification de l'employeur importe peu dans le sens où ce qui intéresse ces professionnels c'est d'avoir un responsable identifié et connu vers qui se tourner en cas de difficulté.

« *mon **employeur** c'était la **clinique**, pour moi, c'était le **directeur** de la **clinique**, ma grande **chef** c'était la **directrice** des Soins, après, ce qui m'importe, c'est de savoir à qui me référer en cas de besoin* » (n° 9, Khi2 = 71)

« *la **directrice** de la maison de retraite, après, je fais **partie** d'un **groupe** alors je sais pas trop. Pour moi, mon **employeur** c'est la **directrice**, donc si j'ai quelque chose à lui demander, c'est elle que je vais voir* » (n° 27, Khi2 = 68)

De façon globale, pour ceux qui ont rencontré des membres de la direction, les échanges semblaient ne porter que sur des aspects administratifs.

« *à part ce que je vous ai dit pour le plan canicule, ils nous ont donné un **papier**, bonjour, je suis le **directeur** adjoint, je vous donne un **papier** et puis je m'en vais quoi* » (n° 16, Khi2 = 67)





Et, à l'issue d'une année d'exercice, contrairement aux verbatims du T4, l'envie de négocier de ces infirmiers semble s'être éteinte.

*« après je me suis dit, peut-être que j'aurais titillé un peu plus, peut-être qu'ils m'auraient fait un **contrat** sur six **mois** » (n° 18, Khi2 = 96)*

Cette volonté de négocier, certains professionnels la regrettent quant aux formations qu'ils souhaiteraient suivre et qu'ils n'ont pas eu la possibilité de faire.

*« après, peut-être que j'aurais demandé des attentes plus exigeantes à mon **employeur** à mon **entretien d'embauche** à être formée quasiment dès mon arrivée par exemple à la gestion de la violence dans les lieux quoi » (n° 39, Khi2 = 94)*

La seconde classe définie par IRaMuTeQ, se rattachant au contrat de travail, la classe 3, regroupe en son sein le vocabulaire relatif à la gestion du temps de travail des individus de la cohorte. Ces contraintes et la charge émotionnelle qui leur est inhérente laissent entrevoir une activité psychique liée à l'exercice infirmier au cœur même de la sphère privée.

*« j'ai encore du mal à faire la part des choses quand je **reviens** chez moi, j'ai des **week-ends** ou je **repasse** ce que j'ai fait la **semaine** en me disant 'est-ce que j'ai fait ça ?' » (n° 22, Khi2 = 166)*

Certains verbatims de cette classe 3 laissent également apparaître, dans le cas des cliniques privées, un hiatus entre ce que les injonctions organisationnelles liées à la T2A obligent les infirmiers à faire et leurs valeurs soignantes. Le verbatim ci-dessous est celui de l'individu n° 39 qui compare les pratiques de son ancien établissement avec celle du nouveau qui lui conviennent mieux.

*« (les patients) **reviennent** deux **semaines** après tu vois, et en plus, ils savent, ils savent que le patient va pas trop bien, mais tant pis, faut faire un lit à tout prix quoi » (n° 39, Khi2 = 156)*

Un autre constat que nous pouvons faire concerne le fait qu'au bout d'un an ces infirmiers ont intégré qu'ils avaient bien souvent pallié les absences pour diverses raisons d'autres professionnels infirmiers, leur occasionnant ainsi de fréquents changements de services dont ils semblent s'accommoder.

*« moi, là, j'étais plus en médecine polyvalente, en médecine 4, je me suis **retrouvée** en **revenant de vacances** à être sur le service de médecine 2 de pneumologie » (n° 35, Khi2 = 131)*

« ben là, ce **week-end**, je suis de **nuît**, c'est parce que je **remplace** un **arrêt**, mais il y a les **vacances** aussi. Y a les, pour certains, y a les **congés** bonifiés qui **partent** dans les DOM-TOM dans un mois » (n° 26, Khi2 = 131)

« c'est arrivé, mais c'est assez peu fréquent quand même, ils **essaient** de faire attention, par contre, le **week-end** ça arrive qu'on change pour une **nuît** ou deux, ça dépend des **remplacements** qu'on fait » (n° 7, Khi2 = 131)

Globalement, la lecture des verbatims de cette classe permet de se rendre compte qu'au terme d'une année d'exercice, ces jeunes professionnels sont rompus avec l'art d'adapter leur vie privée en fonction des contraintes professionnelles...

« Du **coup**, on a un **week-end** sur deux de disponible, on **travaille** un **week-end** sur deux donc on s'organise 'tel **week-end**, je vais pas pouvoir faire ça,' faut beaucoup s'organiser » (n° 39, Khi2 = 131)

... même s'ils éprouvent des difficultés à entretenir leurs relations amicales et familiales.

« eux, ils ont tous leurs **week-ends** et ils **travaillent** tout le temps la **semaine** et j'ai pas forcément eu le temps de le voir, le rythme de **nuît** par contre était pas mal pour voir des **amis** » (n° 18, Khi2 = 118)

« forcément non puisque je **travaille** un **week-end** sur deux, donc la plupart du temps les **amis**, on les voit le **week-end** et forcément, je peux pas le voir autant que je veux quand on est **invité** » (n° 4, Khi2 = 112)

« ce que je comprends pas c'est de me mettre d'office un **week-end** et je sais pas pourquoi. J'espère que mon prochain **poste**, il sera en 12 **heures**, ça me permettra de voir un petit peu plus la **famille** » (n° 26, Khi2 = 107)

**Figure n° 42 : le nuage de mots de la classe 3**



Nous pouvons également nous rendre compte que bien qu'il n'y ait pas de négociations avec la direction ou ses représentants, quand cela est possible, ces professionnels négocient leurs horaires ou rythmes de travail avec leur encadrement de proximité.

« je leur ai dit que j'avais un billet pour le moins cher, c'était pendant deux ou trois **semaines**, un truc comme ça » (n° 18, Khi2 = 122)

« très bien, encore là, **dernièrement**, ils avaient changé le **planning** parce qu'ils n'avaient pas fait attention à nos **week-ends** avec (mon ami) » (n° 25, Khi2 = 122)

Au terme de cette première année d'exercice, ces professionnels n'ont pas vu le temps passer.

« *« j'avais commencé le 5 août 2013 et le 5 août j'étais au travail, et j'en revenais pas de me dire que ça faisait un an et quand je le disais à mes collègues, ils en revenaient pas non plus quoi » (n° 12, Khi2 = 100)*

L'arbre de classification met ensuite en avant 3 classes de discours en lien avec les constats professionnels, au terme de cette première année d'exercice, des infirmiers de la cohorte. L'analyse de ces 3 classes nous laisse entrevoir les mondes lexicaux des conditions de travail (classe 4), des apprentissages et envie de suivre des formations (classe 5) et enfin, celui des motifs d'insatisfaction (classe 1). Analysons tout d'abord la classe 4.

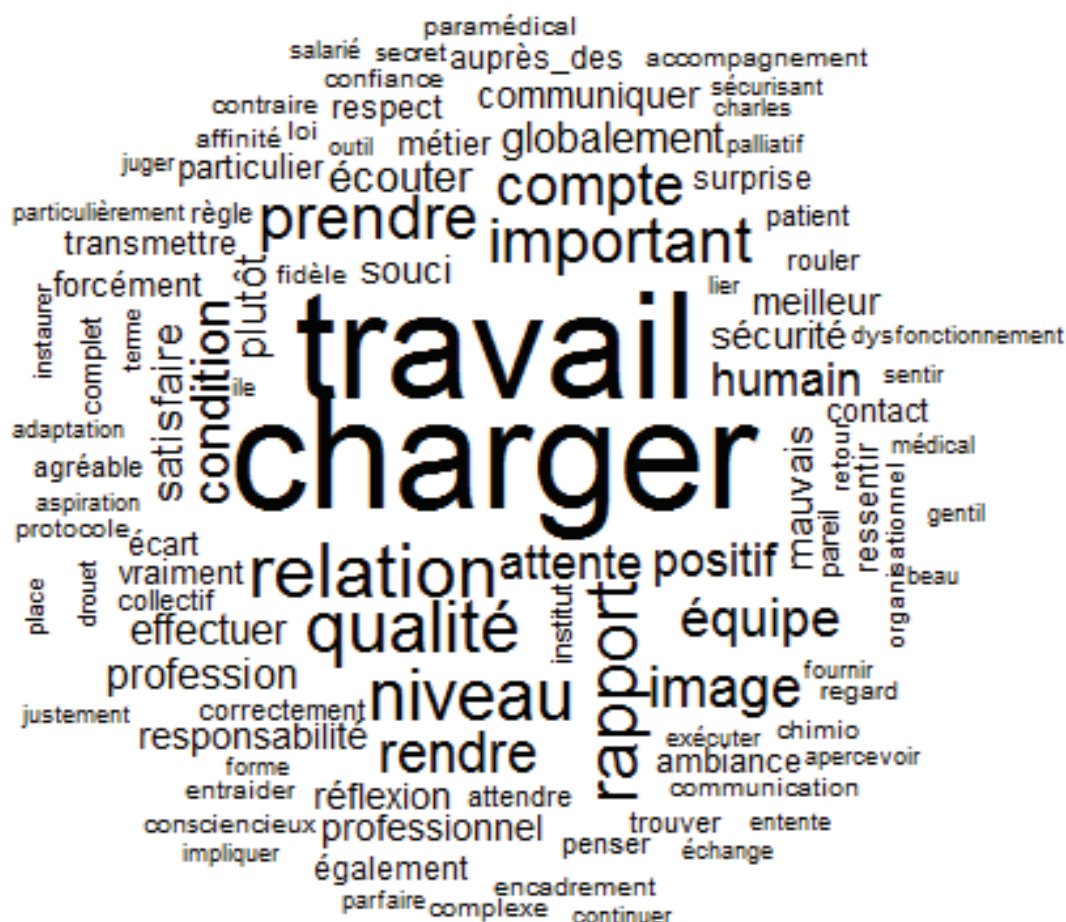
Au cœur de ce monde lexical regroupé dans la classe 4 (les conditions de travail), les infirmiers explicitent leur *importante* (Khi2 = 73) *charge* (Khi2 = 222) de *travail* (Khi2 = 209) ainsi que leur positionnement au sein de leurs *équipes* (Khi2 = 60) respectives.

Les professionnels mettent en avant le fait qu'en plus de faire face à une charge de travail importante, ils doivent également s'acquitter de tâches en parallèle non liées aux soins. Dans ce contexte, ils sont satisfaits de savoir pouvoir compter sur le soutien de leurs collègues.

« *on a déjà une charge de travail qui est importante et en plus de ça, il faut qu'on réponde au téléphone, il faut qu'on aille ouvrir aux personnes, il faut qu'on réceptionne parfois les chèques, des choses comme ça » (n° 27, Khi2 = 105)*

« *je ne pensais pas que c'était à ce point-là, je ne pensais pas que j'aurais autant de mal à prendre du recul et à me déconnecter complètement, après, j'imaginai pas que la charge de travail soit aussi importante » (n° 25, Khi2 = 100)*

**Figure n° 43 : le nuage de mots de la classe 4**



Au-delà d'une charge de travail perçue comme importante, les infirmiers se plaignent surtout de ne pas consacrer suffisamment de temps aux patients tel qu'ils estiment devoir le faire. C'est d'ailleurs ce constat qui en amène certains à avoir une image négative de leur établissement sans remettre en cause celle qu'ils ont de leur métier.

« peut-être que la **charge de travail** qui est assez **importante** et du coup, qu'on n'a pas toujours le temps de **prendre** le temps avec les **patients** comme on le voudrait. Je garde toujours une bonne **image** de ma **profession** » ( $n^{\circ} 33, \text{Khi2} = 100$ )

De plus, les éléments qui permettent à ces jeunes professionnels de supporter les contraintes de la profession semblent trouver leur origine dans l'ambiance de travail et l'entraide entre pairs qui paraissent être des déterminants majeurs de la satisfaction au travail.

« Je suis **contente** de mon **travail** parce qu'on arrive toujours à s'arranger voilà » ( $n^{\circ} 39, \text{Khi2} = 107$ )

« après, ce qui est bien, c'est que **justement** quand il y a une grosse **charge de travail**, il y a une bonne **entente**, et vu qu'il y a une bonne **entente**, il y a une bonne **entraide** » (n° 25, Khi2 = 94)

La découverte d'une charge de travail importante ne représente pas une surprise pour les infirmiers ayant suivi la formation infirmière au titre de la promotion professionnelle.

« voilà, après, comme on m'a rien promis, la **charge de travail** par moment, la **pénibilité du travail**, voilà, j'en étais **consciente** parce que comme j'étais aide-soignante avant, je voyais aussi mes collègues **infirmières** auparavant avec une surcharge de **travail également** » (n° 2, Khi2 = 93)

En ce qui concerne la relation qu'ils entretiennent avec leur cadre responsable d'unité, ils la trouvent satisfaisante lorsque ces derniers sont dans l'écoute et l'échange pour adapter l'organisation des soins en fonction de la charge de travail d'une part et qu'ils sont également en capacité de les soutenir, voire de prendre leur défense d'autre part. Globalement, au-delà de son rôle hiérarchique, les infirmiers aiment davantage considérer le cadre comme un facilitateur à exercer la profession infirmière.

« on est tous en train de chercher un peu comment faire pour **prendre en charge** ceci ou cela, et du coup, voilà, il y a un **échange**, il n'y a pas une **hiérarchie du travail** voilà » (n°1, Khi2 = 103)

« mon cadre est quelqu'un sur lequel je peux m'**appuyer** et je peux **prendre conseil**. C'est quelqu'un en qui j'ai **confiance** et qui a **confiance** en moi. Voilà, j'ai une **relation de travail très sécurisante**. » (n° 17, Khi2 = 67)

« à l'**écoute du travail** qu'on **effectue**, des **difficultés** qu'on peut rencontrer et des solutions qu'on peut apporter » (n° 11, Khi2 = 62)

... même si ces infirmiers connaissent le rôle hiérarchique du cadre de santé.

« je travaille pour moi, et il y a que la cadre qui a quelque **chose** à me dire de mon **travail** » (n° 13, Khi2 = 110)

Il est aussi intéressant de constater que certains des individus de la cohorte ont gardé des liens et qu'ils échangent sur leurs conditions d'emploi afin de comparer leurs établissements respectifs. De cette comparaison, ressort pour certains l'envie de changer d'établissement pour des conditions de travail qui semblent meilleures que celles vécues actuellement.

« Et puis j'ai (n° 11), mon amie, qui y travaille et les **conditions de travail** sont un peu **meilleures**. J'aimerais aller voir, c'est un peu plus petit aussi » (n° 13, Khi2 = 99)

Nous constatons donc qu'à l'issue de nos investigations, les infirmiers de notre cohorte ont désormais une connaissance relativement exhaustive de leurs conditions de travail et que cela n'est pas pour surprendre ceux qui, par le passé, étaient aides-soignants. Cette intégration, comme nous l'avons vu précédemment, se reflète également à travers le vocabulaire utilisé au sein de la **classe 5**. L'analyse de cette classe de discours met en avant le bilan que les infirmiers font sur ce que leur a appris leur première année d'exercice en termes d'*expérience* (Khi2 = 160) et d'*apprentissages* (Khi2 = 333). Il semble que ce soit tous ces possibles, en termes d'apprentissages au sens large et d'*évolutions* (Khi2 = 37) professionnelles qui contribuent, pour ces jeunes infirmiers, à rendre ce métier *enrichissant* (Khi2 = 76), *intéressant* (Khi2 = 71) et *dynamique* (Khi2 = 60).

Ainsi, quelles que soient les situations professionnelles rencontrées, les infirmiers expriment une grande satisfaction à apprendre de ces situations.

« j'ai encore plein de **choses** à **apprendre** mais j'ai **appris** plein de **choses** » (n° 20, Khi2 = 205)

« c'étaient des patients difficiles mais j'ai **appris énormément** sur la clinique (sémiologie psychiatrique) » (n° 1, Khi2 = 185)

« très **enrichissante**, j'ai **appris** plein de **choses** » (n° 23, Khi2 = 162)

Figure n° 44 : le nuage de mots de la classe 5



On découvre également que la satisfaction professionnelle repose aussi sur la propension des collègues à étayer les apprentissages et également à être dans une réciprocité des échanges formatifs et informatifs. C'est-à-dire que les infirmiers plus expérimentés font bénéficier les jeunes professionnels des fruits de cette expérience et, en retour, les nouveaux diplômés font profiter leurs collègues d'une actualisation de certains protocoles de soins et approches thérapeutiques vus en IFSI. On pourrait ainsi parler d'une communauté d'apprenants.

« c'est-à-dire que voilà, les **expériences** sur lesquelles je m'appuie et je me nourris parce que voilà, ils ont **énormément** à m'**apprendre**, mais j'ai aussi moi [des choses à leur apprendre] » (n° 17, Khi2 = 177)

« nous, en fait, on **apprend** notre travail tous les jours **ensemble** quoi » (n° 39, Khi2 = 173)



« et du coup, on **apprend** à écouter, à prendre sur soi et à s'adapter à l'autre pour travailler **ensemble**. Donc je dirais ça et puis ça reste un service où c'est, voilà, des collègues solidaires. » (n° 3, Khi2 = 173)

« après, ben j'en **apprends** toujours avec elles justement, donc c'est **intéressant** après, c'est **vraiment** dans les deux **sens** quoi parce qu'elles aussi **apprennent** parce que les **techniques** ont **changé** » (n° 23, Khi2 = 98)

De tels échanges avec les aides-soignants semblent compléter cette satisfaction professionnelle.

« on a la chance d'avoir des gens qui sont **motivés**, qui sont à l'écoute, qui sont désireux d'**apprendre**, qui sont **contents** quand tu leur montres des **choses**, quand tu leur **apprends** certaines **choses**. On a une relation aide-soignant infirmier qui se passe **vraiment** bien. » (n°20, Khi2 = 97)

C'est avec cette philosophie d'apprentissage que certains infirmiers se projettent dans l'avenir.

« la **chose** que je souhaite par-dessus tout, c'est me diversifier, **apprendre** le plus de **choses** possibles » (n° 16, Khi2 = 139)

C'est par ailleurs au sein de cette classe 5 que l'on mesure l'envie et la nécessité de formations en fonction des avancées médicales. Ces progrès scientifiques semblent également renouveler la motivation des professionnels.

« et puis, du coup, maintenant, on va faire beaucoup plus d'interventions sur le rachis donc, de **nouveau**, des **choses** à **apprendre**, donc ça me déplaît pas parce que du coup comme ça faisait un an que j'y étais » (n° 12, Khi2 = 139)

Au terme de ces 12 premiers mois, les nouveaux professionnels se sentent au niveau des collègues qui les ont accueillis et encadrés depuis leur arrivée.

« je **pense** qu'on est **vraiment** sur un pied d'égalité, après, il y a des **IBODE**<sup>14</sup> qui ont **vraiment** beaucoup d'**expérience**, qui ont encore beaucoup à m'**apprendre**, mais je me vois sur un même pied d'égalité » (n° 12, Khi2 = 108)

---

<sup>14</sup> Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État.

Et dans un dernier temps, cette classe nous renseigne sur l'importance que revêt la volonté de ces jeunes professionnels à se voir proposer des formations à l'avenir. À ce propos, il s'avère que ces jeunes professionnels font le constat *a posteriori* que, parfois, suivre des formations en début de carrière, sans avoir suffisamment d'expérience professionnelle préalable, est prématuré, ce qui vient en opposition avec leur volonté exprimée dans les temps précédents.

« *autant, il y a un an j'avais la **formation**, j'avais tous les savoirs, j'avais tout ça mais je n'avais pas forcément l'**expérience** quoi* » (n° 15, Khi2 = 105)

« *ah pas du tout, non, là, je continue sur cette **lancée**-là, après, pourquoi ne pas faire une spécialité un jour, mais pas pour le moment, j'ai encore des **choses à apprendre** dans ce service-là* » (n° 25, Khi2 = 146)

« *toujours avoir accès à des **formations** parce que là, c'est pareil, on va devoir **apprendre des choses** qu'on ne **connaît** pas, donc voilà* » (n° 12, Khi2 = 117)

« *je sais pas, disons que je suis **content** de pas avoir été dans ce **cas** de figure parce que j'aurais eu peur entre guillemets de m'encroûter, de pas **apprendre des choses variées**, alors que là* » (n° 16, Khi2 = 98)

« *après, sur du **moyen terme**, de la **formation** parce que je vous ai dit, j'aime bien **apprendre** et de la **formation**, et de la **formation**, voilà* » (n° 16, Khi2 = 97)

Nous notons d'ailleurs que c'est lors de ce dernier temps d'entretien que le Khi2 associé à *apprendre* est le plus élevé avec 333. Voici le graphe de ce mot lors du T5.

**Figure n° 45 : graphe du mot « apprendre » lors du T5**



Les infirmiers évoquent le fait d'avoir « énormément » appris de « choses » durant cette première année en exerçant cette profession « riche » et en étant confrontés à des situations « enrichissantes ». Ils ambitionnent de continuer leurs apprentissages tant au regard des situations qu'ils rencontrent en « service » que par le biais de « formations » qu'ils vont demander pour parfaire leurs « connaissances ». À titre de comparaison, voici le graphe du même mot, lors du T2 lorsqu'il était affecté d'un Khi2 de 74.

Figure n° 46 : graphe du mot « apprendre » lors du T2



Lors de ce T2, « apprendre » était le processus attendu auprès des « collègues » « infirmiers ». « Apprendre » le « métier » d’infirmier en sachant faire fructifier les différentes « expériences » durant le « travail » et auprès des « médecins ». D’ailleurs, à propos de ces derniers, ils disparaissent du graphe du mot « apprendre » lors du T5. Le lien principal de ce graphe est le même que celui du T5, c’est-à-dire qu’il relie « apprendre » à « chose ». Très clairement, ces jeunes professionnels souhaitaient en débutant « apprendre des choses » et c’est toujours le cas un an après leurs débuts professionnels, avec la même intensité (épaisseur de la liaison).

Quant au dernier monde lexical, mis en lumière par IRaMuTeQ et regroupé dans la **classe 1**, il nous éclaire sur les motifs d’insatisfaction professionnelle des individus de notre cohorte à l’issue de leur première année d’exercice. Comme on peut le constater, la relation avec les *médecins* ( $Khi2 = 78$ ) est très représentative de cette **classe 1**. Les verbatims ci-

dessous attestent du fait que les relations entre infirmiers et médecins sont parfois compliquées, peu respectueuses, tandis que d'autres mettent en avant le peu de temps médical consacré aux services de soins.

*« donc c'est toujours **compliqué** de s'habituer aux humeurs et aux sauts de chacun, d'être pris pour de la merde, des **fois**, il faut dire les choses » (n° 36, Khi2 = 105)*

*« écoutez, je n'ai pas eu de soucis pour l'instant, des **fois**, y'en a pour qui c'est plus **compliqué**, mais avec moi ça **pass**e pour l'instant » (n° 24, Khi2 = 81)*

*« des **médecins** qui sont pas à **temps** plein dans le service, donc des **fois**, on se **retrouve** un peu à **gérer** les choses comme on peut quoi » (n° 10, Khi2 = 78)*

De cette **classe 1**, nous retiendrons également que le peu de disponibilité du cadre de santé peut être mal vécu par les infirmiers de la même façon qu'un turnover important au niveau de l'encadrement est jugé négatif pour le travail en collaboration. Au terme d'une année, le rôle du cadre de santé apparaît donc comme primordial, ce qui n'était pas le cas lors des premiers entretiens ou celui-ci n'apparaissait pas.

*« des **fois**, c'est pas la catastrophe, mais elle a beaucoup de travail, elle est souvent **occupée** donc c'est **compliqué** de la voir quand on a quelque chose à dire » (n° 6, Khi2 = 78)*

*« ça a changé de cadre plusieurs **fois**, ça a peut-être pas **aidé** à soigner l'équipe, je sais qu'il y a encore certains de l'équipe qui postulent ailleurs » (n° 10, Khi2 = 71)*



*« les **médicaments**, les **médicaments**, les **médicaments**, tout le **temps**, tout le **temps**, on a même pas le **temps** de faire des..., c'est un peu l'usine en fait » (n° 16, Khi2 = 63)*

Et le dernier grief observable dans cette classe 1 concerne le fait que les contraintes horaires de l'exercice infirmier privent parfois ces professionnels de leurs activités sportives ou associatives préférées.

*« c'est **compliqué**, quand c'est une **fois** par semaine, à la même **heure** quoi, et ça, ça me **manque** un peu oui » (n° 30, Khi2 = 69)*

## 6.4 Le résumé de l'analyse du « T5 »

Au terme de nos investigations, nous observons qu'au final, la relation avec l'employeur dans les structures sanitaires et médico-sociales n'intéresse que très peu les professionnels du soin puisqu'ils n'ont jamais de relations à ce niveau et qu'ils ne voient pas l'utilité de les connaître dans leur exercice infirmier quotidien. Bien entendu, nous ne parlons pas des cas particuliers tel que celui rencontré dans cette recherche où la directrice de l'un des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dispose de son bureau à côté de celui des soignants. Cette directrice occupe également, en partie, les fonctions de cadre de proximité, l'autre partie de ses missions étant confiée à une infirmière coordonnatrice. Sorti de ce cas particulier, nous constatons par contre que la relation avec le responsable hiérarchique leur importe puisque c'est vers lui qu'ils se tournent lorsqu'ils rencontrent une difficulté ou un besoin particulier dans le cadre de leur exercice professionnel. De plus, ils comptent fortement sur ce responsable pour qu'il soit en capacité de gérer leurs temps de travail de façon à rendre leur vie privée la plus riche possible sachant qu'au-delà de la fatigue physique, ils ressentent une charge psychique importante, même lorsqu'ils sont à l'extérieur du travail. Ce responsable hiérarchique, au terme d'une année d'exercice infirmier, se révèle être également pour ces jeunes professionnels le garant d'une ambiance de travail compatible avec les contraintes imposées aux services de soins. En ce qui concerne cette « *bonne ambiance* » de travail, les infirmiers en ont la même définition que lors de nos premiers échanges, à savoir écoute, entraide et solidarité entre collègues. À ce propos, ils conçoivent la hiérarchie de leur service non pas de façon pyramidale mais plutôt de façon transversale, quelque part à l'instar d'une fonction support. Rapportés aux caractéristiques du contrat psychologique, ces éléments rendent compte de l'importance que revêt le cadre de santé pour la stabilité (MacNeil, 1985 ; Janssens et *al.*, 2004) du contrat psychologique des professionnels pour maintenir leur « flexibilité », de façon à leur permettre de satisfaire aux exigences des services de soins. Par ailleurs, en ce qui concerne l'étendue du contrat psychologique des jeunes infirmiers (Sels et *al.*), dans cette dernière phase d'entretien, elle se montre toujours aussi perméable qu'au début de notre recherche. Chacun des individus de la cohorte organise sa vie privée en fonction de sa vie professionnelle et non l'inverse.

En ce qui concerne les contraintes du soin, une fois encore, lors de ce temps d'entretien, les infirmiers évoquent une charge de travail importante qui pour eux semble peu compatible avec le temps qu'il faudrait accorder aux patients. Ils semblent s'en faire une

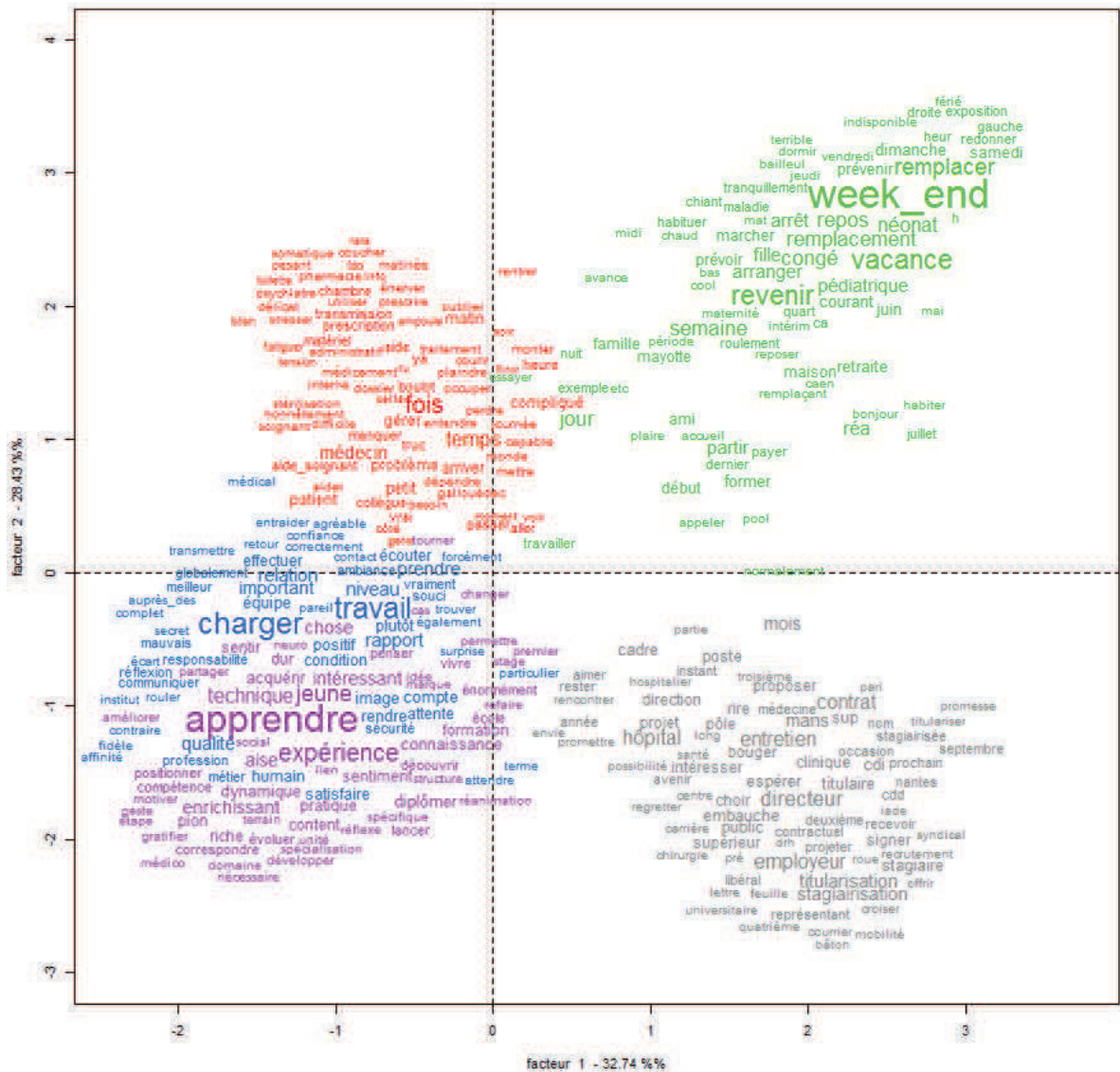


raison mais supportent difficilement d'avoir à accomplir des tâches administratives qu'ils n'estiment pas en lien avec le soin. De la même manière, ils s'accommodent peu du fait d'avoir à réaliser en série toujours les mêmes actes (par exemple la préparation des médicaments en gériatrie) et apprécient la diversité. Après l'ambiance d'équipe, le second point qui ravit les professionnels concerne leur apprentissage. Ils sont heureux d'avoir autant appris durant cette première année et souhaitent continuer sur cette voie tant auprès de leurs collègues que par le biais de formations qu'ils souhaitent négocier avec leur employeur. En ce sens, la recherche d'employabilité reste l'une des priorités de ces professionnels.

Un autre point à retenir est à mettre au crédit de la relation qu'ils entretiennent avec les représentants du corps médical. Soit les relations sont compliquées, ce qui peut conduire, dans les cas extrêmes, comme nous l'avons vu dans le cas « Clinique Privée 1 », à la démission des infirmiers, soit ces derniers souffrent de ne pas les avoir avec eux aussi souvent qu'ils l'estimeraient nécessaire.

Enfin, nous constatons que l'individu n° 39, qui avait changé d'employeur, du fait d'une rupture de son contrat psychologique idéologique (Thompson & Bunderson, 2003), se retrouve satisfait de son choix. Il touche la même rémunération que précédemment, avec une charge de travail similaire, mais ses valeurs soignantes sont en accord avec celles de son nouvel établissement.

**Figure n° 48 : l'analyse factorielle des correspondances du T5 (AFC sur les cinq classes)**



L'analyse factorielle des correspondances ci-dessus met en évidence les cinq classes de discours de ce dernier temps d'entretiens. Là encore, au regard de la proximité entre les classes 4, en bleu, et 5, en violet, IRaMuTeQ a établi une distinction là où ALCESTE ne l'a pas fait, ce qui explique que celui-ci ne fasse apparaître que quatre classes, avec les mêmes résultats par ailleurs.

## Chapitre 7 : l'éclairage complémentaire apporté par l'observation (réalisée après le T4)

Dans le cadre de cette étude de cas, au terme des 6 premiers mois de suivi de notre cohorte, nous nous sommes retrouvés avec deux individus, un homme, une femme, les numéros 1 et 38, avec deux vécus aux antipodes l'un de l'autre. Cette situation nous a d'autant plus intrigués que ces 2 individus ont eu, au sein du même IFSI, le même parcours étudiant en ce qui concerne leur choix de stages, la même envie débordante d'exercer dans l'établissement « EPSM3 » depuis leur deuxième année d'études infirmières, suite à leur rencontre avec le recruteur de cet établissement lors d'un salon infirmier et, de plus, ils travaillent tous les deux au sein du même pôle, dans le même secteur. Leurs unités de soins respectives sont mitoyennes, avec des mutualisations de soignants le cas échéant. En résumé, ils ont donc des profils ainsi que des motivations *a priori* très similaires.

Au fil des entretiens que nous avons eus avec ces individus n° 1 et n° 38, nous percevons une réelle satisfaction à travailler dans l'établissement de leur choix ainsi qu'une réelle motivation à apprendre des situations soignantes qu'ils pouvaient rencontrer. Des conditions de travail aux relations avec les patients en passant par celles entretenues avec les collègues, tout était parfait pour l'individu n° 38. Dans le même temps, l'individu n° 1 se montrait nettement plus tempéré en ce qui concernait ses relations avec ses pairs et collègues aides-soignants puisque durant l'entretien du Temps 4, il évoqua son départ proche du service actuel pour un service où il serait plus en phase avec les valeurs soignantes qui y règnent. Nous avons donc fait le choix de nous rendre sur place pour mieux comprendre cette situation. Pour ce faire, nous avons eu l'autorisation de la direction des soins de l'établissement « EPSM3 ». Par ailleurs, signalons que notre interlocuteur privilégié au sein de cet établissement était le cadre supérieur de santé en charge du recrutement, qui avait d'ailleurs procédé à ceux des individus n° 1 et n°38 et que nous avons interviewé quelques mois plus tôt dans ce cadre-là et que nous avons nommé « REPSM3 » dans la présentation des recruteurs.

Nous effectuons ci-après la synthèse des journées d'observation des individus n° 1 et n°38. Les retranscriptions intégrales des faits marquants minute par minute se trouvent respectivement en annexes n° 3 et n° 4.

## 7.1 L'observation *in situ*

Globalement, tout au long des 4 premiers entretiens menés auprès de l'individu n°1, il ressortait de son discours une impression de jeune professionnel sérieux et appliqué, centré sur son travail et plus particulièrement sur les nombreux apprentissages que lui permettraient son affectation au sein de « EPSM3 », le tout jumelé à une envie de prodiguer des soins de qualité auprès des patients dont les prises en charge lui étaient confiées. Il ressortait également, au-delà de ses valeurs humanistes formulées, qu'il attendait de ses partenaires du soin une grande collaboration ainsi qu'une solidarité certaine, propices à une réelle synergie soignante.

Concernant l'infirmière n° 38, là encore de façon globale, les entretiens réalisés auprès d'elle nous donnaient l'image d'une professionnelle centrée, elle aussi, sur les nombreux apprentissages théoriques et cliniques que pourrait lui prodiguer son organisation pour laquelle elle ambitionnait de travailler depuis le début de sa formation infirmière. De plus, ses propos nous laissent nous représenter une infirmière professionnelle et consciencieuse pour laquelle tout se déroule pour le mieux au sein de son établissement, si ce n'est quelques relatives difficultés administratives qui nous apparaissent très minimes, voire anecdotiques.

Commençons par établir un état des lieux des locaux et de l'environnement matériel des individus observés.

### 7.1.1 L'environnement architectural et humain

Le théâtre de nos observations est un établissement sanitaire, spécialisé dans la prise en charge de troubles psychiatriques, se trouvant implanté en région Ile-de-France et vieux de plusieurs siècles. C'est une grande structure totalisant près de 2500 personnels, dont 70 % de soignants et environ 14 % de médecins et internes, participant à la prise en charge de plus de 40 000 patients par an. En 2014, la durée moyenne de séjour dans cet établissement était d'environ 34 jours, soit 16 jours de moins que la moyenne nationale.

**Photo n° 1** : l'entrée de l'établissement



**Photo n° 2** : arcades donnant accès aux différents services de soins





Cet établissement est extrêmement bien desservi par les transports en commun et une fois l'entrée franchie (photo n° 1), nous pouvons accéder aux différents services de soins au travers d'un dédale d'arcades (photos n° 2 et n° 3) dans un espace paysagé (photo n° 4).

**Photo n° 3 : arcades donnant accès aux bâtiments administratifs**



À se déplacer dans l'enceinte de cet établissement, dont les murs et l'aspect d'origine des bâtiments ont été conservés, le visiteur ne peut être que frappé par un sentiment de calme dans ce joyau de verdure chargé d'une histoire multiséculaire d'Ile-de-France.

**Photo n° 4 : des espaces paysagers**



Cet établissement propose une prise en charge globale à ses patients dans le sens où de nombreuses unités de soins sont proposées à la population, des services d'admissions aiguës aux services de resocialisation en passant par les différents suivis extrahospitaliers de type hôpitaux de jour ou bien encore en centres médico-psychologiques. Des accords ont par ailleurs été passés avec des CHU parisiens pour assurer l'analyse des investigations entreprises au sein de l'établissement.

**Photo n° 5 : les bâtiments administratifs**



Quant aux services administratifs, ils occupent un emplacement géographique central au sein de l'établissement (photo n° 5).

C'est après être passé devant ces bâtiments administratifs que, 150 mètres plus loin, nous nous retrouvons au pied du bâtiment qui abrite les services de soins où nous réaliserons nos observations (photo n° 6).

### 7.1.2 Les unités de soins des individus n° 1 et n° 38

Dans le cadre de nos observations *in situ*, nous nous retrouvons au sein de deux unités d'admission pour patients présentant une pathologie psychiatrique décompensée et nécessitant des soins.



Le jour de notre première observation, nous sommes arrivé avec un quart d'heure d'avance par rapport à l'horaire de début de l'infirmier de notre cohorte, à savoir 6 h 30 au lieu de 6 h 45, afin de pouvoir repérer les lieux. Et lorsque nous sommes accueilli par le soignant de nuit qui nous présente succinctement les missions de son service dans le bureau infirmier, l'impression de vétusté donnée par l'aspect extérieur des bâtiments se trouve instantanément corroborée par l'intérieur des locaux. Le sol de l'entrée, non plan, est recouvert de tomettes avec, agrémenté de-ci de-là, des mosaïques de carrelage à petits carreaux surannées. C'est par cette entrée du bâtiment que rentrent et sortent patients, membres de la famille qui se présentent ainsi que les soignants de ces deux services, que ce soit pour l'unité de l'individu n° 1, dans l'unité du rez-de-chaussée, ou bien pour celle située à l'étage et où travaille l'individu n° 38. Les deux services de soins sont reliés par deux escaliers et un ascenseur.

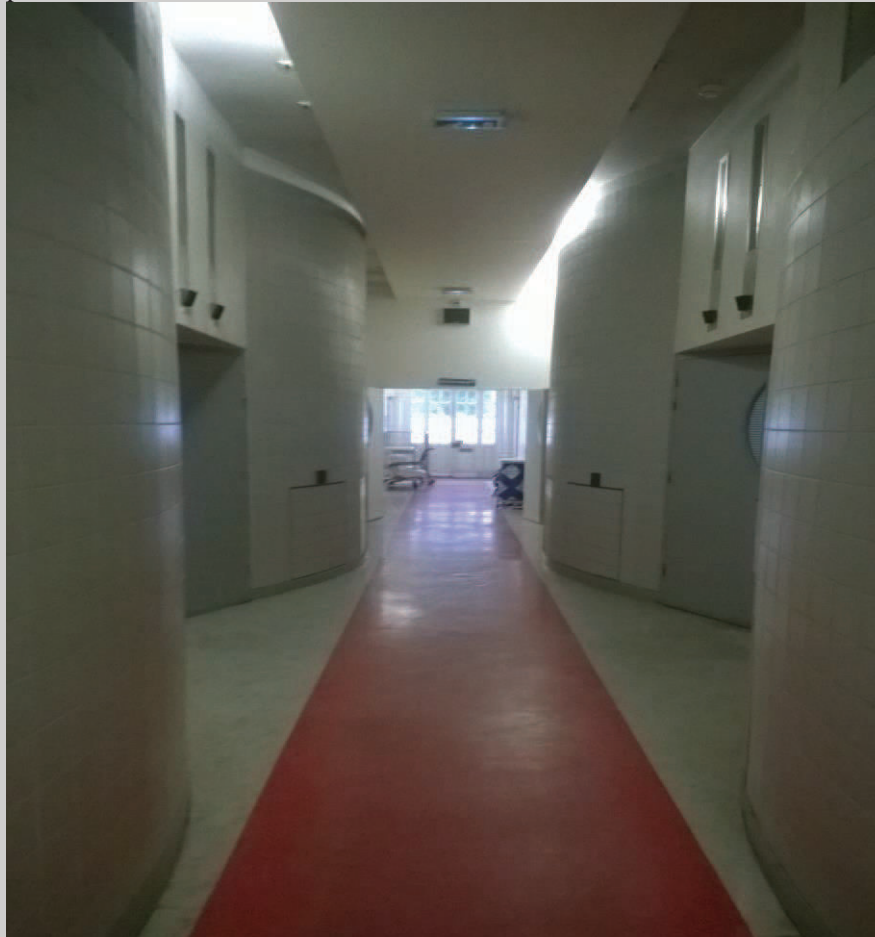
**Photo n°6 : l'entrée des services de soins des individus n°1 et n°38**



Toute la partie accueil et secrétariat du bâtiment est classée au patrimoine national, tout comme une bonne partie de cet hôpital, ce qui explique que les locaux ont été laissés dans l'esprit d'origine et que les travaux qui y sont réalisés ont pour objectif de conserver l'existant plutôt que de le rénover avec les normes actuelles de construction. Derrière cet espace d'accueil et de secrétariat, une porte, vitrée dans sa partie supérieure, donne accès aux services de soins. Le reste du service de soins présente également des parties « historiques » et

d'autres plus contemporaines. Les chambres des patients ont été rafraichies, sans toucher à l'aspect extérieur du bâtiment et les couloirs ont été modernisés (photos n° 7 a et n° 7 b), avec notamment des aménagements de façon à ce qu'il n'y ait pas d'angles morts dans lesquels un patient pourrait se cacher pour surprendre un soignant et l'agresser. L'unité de soins de ce rez-de-chaussée comporte 18 chambres pour 25 lits, un bureau infirmier, un bureau pour le cadre de santé du service, une salle de pharmacie, une salle de restauration collective, trois bureaux médicaux, une salle de détente pour le personnel et bien entendu des espaces douches et sanitaires. Cette unité dispose également d'une cour extérieure close qui sert également à l'unité du dessus où travaille l'individu n° 38 et dont nous reparlerons ultérieurement.

**Photo n° 7 a** : la partie du couloir donnant accès aux chambres des patients



**Photo n° 7 b** : la partie du couloir donnant accès à la salle de restauration et à l'étage supérieur



Comme nous l'avait déjà expliqué l'individu n° 1, la mission de cette unité de soins est d'accueillir des patients présentant une phase aiguë d'une pathologie psychiatrique. Une fois l'état de santé des patients amélioré, ces derniers peuvent retourner à domicile, ou encore être orientés vers un centre médico-psychologique ou bien transférés en pavillon de resocialisation pour une prise en charge à plus long cours. Relatons maintenant le déroulé de nos journées d'observation.

## 7.2 L'observation de l'individu n° 1

Nous avons débuté notre suivi avec presque 30 minutes de retard puisque l'infirmier n°1 est arrivé en retard de 29 minutes, non sans avoir prévenu au préalable l'infirmier de nuit qu'il devait relever de ses fonctions. Ce dernier l'a très bien pris en précisant que ce n'était pas dans les habitudes de l'individu n° 1 d'être en retard. Pour tout dire, c'était la première fois de sa carrière. Nous avons donc attendu l'arrivée de l'infirmier de notre cohorte en compagnie de l'infirmier de nuit et du binôme du jour de l'infirmier de notre cohorte, elle aussi en retard de 10 minutes mais sans en avoir prévenu son homologue de nuit, dans le bureau infirmier (photo n° 8).

**Photo n° 8 : le bureau infirmier**



Loin d'être un modèle du genre en termes de rangement et de classement des dossiers et divers documents, l'aspect fonctionnel de ce bureau n'apparaît pas évident *a priori*, en particulier pour des transmissions écrites ou orales du fait d'un espace restreint ne pouvant vraisemblablement pas accueillir l'ensemble des soignants du service, ce qui expliquera l'un des passages de notre observation ultérieurement.

Ce qui nous a frappé dans ce premier moment passé dans le service est en lien avec les connaissances qu'a l'infirmier de nuit des motifs d'admission et des problématiques de santé des patients accueillis dans le service. En effet, cet infirmier ne connaissait aucun de ces aspects motivant l'hospitalisation des patients et ce, aussi bien pour les patients arrivés la veille que ceux hospitalisés depuis plusieurs jours. Cela interpelle car comment prendre en charge des patients et assurer leur prise en charge et leur sécurité sans ne rien savoir d'eux ? Cette situation nous apparaît comme ubuesque d'autant plus qu'en travaillant de nuit, la majeure partie du travail infirmier qui consiste à assurer une surveillance des patients pris en charge laisse du temps pour lire leur dossier où ces informations capitales sont obligatoirement retranscrites. C'est donc avec ces premières questions relatives, au-delà de la curiosité intellectuelle de cet infirmier de nuit, à ce que nous assimilons *a minima* à un réel manque de professionnalisme de la part de ce soignant de nuit, voire à une faute

professionnelle, que nous avons abordé cette journée. De plus, le vocabulaire utilisé par ce soignant de nuit n'est en rien professionnel et pourrait être utilisé par n'importe quel étranger à l'univers hospitalier. Ces manquements semblent ne choquer que nous, puisque l'infirmier de notre cohorte et son binôme du jour ne se formalisent pas de cet état de fait, d'autant plus que l'infirmier n° 1, quant à lui, connaît parfaitement les diagnostics cliniques ainsi que les motifs d'admission de tous les patients puisqu'il les explicite, avec un vocabulaire professionnel pointu, à sa collègue du jour qui revient de congé maternité ce matin-là.

### 7.2.1 La relation avec le cadre

À la sortie du bureau infirmier, après le temps des transmissions du matin, l'infirmier n° 1 me fait part d'une anecdote. Il a reçu la veille un SMS de son cadre afin qu'il s'assure que nous ayons bien accès à une blouse de stagiaire et que nous ne manquions de rien durant nos 2 jours d'observations. Le fait que son cadre lui envoie ce type de message a été bien vécu, d'autant plus que cela n'était pas la première fois. Précédemment, ce cadre avait communiqué avec lui, sur son temps personnel, en lui envoyant des messages, afin de s'assurer qu'il allait bien suite à un événement professionnel marquant et pour l'informer qu'il lui accordait un repos qui n'était pas programmé au départ. Ce type de communication est d'autant mieux vécu qu'il est systématiquement associé à une information positive en termes d'affect. C'est à dire que le cadre « prend soin » de l'infirmier en lui demandant de ses nouvelles ou bien en lui octroyant des congés non planifiés pour qu'il se repose. Et, comme le précise l'infirmier n° 1, « *il ne le fait pas pour un changement d'horaire ou quoi* », ce que l'infirmier trouve très bien et qu'il apprécierait moins bien le cas échéant. Pour résumer cet échange et les propos de l'infirmier n°1 lors de cette journée, il considère son cadre comme une aide et un soutien dans son activité soignante et compte également sur lui pour lui permettre de développer ses compétences en appuyant sa candidature lors de demandes de formation continue. Nous serons également témoin d'une scène où le cadre vient donner ses consignes à l'équipe soignante en lien avec l'admission d'un patient programmée pour la fin d'après-midi. L'infirmier n° 1 appréciera une nouvelle fois la bienveillance du cadre par rapport à la programmation des soins qu'il autorise dans le temps, par rapport aux consignes de sécurité qu'il donne afin qu'aucune soignant ne soit blessé durant l'admission du patient, et enfin, par rapport à l'autonomie qu'il confère aux soignants dans la réalisation de cette tâche potentiellement ardue. Toujours par rapport à l'encadrement et au regard du vécu difficile de

l'infirmier n° 1 au sein du service, ce dernier est reconnaissant à son cadre de l'avoir soutenu et de lui avoir proposé une solution d'avenir (changement de service), en lien avec son projet professionnel et ses compétences reconnues et avérées. Au niveau hiérarchique, l'infirmier n° 1 connaît le nom du directeur de « EPSM3 » mais n'entrevoit aucun lien ni aucune interaction avec lui. En revanche, il accorde une grande importance à son cadre de proximité ainsi qu'à son recruteur, qui est cadre supérieur de santé chargé du recrutement. Il a la même confiance dans l'un que dans l'autre. Il est également à noter qu'il rencontre régulièrement le cadre supérieur chargé du recrutement, de façon informelle, par exemple en allant déjeuner ou dans les locaux administratifs et que ce responsable n'hésite jamais à aller à sa rencontre et à échanger avec lui en prenant de ses nouvelles. L'infirmier n° 1 est très sensible à ces signes de considération de la part de sa hiérarchie de proximité et de la part de son recruteur. Notons également qu'une certaine proximité est à l'œuvre entre l'individu de notre cohorte et son cadre de santé. À titre d'illustration, lorsqu'ils se croisent le matin pour se dire bonjour, nous constatons qu'ils se donnent une poignée de mains peu conventionnelle, un « shake » façon « jeune ». Puisque nous parlons de l'encadrement de l'infirmier de notre cohorte, devant le fait que le cadre supérieur du pôle n'était jamais cité, nous avons demandé à l'infirmier de notre cohorte comment il qualifierait ses relations avec lui. Pour ce soignant, il est difficile de répondre car, dit-il, il n'a pas de relations avec lui : *« je gère avec mon cadre et (REPSM3) »*. Et cette situation semble lui convenir. D'autant plus que la seule fois où il l'a rencontré officiellement après son embauche, l'infirmier lui a reproché de ne pas lui octroyer une formation qu'il souhaitait suivre en lien avec une problématique actuelle dans le service en lui assénant *« vous me proposez rien et moi, je veux me développer professionnellement »*.

Très clairement, cet infirmier n° 1 loue et vante la propension de ses responsables hiérarchiques, tels que définis précédemment, à le soutenir et à l'aider dans son activité professionnelle au quotidien. Voyons maintenant si ces aspects sont également présents dans la collaboration quotidienne de ce jeune professionnel avec ses pairs infirmiers.

### 7.2.2 Les relations avec les infirmiers

Des entretiens que nous avons réalisés auprès de l'infirmier n° 1, ressortait le fait que la raison de son mal-être professionnel résidait dans sa relation avec ses collègues de l'unité de soin, les aides-soignants d'une part et les infirmiers d'autre part.



Dès notre sortie du bureau infirmier le matin, l'infirmier n° 1 et son binôme, qui revenait ce jour de congé maternité, ont beaucoup échangé entre eux. L'infirmière donnait des « trucs et astuces », par exemple pour bloquer l'ascenseur reliant le rez-de-chaussée à l'étage afin de prévenir les fugues et les échanges entre les patients de ces deux services de soins, et en contrepartie, l'infirmier n° 1 lui faisait profiter de ses connaissances cliniques et des anamnèses des patients du service. Globalement, nous avons trouvé ces échanges professionnels et constructifs, même lors de micro-frictions entre eux lorsque l'infirmier n° 1 reproche, à juste titre, à sa collègue de ne pas avoir suivi les protocoles relatifs à la chambre d'isolement et de s'être ainsi potentiellement mise en danger en rentrant seule dans la chambre sans lui et sans l'en avoir informé.

Par ailleurs, au regard de ce que nous avons pu observer des relations infirmières entre l'individu de notre cohorte et ses homologues du service de l'individu n° 38, nous pouvons dire qu'elles sont également cordiales, chaleureuses et que l'infirmier de notre cohorte a été appelé à la rescousse pour un dépannage informatique ainsi que pour fournir un traitement et du matériel qui faisaient défaut à ce service. Par ailleurs encore, de façon globale, nous pouvons dire qu'en ce qui concerne l'organisation du travail infirmier, celle-ci se décide entre infirmiers et le cadre de santé ne semble guère y être associé.

Autrement dit, devant ces seules relations véritablement authentiques, agréables, professionnelles et complémentaires dans la prise en charge des patients, entre l'infirmier n° 1 et sa collègue, qui revenait d'une absence pour cause de maternité de plus de 6 mois, nous aurions pu avoir de grandes difficultés à mesurer le pourquoi du malaise de l'infirmier de notre cohorte si la suite de la matinée ne nous avait apporté son lot de situations éclairantes. Et la première d'entre elles fut lors de l'arrivée de l'aide-soignante.

### 7.2.3 La relation avec les aides-soignants

C'est en milieu de matinée que nous découvrons l'aide-soignante du service. Dès les premiers instants, nous constatons que les relations qui étaient jusqu'à présent au beau fixe tournent à l'orage avec l'arrivée de ce nouveau personnage. En effet, quasi instantanément, nous avons pu percevoir que médecin, externe et infirmiers ont marqué un temps d'arrêt à l'arrivée de l'aide-soignante. Très rapidement, à l'issue de sa deuxième phrase, l'aide-soignante se voit sèchement contredite par l'infirmier n° 1. L'animosité était palpable entre notre individu n° 1 et cette aide-soignante. À l'issue de la pause, l'infirmier nous confiera qu'il s'agit de la « *seule aide-soignante avec qui ça se passe mal* ». Il pense que les difficultés

relationnelles qu'il rencontre avec elle sont dues au fait qu'elle a raté les concours infirmiers à plusieurs reprises et qu'elle « *tente de prendre plus de poids dans le service* ». Tout au long de la matinée, les échanges entre l'infirmier et l'aide-soignante seront réduits à leur plus simple expression. Même transmettre une communication téléphonique est compliqué, c'est ainsi que l'aide-soignante transmet le téléphone à l'infirmier sans un regard et sans l'informer de qui est au bout du fil. Un peu plus tard dans la matinée, l'infirmier n° 1 ira même jusqu'à demander au cadre un renseignement plutôt que de le faire auprès de sa collègue aide-soignante. Ce manque de communication est encore plus perceptible lorsque l'infirmier n° 1 nous dit « *si je ne vais pas voir (le patient), c'est pas l'AS qui va aller le déranger !* ». L'infirmier en est à un point où il ne peut plus communiquer avec certains de ses collègues infirmiers et où il ne peut pas non plus demander quoi que ce soit à des personnes qui travaillent pourtant sous sa responsabilité comme cette aide-soignante. Ce que nous trouvons inquiétant au regard de cette aide-soignante, la première que nous voyons dans le cadre de cette observation, c'est que globalement, nous que nous estimons qu'elle fait montre de peu de compétences dans son exercice professionnel quotidien. En ce sens, sans le lui avouer, nous sommes entièrement d'accord avec l'infirmier n° 1 qui fait également ce constat. La relation avec cette aide-soignante peut potentiellement être préjudiciable à la qualité de la prise en charge que propose l'infirmier aux patients du service. De la même manière, lorsque cet infirmier nous explique pourquoi il vient de demander au psychiatre par téléphone s'il a besoin de son aide pour réaliser des entretiens avec les patients du service, il rajoute qu'il n'aurait pas eu cette démarche avec un autre médecin. En effet, l'infirmier de notre cohorte estime que certains médecins, notamment les internes, ont parfois des comportements se rapprochant de ceux des infirmiers du service, à savoir une certaine désinvolture qu'il a du mal à supporter au regard du préjudice possible pour les patients.

#### 7.2.4 La relation avec les collègues infirmiers

De façon globale, sur l'ensemble de cette matinée, nous pouvons constater un manque flagrant de consensus d'équipe et ce, que ce soit pour des éléments importants des prises en charge (isolements thérapeutiques, contentions physiques, projets d'avenir ou autres) ou bien pour des éléments de moindre importance tel que « *doit-on ou non donner un tube de pommade à un patient ?* ». Par ailleurs, durant les transmissions infirmières de la mi-journée, l'arrivée des collègues infirmiers d'après-midi n'a pas détendu l'ambiance de travail. Les tensions entre l'infirmier de notre cohorte et ses collègues sont exacerbées par l'aide-



soignante qui lui coupe à plusieurs reprises la parole lors de ses transmissions orales, ce qui très clairement l'agace. Au final, c'est en tentant de transvaser du café de sa tasse dans celle d'une collègue infirmière d'après-midi que l'aide-soignante va commettre une erreur qui mettra fin à ses prises de parole. Elle va en effet faire tomber du café sur la blouse de l'infirmière qui, en retour, lui assènera une réprimande qui la fera taire jusqu'à la fin de son service. Au-delà des mots, il était intéressant de constater que, même avec cette infirmière-ci, le non verbal faisait état d'une réelle antipathie pour cette aide-soignante. Cela ne veut pas pour autant dire que notre infirmier entretient de bons rapports avec cette collègue puisqu'il aura droit à des reproches sur le fait qu'il n'a pas procédé aux changements de traitements des patients pour qui le psychiatre a modifié la prescription médicamenteuse ce matin. Très honnêtement, pour avoir observé l'infirmier de notre cohorte durant toute la matinée, avec une collègue infirmière qui ne connaissait pas le service et une aide-soignante pour laquelle nous nous posons la question de l'utilité auprès des patients, nous estimons que la charge de travail de l'infirmier n° 1 était relativement lourde. Il a eu à assurer la très grande majorité des soins et des missions du service de la matinée sachant qu'il avait également fait le nécessaire pour « avancer » ses collègues d'après-midi. En d'autres termes, il nous apparaît très clairement qu'au regard de son travail, et en tenant compte de la planification des soins, peu de soins étaient planifiés pour les collègues d'après-midi. La fin de journée s'annonçait donc très calme. Ce constat rend d'autant plus difficile à comprendre le manque de solidarité affiché par l'infirmière du soir qui reproche le fait qu'un traitement n'a pas été mis à jour par l'infirmier n° 1. Ce dernier quittera le groupe à la fin des transmissions orales pour pallier cet « oubli ». De plus, l'absence de consensus dont nous parlions précédemment se remarque à la fin des transmissions orales de façon extrêmement prégnante. Une décision médicale ayant été prise dans la matinée en compagnie de l'infirmier n° 1 se trouve mise en cause par l'infirmière du soir. Cette dernière souhaite se désengager de cette décision médicale, au demeurant fort adaptée, et demande à l'infirmier n° 1 de « voir avec le docteur et le cadre ». Et, pour terminer cette journée d'observation, nous constatons qu'à la fin des transmissions orales, l'infirmier n° 1 fume sa cigarette tout seul tandis que les autres soignants (infirmiers et aides-soignants) fument regroupés dans une autre partie de la cour.

Nous apprendrons par la suite, grâce au cadre de proximité, que l'origine des problèmes relationnels de l'infirmier n° 1 au sein du service est due à cette aide-soignante qui, peu après l'arrivée dans le service de cet infirmier, a colporté et amplifié auprès du reste de l'équipe les critiques de ce dernier concernant l'organisation des soins au sein de l'unité. Les

aspects constructifs de ces critiques n'ont pas été entendus en tant que tels. Et pour expliquer l'ambiance de travail qui semble être à l'œuvre dans ce service, nous citerons le binôme du jour de l'infirmier n° 1 qui résume la situation en disant que ce service, où travaille l'infirmier n° 1, ainsi que celui de l'infirmière n° 38 « *ne sont pas faciles* », et que ce sont des services dans lesquels on ne « *peut pas prendre d'initiative perso* » et surtout au sein desquels « *tu fais comme eux et ça te plaît pas, soit non et tu fais tes valises* ». Et c'est bien cette deuxième option que l'infirmier n° 1, son cadre de proximité et le cadre supérieur en charge du recrutement ont retenue pour ne pas oblitérer la santé mentale ainsi que les perspectives d'avenir de cet infirmier sérieux, consciencieux et professionnel, au sein de la structure. En effet, il ne lui est plus possible de travailler sereinement au sein de cette unité avec des collègues infirmiers et aides-soignants qui l'ont pris en grippe. Au regard des caractéristiques du contrat psychologique, cette situation met en avant que l'infirmier n° 1 ne possède pas le même niveau de contrat (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) que ses pairs. Pour lui, son contrat lui impose d'agir et de proposer des soins et des thérapeutiques en lien avec ses valeurs soignantes et humanistes, tels qu'il les estime nécessaires pour le bien des patients. En ce sens, la confiance qu'il accorde au cadre de santé qui, pour lui, possède les mêmes valeurs soignantes, le conforte dans ce schéma mental de sa relation à l'emploi. Cette confiance, par contre, il ne l'accorde pas à ses collègues qui eux n'ont pas d'attitudes et de comportements indiquant qu'ils partagent les mêmes valeurs. Exprimé différemment, cet infirmier connaît une rupture de son contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003). Nous pouvons également soulever le fait que la tangibilité (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993 ; McLean Parks et al., 1998 ; Sels et al., 2004) de ce soignant diffère de celle de ses collègues puisque ces derniers ne perçoivent vraisemblablement pas les termes de leur contrat de la même façon que l'infirmier n° 1. Nous reviendrons sur ces points à la fin de nos observations.

### 7.2.5 La relation avec les patients

Le comportement soignant de l'infirmier n° 1 envers les patients se révèle extrêmement professionnel. En effet, durant toute la matinée, ses actes et propos étaient adaptés et individualisés à chaque patient qu'il rencontrait. De telles relations ne peuvent être feintes dans le cadre de l'observation dans le sens où la relation que les patients avaient envers l'individu n°1 de notre cohorte était on ne peut plus sincère, certains patients sortis d'hospitalisation et de retour juste le temps d'un soin ponctuel, préféraient attendre l'infirmier

n° 1 plutôt que d'être pris en charge plus rapidement par un autre soignant. Cette relation soignante privilégiée que ce soignant sait instaurer entre un patient et lui, nous pouvions également la percevoir au travers des conversations téléphoniques que l'infirmier n° 1 a pu avoir durant la matinée. Il connaissait très bien les dossiers des patients qui le contactaient, ce qui ne peut que majorer la confiance que les patients peuvent avoir en lui. Ce soignant s'est toujours montré, très naturellement, tout à la fois cadrant et rassurant pour les patients en faisant preuve d'une réelle volonté de prendre soin et en adoptant une attitude bienveillante envers chacun des patients avec qui il a été en contact durant la matinée, quel que soit le contexte. Nous parlons régulièrement de l'importance d'être cadrant lorsque nous évoquons le travail de l'infirmier n° 1. Sans rentrer particulièrement dans les détails cliniques, nous tenons à préciser qu'en lien avec les pathologies graves dont souffrent les patients pris en charge par les infirmiers n° 1 et n° 38, le soignant doit donner un « cadre » à ces patients. En raison de leurs pathologies, ils n'en ont pas et « cadrer » un patient revient à lui donner des repères, à le sécuriser et à lui permettre, à plus ou moins longue échéance, d'être autonome dans sa vie quotidienne. Ce que nous évoquons là succinctement est capital dans la prise en charge de ces patients et se trouve être une habileté professionnelle des plus importantes pour exercer sereinement et de façon professionnelle dans les établissements de santé tels qu'« EPSM3 ». Un autre élément important à relater est le respect de la parole donnée par ce soignant aux patients du service. À chaque fois que ce jeune professionnel s'est engagé à faire quelque chose auprès d'un patient, il a tenu parole et l'a réalisé selon les termes convenus. Cet aspect est important pour expliquer plus encore la confiance dont bénéficie cet infirmier de la part des patients pris en charge.

De plus, cet infirmier n° 1 apprécie de travailler en collaboration pluriprofessionnelle et cela se voit ; il n'hésite pas à faire appel à différents professionnels en fonction des projets des patients, au même titre qu'il apprécie d'être sollicité pour venir en aide ou bien encore apporter un éclairage particulier afin d'enrichir les prises en charge dispensées dans le service. Ses éclairages cliniques sont appréciés des psychiatres avec lesquels il travaille car ils sont clairs, nets et précis, énoncés avec un vocabulaire professionnel qui ne laisse pas de place à l'ambiguïté et qui sécurisent les praticiens dans leurs diagnostics.

Ainsi, à l'issue de cette première journée, nous avons du mal à comprendre le gap de connaissances théoriques et pratiques entre l'infirmier de la cohorte et ses collègues infirmiers. Très clairement, il est le professionnel avec le moins d'expérience et cliniquement

et théoriquement, il nous apparaît évident qu'il en connaît davantage que ses jeunes collègues plus expérimentés et qu'il est le seul, de ceux que nous avons vus, à réellement être soignant auprès des patients. De plus, au regard de toutes ses qualités professionnelles, nous comprenons parfaitement bien la volonté de l'encadrement et de l'encadrement supérieur de l'individu n° 1 de tout mettre en œuvre pour le conserver dans les effectifs de la structure. Cependant, à ce moment de notre observation *in situ*, nous ne comprenons pas non plus le rôle de l'encadrement dans la situation vécue par l'individu n° 1. Il nous apparaît clairement qu'une défaillance d'encadrement est à l'origine de cette situation. Les bons comportements professionnels ne sont pas valorisés et c'est le soignant intègre et compétent qui doit changer d'affectation.

Heureusement pour nous, la seconde journée nous apportera son lot de réponses à toutes ces interrogations. Abordons sa synthèse dans les points qui suivent.

### 7.3 Le résumé de l'observation de l'individu n° 1

Au final, cette première phase de notre observation met en avant, au-delà d'un climat sympathique et convivial entre infirmiers, en début de matinée, des lacunes certaines et potentiellement dangereuses pour les patients en lien avec un comportement non professionnel de certains soignants. Cette première scène confirme également la posture que nous avons pressentie de l'individu n° 1, à travers nos différents entretiens, dans son contexte professionnel quotidien. Il se montre donc pour l'instant tel que nous l'avons perçu, à savoir consciencieux, avec un sens aiguisé de la clinique psychiatrique et soucieux de la qualité de ses prises en charge soignantes.

Tout ce que nous avons observé et investigué durant cette journée par rapport à l'encadrement hiérarchique de l'individu n° 1 concorde avec le contenu des cinq entretiens réalisés auprès de lui durant cette année de suivi. Durant ces différents entretiens, il a en effet mis en avant tout le soutien qu'il attend de la part de son encadrement de proximité afin de lui permettre d'être bien au travail et de développer ses compétences professionnelles tant par l'apprentissage auprès des patients qu'en suivant les nombreuses formations cliniques de grande qualité prodiguées par les universités partenaires d'« EPSM3 ». La notion d'employeur n'est pas investiguée par cet infirmier, il n'en voit pas l'intérêt, au même titre

que celle avec le cadre supérieur de santé de son pôle, et n'investit que sa relation avec son cadre de proximité et le cadre supérieur qui l'a repéré lors d'un salon infirmier et recruté par la suite et avec lequel il entretient une sorte de suivi plus ou moins formalisé, et vers lequel il sait pouvoir se tourner en cas de besoin.

Face aux patients, à leurs sollicitations et aux nombreuses situations de soins que nous avons pu observer durant cette matinée, force est de constater que l'infirmier n° 1 a toujours adopté une posture et un comportement soignants répondant aux canons de la profession en termes de qualité des soins et d'humanisme. À ce titre, à chaque fois que la situation le lui permettait, il n'hésitait pas à pleinement embrasser son rôle propre infirmier afin d'apporter une réponse professionnelle aux patients. Son positionnement infirmier est objectivement apaisant pour les patients et la qualité de son travail est reconnue par ces derniers. À l'issue de cette observation, il ressort que le comportement professionnel de ce soignant est conforme à l'image que nous pouvions en avoir, tel que nous pouvions nous le représenter, durant tous les entretiens que nous avons eus avec lui durant sa première année d'exercice. Cet infirmier est professionnel et centré sur le patient.

## 7.4 L'observation de l'invidu n° 38

Durant les différents entretiens réalisés auprès de l'individu n° 38 de notre cohorte, nous avons toujours noté un plaisir certain à travailler dans l'établissement « EPSM3 » ainsi que dans le service de soins où cette jeune professionnelle est affectée. Les prises en charge soignantes lui conviennent et le dynamisme soignant de ses collègues lui semble fort et entraînant dans son exercice quotidien. L'un des seuls bémols concerne l'organisation de certaines activités de soins qui lui semblent perfectibles, mais rien de rédhibitoire. Est-ce que nos observations confirmeront cet état de fait ? Voyons le résumé de nos observations en détail en nous attachant tout d'abord aux relations entretenues avec les patients pris en charge par l'infirmière n° 38.

### 7.4.1 La relation avec les patients

La veille, nous avons été habitué à beaucoup d'empathie et de bienveillance envers les patients pris en charge par l'infirmier n° 1. Autant dire tout de suite que ce ne fut pas le cas avec l'infirmière n° 38 pour les raisons que nous allons maintenant détailler. Tout

d'abord, au regard des connaissances que possédait l'infirmière de notre cohorte, force est de constater qu'elles étaient superficielles. En effet, cette soignante connaissait globalement bien le contenu des dossiers administratifs et de soins des patients accueillis dans le service de soins. Cependant, ce n'était pas le cas pour les dossiers médicaux où les diagnostics médicaux sont posés ainsi que les symptomatologies des patients d'un point de vue médical. Au-delà des différents éléments des dossiers cités précédemment, l'infirmière n'avait aucune connaissance complémentaire sur les patients pris en charge du fait qu'elle n'investissait pas son rôle propre en ne s'entretenant pas avec les patients afin d'explorer certains aspects de leur vie, de leur vécu, de leur acceptation des soins ou bien encore de leur projet de vie. Globalement, elle adoptait un rôle d'exécutant des prescriptions médicales sans y développer les différents et nombreux aspects d'une prise en charge infirmière. Nous avons également été interpellé par le manque de considération envers les patients et leurs proches. Comme la fois où une famille appelle dans le service pour prendre rendez-vous avec le médecin du service et où l'infirmière n° 38 se trompe d'horaire. Sa première réaction, des plus naturelles, fut de dire « *bon, bah il attendra* », avant de se ressaisir en voyant que j'étais présent à ses côtés et en réalisant une action qu'elle n'avait vraisemblablement pas envisagée au départ : rappeler la famille pour rectifier l'horaire du rendez-vous. Une autre situation hautement critiquable concerne cette fois un patient qui s'est rendu au tribunal dans la matinée, accompagné d'une aide-soignante, et qui a insulté le président de ce tribunal. De retour dans le service, lorsque le patient, sthénique, en fait part à l'infirmière de notre cohorte, celle-ci le repousse et l'informe qu'elle préfère aller fumer plutôt que de s'entretenir avec lui sur l'instant mais qu'elle le fera à sa remontée dans le service. Ce comportement n'est pas professionnel et peut potentiellement générer de l'agressivité de la part de ce patient envers lui-même ou bien envers d'autres personnes, patients ou soignants, et ainsi faire courir un risque dans le service de soins. Au regard de notre matinée d'observation, nous pouvons dire que cette scène est emblématique des relations entretenues par l'infirmière n° 38 et ses collègues vis-à-vis des patients. En effet, au regard des nombreux et longs temps de pause égrenés tout au long de cette demi-journée, nous faisons le constat qu'une relation proche avec les patients n'est pas recherchée contrairement à ce que nous avons pu observer la veille avec l'infirmier n° 1. Cela se caractérise par une absence flagrante de volonté d'en savoir plus sur les patients en s'entretenant avec eux de façon formelle ou informelle si bien que tout le temps qui pourrait être investi auprès des patients est en fait consacré à des regroupements entre infirmiers pour évoquer un peu les situations de soins mais surtout les aspects de la vie privée des soignants essentiellement autour de cigarettes fumées ensemble à l'extérieur du service sans

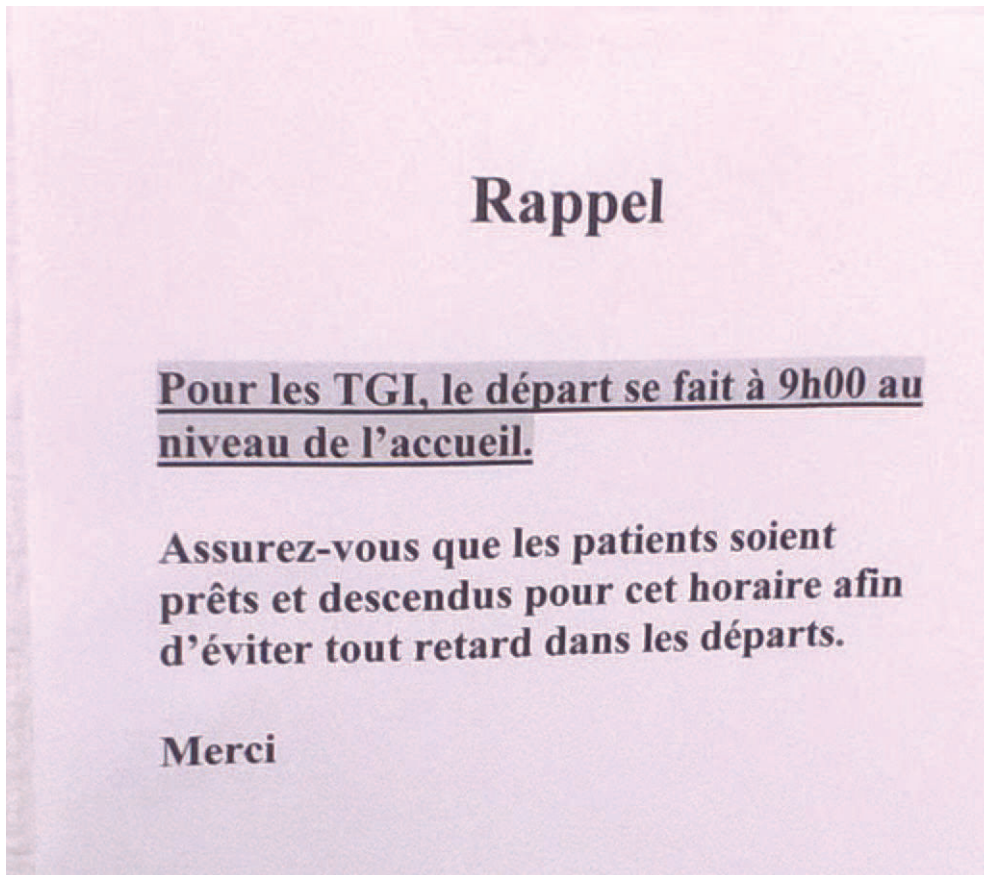
nécessairement se préoccuper de savoir s'il reste un soignant pour surveiller, encadrer, aider ou accompagner les patients dans le service. Une culture de « l'entre-soi, » que nous aborderons plus tard, est à l'œuvre dans ce service.

Cet « entre-soi » soignant que nous décrivons concerne les infirmiers, mais qu'en est-il des soignants dans leur globalité en intégrant les aides-soignants qui travaillent également dans ce service ?

#### 7.4.2 La relation avec les aides-soignants

À l'instar de la journée de la veille, les relations entretenues entre les infirmiers et les aides-soignantes au sein de ce service sont tendues. À titre d'illustration, dans la matinée, lors de la préparation des médicaments entre infirmiers dans la salle de pharmacie, à un moment donné, l'un d'eux demande aux autres si une aide-soignante travaille aujourd'hui dans le service sans s'en inquiéter plus que ça. D'ailleurs, aucun d'eux ne fera de recherche sur le planning de service ou dans le service pour trouver la réponse. C'est donc « par surprise » qu'ils croisent un peu plus tard dans la matinée l'aide-soignante avec laquelle ils vont travailler ce jour. C'est cette aide-soignante qui a accompagné au tribunal le patient dont nous parlions dans le point précédent. Cet accompagnement était également emblématique des relations entretenues par ces deux catégories professionnelles. En effet, comme on peut le constater sur la photo n° 9, il est prévu dans le service une règle de fonctionnement pour assurer au mieux les transports de patients au tribunal. Or, à l'heure programmée du départ, l'aide-soignante se trouvait bel et bien dans le véhicule pour se rendre au tribunal...mais sans le patient. Ce dernier était encore dans son lit. C'est donc l'infirmière n° 38 qui s'en est rendu compte, l'a réveillé, fait manger rapidement et installé dans le véhicule...aux côtés de l'aide-soignante.

Photo n° 9 : note de service pour les accompagnements au tribunal de grande instance



Très clairement, au-delà du bon sens, d'un point de vue soignant, ces tâches auraient dû être assurées par l'aide-soignante. Bien que cette situation ait révolté l'infirmière de notre cohorte qui s'exprimait ainsi « *et voilà, on fait le boulot de l'aide-soignante qui, elle, fait je ne sais quoi* », ce dysfonctionnement ne sera pas revu lors du retour de l'aide-soignante. D'ailleurs, cette dernière, en revenant dans le bureau infirmier, se contentera de transmissions orales sur ce qui s'est passé et ce qu'a dit le patient au tribunal, sans rien écrire dans le dossier de soins du patient. Il est à noter que l'infirmière n° 38 avouera n'avoir pas tout compris du rapport de l'aide-soignante, qui, il est vrai, n'était pas clair du tout et nous laisse penser qu'elle n'avait que peu compris ce qui se jouait pour le patient. Elle ne cherchera pas à la faire reformuler ni à obtenir davantage de renseignements sur ce qui s'est passé au tribunal. Et nous découvrons ainsi que le fait de ne rien noter dans les dossiers quand on est aide-soignant est la norme dans ce service. À ce titre, devant mon questionnement, l'infirmière n° 38 réfléchit à voix haute en disant « *qu'on devrait leur demander de faire des traces écrites* ». À vrai dire, nous ne pensions pas qu'il pouvait exister un service de soins où des aides-soignantes n'ont pas à écrire dans des dossiers patients, surtout au regard de l'importance des vécus et des



observations dont elles sont témoins. *Quid* de la collaboration infirmiers / aides-soignants ? La réponse à cette question nous est donnée par l'infirmière observée ce jour en milieu de journée lorsqu'elle nous explique que « *les (infirmiers) se moquent d'elle (aide-soignante) ouvertement quand ils en ont marre* » et qu'« *on ne peut pas dire les choses clairement parce qu'elle va balancer au cadre (...) donc, on laisse couler et c'est notre tort* ». De plus, elle ajoutera qu'elle « *ne s'attendait pas à avoir des collègues (aides-soignants) eux-mêmes malades avec une communication impossible* ». Il ressort de ces constats une absence de volonté de l'infirmière de la cohorte de voir évoluer favorablement la situation lorsqu'elle nous confie que ce n'est pas elle « *qui va rentrer là-dedans, ça fait des années que ça fonctionne comme ça* ».

L'infirmière n° 38 relate très aisément les nombreuses dissensions entre les aides-soignantes et les infirmiers de son service. Elle sous-entend qu'il n'est pas possible de modifier la situation sans se voir réprimander par le cadre de l'unité. Voyons donc quelles sont les relations qu'entretient cette jeune professionnelle avec son encadrement de proximité.

#### 7.4.3 La relation avec le cadre de santé et l'organisation du travail

Lors de notre observation, le cadre de proximité du service était absent pour cause de maladie depuis une semaine. Nous n'avons donc pas pu le rencontrer. De plus, l'infirmière n°38 nous confiera que ce cadre est très souvent en arrêt de travail et que, lorsqu'il est là, il n'est pas proche de son équipe soignante et très peu dans l'échange. De notre expérience de soignant et de cadre de proximité ressort le fait que, bien souvent, dans un service de soins donné, que le cadre de proximité soit physiquement présent ou non, son « aura » imprègne les lieux et conditionne les comportements professionnels qui ont cours au sein du service. À titre d'exemple, il est fréquent que des soignants disent « eh bien, si le cadre était là, il nous dirait ceci, ou il nous dirait cela, il ferait ceci, ou il ferait cela », ce qui est à la fois banal et naturel pour des équipes pluriprofessionnelles qui sont marquées et habituées au cadre d'exercice donné par le responsable hiérarchique du service. Dans le cas présent, cette « aura », ce cadre de travail de référence, n'est pas palpable que ce soit dans les propos que nous avons pu entendre ou bien encore dans les actes observés durant cette seconde journée d'observation. C'est-à-dire que nous avons dû interroger les professionnels observés lors de cette matinée sur leurs relations avec leur cadre de santé pour que leur existence puisse nous apparaître. Sachant que l'une des priorités majeures pour un cadre de proximité est d'établir des plannings de

travail en lien avec la charge de travail et permettant à chaque professionnel d'avoir suffisamment de visibilité sur ses horaires de travail à venir pour s'organiser professionnellement et au niveau de sa vie privée, quelle ne fut pas notre surprise de découvrir le planning de travail du service tel qu'il est représenté sur la photo n° 10 ci-dessous.

**Photo n° 10 : le planning de travail infirmier**

S.13 IDE 1er	5[8/8]	7[8/8]	6[8/8]	3[6/8]	3[6/8]	7[8/8]	6[8/8]	6[8/8]	4[8/8]	5[6/8]	5[6/8]	5[6/8]	6[8/8]	4[8/8]	
Stéphane Anthony	CA	R.H.	CA	CA	CA	R.H.	CA	CA	RTT	RJFV	R.H.	R.H.	RTT	RTT	
Lecheclartarine	100%	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23
Liv. Arclanirhe	100%	CA	CA	CA	R.H.	R.H.	CA	CA	R.H.	RJFV	CA	CA	R.H.	CA	
Liv. Dan-nielon	100%	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.
B. iso.	100%	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17
iso. id. p.	100%	CA	R.H.	CA	CA	CA	CA	CA	CA	RJFV	R.H.	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	
Cl. C. H.	100%	RJFV	RJFV	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	R.H.	RJFV	RJFV
u. T. A. Inc.	100%	13h30 21h17	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	RJFV	R.H.	CA	RCV.	RJFV	R.H.	R.H.	RCV.	RTT
V. S. A.	100%	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	13h30 21h17
L. A. T. A.	100%	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	
L. A. A.	100%	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	CA	CA	CA	R.H.	CA	CA	RJFV	R.H.	R.H.	CA	CA
L. A. A.	100%	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.	R.H.	06h45 14h23	06h45 14h23	06h45 14h23	R.H.	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	13h30 21h17	R.H.
L. A. A.	100%	CA	CA	CA	R.H.	R.H.	CA	CA	CA	CA	CA	CA	CA	CA	R.H.

En effet, la réglementation hospitalière impose aux responsables hiérarchiques l’affichage d’un planning de travail officiel avec, au minimum, 15 jours d’anticipation. Ceci est valable toute l’année sauf en période de vacances scolaires. Ces dernières doivent être appréhendées bien en avance de façon à permettre aux agents hospitaliers de réserver des locations, de planifier des voyages ou bien encore d’organiser la garde et les vacances de leurs enfants pour les parents divorcés. Et cette préparation en amont fait bien souvent débat au sein des services lors des nombreuses négociations entre collègues pour le choix de telle ou telle période de congés sachant que la réglementation hospitalière limite à 21 jours consécutifs la période de congés estivale pour les soignants. Schématiquement, dans la plupart des hôpitaux, les congés d’été, qui s’étalent officiellement de mi-juin à fin septembre, sont officialisés, pour ces quatre mois, aux alentours du mois de mars, voire avril au plus tard, ce qui laisse la possibilité aux agents hospitaliers de s’organiser. En l’occurrence, nos deux journées d’observation ont eu lieu fin juillet et comme le montre la photo n° 9, le planning du mois d’août n’était pas finalisé, loin s’en faut, puisqu’une seule semaine l’était. Sachant que

l'effectif minimal de ce service est de six infirmiers par jour, trois du matin et trois d'après-midi, aucune journée de ce mois d'août n'était pourvue avec l'effectif minimum requis. Devant ce constat, je demande à l'infirmière n° 38 quelques explications sur ce planning. Les réponses apportées font que, très clairement, cette soignante considère que c'est l'une des forces du service car « *on s'équilibre sur le planning* ». Pratiquement, les infirmiers du service « gèrent » le planning et, bien souvent, c'est par SMS qu'ils échangent entre eux pour savoir qui vient travailler le lendemain. Une nouvelle fois, pour illustrer notre propos, nous pouvons évoquer ce moment, en début de matinée, à la fin des transmissions avec le collègue de nuit, où une infirmière se présente dans le service pour travailler alors que l'effectif infirmier de l'unité était complet. Aucun des soignants présents à ce moment-là ne savait où devait travailler cette infirmière. Il a donc fallu que l'une d'elles appelle un autre service pour le savoir. Les plannings sont réalisés par les infirmiers eux-mêmes au jour le jour. Et, lorsque nous demandons à l'infirmière de notre cohorte ce qu'en pense le cadre de l'unité, elle nous répond : « *on est en souffrance et la cadre le sait et elle nous accorde des vacances car la durée maximale d'une infirmière ici, c'est deux ans* ». Autrement dit, pour cette infirmière, la possibilité de gérer elle-même, avec ses collègues, le planning de travail est synonyme d'affectation plus longue dans le service. Rapportée au contrat psychologique, cette séquence met en avant pour l'infirmière n° 38, le cadre temporel de son contrat psychologique (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993) est fonction de son pouvoir à gérer son temps de travail, à avoir une symétrie de l'échange (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) en sa faveur. Et l'ensemble de l'équipe infirmière fonctionne de la sorte, ce qui renforce le niveau de contrat (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) de cette infirmière en ce sens tout en sous-tendant une étendue (Sels et al., 2004) des plus perméables.

Pour résumer la gestion du temps de travail des soignants dans ce service, le cadre de proximité ne semble pas s'en mêler et la seule chose qu'en attendent les infirmiers semble être de faire perdurer ce type de « gestion ». Donc, d'un côté l'infirmière n° 38 semble se satisfaire de ce mode de fonctionnement mais d'un autre, elle nous précise que « *ce qui nous plombe, c'est tout l'organisationnel* », ce à quoi elle rajoutera plus tard, « *notre force, on s'entraide tout le temps mais c'est pas normal* ».

De quoi parle-t-elle lorsqu'elle parle d'organisation ? Les faits marquants relatés ci-après nous donneront à voir de quoi il retourne.

Tout d'abord, durant les entretiens réalisés auprès de cette professionnelle, il ressortait qu'elle était insatisfaite d'avoir à travailler dans un service ne disposant pas de chambre d'isolement pour des patients potentiellement agressifs. Propos qu'elle réitère durant cette matinée en ces termes : « *on n'a pas de chambre d'isolement aux normes et on n'est pas à l'aise avec ça* ». Cette phrase est emblématique du positionnement personnel de l'infirmière qui, lorsqu'elle aborde des problématiques organisationnelles, n'utilise jamais la première personne mais toujours le « on » ou le « nous ». On pourrait donc penser que la sécurité se trouve au premier rang des préoccupations de cette professionnelle, ce qui peut s'entendre au regard des pathologies qu'elle rencontre quotidiennement. Rappelons que le bâtiment où se situent nos observations est classé et, à ce titre, il n'est pas possible d'en modifier l'aspect extérieur et certaines fenêtres se trouvent tellement en hauteur qu'elles en sont inatteignables sans matériel. Et, là où nous trouvons qu'il y a discordance entre le propos sécuritaire de l'infirmière n° 38 et les actes observés, c'est qu'elle semble trouver normal de confier à des patients une perche de 2 mètres avec des extrémités métalliques, potentiellement utilisable comme arme par destination, sans se préoccuper du devenir de cette perche dans le service. D'un point de vue sécuritaire, une fois de plus, nous rappelons qu'elle ne trouve rien à redire non plus de laisser le service sans surveillance infirmière pour aller fumer avec ses collègues. La notion de sécurité ne semble pas non plus, pour cette infirmière, corrélée au fait de ne pas abandonner un patient sthénique, avec une grande fureur interne, en privilégiant une pause cigarette. Par ailleurs, la surveillance des repas n'est pas intégralement assurée par un infirmier du service, ce qui peut laisser craindre le pire en cas de fausse route d'un patient liée à ses traitements lourds. Donc tous ces éléments nous laissent à penser que, dans ce service, règne un amateurisme infirmier et que la sécurité, telle qu'on peut et que l'on doit la concevoir en milieu hospitalier, n'y est pas assurée. L'absence de chambre d'isolement n'est pas la problématique majeure à cette situation. Dans le contexte hospitalier, comme nous l'avons abordé dans l'histoire récente de l'hôpital, la sécurité, qui porte bien souvent le nom de vigilance, se fait à de multiples niveaux que nous n'allons pas de nouveau évoquer ici si ce n'est celle relative au circuit du médicament. Pour préparer les traitements des patients, les organismes de tutelle recommandent que la préparation des médicaments se fasse dans un endroit calme, sans interférences humaines ou matérielles (téléphones ou sonnettes de chambre) de façon à limiter au maximum les erreurs humaines. Lorsque nous avons observé l'infirmière n° 38 avec ses collègues lors de la préparation des médicaments du matin, ils échangeaient entre eux sur des aspects de leur vie privée tout en utilisant l'ordinateur de la salle de pharmacie à disposition pour y écouter, avec un volume sonore au maximum, une

playlist de rap américain. Au-delà des nuisances sonores occasionnées à sept heures du matin pour les patients ayant la malchance d'avoir leur chambre à proximité de la pharmacie, inutile de préciser que le risque d'erreur est à son apogée. L'un des collègues de l'infirmière de notre cohorte a même interrompu son comptage de gouttes pour réaliser une tâche qui n'avait pas été anticipée avant de le reprendre. Là encore, cette pratique de l'interruption de tâches est aux antipodes des recommandations des tutelles.



Ce passage dans la salle de pharmacie nous aura permis de nous rendre compte de « l'organisation » du service. À titre d'illustration, les photos n° 10 a et n° 10 b nous montrent le manque de rigueur à tous les niveaux de cette équipe infirmière. Plus particulièrement, sur la photo n° 10 a, nous pouvons voir le matériel de contention déposé « en vrac » dans un coin de cette salle de pharmacie et après vérification de notre part, aucun kit n'était complet. C'est-à-dire qu'en cas d'urgence (la mise en contention d'un patient est très majoritairement une prescription médicale à appliquer en urgence), il est impossible de ne pas manquer de matériel, ce qui majore le risque pour les autres patients du service, les professionnels et bien entendu pour le patient nécessitant la contention lui-même. Un système de contention se pose et se dépose à l'aide d'aimants qui permettent de fixer et d'ôter un capuchon sur un « clou » métallique. Or, sur la photo n° 11 b, nous pouvons constater que les aimants indispensables à l'utilisation d'un système de contention ne sont pas disponibles là où ils devraient l'être. Et

pour que les aimants reviennent à la place qui leur a été dédiée, un petit mot humoristique a été affiché dans la pharmacie. Là encore, il semblerait que les infirmiers du service ne perçoivent pas le danger qu'ils encourent et qu'ils font encourir aux autres, par leur comportement, en termes de sécurité.

Dans cette pharmacie toujours, il est intéressant de constater l'importance des stocks de médicaments qui sont entreposés dans l'armoire tels que nous pouvons les voir sur la photo n°12, en haut du meuble de stockage.



Aucun des infirmiers présents ce matin n'a trouvé à y redire. L'explication qu'ils nous ont donnée est que c'est plus simple pour les infirmiers de nuit qui font les commandes de médicaments, de redemander toujours les mêmes traitements, « *comme ça on ne manque pas* ». Cette philosophie d'approvisionnement fait fi des coûts de ces médicaments ainsi que des dates de péremption dont aucun des infirmiers présents ce matin-là ne sait précisément qui en assure le suivi dans le service.





Toujours dans cette salle de pharmacie, se trouve un local dont l'intérieur est illustré par la photo n° 13. Sur cette image, nous pouvons voir deux appareils à tension, un troisième étant hors champ sur le côté gauche. Lorsque, à l'issue d'une consultation médicale, l'infirmière n°38 a eu besoin d'utiliser un appareil à tension, elle a dû déplacer un premier appareil (celui qui est hors champ), mettre également sur le côté celui qui apparaît au milieu de la photo pour finalement choisir le troisième appareil dans le fond de la pièce. Devant mon questionnement, elle m'explique que les deux autres appareils ne fonctionnent plus depuis plusieurs semaines, que tout le monde le sait et qu'il faudrait que quelqu'un fasse quelque chose sans citer le cadre de proximité ou un autre qui pourrait gérer la réparation de ces matériels. Cette scène démontre une nouvelle fois que, de première intention ou non, le rôle du cadre n'est pas référé en termes d'organisation humaine ou matérielle, ce qui devrait pourtant être le cas.

Au final, nous nous retrouvons en difficulté pour qualifier la relation qu'entretient l'infirmière de la cohorte avec son cadre de proximité, car il apparaît qu'à aucun moment ce dernier n'est référé quelle que soit l'approche que l'on utilise pour décrire l'organisation du service et quelle que soit la problématique rencontrée. La seule fois où le cadre est spontanément évoqué, c'est pour « *qu'il trouve quelqu'un pour aller à l'aéroport vendredi matin* ». En d'autres termes, l'infirmière ne voit pas quels collègues infirmiers solliciter et se tourne donc vers son encadrement. Pour cette jeune professionnelle, tout semble reposer sur ses collègues infirmiers puisqu'ils sont « *heureux de travailler ensemble et d'être ensemble* ». Nous allons donc maintenant nous attacher à décrire les liens qui unissent les infirmiers de cette unité de soins.

#### 7.4.4 La relation avec les pairs infirmiers

Dès le début de notre journée, nous avons pu constater la proximité entre les différents infirmiers du service. Ils s'embrassent pour se dire bonjour, s'offrent des cadeaux, se fréquentent à l'extérieur de l'établissement et font de nombreuses et fréquentes fêtes entre eux, et, comme nous l'avons vu dans le point précédent, gèrent leurs temps de travail et leurs périodes de vacances par SMS. Ils privilégient les temps passés entre infirmiers à ceux auprès des patients et des médecins. À titre d'illustration, lorsque le médecin propose de réaliser un entretien médical avec un patient, les infirmiers lui demandent de le faire seul puisqu'ils vont fumer et donc quitter le service. Il est à noter que les médecins ne trouvent rien à redire à cela

et réalisent dès lors leurs entretiens seuls, ce qui ne permet pas aux infirmiers de mieux connaître leurs patients et leurs pathologies et peut compliquer le suivi à réaliser. Les relations entre médecins et infirmiers sont cordiales dans le sens où, vraisemblablement, les infirmiers se contentent d'appliquer les prescriptions médicales sans y apporter leurs remarques, leurs critiques constructives, ceci étant certainement dû à un niveau de connaissances théoriques et pratiques quelque peu limité. Nous avons eu de nombreuses occasions pour le constater en ce qui concerne le faible niveau du vocabulaire professionnel utilisé ainsi que le peu de qualité des soins techniques réalisés en notre présence contrairement à ce que nous avons pu observer la veille avec l'infirmier n° 1. Par ailleurs encore, nous avons pu constater que, à l'exception de l'infirmière n° 38, ce jour-là, aucun autre soignant n'est arrivé et reparti à l'heure. Une partie d'entre-eux est arrivée avec du retard tandis que l'autre est partie plus tôt. Les retards n'étaient pas évoqués, soulignés ou bien même justifiés et semblaient naturels, aussi bien pour les retardataires que pour les collègues déjà en poste, tandis que les départs anticipés étaient même encouragés par des infirmiers au bénéfice de leurs collègues qui partaient de façon prématurée. Ces retards ou départs anticipés n'étaient pas reportés sur le planning de travail ou bien encore consignés sur un quelconque document lié à cet usage. Il semble que ce soit la norme dans ce service, ce que l'infirmière n° 38 décrira comme de la « *souplesse* » dans le dernier entretien (T5). Cette séquence nous donne de nouveau à voir à quel point la stabilité du contrat psychologique de l'infirmière n° 38 (MacNeil, 1985 ; Janssens et *al.*, 2004) est dynamique.

En fin de matinée, l'infirmière n° 38 nous explique qu'après presque un an de travail dans ce service, à quelques semaines près, elle se trouve être l'une des infirmières les plus anciennes dans le service et l'explique en disant que « *ça fait un an qu'on est diplômé, et on a déjà de la lassitude* ». Ce constat semble facile à comprendre. En effet, comment pourrait-il en être autrement puisqu'il n'y a véritablement aucun apprentissage tant théorique que clinique au cours de l'exercice infirmier dans ce contexte-là. L'envie de prendre soin des patients, ce qui fait que l'on embrasse généralement cette profession et qui était également le cas pour l'infirmière de notre cohorte n'est pas mis en application au regard de ce que nous avons pu découvrir lors de cette journée. Le sens soignant étant absent, l'intérêt du travail infirmier, *de facto*, ne peut que s'en trouver amoindri. Il est également intéressant de noter qu'à la fin de son service, nous avons demandé à l'infirmière n° 38 comment elle évaluait la charge de travail de ce jour par rapport à d'habitude. Pour elle, ce jour, le service était « *chaud* », donc avec une charge de travail plutôt lourde. C'est un avis que nous ne partageons



pas au regard de ce qui a objectivement été réalisé, de tout ce qui aurait pu être entrepris et des nombreuses et longues pauses qui ont été faites.

## 7.5 Le résumé de l'observation de l'infirmière n° 38

Les observations réalisées dans le cadre de l'exercice infirmier de l'individu n° 38 nous éclairent sur cette notion de plaisir à travailler avec ses collègues infirmiers au sein de son service de soins. En effet, ce plaisir est celui qu'éprouve l'infirmière de notre cohorte à retrouver des copains, des amis, avec lesquels elle se retrouve à l'extérieur et cela renforce les liens d'amitié les unissant. Au regard du turn-over important des infirmiers dans ce service, nous pouvons dire que cette amitié recherchée entre soignants n'est pas suffisante, sur du court terme, pour donner l'envie de rester à ces professionnels et de maintenir un dynamisme véritablement soignant. Lors de notre dernier entretien (T5) avec cette infirmière, celle-ci évoquait le fait que son service de soins manquait de « cadre », à plusieurs titres. Après avoir mis en avant les qualités d'écoute de son cadre de proximité, elle enchaîne sur la nécessité d'avoir un cap qui soit défini par ce responsable en ces termes : « *il faut un cadre qui dise : voilà, ça va être comme ça et comme ça !* ». Elle ajoute même que ce cadre « *a une façon de manager une équipe qui peut nous convenir mais qui parfois peut poser problème aussi* ». L'infirmière de notre cohorte compte sur le collectif infirmier de son service pour l'organisation, au sens large, de ce dernier. Mais comme nous avons pu le constater, en cas de défaillance de matériels biomédicaux ou bien encore dans la « gestion » des produits pharmaceutiques, lorsque le « bon-vouloir » infirmier de ce service ne répond pas à ses exigences de qualité et de sécurité pour les patients, elle ne trouve rien à y redire. En plus de rendre l'infirmière de la cohorte non à même de critiquer objectivement la qualité des soins prodigués, cette amitié « clanique » entre infirmiers revient à exclure les aides-soignants qui doivent pourtant être considérés comme des partenaires du soin et qui doivent, normalement, être employés à apporter une complémentarité des soins prodigués dans le service par les infirmiers. Cette infirmière n° 38, tout au long des entretiens réalisés au cours de l'année d'investigation, faisait état d'une volonté de se perfectionner dans la spécialité médicale qu'elle avait embrassée ; ceci étant, à presque un an d'exercice, dans le même service, et contrairement à l'infirmier n° 1, elle n'avait ni demandé ni suivi de formations complémentaires en lien avec sa pratique quotidienne. Lors du T5, quatre semaines après notre observation, elle nous faisait de nouveau part de ce souhait de formation afin de se spécialiser un peu plus mais sans grande motivation apparente puisqu'elle souhaiterait davantage suivre un master dans sa spécialité, master qui, aujourd'hui, n'existe pas. Par ailleurs, elle verbalisait le fait de vouloir continuer à travailler dans cet établissement et dans

ce service, même si bon nombre des infirmiers que nous avons rencontrés lors de notre observation projetaient de quitter le service.

## 7.6 Résumé global de l'observation dans l'établissement

### « EPSM3 »

Rappelons-nous nos impressions avant l'observation. Au regard des quatre premiers entretiens que nous avons eus avec les infirmiers n° 1 et n° 38, nous nous représentons l'infirmier n° 1 comme un professionnel avec des difficultés relationnelles avec ses collègues, tandis que pour l'infirmière n° 38, hormis quelques détails organisationnels, tout lui semblait parfait, à commencer par sa relation avec ses pairs.

En lien avec les caractéristiques du contrat psychologique, l'infirmier n° 1 connaît une rupture de son contrat psychologique (Morrison & Robinson, 1997) qui a eu pour conséquence de l'amener à faire les démarches pour changer de service de soins (Robinson & Rousseau, 1994). En ce sens, les résultats de l'observation de cet individu sont conformes avec la littérature traitant de la rupture du contrat psychologique (Robinson & Rousseau, 1994 ; Turnley et Feldman, 1999a, Guest & Conway, 1997 ; Guzzo & al., 1994) et qui démontrent qu'un sentiment de rupture entraîne l'envie de quitter la structure. Ceci étant, dans le cas de notre infirmier n° 1, et en tenant compte de son contexte social, ce dernier ne cherche pas à quitter son organisation, mais le service dans lequel il travaille. Plus précisément, cet infirmier connaît une rupture de son contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003) dans le sens où ses valeurs soignantes diffèrent profondément de celles de ses collègues de travail. De plus, en fonction des informations organisationnelles qu'il a pu obtenir, il possède la certitude que dans un autre service, il aura la possibilité de travailler avec des collègues possédant les mêmes valeurs que lui afin d'offrir des prises en charge soignantes de qualité telles qu'il les conçoit. Cette croyance repose sur les propos d'individus en qui il a confiance. Plus particulièrement, il place sa confiance dans d'autres professionnels infirmiers de la structure qu'il fréquente à l'extérieur, dans son cadre de santé actuel et dans son recruteur, vers qui il s'est tourné pour demander un changement d'affectation. Les propos convergents de ces trois agents organisationnels l'ont conforté dans le fait qu'il pourra exercer en fonction de ses valeurs soignantes dans un autre service de soins. C'est sans nul doute cette confiance qui ne lui fait pas quitter la structure mais seulement son service actuel. La confiance attribuée à certains acteurs organisationnels

considérés comme possédant les mêmes valeurs du soin apparaît donc comme un modérateur des conséquences d'une perception de rupture du contrat psychologique (Morrison & Robinson, 1997). De plus, au regard des valeurs soignantes considérées comme partagées entre cet infirmier et ses responsables hiérarchiques, il a pu les rencontrer en négociant une nouvelle affectation, ce qui indique une symétrie de l'échange (Janssens *et al.*, 2003 ; Sels *et al.*, 2004) équilibrée du fait d'une tangibilité (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993 ; McLean Parks *et al.*, 1998 ; Sels *et al.*, 2004) observable publiquement par ses responsables. Il est également à noter qu'au travers de l'observation de cet infirmier, mais aussi en fonction des verbatims des différents entretiens réalisés avec lui, que la confiance dont il bénéficie auprès des patients, en lien avec son professionnalisme, renforce ses valeurs soignantes et son envie de prendre soin (Hesbeen, 1999).

Concernant l'infirmière n° 38, dans le même contexte de prise en charge soignante, et contrairement à l'infirmier n° 1, le cas de cette dernière n'évoque pas spontanément une rupture de son contrat psychologique (Morrison & Robinson, 1997). Pour elle, ce qui ressort de l'observation est que l'essentiel est d'être en bons termes avec ses collègues de travail et de pouvoir s'en faire des amis, en faisant fi du prendre soin (Hesbeen, 1999). Collectivement, les infirmiers de ce service de soins semblent présenter le même niveau de contrat (Janssens *et al.*, 2003 ; Sels *et al.*, 2004). En référence aux travaux de Rousseau (2001) sur le niveau d'abstraction élevé par rapport à la relation d'emploi, ces infirmiers semblent avoir développé la certitude que le travail infirmer, tel qu'ils le réalisent au quotidien, correspond à la norme du travail infirmier dans cet établissement, contrairement à l'infirmier n° 1 qui, lui, considère que son travail doit être le reflet de l'idéologie de prise en charge de l'établissement et du sien. Or, il est impossible que cette infirmière ait pu être diplômée si son comportement soignant avait été le même durant sa formation que celui que nous avons pu évaluer durant l'observation. En effet, lors de cette observation, en lien avec la théorie du contrat psychologique, et plus particulièrement avec la notion de performances in-rôle et extra-rôle (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996), cette infirmière désinvestit clairement ses performances extra-rôle et in-rôle. En effet, les performances in-rôle et extra-rôle (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996) sont interdépendantes avec le contrat psychologique. Robinson et Morrison (1995, 1996) ont démontré que la perception d'une rupture du contrat psychologique entraîne une diminution de la performance in-rôle, de la performance liée aux tâches relatives au cœur de métier de l'individu. De plus, d'autres chercheurs (Turnley & Feldman, 1999 a) ont également fait la démonstration qu'une rupture de contrat

psychologique entraîne de la négligence professionnelle telle que nous avons pu la constater durant l'observation de l'infirmière n° 38. Par ailleurs, en lien avec les comportements de citoyenneté organisationnelle (Organ, 1988, p.4), c'est-à-dire les comportements « *qui ne relèvent pas du rôle ou des tâches prescrites de l'emploi occupé, c'est-à-dire des termes spécifiques du contrat passé entre un employé et son organisation ; ces comportements relèvent plutôt d'un choix personnel, de sorte que leur omission n'implique pas de sanction* » ; lors d'une rupture de contrat psychologique, la performance extra-rôle se trouve également diminuée. Dans le cas de l'infirmière n° 38, la performance extra-rôle ne se porte que sur les pairs infirmiers de son service de soin puisque, comme nous l'avons vu dans l'observation (annexe n° 4), la solidarité avec les soignants d'autres unités est moins naturelle et spontanée. Au final, nous mettons la faible performance in-rôle de cette infirmière (ne pas répondre au patient sthénique, ne pas accompagner les médecins lors des entretiens patients, être laxiste par rapport à la préparation des médicaments, laisser le service sans infirmier pour aller fumer, effectuer des recherches d'hypotension orthostatique de façon inepte, ou bien encore ne pas répondre à des patients qui frappent à la porte), sur le compte d'une rupture du contrat psychologique. En lisant attentivement les cinq retranscriptions de cette infirmière, nous faisons le constat qu'elle énonce des valeurs soignantes qu'elle possède certainement, nous n'en doutons pas. Ceci étant, au regard du contexte organisationnel dans lequel elle a intégré le service, et en tenant compte de ses propos lors de l'observation, nous pensons que l'absence de cadre, au sens propre comme au sens figuré, lui a fait éprouver une rupture de contrat en lien avec une renonciation par incapacité de son organisation (Morrison & Robinson, 1997) à lui permettre d'exercer de la façon dont elle l'imaginait au regard de son contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996).

En ce sens, le fait que ce service connaisse une rotation d'infirmiers importante corrobore les travaux de Bunderson (2001) pour qui la perception de brèche prédit une rotation dans les mois suivant cette perception. En effet, moins d'une année d'affectation en moyenne est un phénomène révélateur d'un dysfonctionnement que nous attribuons au fait que ces professionnels connaissent une rupture de leur contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003) que ne modère pas la bonne entente entre collègues affichée et recherchée sur une période d'un an.

De ces deux situations, ressort un constat intéressant quant au rôle du cadre de santé. Dans le cas de l'infirmier n° 1 qui estime que son cadre de santé possède les mêmes valeurs

du soin que lui, il apprécie que ce dernier l'encourage à les faire vivre dans son exercice professionnel. Bien qu'il connaisse une rupture de son contrat psychologique, cet infirmier continue d'exercer avec la même envie pour le bien-être des patients. *A contrario*, l'infirmière n° 38, qui n'a, globalement, que très peu d'échanges avec son cadre de santé, n'est pas en capacité de faire vivre de réelles valeurs soignantes. En d'autres termes, il apparaît que le cadre de santé a un rôle important à jouer au sein d'un service pour que l'idéologie (Rousseau, 2001 ; Thompson et Bunderson, 2003) soignante des infirmiers leur permette de prodiguer des soins de qualité. Ce constat se retrouve dans le turnover infirmier important que connaît le service de l'infirmière n° 38.

Au final, il est donc intéressant de se rendre compte que ce que nous avons pu percevoir en termes de rupture du contrat psychologique au travers des différents entretiens réalisés auprès de ces deux individus, et plus particulièrement le n° 1, s'est vu confirmer par l'observation et se révèle être une découverte pour l'infirmière n° 38. Cette observation nous a permis de mettre en avant deux notions apparaissant comme capitales que sont la confiance et les valeurs professionnelles. Les résultats de ces observations nous permettront de présenter dans la discussion un schéma de la dynamique du contrat psychologique idéologique (Thompson et Bunderson, 2003) en lien avec l'univers du soin.

## Chapitre 8 : discussion des résultats

Cette recherche nous a amené à étudier la dynamique du contrat psychologique de soignants au sein de leurs établissements employeurs. Nous avons donc étudié leurs schémas de la relation d'emploi (Rousseau, 1995, 2001) au travers de leurs écrits, de leurs propos et d'observations que nous avons plus particulièrement réalisées auprès de deux d'entre eux. Ce travail s'est donc inscrit dans un contexte national hospitalier extrêmement mouvant, induisant de nombreuses contraintes et d'importantes charges de travail, telles que nous les avons évoquées précédemment, pour les professionnels de santé. Ces contraintes peuvent parfois faire subir aux infirmiers une grande souffrance. À ce titre, durant l'été 2016, cinq infirmiers se sont suicidés « *et trois d'entre eux ont clairement laissé des lettres mettant en cause leurs conditions de travail* » (Francetvinfo.fr, 2016). Sans avoir la prétention de pouvoir faire en sorte que ces situations dramatiques ne se reproduisent plus, nous pensons qu'aborder la relation d'emploi sous l'angle du contrat psychologique, dans un milieu hospitalier instable, est à même de permettre une attraction organisationnelle ainsi qu'une relation d'emploi durable plus grande entre l'organisation hospitalière et les infirmiers, sans oublier une relation d'emploi satisfaisante pour ces professionnels du soin.

Notre problématique de départ était de mettre en lumière la dynamique du contrat psychologique de jeunes professionnels infirmiers. Compte-tenu de notre objet de recherche, et du cadre théorique retenu, dans les points qui suivent, nous allons présenter les principaux apports théoriques de cette recherche. Nous exposerons à suivre les principaux apports empiriques et méthodologiques de ce travail avant de conclure en présentant les limites de notre recherche et les perspectives de recherche qui en découlent.



## 8.1 Les principaux apports théoriques

La visée principale de notre recherche était de pouvoir modéliser la dynamique de formation du contrat psychologique. Or, comme nous l'avons vu dans la littérature, la première étape est relative à la construction d'un contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996). Cette première étape s'élabore à partir des croyances et des présupposés pouvant émaner de possibles expériences antérieures à l'entrée organisationnelle de l'individu (De Vos et al., 2009), ainsi qu'à partir du contenu de ce contrat psychologique qui repose sur un socle de valeurs acquises durant l'enfance permettant notamment à l'individu d'établir son propre rapport au travail, à la justice et à la réciprocité (Morrison & Robinson, 2004). Ce contrat psychologique anticipatoire peut être considéré comme un schéma mental de la future relation d'emploi (Rousseau, 1995,2001). À ce titre, le premier entretien que nous avons réalisé auprès de notre cohorte avait pour objectif principal de mettre en perspective les raisons pour lesquelles les individus de la cohorte avaient choisi la profession infirmière. Et à ce titre, nous avons pu extraire les motivations sous-jacentes à ce choix professionnel qui apparaissent comme liées à ce niveau d'abstraction élevé de la relation d'emploi que Rousseau (2001) associait à l'idéologie. En effet, les verbatims recensés lors du T1, ainsi que l'étude des classes de discours mettent en avant la volonté de ces jeunes professionnels de « *prendre soin* » des « *gens* », de « *travailler* » en « *équipe* » avec des pairs en qui ils ont « *confiance* » et qui leur font également « *confiance* », tout en développant leurs habiletés « *relationnelles* » et « *techniques* » pour « *soigner* » les « *patients* ». L'ensemble de ces verbatims est cohérent avec les travaux de Thompson et Bunderson (2003, p.574) qui, en s'intéressant au contrat psychologique de professionnels du soin, ont démontré l'existence d'un contrat psychologique idéologique qu'ils définissent comme « *un engagement crédible envers une cause ou un principe valorisé (non limité à un intérêt personnel) faisant l'objet d'un échange implicite au cœur de la relation employeur-employé* ». Ainsi, en reprenant cette définition, nous percevons que le principe valorisé par les individus de la cohorte est le soin, le souci de l'autre, de sa santé, tel que le relatent les verbatims significatifs, ci-après, extraits du T1.

« *Les **grands** principes pour moi, c'est avant tout l'humanisme dans tout ce qui est **relationnel patient**, dans la **technique relationnelle**, et puis c'est pour ça que je vais **travailler** à (« *EPSM3* ») ». (n° 1, Khi2 = 70)*

« C'est le premier **service** dans lequel je fais des **stages**, où je **retrouve un petit peu** les valeurs d'équipe et de **soins** que j'apprécie, celles qui me semblent les plus, les plus en cohérence avec ce que j'**apprends** ». (n° 5, Khi2 = 73)

« Enfin moi, j'**aimerais** bien faire des trucs sur la **recherche** aussi et puis moi, dans ce **métier-là**, ce que je relève le plus, c'est que faut de l'humanité quand même » (n° 25, Khi2 = 71)

« Des qualités **relationnelles** très importantes ; faire attention aux **gens**, et voilà, leur **apporter** du confort » (n° 31, Khi2 = 70)

« Alors mes motivations c'est le côté **relationnel** avec les personnes, les **responsabilités** qu'on a, aussi l'**aspect technique** des **soins**, le travail d'équipe et puis la cohésion qui est très important » (n° 17, Khi2 = 66)

« Pour moi être **infirmière**, c'est dispenser des **soins** de toute nature curative même palliative » (n° 38, Khi2 = 65)

« **Prendre soin** des **gens** dans toutes leurs dimensions, être à l'écoute » (n° 33, Khi2 = 67)

« Ce qui me **plaît**, c'est d'**apprendre** et de faire **apprendre** les **choses** » (n° 9, Khi2 = 62)

Ces verbatims mettent en lumière les valeurs humanistes de ces jeunes professionnels qui souhaitent trouver leur utilité auprès des autres dans le « prendre soin » (Hesbeen, 1999). Ces valeurs soignantes ont ensuite été confrontées à l'univers du soin, soit durant des stages, avant d'intégrer l'IFSI, ou bien lors des stages durant la formation infirmière. C'est lors de ces stages que l'intégration d'un travail pluridisciplinaire a été rendue possible pour ces jeunes. En ce sens, ils ont été renforcés dans leur volonté d'embrasser la profession infirmière en constatant chez les soignants rencontrés en stage que leurs valeurs étaient communes et sous-jacentes à l'exercice de cette profession. Par ailleurs, ces stages ont également permis de mettre en lumière les nombreux outils techniques et relationnels existants et à maîtriser pour pouvoir réaliser des soins, comme en attestent ces verbatims du Temps 1.

« au travers des **aspects techniques** et aussi par du **relationnel**, le fait qu'on a des oreilles et des yeux comme tout le monde et on est capable de pouvoir écouter les **gens** » (n°31, Khi2 = 72)

« des qualités **relationnelles** très importantes, faire attention aux **gens** et voilà, leur **apporter** du confort. Au début, j'avais juste postulé [à CH3] parce que mon **stage** de **chirurgie**, j'y ai après beaucoup en **technique** ». (n° 31, Khi2 = 70)

En ce sens, ces constats de stage ont conforté la place de leur schéma mental de la future relation d'emploi de ces futurs infirmiers avec leur employeur à un niveau idéologique (Anderson & Thomas, 1996 ; Bunderson, 2001 ; Rousseau, 2001 ; Thompson & Bunderson, 2003). Ainsi, ces futurs professionnels infirmiers développent un schéma anticipatoire du contrat psychologique idéologique dont nous allons maintenant détailler le contenu.

L'analyse des verbatims du T1 a fait ressortir trois types de contenu relatifs au schéma anticipatoire du contrat psychologique idéologique que sont les éléments organisationnels, relationnels et professionnels (cœur de métier).

Du point de vue organisationnel, comme nous l'avons remarqué lors de l'analyse du Temps 1, avant l'embauche, ces futurs professionnels s'imaginent avoir une étendue large de leur contrat psychologique en début de carrière (Sels & *al.*, 2004), le temps de faire leurs preuves professionnelles, qui, disent-ils, évoluera de façon à donner priorité à la vie familiale et personnelle dans un deuxième temps. Ces professionnels semblent avoir assimilé les conditions de travail des pairs observées en stage et les ont intégrées dans leur schéma anticipatoire de la relation d'emploi. En ce sens, ils se représentent qu'ils devront se montrer « flexibles » dans l'organisation du travail qui leur sera donnée.

*« Mes **obligations**, déjà d'être une infirmière, d'être dans le service avec les exigences d'**heures** » (n° 3,  $Khi2 = 113$ )*

*« Pour l'**instant**, je **vais** être assez dévoué à mon **travail**, et donc si faut faire des **heures** sup, je les ferai sans broncher parce que infirmier c'est un métier qui m'intéresse et du coup, aucun souci avec ça » (n° 19,  $Khi2 = 91$ )*

*« Au départ, je **vais** vraiment avoir très peu de **vie privée** on va dire » (n° 11,  $Khi2 = 89$ )*

De plus, comme nous l'avons vu lors de l'analyse du T1, pour réaliser des prises en charge soignantes de qualité, telles qu'ils se les représentent et telles qu'ils les ont étudiées à l'IFSI, ces infirmiers souhaitent se former tout au long de leur carrière et projettent de demander et de suivre de nombreuses formations pour toujours avoir des connaissances actualisées. Pour eux, l'organisation doit être en capacité de répondre à cette demande et à ce besoin de formation.

*« après, je sais pas, peut-être que j'**aimerais** faire l'**école** des cadres » (n° 23,  $Khi2 = 62$ )*

« un **métier** qui **permet** quand même d'évoluer » (n° 1, Khi2 = 62)

« après, faire des **formations** de cadre, **infirmière anesthésiste** ou **infirmière puéricultrice** » (n° 4, Khi2 = 58)

« proposer des **formations** pendant que je travaille dans leur **établissement** » (n° 39, Khi2 = 55)

Ensuite, nous inventorions une composante relationnelle au schéma anticipatoire du contrat psychologique idéologique. Cette composante regroupe leur vision du relationnel infirmier entre pairs. Pour eux, telles qu'ils les ont découvertes en stage, les individus expriment l'importance des valeurs de solidarité et d'entraide entre collègues pour mener à bien cet « *engagement crédible* » (Thompson & Bunderson, 2003, p.574) que représente le soin. Pour résumer cette composante relationnelle, nous disons qu'à elle seule elle représente « *la bonne ambiance* » recherchée par ces futurs professionnels de santé dans leurs affectations à venir. Ils définissent indirectement cette bonne ambiance au fait d'exercer avec des professionnels de santé possédant les mêmes valeurs soignantes qu'eux et en capacité de faire preuve de solidarité et d'entraide tout en continuant à partager des connaissances avec eux, à l'instar de ce qu'ils ont connu durant leur formation. De plus, les individus veulent faire confiance à leurs pairs de la même façon qu'ils souhaitent que ces derniers aient confiance en eux. Nous reviendrons sur cette notion de confiance dans le cas des ruptures de contrat psychologique idéologiques que nous avons rencontrées.

« je **retrouve** un **petit** peu les valeurs d'équipe et de **soins** que j'apprécie, celles qui me semblent les plus, les plus en cohérence avec ce que j'**apprends** » (n° 5, Khi2 = 73)

« j'**espère** pouvoir au moins me confier et leur dire, **poser** des **questions**, et j'**espère** qu'ils seront un peu indulgents, puis je sais, c'est aussi à moi de faire l'effort » (n° 25, Khi2 = 144)

« une **relation** de **confiance** aussi, des **relations** humaines, c'est-à-dire une **capacité d'écoute** » (n° 10, Khi2 = 70)

« une relation de **confiance** » (n° 30, Khi2 = 87)

« j'**espère** pouvoir entrer dans une **équipe** solidaire où chacun aura sa **place** et où les **relations** feront que le **travail** sera facilité » (n° 21, Khi2 = 72)

Par ailleurs, nous identifions un autre élément du contenu du schéma anticipatoire du contrat psychologique idéologique en termes de cœur de métier professionnel. Ainsi, sous cette appellation, nous regroupons les verbatims faisant état des attentes professionnelles de

ces infirmiers en lien avec la variété appréciée des actes infirmiers dont la finalité est d'obtenir la satisfaction des usagers de santé.

*« faire attention aux **gens**, et voilà, leur **apporter** du confort » (n° 31, Kh2 = 70)*

*« on **travaille** ensemble, et on est ensemble pour le **patient** » (n° 1, Khi2 = 67)*

*« une multitude de **choses** qui sont pas forcément visibles mais qui font tout auprès du **patient** » (n° 35, Khi2 = 59)*

Et enfin, nous relevons deux nouvelles caractéristiques du contrat psychologique idéologique des infirmiers de la cohorte que sont le respect auquel ils aspirent et les tâches administratives liées à la prise en charge des patients.

*« je **pense** que quand on fait un bon **travail** et qu'on est **respecté** des gens avec qui on travaille et des personnes qu'on prend en charge, y'a pas de **raison** que ça se passe mal » (n°36, Khi2 = 60)*

*« pour l'hôpital, c'est aussi **respecter** la personne et ses engagements vis-à-vis de la personne qu'elle **emploie** » (n° 30, Khi2 = 57)*

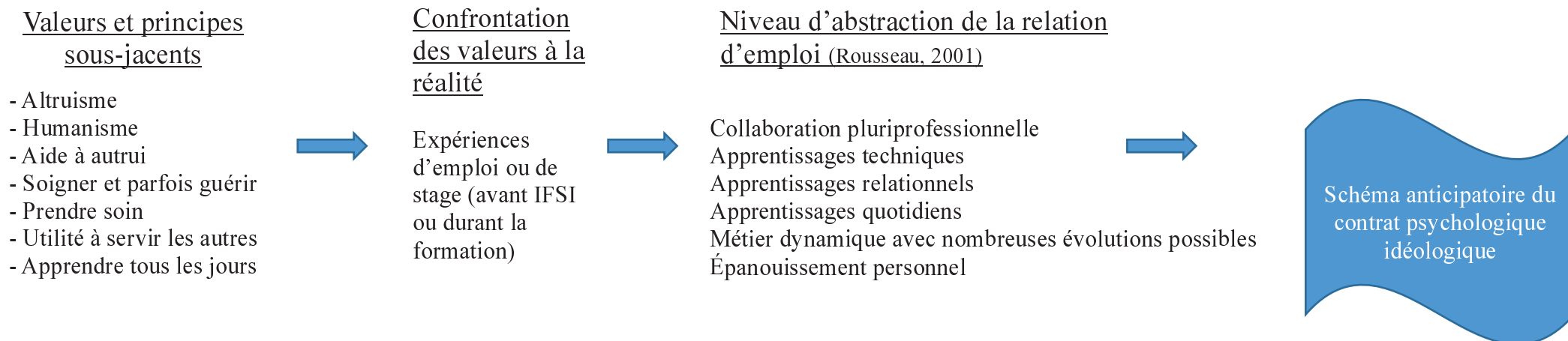
En évoquant la charge de travail et les moyens alloués pour soigner :

*« il y a quand même certaines choses à **respecter**. Après je **pense** que qu'il y a des choses qui sont acceptables » (n° 35, Khi2 = 55)*

*« pour un **jeune diplômé**, on peut **commencer** à trouver ses marques au niveau **administratif** de l'hôpital ; l'**administratif** qui est **particulier** » (n° 14, Khi2 = 57)*

En tenant compte de ce qui précède, nous proposons la modélisation suivante du contrat psychologique anticipatoire.

**Figure n° 49** : le processus de formation du contrat psychologique idéologique anticipatoire



**Contenu du schéma**

Organisationnel	Relationnel	Professionnel
Flexibilité	Solidarité/ entraide	Satisfaction et confiance des usagers
Étendue large en début de carrière (Sels et al., 2004)	Partages de connaissances	Qualité des soins
Formation continue	Confiance des pairs	Soins variés
Respect du soignant et de ses valeurs soignantes	Valeurs soignantes partagées	Tâches administratives en lien avec les prises en charge infirmières

### 8.1.1 La nature du contrat psychologique des infirmiers de la cohorte

C'est donc avec un schéma « naïf » de la relation d'emploi tel que nous venons de le voir que les individus de la cohorte ont intégré le monde hospitalier en tant que professionnels infirmiers. Au-delà des éléments importants figurant dans le processus de formation du contrat psychologique anticipatoire, il est également important de constater l'absence de verbatims reflétant l'aspect financier de la relation d'emploi. En effet, comme nous l'avons vu dans l'analyse documentaire, les infirmiers présentent déjà un niveau de contrat où ils estiment que leur rémunération est collectivement régulée. Ils présenteront cette caractéristique durant toute l'année (cf. Tableau n° 21).

*« la **rémunération** et cætera, pour moi, à l'**heure** d'aujourd'hui, je **pense** que c'est comme ça, on a tant d'expérience, on a tant de salaire voilà. Il n'y a pas grand-chose de **négociable**. » (n° 35, Khi2 = 79)*

*« du fait que je **sorte** de l'école, je ne vois pas trop ce j'aurais pu **négociier**. Avec le **temps**, je **pense** que je serais plus amenée à peut-être **négociier**. » (n° 10, Khi2 = 45)*

Et lorsque ces nouveaux professionnels évoquent la négociation, comme nous l'avons vu dans les analyses des différents temps, ils pensent en termes d'affectation ou de formation et non de rémunération. À l'issue du T1, si nous devons qualifier la nature du contrat psychologique de ces individus (McNeil, 1985 ; Rousseau et McLean Parks, 1993 ; Morrison et Robinson, 1997), devant l'absence prononcée d'une éventuelle monétisation dans les verbatims de la cohorte, ainsi qu'avec la forte implication personnelle et la flexibilité évoquées par les individus sur du long terme, nous retrouvons là les caractéristiques d'un contrat psychologique de nature relationnelle (Morrison et Robinson, 1997 ; Rousseau et McLean Parks, 1993). D'ailleurs, cet aspect financier n'a pas été abordé lors de l'entretien de recrutement par la cohorte, de la même manière que les recruteurs ne l'ont pas évoqué pour la raison qu'il n'apparaît pas possible de négocier son salaire dans les structures sanitaires et médicosociales du fait du fort niveau de contrat (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004) régulé par les statuts de la Fonction publique hospitalière pour les établissements publics et par les conventions collectives pour les établissements privés.

Ceci étant, s'il n'est pas question d'argent, une autre forme de « récompense » apparaît (Thompson & Bunderson, 2003). En effet, à travers les différents entretiens, nous avons pu constater la place importante que revêt la formation continue pour ces professionnels de santé.

Nous avons même pu constater une rupture du contrat psychologique de l'infirmier n° 1 en lien avec le fait que son cadre supérieur de santé ne lui accordait pas les formations demandées. Dans ce cas, nous pouvons dire que la rupture a eu pour origine une incongruence portant à la fois sur une divergence des schémas ainsi que sur un manque de communication entre l'infirmier et son « n + 2 » (Morrison & Robinson, 1997). D'autant plus que, comme nous le synthétisons dans le résumé du T5, ces infirmiers considèrent la hiérarchie comme une fonction support pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs de prise en charge et de développement professionnel. Plus exactement, au regard des caractéristiques du contrat psychologique idéologique, ils estiment que ces formations représentent une obligation pour l'employeur de leur fournir les ressources qu'ils considèrent comme indispensables afin d'agir pour l'idéologie du soin qu'ils défendent (Thompson & Bunderson, 2003). En l'occurrence, les individus de la cohorte considèrent la formation comme une ressource de premier ordre. Ainsi, cette recherche longitudinale d'une année met particulièrement en avant le fait que ces individus cherchent à se former pour pouvoir être à jour des évolutions des techniques et technologies et ainsi prodiguer des soins de qualité d'une part, mais que, d'autre part, ils tiennent à être régulièrement formés pour pouvoir évoluer vers des spécialisations ou bien des services de soins spécifiques. Autrement dit, ces jeunes professionnels considèrent la formation comme un moyen de maintenir la qualité des soins prodigués aux patients et également comme leur permettant de gérer leur carrière. En ce sens, cette croyance est renforcée par les recruteurs qui, comme nous l'avons abordé dans l'analyse du « temps recruteur », souhaitent leur proposer des formations afin de les accompagner dans le développement de leurs compétences ainsi que dans leur projet professionnel.

De plus, à l'issue de notre recherche, nous trouvons des résultats qui corroborent ceux de Herriot et Pemberton (1997) dans le sens où les jeunes professionnels infirmiers de la cohorte se considèrent comme responsables de leur développement de carrière et donc de leur employabilité. Par ailleurs, si nous comparons nos résultats avec ceux de McCabe et Sambrook (2012) qui établissaient la nature du contrat psychologique des infirmiers britanniques comme étant relationnelle, nous pouvons dire que celle mise en lumière par notre recherche auprès d'une cohorte française fait davantage penser, au terme de notre suivi, à un contrat psychologique d'employabilité, bien qu'une grande composante relationnelle soit également fortement présente (Morrison et Robinson, 1997 ; Rousseau et McLean Parks, 1993).



### 8.1.2 Du contrat psychologique anticipatoire au contrat psychologique.

L'un des objectifs que nous nous étions fixés en débutant cette recherche était de répondre à certaines questions mises en avant par la littérature traitant des voies de recherche sur le contrat psychologique, à commencer par savoir quels agents organisationnels impactent le plus le contrat psychologique des nouveaux embauchés. De plus, nous souhaitions savoir quelle est leur source d'information privilégiée ainsi que le mode de recherche d'informations utilisé et la fréquence des comportements de recherche d'informations en fonction des différentes phases de construction du contrat psychologique (Delobbe et al., 2009). Pour ce faire, nous avons intégré dans nos guides d'entretien des questions en lien avec les acteurs organisationnels qui, en tant que cadre de santé, nous apparaissaient comme les plus fréquemment en contact avec les nouveaux professionnels. Ainsi, avons-nous recensé médecins, cadres de santé, pairs infirmiers, aides-soignants, représentants du personnel et membres de la direction de leur établissement. Or, durant les premiers jours de découverte de l'organisation, comme nous l'avons vu dans la partie « analyse documentaire », les nouveaux professionnels ne se voient pas remettre de documents pour faciliter leur intégration. Il est donc intéressant de constater que les éventuelles fiches de postes et profils de fonction ne sont pas non plus remis aux jeunes infirmiers. Ces documents existent sur support informatique au sein de chaque service de soins mais, comme nous l'indique l'analyse des carnets de bord de la cohorte ainsi que les verbatims des différents temps, ce sont les pairs infirmiers qui constituent la source prioritaire d'informations pour les individus de la cohorte et ce, autant pour la découverte du travail infirmier du service que pour la découverte de l'organisation (Rousseau & Tijoriwala, 1998). En effet, comme nous le relatons dans l'analyse du T2, ces jeunes professionnels réalisent un apprentissage organisationnel « par mimétisme » auprès des pairs infirmiers qu'ils ont eu l'habitude de prendre pour modèles lors des stages réalisés durant la formation infirmière. Nous évoquions précédemment l'importance que semblait revêtir pour ces individus la confiance. Cette confiance est en effet très présente dans les verbatims des différents temps mais également très présente dans les carnets de bord des infirmiers et se trouve être l'élément capital qui permettra au nouveau professionnel de se réaliser en donnant satisfaction à ses pairs ainsi qu'aux patients. En effet, il apparaît que les infirmiers souhaitent rapidement faire la preuve de leurs capacités d'adaptation pour acquérir cette confiance auprès de leurs pairs et des patients. En d'autres termes, ils font de leur mieux pour que la réalité de leur contrat psychologique soit en adéquation avec le contenu de leur contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996) tel que nous l'avons

représenté en ce qui concerne la confiance des pairs, la solidarité et l'entraide entre pairs, le partage de connaissances, la satisfaction des usagers et la qualité des soins prodigués. Les pairs infirmiers apparaissent donc comme les garants et la principale ressource de l'apprentissage organisationnel des individus de la cohorte.

Si nous faisons un lien avec ce constat et l'observation que nous avons réalisée auprès des individus n° 1 et n° 38, nous constatons que les deux équipes de soins dans lesquelles travaillaient ces deux individus n'étaient composées que de jeunes professionnels infirmiers et, qu'à presque un an d'embauche effective, ils étaient désormais parmi les plus anciens de leur secteur. Ils n'ont donc pas pu avoir d'encadrement par des infirmiers experts comme la plupart des autres individus de leur promotion. Et ces deux individus ont pâti de cette situation. Le premier en a souffert ouvertement car il était exclu de son équipe en raison de son professionnalisme qui dénotait dans son contexte d'unité. Et l'IDE n° 38 n'exprimait pas de souffrance au travail, bien au contraire, mais se mettait en danger, d'un point de vue professionnel, en affichant un laxisme très potentiellement dangereux pour elle-même, ses collègues et les patients. De cette situation, nous faisons le constat que la découverte institutionnelle ne peut se faire sans des infirmiers expérimentés et modélisants pour des jeunes professionnels qui sont, en début de carrière, dans la répétition du schéma d'apprentissage qu'ils ont connu durant leurs études.

S'il est entendu que ce sont les pairs qui ont le rôle de guider les jeunes professionnels dans cette découverte organisationnelle, il est intéressant de constater que, des différents temps et analyses documentaires de cette recherche, aucun autre acteur ne semble intervenir dans ce processus de socialisation, contrairement à ce que nous avons formulé comme hypothèse dans nos guides d'entretien (médecins, aides-soignants, représentants du personnel), si ce n'est le cadre de proximité. Ce dernier n'apparaît pas directement dans les propos et écrits des individus de la cohorte, mais plutôt de façon indirecte dans le sens où c'est lui que les individus de la cohorte identifient comme le garant de la « bonne ambiance » qui permettra aux pairs infirmiers de prodiguer un accompagnement de qualité. Cette responsabilité attribuée au cadre de santé apparaît lors du T2 et croît jusqu'au T5.

*« j'espère qu'il y aura toujours la même ambiance. C'est une attente voilà, j'aimerais bien pouvoir garder la **cadre** mais elle change début mai » (n° 18, Khi2 = 57)*

En signifiant son contentement :

« même ma **cadre**, elle est tellement impliquée dans les soins la **cadre** du **service** ». (n°5,  $Khi2 = 50$ )

Et en évoquant le rôle du cadre de proximité :

« elle **gère** pas mal au niveau du **matériel** » (n° 18,  $Khi = 84$ )

« elle nous **valorise** dans notre travail » (n° 23,  $Khi2 = 71$ )

« c'est le **fonctionnement** de l'orthopédie mais le fait qu'il y ait la cadre qui joue son rôle dans la **prise en charge** du **patient** et qu'on interagit avec elle, oui, je **trouve** que ça se reporte sur le service » (n° 22,  $Khi2 = 69$ )

Au regard des verbatims recensés, il apparaît que le travail du cadre en termes d'organisation matérielle et humaine contribue grandement à la satisfaction des infirmiers à exercer. De plus, et comme le souligne particulièrement le dernier verbatim, si les individus de la cohorte peuvent développer une symétrie de l'échange avec le cadre de proximité (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004), cela leur permet plus facilement de faire face aux difficultés professionnelles rencontrées.

De plus, au terme de cette recherche, nous pouvons constater que ce n'est qu'à partir de six mois d'exercice professionnel (T4) que les nouveaux infirmiers se considèrent comme aussi compétents que leurs pairs plus expérimentés. En effet, comme nous l'avons vu au cours des différents temps, à un mois, ils se sont concentrés à intégrer les rythmes de travail du service de soin et se sentent très nettement moins performants que leurs pairs, tout en n'étant pas en capacité de repérer des dysfonctionnements. À trois mois, ils s'estiment bien adaptés à l'organisation et presque au niveau de leurs pairs. Ils commencent à avoir une certaine autonomie professionnelle. De plus, ils sont désormais en capacité de repérer des dysfonctionnements sans pouvoir proposer de solutions pour y remédier. À six mois, ils sont satisfaits de travailler dans leur organisation notamment du fait qu'ils se considèrent désormais au niveau de leurs pairs. À ce sujet, ils sont toujours en capacité de repérer des dysfonctionnements mais, au terme de cette demi-année, ils sont désormais capables de proposer des solutions.

Au regard de ces constats, nous remarquons que la littérature sur le contrat psychologique fait état de deux modes principaux de comportements de recherche d'informations. Le premier, le contrôle (Morrison 1993a, 1993b), suggère que les nouveaux

agents organisationnels utilisent principalement l'observation pour obtenir des informations et n'utilisent que peu la demande. Dans le cas de notre cohorte, comme nous avons pu nous en rendre compte durant l'analyse des différents temps, les individus sont essentiellement dans la demande auprès de leurs pairs. En ce sens, ce constat dans l'univers du soin est en contradiction avec les travaux de Shore et Tetrick (1994). En effet, pour ces chercheurs, lorsqu'un nouvel agent, possédant un contrat psychologique de nature relationnelle, est en recherche d'informations, il privilégie les modalités de recherche d'informations indirectes (observation), ce qui n'est pas le cas pour les individus de notre cohorte, qui eux, préfèrent recourir au contrôle (demande). Ceci explique notamment le fait que les documents mis à la disposition de la cohorte n'ont pas été consultés ; les infirmiers ont préféré se référer à leurs pairs pour découvrir le fonctionnement organisationnel. Au-delà de cette découverte organisationnelle, très clairement, comme nous le font ressortir les analyses des premiers temps, les nouveaux professionnels sont en quête d'informations leur permettant d'être rapidement compétents d'un point de vue technique et relationnel auprès du patient.

La découverte organisationnelle peut être un moment stressant pour un nouvel embauché. Or, les verbatims et les carnets de bord font ressortir qu'un temps de « doublage » lors des premiers jours fait diminuer le stress du nouvel entrant. Au-delà de l'intégration facilitée que peut permettre ce temps d'accompagnement organisationnel, à lire les carnets de bord, nous constatons que la première des qualités de cette modalité d'intégration est d'être conforme avec le contenu du schéma anticipatoire du contrat psychologique idéologique des individus ayant le plus apprécié leurs premiers jours (Thompson & Bunderson, 2003). C'est-à-dire que cet encadrement est réellement vécu comme bénéfique quand il correspond à ce qu'attendait le nouvel embauché en termes de relationnel avec ses pairs, axé sur la confiance, le partage de connaissances et l'entraide. En ce sens, ce constat corrobore les résultats de De Vos et *al.* (2009) qui montrent que le contrat psychologique anticipatoire d'un individu lui sert de trame d'évaluation pour savoir si ses attentes sont ou non satisfaites.

Par ailleurs, que ce soit lors des premiers jours ou bien durant toute l'année où nous les avons suivis, les individus de la cohorte ont été en quête d'informations leur permettant d'être opérationnels le plus rapidement possible et leur source prioritaire d'informations a toujours été leurs pairs infirmiers. En ce sens, notre recherche nous permet de répondre à l'une de nos questions de départ qui était de savoir quels sont les acteurs organisationnels qui ont le plus d'impact sur le développement du contrat psychologique des jeunes professionnels

(Shore & Tetrick, 1994). En effet, durant notre recherche, les pairs infirmiers ont constamment joué un rôle-clé dans la construction du contrat psychologique des professionnels infirmiers. Tout d'abord au regard de leur cœur de métier que représente le soin, et également au regard du fonctionnement organisationnel. En effet, les pairs dispensent des informations organisationnelles en lien avec l'exercice infirmier dans le service de soin, mais ils dispensent également des informations en lien avec l'organisation en général. De plus, ce constat est cohérent avec les travaux de Ho (1999) qui démontre que les pairs sont considérés comme des points de comparaison dans le sens où ils partagent des caractéristiques communes avec le nouvel embauché. Ceci semble d'autant plus vrai avec des professionnels du soin possédant un contrat psychologique idéologique puisqu'ils exercent la même profession et que celle-ci est sous-tendue par une idéologie humaniste que doivent posséder ces acteurs infirmiers.

Dans notre guide d'entretien, nous avons inséré une question relative à la relation que les individus comptaient entretenir avec les représentants du personnel. Nous avons émis l'hypothèse que ces acteurs organisationnels joueraient un rôle dans la construction du contrat psychologique des nouveaux embauchés lors de leur découverte organisationnelle. Il n'en est rien. Les représentants du personnel, dans le cadre de notre recherche, ne sont à aucun moment intervenus pour faciliter la découverte organisationnelle et ainsi agir dans la construction du contrat psychologique des individus de la cohorte. Il est d'ailleurs à noter que ces derniers ont identifié que l'un des rôles des représentants du personnel est de les accompagner en cas de difficultés, mais ils n'en savent pas plus et, en l'absence de difficultés professionnelles, ils ne comptent pas avoir de relations avec eux.

Nous évoquions précédemment l'importance de la confiance dans le contenu du schéma anticipatoire du contrat psychologique ; or, il s'avère qu'au regard des verbatims recensés, l'intégration rapide dans un service de soin est considérée par ces futurs professionnels comme indispensable pour obtenir la confiance de ses pairs et des patients. En d'autres termes, les individus de la cohorte considèrent que cette confiance est la clé de voûte de leur contrat psychologique.

### 8.1.3 Le cas de la rupture du contrat psychologique idéologique

Notre recherche a mis en lumière quatre ruptures de contrat psychologique (Morrison & Robinson, 1997 ; Thompson & Bunderson, 2003). Dans le cas de l'infirmier n° 1, nous avons constaté que ses valeurs professionnelles n'étaient pas partagées par ses pairs, ce qui lui a occasionné une rupture de son contrat psychologique, lui donnant l'envie de quitter son service. Mais la confiance qu'il avait dans son recruteur ainsi qu'en l'avenir, du fait des propos de ce recruteur et de pairs connaissant la structure et la « spécificité » du service de l'individu n° 1, quant à la possibilité de pouvoir travailler avec des pairs possédant les mêmes valeurs du soin, l'a convaincu de rester travailler au sein de l'organisation.

Par ailleurs, si nous reprenons l'exemple des infirmières n° 9, n° 24 et n° 39, nous pouvons nous rendre compte que le contenu de leurs contrats psychologiques anticipatoires correspondait au schéma que nous en avons fait. Dans un premier temps, leur accueil dans la structure n'a pas été jugé satisfaisant. Ensuite, le respect auquel elles estimaient avoir droit était absent si on en juge par les insultes dont elles étaient l'objet de la part des médecins. De plus, elles estimaient qu'elles avaient trop de tâches administratives non en lien avec leur rôle infirmier à réaliser. En ce sens, à partir du moment où cette charge administrative se trouve corrélée avec un niveau de contrat collectivement régulé (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004), les autres individus de la cohorte se sont habitués à cette charge administrative. Cependant, les infirmières de la structure « Clinique Privée 1 » ne trouvaient pas leur charge de travail administrative en lien avec ce qu'elles en connaissaient et ce qu'elles en avaient vu dans les services lors de leur formation. En cela, ce constat est concordant avec les travaux de Bunderson (2001) pour qui une rupture en lien avec les obligations administratives génère de l'insatisfaction et l'envie de quitter la structure, alors qu'une rupture en lien avec le cœur de métier a pour conséquence une diminution de l'engagement et de la performance. Et surtout, les valeurs qu'elles ont vu vivre dans cette structure étaient orientées vers l'argent, en leur donnant le sentiment que le respect et la sécurité des patients étaient secondaires. Or, à la lumière du contenu de leur contrat psychologique anticipatoire tel que nous l'avons représenté précédemment, il apparaît que l'argent est absent de cette vision idéologique contrairement à la qualité des soins qui englobe le respect et la sécurité des soins.

En ce sens, ces quatre cas nous permettent de répondre à l'une des interrogations de Thompson & Bunderson (2003) qui se demandaient si une rupture du contrat psychologique

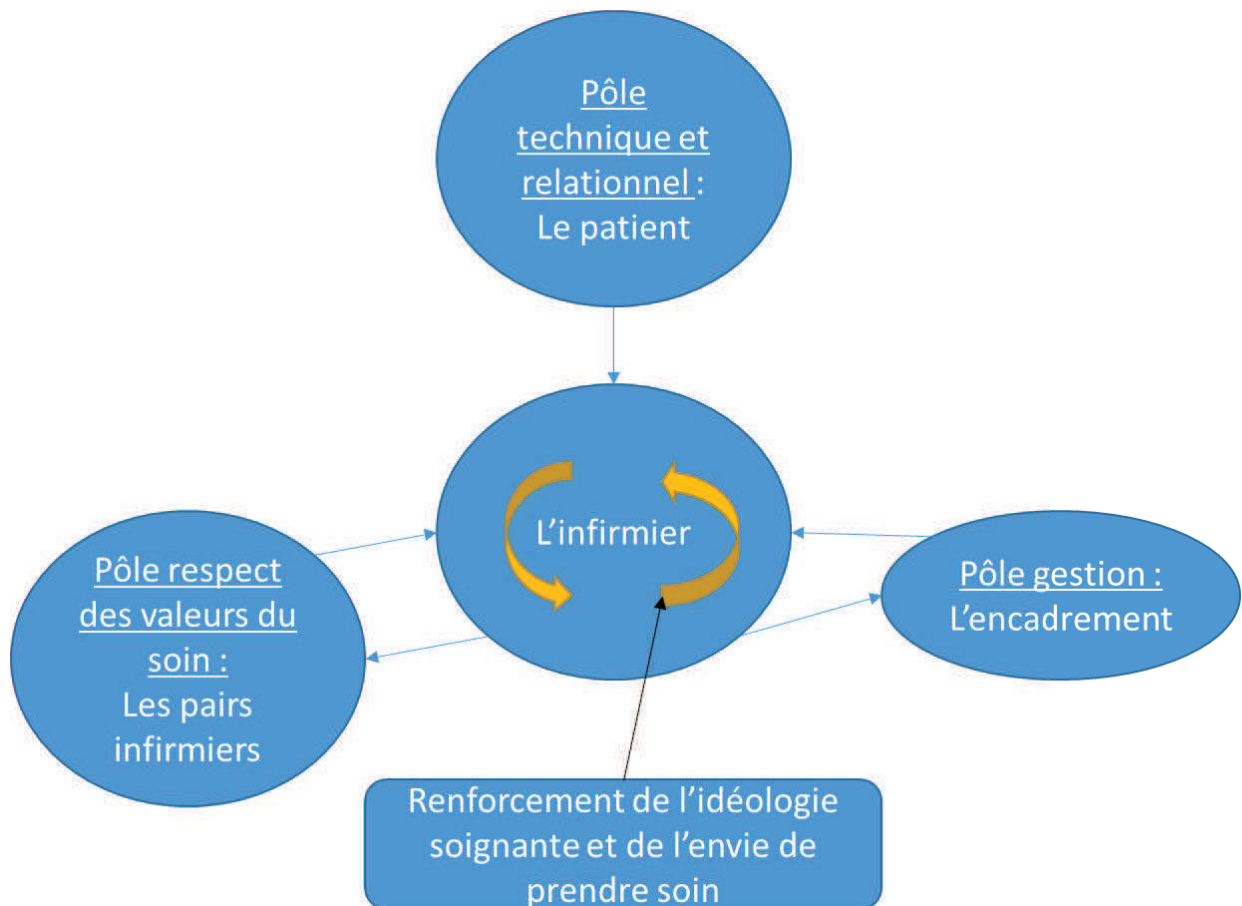
idéologique, à l'identique d'une rupture du contrat psychologique, entraînait également une envie de quitter la structure (Robinson & Rousseau, 1994 ; Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996). Au regard de nos résultats, nous validons cette hypothèse. De plus, pour répondre à une autre de nos questions de départ qui est de savoir si le contenu du contrat psychologique anticipatoire conditionne le choix de la structure sanitaire, les résultats de notre recherche ne nous permettent pas d'y répondre précisément en termes de spécialités médicale ou chirurgicale, mais en tout cas, il apparaît qu'une structure n'étant pas perçue par les infirmiers comme en phase avec leurs valeurs soignantes ne pourra pas les retenir. Une illustration intéressante à évoquer de nouveau est celle de l'infirmière n° 9 à qui la direction de la structure avait promis une augmentation ainsi qu'une partie de prime de treizième mois qu'elle a obtenues mais qui n'ont pas suffi à la faire rester dans la structure. Ses valeurs soignantes n'apparaissent pas monnayables dans le sens où elle n'avait pas suffisamment confiance dans l'organisation et certains de ses membres (médecins et pairs) pour favorablement l'accompagner dans sa mission soignante.

À propos de la confiance, nous en retenons la définition formulée par Barber (1983, p.7) comme les « *attentes optimistes d'un individu concernant (a) la poursuite d'un ordre social établi, (b) la tenue par autrui d'un rôle (compétences techniques) et (c) l'accomplissement, par autrui, d'un devoir moral* ». En ce sens, en nous remémorant également la situation de l'infirmier n° 1, en situation de rupture de son contrat psychologique, nous comprenons d'autant mieux l'origine de cette dernière qui repose sur le fait que son cadre supérieur de santé, en qui il avait confiance au départ, n'a pas fait montre d'une volonté de le former, ce que l'infirmier considérait comme son devoir en tant que responsable hiérarchique. En d'autres termes, il ne l'estimait pas en mesure de lui permettre de réaliser sa mission idéologique soignante comme il l'envisageait au regard de son contrat psychologique anticipatoire. Cet infirmier a par contre conservé et renforcé la confiance qu'il plaçait dans son cadre de proximité et le cadre supérieur de santé qui l'a recruté.

Dans le cas des ruptures observées dans cette recherche, ces dernières s'inscrivent dans un contexte social particulier, celui du soin, en lien avec des facteurs psychologiques spécifiques à la relation d'emploi (Morrison & Robinson, 1997). Dans ce cadre, comme nous l'avons observé, la confiance joue un rôle important dans l'équilibre du contrat psychologique du nouvel embauché. À l'analyse des verbatims, des carnets de bord et de l'observation, cette notion de confiance apparaît même capitale pour les infirmiers notamment par sa récurrence

dans leurs discours. En tenant compte de la définition de Barber (1983), nous proposons la figure suivante pour rendre compte du processus d'attribution de la confiance tel que le vivent les individus de la cohorte.

**Figure n° 50 :** la dynamique de la confiance organisationnelle dans le milieu du soin



De notre analyse, il ressort que la confiance est principalement recherchée et accordée auprès de trois catégories d'acteurs organisationnels que sont les patients pris en charge, les pairs infirmiers et, dans une moindre mesure, les cadres de proximité. Si nous reprenons l'exemple de l'infirmier n° 1, il n'avait plus confiance dans ses pairs pour faire vivre les valeurs du soin telles qu'il les possède et les met en application au quotidien. Par contre, il faisait toujours confiance aux managers que nous avons évoqués dans le point précédent et il pouvait également s'appuyer sur la confiance des patients. Nous en voulons pour preuve les attitudes de reconnaissance des patients que nous avons pu observer (annexe n° 3, 10 h 24, 10 h 50, 10 h 51).



Ainsi, pour regrouper les éléments sur lesquels se fondent la confiance que les patients accordent aux infirmiers, nous avons nommé ce regroupement « le pôle technique et relationnel », car c'est avec ces outils soignants qu'exercent les professionnels auprès d'eux. Cette confiance émanant des patients représente, pour ces professionnels du soin, la reconnaissance de leur travail et renforce leur idéologie du soin, comme en attestent les verbatims ci-après extraits du T5.

*« merci de la prise en charge, voilà, c'est ma récompense » (n° 15, Khi2 = 145)*

*« les patients sont très contents de la prise en charge soignante [et] on a une bonne entente entre les collègues » (n° 32, Khi2 = 54)*

*« [avec les remerciements des patients] j'ai pris confiance en moi ». (n° 19, Khi2 = 69)*

Dans le second pôle de notre schéma, nous présentons le « pôle gestion » qui correspond à la fonction support de l'encadrement infirmier (Eisenberger et al., 1986). Ainsi ce pôle gestion regroupe toutes les composantes du rôle du cadre qui intéressent les infirmiers et qui leur permettent d'exercer en disposant d'une organisation adaptée au sein du service de soin, en termes de matériels, de ressources humaines, de temps de repos et de formation, et qui partage les valeurs du soin.

*« (en parlant de l'encadrement) c'est un hôpital qui est quand même humain. Y'a quand même une relation humaine » (n° 3, Khi2 = 71)*

*« c'est quelqu'un sur lequel je peux m'appuyer et je peux prendre conseil, c'est quelqu'un en qui j'ai confiance et qui a confiance en moi voilà, j'ai une relation de travail très sécurisante » (n° 17, Khi2 = 67)*

*« qu'elle soit ouverte à la discussion, qu'on puisse échanger des rapports professionnels, pas dans la crainte de la cadre » (n° 26, Khi2 = 59)*

*« la reconnaissance du travail effectué » (n° 33, Khi2 = 57)*

*« quand on a des retours positifs ça rassure sur le travail qu'on fait. Pour l'instant, je suis toujours convaincu que je fais un beau métier avec [des collègues qui sont dans] l'entraide et l'honnêteté aussi » (n°35, Khi = 55)*

*« ça me rassure parce que au niveau de la gestion de l'équipe en tout cas avec le management, je suis en phase avec eux » (n° 21, Khi2 = 51)*

Par ailleurs, nous évoquons ce que nous avons qualifié de « pôle respect des valeurs du soin », à savoir les pairs infirmiers qui partagent et font vivre des valeurs soignantes communes.

*« ils partagent une approche que j'ai également qui est relativement humaine et puis adaptée par rapport à la prise en charge des résidents et du coup, ça concoure à avoir de bonnes relations de travail » (n° 11, Khi2 = 86)*

*« [avec les collègues], il y a une relation de confiance qui est là [...] pour nous faire progresser au bénéfice du patient » (n° 11, Khi2 = 77)*

Les infirmières n° 24 et n° 39, dans leur nouvel établissement :

*« on se soutient beaucoup et ça, pour moi, c'est primordial de se soutenir » (n° 24, Khi2 = 79)*

*« je savais pas qu'il y aurait autant de confiance et une aussi bonne ambiance avec les collègues, donc c'est quelque chose de très positif pour moi dans mon travail de tous les jours qui est très aidant » (n° 39, Khi2 = 74)*

Et enfin, si nous évoquons l'observation réalisée, nous avons pu constater que l'absence de communication avec un manager peut être source de rupture du contrat psychologique. L'infirmière n° 38 compense d'un point de vue relationnel avec ses pairs. En l'occurrence, en tenant compte de la dynamique de la confiance organisationnelle que nous proposons dans le milieu soignant (figure n° 50), nous constatons pour cette infirmière deux ruptures d'interactions. La première a lieu entre « le pôle de gestion » et elle tandis que la seconde, au regard de nos observations, est intervenue entre l'infirmière et le patient. En effet, elle n'a pas fait montre de considération soignante à leur égard, de la même façon que ces derniers n'affichaient aucun affect à son égard, contrairement à l'observation de l'infirmier n° 1 qui a montré à quel point il était reconnu par les patients. En d'autres termes, et en remarquant que le comportement de l'ensemble des infirmiers du service où exerce l'infirmière n° 38 est semblable au sien, nous expliquons notamment l'importante rotation de personnel infirmier du fait de cette double rupture de la confiance organisationnelle.

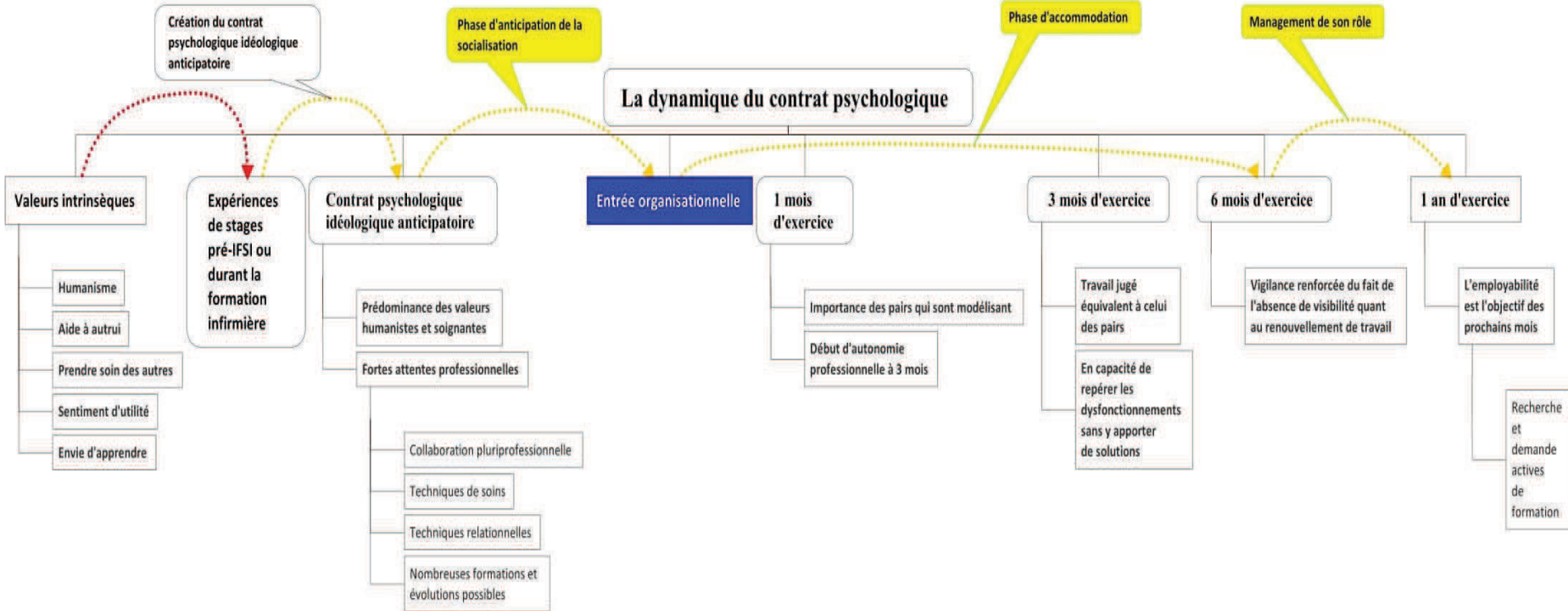
À l'inverse, l'ensemble de ces interactions, lorsqu'elles sont satisfaisantes pour les infirmiers, les renforce dans leur rôle soignant tel qu'il existe dans leur contrat psychologique anticipatoire.

#### 8.1.4 La stabilisation du contrat psychologique et l'identité de l'employeur

Nous avons fait le constat que les infirmiers de la cohorte considèrent au bout de six mois qu'ils réalisent un travail identique à celui de leurs pairs, aussi bien d'un point de vue quantitatif que d'un point de vue qualitatif. Dès lors, lorsque nous les retrouvons au terme du suivi, comme le révèle l'analyse du T5, ils ne sont plus accaparés par une quête d'informations en lien avec le cœur de leur métier, le soin. Par contre, ils sont davantage en quête d'informations quant à leur avenir professionnel en lien avec leur renouvellement de contrat. En ce sens, comme nous l'avons vu au terme du T5, l'identité de l'employeur apparaît pratiquement toujours aussi floue que lors du T1 car ils n'ont pas éprouvé le besoin, au cours de cette année d'exercice, d'en savoir davantage sur lui. Par contre, ce qui les intéresse, c'est de savoir vers qui se tourner en cas de besoin organisationnel, en lien avec leur cœur de métier ou en lien avec l'administratif. Et en l'occurrence, le cadre de santé de l'unité, le cadre de proximité, remplit ce rôle de soutien. Plus précisément, en référence aux travaux de Coyle-Shapiro et Kessler (1998), à la fin du suivi (T5), ces infirmiers ont une forte perception du soutien organisationnel que prodigue le cadre de santé. Pour mémoire, ce dernier n'était pas spontanément évoqué lors des premiers entretiens. Ce soutien leur permet de poursuivre leur action soignante (Thompson & Bunderson, 2003). Le soutien organisationnel perçu (SOP) (Eisenberger et al., 1986) rend compte de la perception qu'a l'employé de la mesure dans laquelle l'organisation valorise ses contributions et tient compte de son bien-être. Selon Eisenberger et al. (1986, 1990, 2001), les employés ont tendance à faire preuve de réciprocité dans l'atteinte des objectifs organisationnels à compter du moment où ils perçoivent un soutien de la part de l'organisation leur permettant de réaliser leurs actions idéologiques. Par ailleurs, au terme de cette recherche, en lien avec la question que nous nous posons par rapport à l'identité de l'employeur, il nous apparaît que les individus de notre cohorte ont développé de multiples contrats psychologiques avec différentes personnes de l'organisation. En ce sens, nos résultats corroborent ceux de Rousseau et Tijoriwala (1998).

Pour schématiser les résultats de notre recherche et également pour montrer les caractéristiques et la dynamique du contrat psychologique des individus de notre cohorte, nous proposons la figure et le tableau suivant. La figure n° 51 présente la dynamique du contrat psychologique des individus de la cohorte, et le tableau n° 21 s'attache à montrer les caractéristiques du contrat psychologique de ces soignants.

Figure n° 51 : la dynamique du contrat psychologique



**Tableau n° 21 : les caractéristiques du contrat psychologique idéologique des infirmiers de la cohorte**

<b>Caractéristiques du contrat psychologique idéologique des infirmiers</b>	
<b>Nature</b>	Relationnelle
<b>Tangibilité</b>	Intangible
<b>Étendue</b>	Large
<b>Stabilité</b>	Flexible
<b>Cadre temporel</b>	Court terme
<b>Symétrie de l'échange</b>	Asymétrique avec l'employeur Symétrique avec le cadre de proximité
<b>Niveau de contrat</b>	Collectivement régulé

## 8.2 Les principaux apports empiriques

Tout d'abord, en nous appuyant sur les verbatims et les carnets de bord de la cohorte, nous pouvons constater que l'accueil au sein de l'organisation se révèle être une étape tout à la fois appréhendée et attendue par les nouveaux professionnels. De plus, nous constatons que les périodes où ces professionnels bénéficient d'une période de tutorat, qu'ils nomment doublage, diminue significativement leur stress. Même si la durée prévue, et parfois annoncée lors du recrutement, de ce tutorat est de quelques jours, dans les faits, les verbatims et les écrits donnent à voir une durée nettement plus courte d'une journée ou deux. *A contrario*, nous avons recensé quelques infirmiers qui étaient pressés que cet encadrement cesse au terme de trois jours pour pleinement « se sentir infirmier » et endosser les responsabilités du métier. La diminution du stress lié à la prise de fonction est d'autant plus grande que les nouveaux professionnels jugent leur accueil chaleureux et bienveillant de la part de leur nouvelle équipe soignante. En d'autres termes, la prise de poste est jugée satisfaisante lorsqu'elle se déroule en harmonie avec les caractéristiques de leur contrat psychologique idéologique anticipatoire quant à la qualité des relations qu'ils envisagent avec leurs collègues.

Ensuite, notre travail a mis en avant que la recherche d'informations de ces jeunes professionnels se fait de façon quasi exclusive auprès de leurs collègues infirmiers, et ceci, autant pour les actes de soins, protocoles et modalités de prise en charge des patients au sein du service que pour acquérir une connaissance organisationnelle plus globale une fois qu'ils commencent à maîtriser leur fonction à compter de trois mois d'exercice professionnel.

Aussi, au regard des deux précédents points, nous pensons qu'attribuer un tuteur infirmier sur la première année d'exercice professionnel pourrait se révéler une pratique intéressante. Les nouveaux professionnels infirmiers sont habitués à ce type d'accompagnement puisqu'ils l'ont pratiqué en stage durant les trois années de formation. Dans l'absolu, cette pratique existe déjà dans bon nombre d'établissements de santé mais nous l'envisageons avec des modalités différentes. En effet, comme nous l'avons vu au travers de ce travail, le contenu du contrat psychologique idéologique se fonde prioritairement sur les valeurs du soin. De plus, comme nous l'avons également constaté durant cette recherche, si les individus de la cohorte développent le sentiment que leurs valeurs soignantes diffèrent de celles de leurs pairs ou qu'elles ne sont pas valorisées au sein du service de soins ou de l'établissement, cela génère des ruptures et des violations de leur contrat psychologique. Aussi, nous préconisons que le choix de ce pair infirmier soit réalisé notamment en fonction de sa capacité à être promoteur des valeurs soignantes de la profession infirmière mises en application concrètement dans le service. Comme nous l'avons vu précédemment, les trois premiers mois d'exercice représentent la période durant laquelle les nouveaux recrutés concentrent tous leurs efforts sur l'intégration du rythme de travail et des règles de fonctionnement. Nous proposons que sur cette période, au même titre que lorsqu'ils étaient étudiants, un point régulier soit fait avec le tuteur infirmier de façon à ce qu'un retour soit fait sur leur travail et sur ce qu'il leur faut travailler de façon prioritaire pour avoir une intégration facilitée. En proposant cela, nous pensons également au cadre de l'unité qui doit s'associer à cette démarche de « bilans d'intégration » réguliers de façon à ce qu'il soit en capacité de formuler des retours aux professionnels de santé sur le travail qu'ils réalisent au quotidien, car souvenons-nous que cette absence de feedback fut source d'insatisfaction pour les individus de la cohorte. Nous reviendrons sur ce feedback du manager dans le point suivant. À l'issue de cette première période de trois mois, en lien avec le début de la maîtrise soignante du nouveau professionnel, le rôle du tuteur pourrait évoluer vers un accompagnement davantage orienté vers les normes spécifiques de l'organisation avec un contenu qui aurait été validé par l'organisation. L'intérêt est de profiter de la relation privilégiée que le nouveau professionnel

entretient avec son tuteur pour lui donner des informations organisationnelles sûres. En cela, nous rejoignons les travaux de Feldman (1976) qui démontrent que ce procédé permet de renforcer la confiance organisationnelle de l'individu (Robinson, 1996) et nous avons vu à quel point la confiance est importante pour la population soignante étudiée. Ainsi, nous pensons que ce procédé est à même de limiter les ruptures de contrat psychologique en lien avec une perte de confiance. De ces préconisations, il est entendu que le tuteur doit être un acteur particulier dans l'organisation dans le sens où son niveau d'information doit être régulièrement actualisé de façon à être en capacité de « traduire » les événements et la vie organisationnelle au sens large. Cette particularité doit être appréhendée avec celui que les individus de notre cohorte considèrent comme le garant de la bonne organisation de leur travail : le cadre de santé.

### 8.2.1 Le rôle de l'encadrement de proximité et de l'employeur

Les travaux de Detchessahar et Grévin (2009, p.27) ont mis en avant que, dans le contexte hospitalier tel que nous le décrivons également, les soignants n'ont plus le sentiment d'être écoutés dans l'expression de leurs difficultés de tous les jours par les cadres de santé qui ont « déserté le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'alimentation de 'machines de gestion' ». En ce sens, même si durant notre recherche, nous n'avons pas été confronté à cette problématique, nous avons pu voir dans les points précédents que les individus de la cohorte apprécient particulièrement savoir pouvoir compter sur lui en cas de nécessité, qu'il soit ouvert à la discussion, reconnaissant du travail effectué et, de façon générale, qu'ils puissent avoir confiance en lui, notamment concernant les valeurs du soin à l'œuvre dans le service. En d'autres termes, ils souhaitent pouvoir faire vivre avec ce responsable de service une symétrie de l'échange à leur contrat psychologique idéologique (Thompson & Bunderson, 2003), ce qui n'est pas le cas avec l'employeur qui reste un acteur mal identifié pour les individus de la cohorte et dont ils ne perçoivent pas le rôle dans leur quotidien. Un propos de l'individu n° 1, capté lors de l'observation, est en ce sens révélateur de cette symétrie de l'échange avec le cadre de santé.

*« De façon générale, il compte sur moi et moi je compte sur lui »*

Par ailleurs, à travers les verbatims recensés, nous avons pu mesurer, à compter de six mois d'exercice infirmier, que le rôle du cadre de proximité est devenu prégnant pour les individus de la cohorte puisque, moins centrés sur l'apprentissage organisationnel en lien avec

leur rôle infirmier, le soutien organisationnel (Eisenberger et al., 1986) est perçu au travers de des actions de ce manager. Or, comme le démontrent Aselage et Eisenberger (2003), le soutien organisationnel perçu et le contrat psychologique sont interdépendants. Pour ces auteurs, le soutien organisationnel perçu favorise le sentiment d'accomplissement du contrat psychologique tout en influençant les perceptions des individus quant à leurs obligations envers l'employeur. Ces auteurs explicitent ainsi la norme de réciprocité qui établit que le soutien organisationnel perçu tend à majorer les contributions de l'individu, en lien avec ses obligations. De la même manière, les individus percevant un fort soutien organisationnel sont davantage enclins à considérer que les obligations de l'employeur sont honorées. Ainsi, *de facto*, il apparaît capital que des « espaces d'échanges » soient recherchés par le responsable d'unité pour permettre le maintien de la symétrie d'échange du contrat psychologique du soignant d'une part, ainsi qu'un sentiment de soutien organisationnel d'autre part. Ces deux éléments concourent à limiter les risques d'apparition de ruptures du contrat psychologique. De plus, le responsable de service doit s'efforcer de faire en sorte que cette symétrie de l'échange puisse être en adéquation avec celle du contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996) des infirmiers, dans le sens où ils souhaitent que leurs contributions bénéficient à leur idéologie en lien avec l'amélioration des prises en charge de patients.

Notre recherche ayant mis en avant, à compter du T4, le rôle du cadre de proximité, la littérature nous éclaire également sur la relation à l'œuvre entre l'individu et son manager, notamment au travers de la théorie de l'échange leader-membre (Dienesch & Liden, 1986). Selon ces auteurs, les managers établissent des relations qualitativement différentes avec chacun des employés. En l'occurrence, la norme de réciprocité est également à l'œuvre dans cette théorie puisque « *chaque partie doit offrir quelque chose que l'autre partie considère comme étant de valeur et chaque partie doit considérer l'échange comme équitable ou juste* » (Graen & Scandura, 1987, p.186, in Delobbe et al., 2005). De ce fait, l'interdépendance a également été démontrée par ces auteurs entre échange leader-membre et contrat psychologique si celui-ci est de nature relationnelle, ce qui est le cas pour les individus de notre cohorte. Ainsi, un échange leader-membre qualitatif contribue au développement du contrat psychologique de la même façon que l'évolution du contrat psychologique peut influencer sur l'échange leader-membre. De ces constats, d'autres chercheurs (Liden et al., 1993 ; Liden et al., 2004) ont fait la preuve qu'un échange leader-membre de qualité rendait le rôle du manager primordial quant à la clarté et à la qualité des informations qu'il donnait aux



nouveaux acteurs organisationnels. Cela contribue donc grandement au développement du contrat psychologique du nouvel employé. De plus, la perception de rupture du contrat psychologique apparaît comme préjudiciable à la qualité de l'échange leader-membre. Concrètement, les apports de cette théorie de l'échange leader-membre, nous amènent à préconiser aux cadres de proximité d'établir une communication claire avec les nouveaux professionnels infirmiers et de considérer la symétrie de l'échange avec eux de façon à leur concéder, lorsque cela est possible, des rétributions telles que des jours de repos ou des arrangements d'autres types leur permettant de renforcer la confiance et le soutien perçus, ce qui concourra également au respect de leur contrat psychologique. Plus particulièrement, nous rappelons l'insatisfaction majoritairement exprimée par les individus de la cohorte après six mois d'exercice professionnel. Cette insatisfaction était en lien avec l'incertitude liée à un hypothétique renouvellement de contrat. En l'occurrence, comme nous l'avons repéré, ce n'est pas tant l'incertitude qui les perturbait que le fait de ne pas avoir de feedback sur l'avenir de leur contrat. De plus, comme nous l'avons également rappelé, l'employeur n'a pas un rôle bien clair pour ces jeunes professionnels et ils n'entretiennent pas de relation avec lui ; aussi, nous pensons que ce feedback recherché doit être trouvé auprès du cadre. Même s'il n'a pas d'idée précise de ce que sera la contractualisation à venir du soignant, l'informer des démarches qu'il a entreprises pour lui fournir des réponses renforcera le soutien organisationnel perçu, la confiance organisationnelle ainsi que l'échange leader-membre ce qui aura pour conséquence de limiter, là encore, les ruptures de contrat psychologique.

Le dernier point qu'il nous semble important d'évoquer concernant le rôle du cadre de proximité dans le développement du contrat psychologique porte sur la deuxième notion mise en avant dans les verbatims, l'observation et les carnets de bord et qui est relative aux valeurs du soin. Nous avons précédemment mis en lumière l'importance des valeurs soignantes de ces jeunes professionnels dans le contenu de leur contrat psychologique anticipatoire et, à cet effet, nous trouvons important que le cadre de proximité soit garant de ces valeurs soignantes dans le service de soins. Si nous reprenons l'exemple des infirmières ayant quitté leur structure ainsi que celui de l'infirmier ayant demandé à changer d'affectation, nous nous rendons compte qu'ils l'ont notamment fait pour d'éminentes questions de valeurs soignantes qu'ils ne trouvaient pas dans leur unité de soin et dans leur organisation. Ainsi, renforcer les jeunes professionnels dans leur idéologie soignante limitera l'apparition de ruptures de contrat et les aidera à développer un sentiment de contrat psychologique respecté.

### 8.2.2 L'attractivité et la fidélisation organisationnelle

Comme nous l'évoquions au début de ce travail, l'attractivité représente un défi majeur pour les établissements de santé. Durant nos investigations, nous avons pu nous rendre compte de l'importance que revêtent les stages dans la création du contrat psychologique idéologique anticipatoire. En effet, durant leur formation, les étudiants infirmiers comparent les différents services et les différentes structures dans lesquelles ils sont amenés à être stagiaires. Or, comme nous l'avons vu, à de rares exceptions près en lien avec des pathologies et des prises en charge spécifiques, le premier critère de choix de structure est la localisation géographique. Ce constat nous amène à penser qu'il serait intéressant pour un établissement de santé d'adapter sa stratégie pour recruter, telle que la définit Dumoulin et ses collègues (2010, p.172) en tant qu'action pour « *dégager une performance jugée satisfaisante par les dirigeants et autres partie prenantes* », en l'occurrence, les patients et les professionnels de santé. En ce sens, tenir compte du phénomène de construction du contrat psychologique idéologique anticipatoire représenterait une force pour les organisations souhaitant que les acteurs majeurs de l'encadrement des étudiants infirmiers et de la socialisation de jeunes infirmiers, leurs pairs, soient au clair sur les éléments essentiels que ces jeunes souhaitent voir vivre en stage. Nous entendons par là que, connaissant le contenu du contrat psychologique idéologique anticipatoire des étudiants infirmiers, un encadrement infirmier prodigué par des tuteurs désireux de mettre l'étudiant en situation de se sentir en harmonie avec son contrat psychologique idéologique anticipatoire lui donnerait certainement envie de postuler dans cet établissement une fois diplômé. Il posséderait ainsi la certitude que ses valeurs du soin sont en accord avec celles de l'établissement. De la même manière, un établissement dans lequel un infirmier pourrait exercer en harmonie entre ses valeurs soignantes et celles de l'organisation limiterait l'apparition de ruptures du contrat psychologique et favoriserait ainsi l'envie de rester au sein de l'organisation. Au fond, comme l'explique Commeiras (1994, p.408), « *les équipes dirigeantes tentent de réduire leurs coûts mais surtout de développer l'implication des salariés. Elles en attendent leur adhésion aux valeurs de l'entreprise et leur mobilisation pour mieux atteindre les buts de l'organisation.* ». Or, comme nous l'avons vu, notamment avec notre modélisation de la confiance organisationnelle, en lien avec le contrat psychologique et un contexte économique pour le moins tendu, il nous apparaît important que, dans l'univers du soin, ce soient les valeurs de l'organisation qui donnent les moyens aux infirmiers d'appliquer les leurs pour que leur contrat psychologique soit respecté.

### 8.2.3 Le contrat psychologique et la socialisation organisationnelle

L'entrée dans une organisation, que l'on nomme la socialisation, est une période stressante pour le nouvel employé (Nelson & *al.*, 1991 ; Morrison, 1993 a, 1993 b). Durant cette période, les individus ont tendance à réduire l'incertitude en se concentrant sur les apprentissages organisationnels qui leur permettront d'être efficaces. C'est également durant cette période qu'ils développent une connaissance tacite de ce que l'on attend d'eux et de ce que l'organisation est en capacité de leur offrir comme moyens d'exercer (Hilltop, 1995). La socialisation organisationnelle se trouve définie par Schein (1988, p.7) comme étant « *le processus d'“apprendre les ficelles du métier“, le processus d'endoctrinement et de formation, le processus par lequel un individu se voit enseigner ce qui est important dans une organisation ou une sous-unité de celle-ci*<sup>15</sup> ». Pour Feldman (1976), la socialisation se termine à l'issue des trois stades qu'elle comporte que sont l'anticipation de la socialisation, l'accommodation et le management de son rôle. Ces trois stades sont représentés en jaune dans la figure n° 51. L'anticipation de la socialisation correspond, pour l'individu, à une quête d'informations relatives à l'entreprise ainsi qu'aux postes à pourvoir. Pour les individus de notre cohorte, le principal critère de choix résidait dans la localisation géographique de l'établissement sanitaire. Face au recruteur, ils n'ont pas émis de préférence quant aux affectations possibles en fonction des spécialités. Une forte asymétrie de l'échange avec le recruteur était présente (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004) avec une tangibilité non ambiguë (MacNeil, 1985, Rousseau & McLean Parks, 1993 ; McLean Parks et *al.*, 1998 ; Sels et *al.*, 2004).

Ensuite, la phase d'accommodation (Feldman, 1976) débute au moment de la prise de fonction au sein d'une entreprise et correspond pour l'individu à une quête d'informations lui permettant de saisir la réalité organisationnelle qui l'entoure et dont il fait désormais partie. Durant cette phase d'accommodation, l'individu va s'initier à des tâches en les apprenant, il va évaluer la congruence de son intégration au sein de l'organisation, et il va progressivement définir son rôle au sein de cette dernière en développant des relations interpersonnelles. Concernant les individus de notre cohorte, au regard des verbatims, nous considérons que cette phase d'accommodation a duré six mois pendant lesquels ils ont principalement été centrés sur l'intégration des rythmes de travail, sur le contenu des tâches infirmières inhérentes à ce travail ainsi qu'à l'intégration des règles de fonctionnement propres au

---

<sup>15</sup> Traduction libre.

service. Ainsi, durant cette phase, les individus de la cohorte ont fait montre d'une étendue large (Sels et *al.*, 2004), en privilégiant leur vie professionnelle à leur vie privée. Par ailleurs, le cadre temporel de la relation d'emploi (MacNeil, 1985 ; Rousseau & McLean Parks, 1993) se trouve indéfini à six mois car les renouvellements de contrat ne sont pas encore proposés par les organisations. Nous pouvons également constater une satisfaction globale à exercer avec des pairs en qui ils ont confiance et qu'ils estiment posséder les mêmes valeurs. Durant toute cette phase, les individus de notre cohorte ont développé un niveau de contrat collectivement régulé (Janssens et *al.*, 2003 ; Sels et *al.*, 2004) ayant pour source principale d'informations les pairs infirmiers. À ce moment de notre suivi, du fait de l'absence de visibilité des renouvellements de contrats, nous pouvons dire que l'asymétrie avec l'employeur tend à devenir difficile pour ces professionnels.

Et, dans un dernier temps, le management de son rôle (Feldman, 1976) correspond pour l'individu à la gestion des contradictions telles que les contraintes professionnelles au regard de sa vie privée par exemple. En ce sens, durant toute l'année de notre suivi, les verbatims attestent de la même étendue de leur contrat psychologique (Sels et *al.*, 2004), à savoir large. Nous évoquerons cet aspect dans le point précisant les limites de ce travail.

Comme nous l'avons constaté lors de l'analyse du T4, la charge de travail perçue comme importante par les soignants, sur une période d'une année, semble acceptable et ne pas occasionner d'envie de quitter la structure à compter du moment où l'idéologie soignante est respectée (Thompson & Bunderson, 2003 ; Robinson & Rousseau, 1994 ; Morrison & Robinson, 1997). En ce sens, à partir du moment où le soignant a le sentiment que l'organisation lui prodigue les moyens de réaliser son action idéologique soignante, l'effet de seuil des individus présente comme caractéristique de leur conférer une faible sensibilité à l'inéquité (Morrison & Robinson, 1997). En d'autres termes, sur la période observée, les individus se sont adaptés à leur charge de travail, non sans s'en plaindre, mais à partir du moment où ils estiment que cette charge de travail se trouve dans tous les établissements de santé, ils l'acceptent. Ils l'acceptent d'autant plus que la nature de leur contrat psychologique n'est pas transactionnelle mais relationnelle, ce qui conforte les résultats de Morrison et Robinson (1997) qui ont démontré que les individus avec un contrat transactionnel avaient un seuil de détection de rupture plus faible que ceux disposant d'un contrat relationnel.

### 8.3 Les principaux apports méthodologiques

Le recours à des logiciels d'analyse textuelle nous a été d'une grande aide pour traiter la très grande quantité de retranscriptions d'entretiens, en nous donnant à voir l'essentiel des propos énoncés. En effet, lors des entretiens, certains propos nous ont interpellé et ont pu, à certains moments, focaliser notre attention sur des problématiques que l'analyse textuelle n'a pas mises en évidence. Sur ces points, nous avons réalisé une étude thématique qui effectivement ne corroborait pas nos impressions mais les résultats des logiciels. Ainsi, avec une démarche qualitative, nous encourageons les prochaines recherches à recourir à ce type d'outils informatiques afin d'obtenir un matériau brut d'analyse exempt de biais de perceptions tels que nous les évoquerons dans les limites de notre recherche. Par ailleurs, nous contenter de ces outils d'analyse textuelle nous aurait fait passer à côté du cas de rupture de contrat de l'infirmière n° 38. En ce sens, le recours à des outils plus globaux, tels que ceux utilisés dans le cadre de notre étude de cas (Yin, 1994), nous a permis de découvrir le mécanisme à l'origine de la rupture de contrat de cette infirmière. L'observation, conjuguée à une démarche abductive nous a permis de donner sens au comportement de cette infirmière en lien avec les caractéristiques du contrat psychologique et de sa performance in-rôle (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996) d'infirmière. Fort de ce constat, nous ne pouvons que conseiller aux futures recherches sur le sujet de s'appuyer sur différents outils d'investigation pour croiser les données et les mettre en lien avec le contrat psychologique.

### 8.4 Les limites et les perspectives de la recherche

À l'issue de ce travail, nous pouvons repérer certaines limites qui représentent autant de perspectives de recherche futures.

Lorsque nous avons paramétré nos retranscriptions d'entretien pour les utiliser avec les logiciels d'analyse textuelle, nous avons attribué des variables à chacun des individus de la cohorte. Deux d'entre elles étaient en lien avec la situation maritale et le nombre d'enfants. Nous pensions au début de cette recherche que ces variables pourraient se révéler intéressantes quant à certaines caractéristiques du contrat psychologique. À titre d'illustration, nous pensions qu'avec des enfants, l'étendue du contrat psychologique pourrait se trouver davantage en faveur de la vie personnelle, tendance qui, par ailleurs, émane des discours des infirmiers. Ceci étant, au regard de la durée de notre suivi d'une année, il ne nous a pas été possible de constater une différence de cette caractéristique puisque ces variables n'ont pas

été modifiées durant notre suivi. De plus, comme nous le relations lors de l'observation de l'individu n° 38, le turnover infirmier de son service avait lieu généralement après une année d'exercice infirmier. De plus encore, à l'exception des infirmières de l'établissement « CliniquePrivée 1 », aucun autre professionnel de la cohorte n'a changé d'employeur. Ces trois éléments, nous amènent à considérer qu'un suivi longitudinal d'une seule année ne donne pas à voir l'impact de la vie privée sur l'étendue du contrat psychologique. Les recherches futures gagneraient donc à effectuer un suivi longitudinal sur une période plus longue.

Par ailleurs, à la lumière de la situation des trois infirmières de notre cohorte ayant travaillé pour « CliniquePrivée 1 », nous pensons que la connaissance du contrat psychologique gagnerait à ce que de futures recherches investissent les caractéristiques individuelles des soignants, en termes de personnalité, plus que nous l'avons fait durant cette recherche, de façon à pouvoir expliquer ce qui amène certaines infirmières à quitter la structure lorsqu'elles sont victimes d'une rupture du contrat psychologique idéologique tandis que d'autres continuent à y exercer.

Étudier la réciprocité du contrat psychologique en s'intéressant à l'employeur nous a permis de savoir que les entretiens de recrutement n'ont pas été le lieu où des promesses ont été formulées. Au regard de nos découvertes sur l'intérêt porté par les infirmiers à l'employeur et celui porté au cadre de proximité, il serait intéressant de pouvoir effectuer un suivi régulier avec les responsables de service de ces jeunes professionnels afin d'être en capacité de croiser les informations qu'ils fourniraient avec celles des infirmiers. Ce recoupement d'informations donnerait à voir, avec une précision accrue, du développement du contrat psychologique de ces soignants.

Et enfin, une autre limite que nous pouvons distinguer est celle en lien avec le fait d'être soignant nous-même, avec un habitus soignant. En effet, malgré toutes les précautions que nous pensons avoir prises, notamment au travers de la méthodologie adoptée, à même de limiter certains biais, appartenir au milieu investigué peut parfois générer des biais de perception. Même si nous y avons été vigilant, nous pouvons penser que, dans le cadre de la réalisation d'entretiens, l'appartenance au milieu peut générer des biais de perception ou d'interprétation de phénomènes pour lesquels nous pouvons avoir une acception qui diffère de celle de l'émetteur si elles ne sont pas explicitées.

Malgré ces limites, nous pensons avoir pu apporter notre contribution à une meilleure connaissance du contrat psychologique de jeunes professionnels infirmiers, en structures sanitaires et médico-sociales, sujet pour lequel, à notre connaissance, peu de recherches ont été entreprises jusqu'à aujourd'hui.

## Conclusion générale



En tant que cadre de santé exerçant en milieu sanitaire, et dans un contexte hospitalier se révélant être exigeant et contraignant pour les infirmiers, comme nous l'avons vu en détail dans ce travail, nous avons régulièrement pu constater que la relation employeur employé est souvent questionnée et à la source d'un désinvestissement professionnel technique et relationnel.

À ce titre, le concept de contrat psychologique (Rousseau, 1995) vient éclairer notre questionnement et c'est à partir de lui que nous avons initié une réflexion préliminaire à notre question de recherche. Les notions de promesses et d'obligations relatives à ce concept ont été les premiers éléments théoriques à faire écho à nos interrogations. En effet, les soignants, dont certains avaient été récemment recrutés juste après l'obtention du diplôme infirmier, mettaient en avant le manquement perçu aux promesses et obligations de l'employeur et au fait « qu'ils n'avaient pas signé pour ça ». En l'occurrence, lorsque nous les interrogeons sur ce qu'était le « ça » et sur ce qu'ils avaient signé, ils étaient dans l'incapacité de l'expliquer. Dans le prolongement, nous nous sommes intéressé à la relation entre les infirmiers et leurs employeurs et, en ce sens, le concept de contrat psychologique nous donne à voir cette relation comme un schéma mental de la relation d'emploi (Rousseau, 1995). De plus, la littérature nous renseigne sur l'existence d'un contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996) existant avant même l'entrée dans l'organisation. Ce contrat psychologique anticipatoire correspond à la trame d'évaluation à laquelle l'individu se réfère pour savoir si ses attentes organisationnelles sont satisfaites lors de son intégration. Aborder ce concept nous donne des éléments de compréhension pour savoir à quoi se réfèrent les soignants cités précédemment.

Aussi, progressivement, la question centrale de notre travail de recherche s'est concrétisée dans les termes suivants :

- **Comment évolue le contrat psychologique de jeunes professionnels infirmiers, de leur contrat psychologique anticipatoire à la stabilisation de leur contrat psychologique, après une année d'exercice ? Comment modéliser ce processus ?**

L'objectif de cette thèse était donc d'examiner le contenu et l'évolution du contrat psychologique de professionnels infirmiers intégrant une structure de soins, de savoir quels sont les agents organisationnels qui ont le plus d'influence sur ce contrat psychologique et, de

façon globale, quelle est la dynamique de leurs contrats psychologiques durant une première année d'exercice professionnel.

Au regard de cette problématique, la thèse adopte un positionnement original à plusieurs titres.

Tout d'abord, elle s'intéresse au contrat psychologique d'une catégorie professionnelle qui, jusqu'à aujourd'hui, a fait l'objet de peu d'études en France. Les principales études sur le sujet se sont intéressées à la nature du contrat psychologique des infirmières anglo-saxonnes (McCabe, Sambrook, 2012) mais, à notre connaissance, aucune étude ne s'est encore portée sur les caractéristiques plus générales du contrat psychologique des professionnels infirmiers en France et de ses modalités d'évolution. Par ailleurs, nous nous sommes inscrit dans les voies de recherche suggérées par la littérature qui soulignent la focalisation des travaux sur les conséquences de la rupture et d'une violation de contrat psychologique au détriment de sa formation et de sa dynamique (Delobbe et al., 2009). C'est donc sur ces deux aspects moins étudiés que nous nous sommes focalisé. Parallèlement, il nous importait de découvrir comment se construit le contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996) d'un infirmier et ensuite, dans l'organisation, quelle est la dynamique de ce contrat psychologique et quels sont les acteurs organisationnels qui impactent le plus cette dynamique. De plus, la littérature se concentre sur la perspective de l'employé en délaissant celle de l'employeur. Il s'agit, là encore, d'une voie de recherche dont nous nous sommes emparé.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, nous avons tenu compte des voies de recherche sur le contrat psychologique (Delobbe et al., 2009) qui préconisent le recours à un suivi longitudinal d'une cohorte pour étudier la mutualité et la réciprocité dans la construction du contrat psychologique. Ces voies de recherche évoquent la pertinence que représente le recours à une étude de cas pour pouvoir étudier la relation d'emploi de façon approfondie. En effet, ces modalités méthodologiques sont peu utilisées car coûteuses en temps et, bien souvent, non compatibles avec les contraintes temporelles d'une thèse de doctorat.

Au regard de ces considérations méthodologiques, nous avons réalisé une étude de cas auprès d'une cohorte de 40 jeunes diplômés infirmiers issus de trois des instituts de formation en soins infirmiers sarthois, recrutés au sein de différents établissements répartis sur le territoire français. Nous les avons suivis, durant toute leur première année, dans cette période

importante de leur carrière que constitue leur première affectation dans un établissement de santé. Dans le cadre de notre étude de cas qualitative longitudinale d'une année (Yin, 1994), nous avons réalisé des entretiens semi-directifs individuels à cinq reprises, pour chacun des individus de la cohorte, notamment aux moments que la littérature considère comme les plus pertinents : avant l'entrée organisationnelle, lors de l'intégration (à un mois), puis à trois mois, six mois et un an (Fiske & Taylor, 1984 ; Horowitz, 1988, in Delobbe & al., 2009 ; Nelson, Quick et Joplin, 1991 ; De Vos, 2002). Les rencontrer avant l'entrée organisationnelle nous permet de décrypter les caractéristiques de leur schéma anticipatoire de la relation d'emploi (Anderson & Thomas, 1996), tandis que les rencontrer un an après l'embauche permet de se rendre compte de leur contrat psychologique à un moment où la littérature le décrit comme stabilisé, c'est-à-dire à même de rendre l'individu plus résistant au changement (Fiske & Taylor, 1984 ; Horowitz, 1988, in Delobbe & al., 2009 ; Stein, 1992) car possédant un schéma mental de la relation d'emploi, qui, même s'il peut continuer à évoluer en fonction du contexte organisationnel, tend tout de même à se figer. Nous avons réalisé un entretien auprès de chaque responsable ayant recruté ces jeunes professionnels afin d'étudier la mutualité des échanges et de recouper le discours de ces derniers avec ceux de leurs recruteurs.

Les entretiens semi-directifs auprès des individus de la cohorte et de leurs recruteurs ont été intégralement retranscrits et étudiés à l'aide de logiciels d'analyse de données textuelles (ALCESTE et IRaMuTeQ). Ce sont ainsi 219 retranscriptions d'entretiens qui ont été analysées avec l'appui de ces outils. Ce choix s'est imposé au vu de la quantité de données textuelles, d'une part, pour en assurer un traitement exhaustif et, d'autre part, pour limiter les biais de perception et d'interprétation liés à notre appartenance au milieu soignant. Le recours à ces outils nous a permis de « saisir » l'essentiel du discours (Reinert, 1990, 1993, 1998, 2008) en nous appuyant sur les « mondes lexicaux » qu'ils nous donnent à voir. Nous avons ainsi pu appréhender les schémas mentaux de la relation d'emploi, en ce qu'ils ont d'idiosyncratique, et en constater l'évolution auprès des infirmiers de la cohorte. Au final, c'est à partir des représentations subjectives de ces professionnels que nous avons pu réaliser nos différentes analyses.

En complément de ces entretiens, nous avons eu recours à l'observation *in situ* de deux individus de la cohorte ainsi qu'à une analyse des documents remis par les organisations aux nouveaux recrutés ainsi que l'analyse des carnets de bord que nous avons demandé aux

jeunes professionnels de renseigner à l'issue de chaque journée de leur première semaine de travail. En ce qui concerne l'observation, nous avons fait le choix de la porter sur deux individus de la cohorte ayant suivi la même formation initiale, au sein du même IFSI, et ambitionnant de travailler dans le même établissement, pour des aspirations professionnelles similaires. Ces individus ont été recrutés par le même responsable et travaillent dans deux services de soins voisins en disposant du même encadrement supérieur et de la même mutualisation de moyens techniques et humains. Dans cette situation, nous avons trouvé un intérêt à observer l'activité organisationnelle de ces deux individus du fait que dans un contexte professionnel *a priori* identique, pour l'un d'eux le travail était source de satisfaction, pour l'autre non.

L'analyse documentaire réalisée par ailleurs nous a permis de rendre compte des informations que les structures sanitaires mettent à disposition des nouveaux recrutés ainsi que l'éventuelle aide que ces documents peuvent représenter pour ces derniers. Enfin, les carnets de bord renseignés quotidiennement par les individus de la cohorte, sur leur première semaine d'exercice professionnel, nous ont permis d'analyser ce qui, d'une part, revêt de l'importance pour eux en termes d'entrée organisationnelle et, d'autre part, de faire le lien avec le contenu du contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996) qu'ils possédaient avant de s'engager dans leur carrière soignante.

Au final, d'un point de vue théorique, l'enjeu de cette recherche était de comprendre comment, dans un environnement mouvant, évolue le contrat psychologique de jeunes professionnels infirmiers durant leur première année d'exercice professionnel. Nous avons initié cette recherche avec, en tête, la définition qu'en donne Rousseau (1989). À ce titre, nous étions plus particulièrement concentré sur la notion de promesses faites entre l'infirmier et son recruteur pour nous rendre compte que, finalement, cette notion de promesse n'apparaît pas en ce qui concerne les contrats psychologiques de la population étudiée alors que les obligations existent. L'analyse des verbatims des recruteurs a corroboré le fait que les infirmiers n'ont pas reçu de promesses de la part de ces responsables, de la même façon que ces infirmiers reconnaissent ne pas avoir fait de promesses.

Par ailleurs, notre recherche a révélé une caractéristique importante du contrat psychologique des infirmiers de la cohorte. En effet, nos résultats mettent en lumière la nature idéologique du contrat psychologique construit par les infirmiers, telle que l'identifient

Thompson et Bunderson (2003), en lien avec les valeurs humanistes qu'ils possèdent avant leur entrée en IFSI et qui se sont renforcées durant cette formation. En ce sens, en tenant compte de la définition du contrat psychologique donnée par ces auteurs, les infirmiers suivis durant une année souhaitent contribuer professionnellement à une cause valorisée. Cette cause valorisée est celle du soin, du « prendre soin » de l'autre (Hesbeen, 1999), le cœur de métier de l'infirmier. En ce sens, l'analyse des verbatims de la première rencontre avec les individus de la cohorte, avant la prise de fonction effective, nous donne à voir les modalités de découverte de cette profession et de l'intérêt qu'ils en ont perçu au regard de leurs valeurs humanistes déjà présentes avant la formation. À cet égard, nous avons été surpris de constater que ces jeunes infirmiers n'avaient pas particulièrement été élevés dans un habitus soignant (Bourdieu, 1986), avec des parents qui auraient pu leur donner l'envie d'exercer cette profession. En effet, cette découverte de la profession s'est essentiellement réalisée par l'observation et les échanges avec des infirmières scolaires ou des membres de la famille qui exerçaient dans le domaine du soin. Ce premier temps d'entretien nous permet de recenser les valeurs ainsi que les principes sous-jacents que ces infirmiers souhaitent faire vivre dans un service de soins, au service de leur cause valorisée (Thompson et Bunderson, 2003). Par la suite, durant les stages qu'ils réalisent en IFSI, ces valeurs et principes seront confrontés à la réalité organisationnelle de leur affectation et cette confrontation servira de base pour l'élaboration du niveau d'abstraction de la relation d'emploi (Rousseau, 2001). En ce sens, pour les individus de la cohorte, les attentes organisationnelles en lien avec les différents apprentissages quotidiens, le dynamisme de la profession et les perspectives d'avenir résultent de cette confrontation et ils identifient ces différents éléments comme étant source d'épanouissement professionnel. De plus, durant les stages réalisés pendant la formation, ces individus ont été habitués à toujours se référer aux infirmiers des différents services pour obtenir informations, conseils et critiques sur leur travail. De la même manière, durant cette période de formation, les infirmiers tuteurs dans les services ont été modélisant pour ces professionnels en devenir et servaient de base de comparaison aux étudiants pour se situer au niveau de leurs apprentissages. En résumé, cette période de stage crée une relation privilégiée avec ces infirmiers qui nous permet de répondre à la question de savoir quels sont les acteurs organisationnels vers qui se tournent de façon préférentielle ces nouveaux recrutés.

Par ailleurs, le recours à une étude de cas (Yin, 1994) nous a permis de comprendre finement certains phénomènes. Nous pensons notamment à ce cas de rupture de contrat psychologique idéologique de l'infirmière n°38 qui aurait pu ne pas être détecté en se

contentant de l'analyse de ses verbatims mais qu'une observation rigoureuse a pu mettre en évidence. En effet, l'observation nous a permis de rendre compte qu'une rupture de contrat psychologique idéologique entraîne une diminution de la performance dans le rôle, ce qui confirme les résultats des travaux sur le sujet (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996). À ce propos, notre travail a mis en avant le fait que, dans le cas d'un contrat psychologique idéologique, une rupture de contrat intervient lorsque des éléments cruciaux de contrat viennent à faire défaut. Nous pensons à la confiance et au respect des valeurs soignantes. En effet, en analysant la situation de l'infirmier n° 1, nous constatons qu'une perte de confiance dans son encadrement supérieur ainsi que dans ses pairs avait généré une rupture du contrat. Cette confiance portait sur la capacité des acteurs cités à, respectivement, l'accompagner dans un processus de formation tel qu'il l'envisageait au regard de son contrat psychologique, et à faire vivre les mêmes valeurs du soin que lui dans le service auprès des patients. Or, comme nous l'avons vu, cette confiance permet à l'infirmier de renforcer son action idéologique. Par ailleurs, dans le cas des trois infirmières ayant travaillé pour l'établissement « Clinique Privée 1 », cette perte de confiance dans l'organisation a pu leur permettre de réaliser leur action idéologique, telle qu'elles se la représentaient dans leur contrat psychologique idéologique anticipatoire, a tout d'abord entraîné une rupture de leur contrat psychologique. Par la suite, contrairement à l'infirmier n° 1, aucun acteur organisationnel n'a réussi à leur redonner confiance dans leur avenir « idéologique » au sein de l'organisation, ce qui a entraîné une violation de leur contrat psychologique et un départ de la structure. En effet, la confiance que l'infirmier n° 1 avait dans son cadre de proximité et son recruteur a été un effet modérateur de la rupture de contrat psychologique et n'a pas entraîné de violation. Ainsi, confiant sur son avenir « idéologique » dans un autre service de l'établissement, ce soignant n'a pas quitté l'organisation.

De même, l'analyse des carnets de bord de la cohorte nous aura permis de rendre compte précisément de ce qu'attendent de leur entrée organisationnelle ces jeunes professionnels, ce que l'analyse des verbatims seule ne permettait pas de façon aussi fine. Ainsi il apparaît très clairement que les nouveaux professionnels infirmiers, là encore, attendent d'être accueillis tel qu'ils l'envisagent au niveau de leur contrat psychologique anticipatoire en termes de qualité relationnelle auprès de leurs pairs infirmiers. D'ailleurs, ils sont satisfaits de se voir proposer un tutorat au cours duquel ils sont encadrés de façon à découvrir l'organisation du service et les modalités de prises en charge proposées. Cette

analyse fait également ressortir à quel point ils sont satisfaits lorsque leur arrivée est anticipée, programmée et réalisée telle qu'elle était prévue au départ.

L'ensemble des analyses effectuées durant notre travail concordent pour présenter les pairs infirmiers comme étant les principales sources d'informations de ces jeunes professionnels du soin. En effet, durant toute l'année de notre suivi, ces pairs sont cités comme référents tant sur les domaines techniques, relationnels, administratifs que sur ceux en lien avec la connaissance de l'organisation au sens large. Ce fût d'ailleurs une autre surprise de le découvrir. En effet, au travers de nos guides d'entretien, nous avons formulé l'hypothèse que d'autres acteurs organisationnels tels que les médecins, les aides-soignants, des membres de la direction ou bien encore des représentants syndicaux, auraient pu jouer un rôle dans la socialisation de ces infirmiers. Il n'en fût rien. C'est-à-dire qu'à aucun moment, durant notre année de suivi, les infirmiers de la cohorte n'ont eu affaire à des représentants de la direction ou du personnel pour faciliter leur découverte organisationnelle. Un autre fait marquant est à mettre au crédit du rôle du cadre de santé. En effet, le rôle de ce dernier n'apparaît pas de manière flagrante dans la socialisation des nouveaux infirmiers durant les premiers mois. Par la suite, ce rôle apparaît comme étant le garant de la « bonne ambiance » de travail. Par « bonne ambiance » de travail, ces infirmiers entendent la possibilité pour eux de pouvoir prodiguer des soins en harmonie avec les différents éléments recensés dans leur contrat psychologique idéologique anticipatoire. En d'autres termes, ces infirmiers souhaitent pouvoir exercer leur profession avec des pairs qui leur font confiance et en qui ils ont confiance et avec lesquels ils partagent et font vivre les mêmes valeurs soignantes, tout en disposant de la confiance des patients et de l'encadrement. De plus, si nous nous rappelons une de nos sous-questions de départ qui était de savoir qui représente l'employeur pour nos infirmiers, il s'avère que la réponse que nous fournissons fait état du peu d'intérêt que portent ces professionnels, recrutés principalement dans de grandes structures, à l'identification de l'employeur qu'ils n'ont jamais rencontré et qu'ils ne rencontreront peut-être jamais. En effet, il leur importe surtout de savoir vers qui se tourner en cas de besoin individuel ou bien organisationnel et, à ce titre, le cadre de proximité constitue un soutien organisationnel perçu (Eisenberger et al., 1990). Au-delà du soutien prodigué, les individus attendent de ce responsable qu'il sache faire preuve de disponibilité, de qualité relationnelle à leur égard et qu'il sache également valoriser le travail accompli. En ce sens, cette analyse nous permet d'apporter des éléments sur les caractéristiques de l'échange. Ainsi, ces individus tendent à développer une symétrie de l'échange avec le cadre de proximité (Janssens et al., 2003 ; Sels

et al., 2004), ce qui n'est pas le cas avec l'employeur pour lequel l'échange reste asymétrique. D'ailleurs, nous avons noté que cette asymétrie, au terme de six mois, générerait chez ces professionnels un mécontentement notable du fait de ne pas avoir de visibilité sur l'obtention possible d'un renouvellement de contrat et de ne rien pouvoir faire pour être entendu par les représentants des différentes directions.

D'un point de vue managérial, comme nous l'avons vu précédemment, l'analyse des carnets de bords et des verbatims met en avant l'importance que ces jeunes infirmiers accordent à l'accueil qui leur est réservé dans leur service de soins lors de leurs premiers jours d'exercice. Plus encore, nous avons pu faire le constat qu'une période d'encadrement, où le jeune professionnel se retrouve accompagné d'un infirmier expérimenté pour découvrir son travail dans le service, permet de diminuer le stress de l'entrée organisationnelle. Ceci est dû au fait que cet encadrement est en phase avec ce qu'en attendait l'infirmier en lien avec le contenu de son contrat psychologique anticipatoire. En d'autres termes, lorsque les conditions de travail et d'exercice professionnel sont en phase avec le contrat psychologique anticipatoire d'un individu, ce dernier aborde son travail de façon plus sereine. Il apparaît donc comme primordial pour un manager hospitalier de connaître le contenu d'un contrat psychologique anticipatoire de façon à réaliser des actions à même de faire en sorte que le nouveau professionnel se sente bien dans son service de soin dès les premiers jours.

De plus, comme nous l'avons découvert dans notre travail, deux notions apparaissent indispensables à de jeunes infirmiers. Ces notions que sont la confiance et le respect des valeurs humanistes et soignantes étaient certainement déjà présentes en eux avant la formation infirmière mais se sont renforcées durant la formation de par les apports théoriques reçus et lors des nombreux stages professionnels qu'ils ont été amenés à réaliser dans différentes spécialités. À cet égard, l'un des apports majeurs de notre recherche repose sur le fait d'avoir pu détailler le contenu du contrat psychologique anticipatoire de jeunes professionnels infirmiers. Nous avons ainsi mis en avant que le contenu du contrat psychologique de ces jeunes professionnels se fonde sur trois piliers que nous avons qualifiés d'organisationnel, relationnel et professionnel. Le pilier « organisationnel » regroupe les fortes attentes organisationnelles en termes d'accès à des formations continues et professionnalisantes ainsi qu'en termes de respect à leur égard et de respect de leurs valeurs soignantes. Cela signifie qu'ils attendent de leur organisation qu'elle soit en capacité de leur fournir les moyens d'exercer leur profession en harmonie avec ces valeurs. Le pilier « relationnel » regroupe les



éléments que ces individus valorisent en lien avec la façon dont ils conçoivent le soin au niveau de la collaboration avec leurs pairs. À ce titre, ce pilier regroupe les fortes attentes de ces professionnels en termes de solidarité et d'entraide entre pairs, de partage de connaissances, et en termes de confiance mutuelle et réciproque avec leurs pairs et d'harmonie de valeurs soignantes avec ces mêmes collègues infirmiers. Sous l'appellation de pilier « professionnel » sont regroupés tous les éléments recensés dans notre travail en termes d'exigences infirmières techniques et relationnelles, en termes d'activités liées au cœur de métier. À ce titre, le contenu de ce « pilier » du contrat psychologique anticipatoire met en évidence de fortes attentes à réaliser des soins variés et de qualité qui permettront de donner satisfaction aux patients et de gagner leur confiance. Ainsi défini, cette connaissance nouvelle du contenu du contrat psychologique anticipatoire des soignants doit inciter les structures sanitaires à être vigilantes à ne pas bouleverser ce schéma mental de la relation d'emploi « naïf » en ce qui concerne les valeurs professionnelles. Comme nous l'avons vu, à la fin de leurs études infirmières, ces professionnels du soin possèdent une vision plutôt réaliste des charges de travail envisagées avant le recrutement, et ceci n'est pas pour les décourager, alors qu'une absence de ces valeurs génère une rupture de contrat entraînant chez eux une moindre implication dans le rôle, une envie de changer de service, voire de quitter la structure pour un idéal soignant plus en lien avec les valeurs de leur contrat psychologique.

D'autre part, nous expliquions précédemment l'insatisfaction de ces professionnels à ne pas se voir proposer de renouvellements de contrats tels qu'ils se l'imaginaient. En l'occurrence, ce n'est pas tant cette absence de vision d'avenir au sein de l'organisation qui prime mais plutôt l'absence de feedback vis-à-vis de ce renouvellement de contrat. En ce sens, en nous appuyant sur notre découverte de l'importance du cadre de proximité en termes de soutien organisationnel perçu (Eisenberger et al., 1990), il apparaît important que ces cadres de proximité puissent servir d'interface entre les infirmiers et les services des ressources humaines. En ce sens, cela permettra aux professionnels de renforcer la confiance qu'ils placent dans ce que nous avons appelé le « pôle gestion », en l'occurrence, le cadre de proximité. Et toujours dans cette optique de majorer la confiance placée dans le cadre de santé, et également dans le but de renforcer l'idéologie soignante des infirmiers, il nous apparaît important que ce responsable soit porteur d'un discours et d'une réflexion managériale en lien avec cette même idéologie soignante. En d'autres termes, que l'intérêt du soin, du patient, soit explicitement énoncé dans ses propos de façon à donner un sens soignant aux actions des professionnels du soin.

Ce travail de recherche met également en évidence l'importance que revêtent l'attractivité et la fidélisation des personnels infirmiers dans les établissements sanitaires. À cet égard, nous pensons qu'appréhender la relation d'emploi qui lie ces professionnels de santé à leurs organisations, au travers du concept de contrat psychologique (Rousseau, 1995) peut constituer l'occasion de maintenir la performance, l'envie de soigner et l'envie de ces infirmiers de rester au sein de l'organisation. Comme nous l'avons constaté, les établissements hospitaliers n'investissent pas particulièrement dans des campagnes promotionnelles à destination des futurs ou nouveaux professionnels du soin. Et cela semble satisfaire ces jeunes professionnels de santé qui réalisent leurs choix d'établissements en fonction de deux critères. Le premier est très majoritairement en lien avec la localisation géographique de l'établissement et le second est souvent en lien, à de rares exceptions près, avec des spécialités médicales de pointe. Quel que soit le critère privilégié par un infirmier donné, lorsque nous avons présenté le processus de formation du contrat psychologique idéologique anticipatoire (figure n°49), nous avons mis en lumière l'importance de la confrontation des valeurs à la réalité organisationnelle et, à ce titre, nous avons pu constater à quel point les expériences de stages sont fondatrices pour des étudiants infirmiers qui sont sensibles à la considération qu'une équipe peut leur apporter et à l'ambiance de travail. Ainsi, dans cette optique d'attractivité, il apparaît capital pour une structure sanitaire de s'assurer d'un accompagnement organisationnel de qualité auprès des étudiants, en lien avec les valeurs soignantes et la « bonne ambiance » que fait vivre l'organisation et auxquelles ils seront sensibles. Ce procédé nous apparaît comme le plus à même de rendre un établissement attractif aux yeux de cette population. De la même manière, maintenir cette considération auprès des infirmiers après leur entrée organisationnelle, toujours en lien avec ces deux éléments importants que sont la confiance et le respect des valeurs soignantes, nous apparaît également le moyen le plus à même de fidéliser ces professionnels à l'idéologie soignante.

Au final, d'un point de vue méthodologique, le suivi d'une cohorte sur une année nous a permis de créer des connaissances nouvelles, toutefois, ces dernières auraient pu être plus importantes avec un suivi s'inscrivant sur une durée plus longue. Nous aurions ainsi pu constater, par exemple, à quel moment de la vie professionnelle des individus correspond une étendue moins large du contrat psychologique et dans quelle proportion (Sels & al., 2004). De la même manière, une durée de suivi plus longue aurait éventuellement pu nous permettre de constater d'autres conditions organisationnelles générant des ruptures ou des violations de contrat psychologique. Et enfin, au regard de ce que nous avons découvert dans ce travail, il

nous importerait de pouvoir davantage investiguer les caractéristiques du contrat psychologique des infirmiers, en nous intéressant plus particulièrement aux professionnels de santé tels que les anciennes collègues des infirmières ayant quitté la structure « Clinique Privée 1 », afin de faire un lien avec les caractéristiques individuelles de ces soignants.

Malgré ces limites, notre contribution a permis une meilleure connaissance du contrat psychologique des infirmiers en France. Ces résultats doivent permettre aux futures recherches d'intégrer l'aspect idéologique de la relation d'emploi, ainsi que les caractéristiques du contrat psychologique de cette population infirmière. En effet, dans ce dessein idéologique, les obligations des employeurs envers les infirmiers sont implicitement reconnues comme étant en lien avec les moyens alloués à la réalisation de l'action idéologique. Ainsi, de façon globale, il serait pertinent que les organisations sanitaires et médicosociales s'attachent à rendre visibles les engagements pris auprès des soignants en termes d'allocation de moyens pour accomplir l'action idéologique, ce que les étudiants infirmiers font implicitement en stage. De plus, comme nous l'avons constaté, dans de grandes structures sanitaires, la question de l'identité de l'employeur ne semble revêtir qu'un faible intérêt pour les infirmiers. En effet, le soutien organisationnel perçu (Eisenberger et al., 1990) émane essentiellement du rôle joué par le cadre de proximité. Aussi, il serait certainement pertinent que de futures recherches s'attachent à mettre en lumière les leviers, en lien avec notre concept central, permettant à ces responsables hiérarchiques d'éviter des ruptures et des violations du contrat psychologique des infirmiers travaillant sous leur responsabilité. Une telle recherche serait d'autant plus intéressante si elle s'inscrivait sur une période faisant suite à une première année d'exercice au sein d'une organisation, période au cours de laquelle le schéma mental de la relation d'emploi tend à se figer.

## BIBLIOGRAPHIE

---

A

---

- Abord de Chatillon, E., Desmarais, C. (2012). *Le Nouveau Management public est-il pathogène ?* Management international 16(3), 10-24.
- Acker, F. (2003). *Les Infirmières : une profession en crise ?* In Kervasdoué, J. (2003). *La Crise des professions de santé*. Paris, Dunod, 281-306.
- Acker, F. (2005). *Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*. Revue française des affaires sociales, (1), 161-181.
- Adams, J. S. (1963a). *Towards an understanding of inequity*. The Journal of Abnormal and Social Psychology 67(5), 422-436.
- Adams, J. S. (1963b). *Wage inequities, productivity, and work quality*. Industrial Relations, 3, 9-16.
- Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Paris, De Boeck Supérieur. 1<sup>ère</sup> Ed.
- Albarello, L. (2012). *Apprendre à chercher*. Paris, De Boeck Supérieur. 4<sup>ème</sup> Ed.
- Alexander, S., Ruderman, M. (1987). *The role of procedural and distributive justice in organizational behaviour*. Social Justice Research, vol.1, no.2, 177-198.
- Allison, G.T. (1971). *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*, Little, Brown & Company, Boston.
- Amar, A., Berthier, L. (2007). *Le Nouveau Management public : avantages et limites*. Revue Gestion et management publics, 5, 1-14.
- Amat-Roze, J.M., (2011). *La Territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat*. Hérodote 143, (4), 13-32.
- Anderson, N., Thomas, H.D.C. (1996). *Work group socialization*. In M.A. West (Ed.), Handbook of work group psychology, Chichester, Wiley, 423-450.
- Andréoletti, C. (2007). *La Tarification des établissements de santé : rappel des enjeux, des modalités des schémas cibles et transitoire*. Mission T2A. Ministère de la Jeunesse, de la Santé et des Sports.
- Angers, M. (1996). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Alger, Casbah Edition.
- Arborio, A.M., Fournier, P. (2001). *L'Enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris, Nathan.

Argyris, C. (1960). *Understanding organizational behavior*. (Vols. 1-1). Homewood, Ill., Etats-Unis, Dorsey Press.

Aselage, J., Eisenberger, R. (2003). *Perceived organizational support and psychological contracts: A theoretical integration*. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 491-509.

Atiyah, P. S. (1981). *Promises, morals, and law*. Oxford, Clarendon. In Rousseau et al. (2014). *Contrat psychologique et organisations : comprendre les accords écrits et non-écrits*. Pearson Education France.

---

## B

---

Barber, B. (1983). *The logic and limits of trust*. New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, NJ.

Barley, S. R. (1990). *Images of Imaging: Notes on Doing Longitudinal Field Work*. *Organization Science*, 1(3), 220-247.

Barraud, C. (2013). *Professionnalisation des étudiants infirmiers et construction identitaire : une approche par les représentations du métier et sous l'angle de la catégorisation sociale inter IFSI*. Thèse de doctorat, Bordeaux 2.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.

Bennett, J.B., Cook, R.F., Pelletier, K. (2003). *Toward an integrated framework for comprehensive organizational wellness: Concepts, practices, and research in workplace health promotion*. In Quick, J. C., Tetrick, L. E. (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington DC, American Psychological Association: 69–95.

Bentein, K., Guerrero, S. (2008). *La Relation d'emploi : état actuel de la question*. *Relations industrielles* 63(3), 393-408.

Benzecri, J.P. et al. (1973). *Analyse des données, Tomes 1 et 2*. Dunod, Paris. In Gauzente, C., Peyrat-Guillard, D. (2007). *Analyse statistique de données textuelles en sciences de gestion*. Éditions EMS, Paris.

Benzecri, J.P. et al. (1981). *Pratique de l'analyse des données : linguistique et lexicologie*, Dunod, Paris. In Gauzente, C., Peyrat-Guillard, D. (2007). *Analyse statistique de données textuelles en sciences de gestion*. Éditions EMS, Paris.

Benzecri, J. P. (1982). *Histoire et préhistoire de l'analyse des données*. Dunod, Paris. In Gauzente, C., Peyrat-Guillard, D. (2007). *Analyse statistique de données textuelles en sciences de gestion*. Éditions EMS, Paris.

- Berger, C. (1979). *Beyond initial understanding: Uncertainty, understanding, and the development of interpersonal relationship*. *Language and social psychology*: 122–144.
- Bestgen, Y. (2012). *Analyse des différences lexicales entre des corpus : test ou distance du Khi-2 ?* In 11<sup>es</sup> Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles.
- Bies, R. J. (1987). *The predicament of injustice: The management of moral outrage*. *Research in Organizational Behavior*, 289–319.
- Blancero, D. M., Kleiner, G. L. (2001). *The "anticipatory psychological contract": Employer/employee obligations and job choice*. In annual meeting of the Academy of Management, Chicago, IL.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York, John Wiley.
- Borum, F. (1993). *On the art of doing Field Studies*. Communication au Congrès ICSB, Strasbourg.
- Boudreau, C., Arseneault, A. (1994). *La Recherche qualitative : une méthode différente, des critères de scientificité adaptés*. *Recherche qualitative* 10, 121–137.
- Bourdieu, P. (1986). *Habitus, code et codification*. *Actes de la recherche en sciences sociales* 64(1), 40–44.
- Brockner, J. (1988). *Self-esteem at work: Research, theory, and practice*. Lexington Books/DC Heath and Com.
- Brunelle, Y. (2009). *Les Hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*. *Pratiques et organisation des soins* 40, no. 1, 39-48.
- Bryman, A., Belle, E. (2003). *Business Research Methods*. Oxford University Press.
- Bunderson, J. S. (2001). *How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors' responses to perceived breach*. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 717-741.

---

C

---

- Charreire, S., Durieux, F. (2007). *Explorer et tester : deux voies pour la recherche*. In Thiétart, R. A. et al. (2014). *Méthodes de recherche en management*. Dunod, Paris.
- Clément, J. M. (2006). *Mémento de droit hospitalier*. 11<sup>e</sup> édition, Berger-Levrault, Paris.
- Coldefy, M., et Lucas-Gabrielli V. (2012). *Le Territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ?* IRDES, Questions d'économie de la santé, 2012.

- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, InterEditions, Masson.
- Commeiras, N. (1994). *L'implication organisationnelle et contingences individuelles : les résultats d'une étude empirique*. Actes du Congrès de l'Association francophone de la gestion des ressources humaines, Montpellier, 408-419.
- Conway, N., Briner, R. B. (2002). *A daily diary study of affective responses to psychological contract breach and exceeded promises*. Journal of Organizational Behavior, 23, 287-302.
- Conway, N., Guest, D. (2005). *Can things only get worse? Testing the 'ratchet' effect of psychological contract*. Paper presented at the European Congress of Work and Organizational Psychology, Istanbul, Turkey. In Delobbe et al. (2009). *Comportement organisationnel-Vol. 1: Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle* (Vol. 1). De Boeck Supérieur.
- Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., & Quentin, W. (2011). *DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences*. In: Busse, R., Geissler, A., Quentin W. (2011). *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Wiley, Maidenhead, Open University Press, 75-92.
- Coudray, M. A., Gay, C. (2009). *Le Défi des compétences*. Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Couty, É., Dupont, M. (2005). *La Révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités*. Revue française d'administration publique 113(1), 97-111.
- Coyle-Shapiro, J. A. M. (2000). *Psychological contracts: what are the measurement trade-offs and are they worth it*. Paper presented at the Academy of Management, Toronto, Canada. In Delobbe, N., et al. (2009). *Comportement organisationnel-Vol. 1: Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle* (Vol. 1). De Boeck Supérieur.
- Coyle-Shapiro, J., Kessler, I. (1998). *The Psychological Contract in the UK Public Sector: Employer and Employee Obligations and Contract Fulfillment*. In Academy of Management Best Paper Proceedings, 58, 1-7.
- Coyle-Shapiro, J., Kessler, I. (2000a). *Exploring employee reciprocity through the lens of the psychological contract*. In 15th annual conference of the Society of Industrial and Organizational Psychology, New Orleans, LA (Vol. 14, p. 16).
- Coyle-Shapiro, J., Kessler, I. (2000b). *Mutuality, Stability and Psychological Contract Breach: A Longitudinal Study*. In Annual Meeting of the Academy of Management, Toronto. In Delobbe, N., et al. (2009). *Comportement organisationnel-Vol. 1: Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle* (Vol. 1). De Boeck Supérieur.
- Coyle-Shapiro, J. A.-M., Conway, N. (2004). *The employment relationship through the lens of social exchange theory*. In Coyle-Shapiro, J., Shore, L. M., Taylor, M. S., Tetrick L. E. (2005). *The employment relationship: Examining psychological and contextual perspectives*: 5-28. Oxford, UK, Oxford University Press.



Coyle-Shapiro, J. A. M., Parzefall, M. R. (2005). *Explorer la théorie du contrat psychologique : questions clés pour comprendre et investiguer la relation d'emploi*. *Comportement organisationnel*, 1, 21-67.

Crocker, J., Fiske, S. T., Taylor, S. E. (1984). *Schematic bases of belief change*. In *Attitudinal judgment*, Springer, New York, 197-226.

Cropanzano, R., Mitchell, M.S. (2005). *Social Exchange Theory: An Interdisciplinary Review*. *Journal of Management* 31(6), 874-900.

---

## D

---

David, A. (2000). *La Recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion*. In IX<sup>e</sup> Conférence internationale de management stratégique, Montpellier (Vol. 24).

Dansereau, F., Graen, G., Haga, W. J. (1975). *A vertical dyad linkage approach to leadership within formal organizations: A longitudinal investigation of the role making process*. *Organizational behavior and human performance*, 13(1), 46-78.

Del Campo, R. G., Haggerty, L. A., Haney, M. J., Knippel, L. A. (2011). *Managing the multi-generational workforce*. From the GI Generation to the Millennials, Surrey Gower, Burlington VT.

Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D., and Mignonac, K., (2009). *Comportement Organisationnel : Volume 1, Contrat Psychologique, émotions Au Travail, Socialisation Organisationnelle*. De Boeck Supérieur, Paris.

Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique* (Vol. 142). Montréal : McGraw-hill.

Detchessahar, M., Grevin, A. (2009), *Un Organisme de santé... malade de « gestionniste »*. In *Annales des Mines, gérer et comprendre*, n°4, p. 27-37.

Detchessahar, M., Grevin, A. (2010). *A healthcare centre suffering from "managementitis"*. Actes de la 10<sup>ème</sup> conférence de la European Academy of Management EURAM 2010, Track "Back to the Future in Healthcare Organization and Management", Rome, 19-22 mai, 27p.

Detchessahar, M., Journé, B. (2007). *Une Approche narrative des outils de gestion*. *Revue française de gestion*, (5), 77-92.

De Vos, A. (2002). *The individual antecedents and the development of newcomers' psychological contracts during the socialization process: A longitudinal study* (Doctoral dissertation, Ghent University).

- De Vos, A., Buyens, D., Schalk, R. (2003). *Psychological Contract Development during Organizational Socialization: Adaptation to Reality and the Role of Reciprocity*. *Journal of Organizational Behavior* 24(5), 537–59.
- De Vos, A., Buyens, D., Schalk, R. (2005). *Making Sense of a New Employment Relationship: Psychological Contract-Related Information Seeking and the Role of Work Values and Locus of Control*. *International Journal of Selection and Assessment* 13(1), 41–52.
- De Vos, A., De Stobbeleir, K., Meganck, A. (2009). *The relationship between career-related antecedents and graduates' anticipatory psychological contract*. *Journal of Business Psychology*, 24, 289-298.
- Dienesch, R. M., Liden, R. C. (1986). *Leader-Member Exchange model of leadership: A Critique and further development*. *Academy of management review*, 11(3), 618-634.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2014). *Série Statistiques*, n°189.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2016). *Le Panorama des établissements de santé*, Edition 2015.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2016). *Série Statistiques*, n°198.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2016). *Série Études et recherche*, n°134.
- Dulac, T. (2005). *De La Formation à l'évaluation du contrat psychologique : revue de la littérature et perspectives de recherche*. *Méthodes & Recherches*, no. 1 : 69–109.
- Dumoulin, R., Guieu, G., Meschi, P. X., Tannery, F. (2010). *La stratégie de A à Z, 350 mots pour comprendre*. Dunod.
- Duley, P. (2012). *La Vraie Histoire des infirmières*. Éditions Chronique, Paris.
- Duquesne, F., (2016). *Droit du travail 2016*. Collection Mémento LMD, Gualino Editions, 11<sup>e</sup> édition.

---

## E

---

- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Lowe, A. (1991). *Management research: An introduction*, SAGE Publications, London.
- Eisenberger, R., Fasolo, P., Davis-LaMastro, V. (1990). *Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation*. *Journal of Applied Psychology*, 75(1), 51-59.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchinson, S., Sowa, D. (1986). *Perceived organizational support*. Journal of Applied Psychology, 71(1), 500-507.

Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., Rhoades, L. (2001). *Reciprocation of perceived organizational support*. Journal of Applied psychology, 86(1), 42-51.

Eisenhardt, K. M. (1989). *Building theories from case study research*. Academy of management review, 14(4), 532-550.

---

## F

---

Feldman, D. C. (1977). *The role of initiation activities in socialization*. Human Relations, 30, 977-990.

Fiske, S. T., Taylor S. E. (1984). *Social Cognition*, New York, NY, Random House.

Folger, R., Cropanzano, R. (1998). *Organizational justice and human resource management*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Folger, R., Greenberg, J. (1985). *Procedural justice: An interpretive analysis of personnel systems*. Research in personnel and human resources management, 3, 141-183. In Moorman, R. H. (1991). *Relationship between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behaviors: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship?* Journal of Applied Psychology 76(6), 845-855.

Francetvinfo.fr (août 2016). *Suicides des infirmiers : un mal être passé sous silence*. Repéré à [http://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/suicides-des-infirmiers-un-mal-etre-passe-sous-silence\\_1803645.html](http://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/suicides-des-infirmiers-un-mal-etre-passe-sous-silence_1803645.html)

Frijda, N. H. (1988). *The laws of emotion*. American psychologist, 43(5), 349.

---

## G

---

Gambetta, D. (1998). *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. New-York, NY: Basil Blackwell.

Gauzente, C., Peyrat-Guillard, D. (2007). *Analyse statistique de données textuelles en sciences de gestion*. Éditions EMS, Paris.

Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion*. Pearson, Montreuil.

- Georgescu, I., Commeiras, N. (2011). *Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins*. Journal d'Économie Médicale, 29(6), 294-304.
- Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease*. Part I. Differentiation, Health Care Management Review, 26(1), 56-69, discussion, 87-89.
- Gorlée, D. L. (1992). *Symbolic argument and beyond: A Peircean view on structuralist reasoning*. Poetics Today, 13(3), 407-423.
- Gough, J. W. (1963). *The Social Contract*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gouldner, A. (1960). *The norm of reciprocity: A Preliminary Statement*, American Sociological Review, 25(2), 161-178.
- Graen, G. B., Liden, R. C., Hoel, W. (1982). *Role of leadership in the employee withdrawal process*. Journal of Applied Psychology, 67(6), 868-872.
- Graen, G. B., Scandura, T. A. (1987). *Toward a psychology of dyadic organizing*. Research in Organizational Behavior, 9, 175-208. In Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D. (2005). *Comportement organisationnel-Vol. 1: Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle* (Vol. 1). De Boeck Supérieur, Paris.
- Greenberg, J. (1990). *Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow*. Journal of Management, 16, 399-432.
- Greenberg, M. S. (1980). *A theory of indebtedness*. In Social exchange (1980). Springer US, 3-26.
- Griffin, D. W., Ross, L. (1991). *Subjective construal, social inference, and human misunderstanding*. Advances in experimental social psychology, 24(1), 319-359.
- Groleau, C. (2003). *L'Observation*. In Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Paris, Éditions EMS.
- Guerrero, S. (2003). *La nature du contrat psychologique comme cadre d'étude de la relation d'emploi*. Communication au 14<sup>e</sup> Congrès de l'AGRH, « GRH Innovons ».
- Guest, D. E. (1998). *Is the psychological contract worth taking seriously?* Journal of organizational behavior, 19(1), 649-664.
- Guest, D. E., Conway, N. (1997). *Employee Motivation and the Psychological Contract*. London, UK: Institute of Personnel and Development.
- Guest, D. E., Conway, N., (2000). *Can an organization have a psychological contract? A conceptual and empirical analysis*. In Academy of Management Meeting, Toronto.
- Guzzo, R. A., Noonan, K. A., Elron, E. (1994). *Expatriate managers and the psychological contract*. Journal of Applied psychology, 79(4), 617-626.

---

## H

---

- Hall, Douglas T., Mirvis, P. H. (1995). *The New Career Contract: Developing the Whole Person at Midlife and beyond*. *Journal of Vocational Behavior* 47(3), 269–89.
- Harris, Z. S. (1952). *Discourse analysis*, *Language*, 28, 1-30.
- Herriot, P., Pemberton, C. (1995). *New Deals: The Revolution in Managerial Careers*. Chichester, UK: Wiley. In Herriot, P., Pemberton, C. (1997). *Facilitating new deals*. *Human resource management journal*, 7(1), 45-56.
- Herriot, P., Pemberton, C. (1997). *Facilitating new deals*. *Human resource management journal*, 7(1), 45-56.
- Hesbeen, W. (1999). *Le Caring est-il prendre soin ?* *Perspective soignante*, 4, 1–20.
- Hiltrop, J-M. (1995). *The Changing Psychological Contract: The Human Resource Challenge of the 1990s*. *European Management Journal* 13(3), 286–94.
- Hirsch, P. M. (1987). *Pack your own parachute: How to survive mergers, takeovers, and other corporate disasters*. Addison-Wesley. In Rousseau & al. (2014). *Contrat psychologique et organisations : comprendre les accords écrits et non-écrits*. Pearson Education France.
- Hirschhorn, L., Gilmore, T. (1992). *The new boundaries of the “boundaryless” company*. *Harvard business review*, 70(3), 104-115.
- Hlady-Rispal, M. (2002). *La Méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Paris, De Boeck Supérieur.
- Ho, V. T. (1999). *Psychological contract breach: A study of multiple bases of comparison*. Paper presented at the Academy of Management, Chicago, IL. In Dulac, T. (2005). *De La Formation À L'évaluation Du Contrat Psychologique : Revue de La Littérature et Perspectives de Recherche*. *Méthodes & Recherches*, no. 1, 69–109.
- Ho, V. T. (2005). *Social influence on evaluations of psychological contract fulfillment*. *Academy of Management Review*, 30, 113-128.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- Homans, G. C. (1958). *Social behavior as exchange*. *American Journal of Sociology*, 63, 597-606.
- Homans, G. C. (1961). *Social Behavior: Its Elementary Forms*. Harcourt, Brace & World.
- Horowitz, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamic: a new synthesis*, New York, Basic Books.
- Hughes, E.C. (1996). *Le Regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoullie, Editions de l'EHESS, Paris.

Huseman, R. C., Hatfield, J. D., Miles, E. W. (1987). *A new perspective on equity theory: The equity sensitivity construct*. *Academy of management Review*, 12(2), 222-234.

---

## I

---

Imbert, J. (1974). *Les Hôpitaux en France*. Presses Universitaires de France, Paris.

Imbert, J. (1982). *Histoire des hôpitaux en France*. Privat.

Imbert, J. (1984). *L'Évolution de l'architecture hospitalière : piété, salubrité, bien-être*. *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 48, 25-38.

---

## J

---

Janssens, M., Sels, L., Van Den Brande, I. (2003). *Multiple types of psychological contracts: A six-cluster solution*. *Human Relations*, 56(11), 1349-1378.

Journé, B. (2005). *Étudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ*. *Finance, contrôle, stratégie*, 8(4), 63-91.

Journées Internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles, <http://www.jadt.org>

---

## K

---

Katz, R. (1978). *Job longevity as a situational factor in job satisfaction*. *Administrative Science Quarterly*, 23, 204-223.

Kervasdoué, J. (1996). *La Santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes*. JC Lattès.

Kervasdoué, J. (2009). *Très cher santé*. Editions Perrin.

Kervasdoué, J. (2011). *L'Hôpital*. Que sais-je ? n° 795. Presses universitaires de France.

Kickul, J. R., Neuman, G., Parker, C., Finkl, J. (2001). *Settling the score: The role of organizational justice in the relationship between psychological contract breach and citizenship behavior*. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 13, 77-93.

Kim, H., Knight, D. K., Cruisinger, C. (2009). *Generation Y Employees' Retail Work Experience: The Mediating Effect of Job Characteristics*. *Journal of Business Research* 62(5) 548-556.

Klein, H. J., Molloy, J. C., Brinsfield, C. T. (2012). *Reconceptualizing workplace commitment to redress a stretched construct: Revisiting assumptions and removing confounds*. *Academy of Management Review*, 37(1), 130-151.

Konovsky, M. A. (2000). *Understanding procedural justice and its impact on business organizations*. *Journal of management*, 26(3), 489-511.

Kuiper, N. A. (1978). *Depression and causal attributions for success and failure*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(3), 236.

---

## L

---

La Dépêche, (03 janvier 2003). *Les infirmières espagnoles repassent la frontière*.

Lambert, L. S., Edwards, J. R., Cable, D. M. (2003). *Breach and Fullfilment of the Psychological Contract: A Comparaison of Traditional and Expanded Views*. *Personnel Psychology* 56(4), 895–934.

Lancaster, L. C., Stillman, D. (2003). *When generations collide: Who they are. Why they clash. How to solve the generational puzzle at work*. New York: HarperCollins.

Lebart, L., Salem, A. (1994). *Statistique textuelle*. Paris, Dunod.

Lee, S., McCann, D., Messenger, J. C. (2007). *Working time around the world: Trends in working hours, laws and policies in a global comparative perspective*. Geneva, Switzerland, International Labor Organization.

Le Garrec, M. A., Koubi, M., Fenina, A. (2013). *60 années de dépenses de santé, une rétopolation des comptes de santé de 1950 à 2010*. Études et Résultats n°831, DREES.

Legido-Quigley, H. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. World Health Organization.

Légifrance, *Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière*,  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=19920103>

Légifrance, *Loi n°83-634 du 13 juillet 1983*.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068812>

Lemire, L., Martel, G. (2007). *L'approche Systémique de La Gestion Des Ressources Humaines : Le Contrat Psychologique Des Relations D'emploi Dans Les Administrations Publiques Du XXIe Siècle*. Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Le Monde, (04 octobre 2001). *Le gouvernement cherche des remèdes à une grave pénurie d'infirmières*.

- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G. (1997). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. Paris, De Boeck Supérieur.
- Lester, S. W., Turnley, W. H., Bloodgood, J. M., Bolino, M. C. (2002). *Not Seeing Eye to Eye: Differences in Supervisor and Subordinate Perceptions of and Attributions for Psychological Contract Breach*. *Journal of Organizational Behavior* 23(1), 39–56.
- Lester, S. W., Kickul, J. (2001). *Psychological contracts in the 21st century: What employees value most and how well organizations are responding to these expectations*. *People and Strategy*, 24 (1), 10-21.
- Levinson, H., Price, C. R., Munden, K.J., Mandl, H.J., Solley, C. M. (1962). *Men, Management, and Mental Health*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1969). *The elementary structures of kinship*. Beacon Press.
- Lewis, K. M., Pearce, J. L., Porter, L. W., & Tripoli, A. M. (1998). *Differential perceptions of employers' inducements: Implications for psychological contracts*. *Journal of organizational behavior*, 19, 769-782.
- Lewis, K., Taylor, M. S. (2001). *Reciprocity from the organization's side: manager reactions to employee psychological contract breach*. In Annual Meeting of SIOP, San Diego, CA, 16-29.
- Lewis-McClear, K., Taylor, M. S. (1997). *Not seeing eye-to-eye: Implication discrepant psychological contracts and contract violation for the employment relationship*. In Academy of Management proceedings (Vol. 1997, No. 1, pp. 335-339). Academy of Management.
- Lewis-McClear, K., Taylor, M. S. (1998). *Psychological contract breach and the employment exchange: Perceptions from employees and employers*. In Academy of Management, San Diego.
- Liden, R. C., Bauer, T. N., Erdogan, B. (2004). *The role of leader-member exchange in the dynamic relationship between employer and employee: Implications for employee socialization, leaders, and organizations*. *The employment relationship: Examining psychological and contextual perspectives*, 226-250. In Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D., Mignonac, K., (2005). *Comportement Organisationnel : Volume 1, Contrat Psychologique, émotions Au Travail, Socialisation Organisationnelle*. De Boeck Supérieur, Paris.
- Liden, R. C., Wayne, S. J., Stilwell, D. (1993). *A Longitudinal Study on the Early Development of Leader-Member Exchanges*. *Journal of Applied Psychology* 78(4), 662-674.
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068965>



- Macneil, Ian R. (1985). *Relational Contract: What We Do and Do Not Know*. Wis. L. Rev., 483-525.
- Magnon, R. (2001). *Les Infirmières : identité, spécificités des soins infirmiers*, Edition Masson.
- Marchand, P. (1998). *L'Analyse du discours assistée par ordinateur : concepts, méthodes, outils*. Paris, A. Colin.
- Matheu, M. (1986). *La Familiarité distante*. In Revue Gérer et Comprendre, Annales des Mines, 81-94.
- Mauss, M. (1925). *The gift: Forms and functions of exchange in archaic societies*. New York: The Norton Library.
- Mauss, M. (2003). *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France.
- McCabe, T.J., Sambrook, S. (2012). *Psychological Contracts and Commitment amongst Nurses and Nurse Manager*. International Journal of Nursing Studies, 50(7), 954-967.
- McLean Parks, J. M., Kidder, D. L. (1994). *Till Death Us Do Part... Changing Work Relationships in the 1990s*. Journal of Organizational Behavior. In Cooper, C. L., Rousseau, D. M. *Trends in Organizational Behavior*, New York, NY: Wiley, (1), 111-136.
- McLean Parks, J., Smith, F. (1998). *Organizational contracting: a "rational" exchange*. Debating rationality: Non-rational elements of organizational decision making, 125-154.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York, NY: Basic Books. In Delobbe et al. (2005). *Comportement Organisationnel : Volume 1, Contrat Psychologique, émotions Au Travail, Socialisation Organisationnelle*. De Boeck Supérieur, Paris.
- Meyer, J. P., Allen, N. J. (1991). *A three-component conceptualization of organizational commitment*. Human resource management review, 1(1), 61-89.
- Miles, M. B., Huberman, M.A. (2003). *Analyses des données qualitatives*. De Boeck Université, Paris.
- Millward, L. J., Brewerton, P. M. (1999). *Contractors and Their Psychological Contracts*. British Journal of Management 10(3), 253-274.
- Millward, L. J., Hopkins, L. J. (1998). *Psychological contracts, organizational and job commitment*. Journal of Applied Social Psychology, 28(16), 1530-1556.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, (2004). *Manuel des groupes homogènes de malades, 11<sup>e</sup> version de la classification, 5<sup>e</sup> révision, Version 13 de la fonction groupage*.

- Mintzberg, H. (1976). *Le Manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1989). *Le Management : voyage au centre des organisations*. Paris, Eyrolles, Éditions d'Organisation.
- Minvielle, É. (2009). *Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain*. In Bras, P.L., Pouvoirville, G., Tabuteau, D. (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Editions de Santé, Presses de Sciences Po, Paris, 35-42.
- Minvielle É., Contandriopoulos A. P. (2004). *La Conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?* Revue française de gestion, 150, 29-53.
- Miraldo, M., Goddard, M., Smith, P. (2006). *The incentive effects of Payment by Results*, CHE Research Paper 19, Centre for Health Economics, University of York.
- Moorman, R. H. (1991). *Relationship between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behaviors: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship?* Journal of Applied Psychology 76(6), 845-855.
- Morrison, E. W. (1993a). *Newcomer Information Seeking: Exploring Types, Modes, Sources, and Outcomes*. Academy of Management Journal, 557-589.
- Morrison, E. W. (1993b). *Longitudinal study of the effects of information seeking on newcomer socialization*. Journal of Applied Psychology, 78, 173-183.
- Morrison, E. W., Robinson, S. L. (1997). *When employees feel betrayed: a model of how psychological contract violation develops*. Academy of Management Review, 22(1), 226-256.
- Morrison, E. W., Robinson, S. L. (2004). *The employment relationship from two sides: Incongruence in employees' and employers' perceptions of obligations*. The employment relationship: Examining psychological and contextual perspectives, 161-180.
- Molinié, É. (2005). *L'Hôpital public en France : bilan et perspectives*. Les éditions des journaux officiels.
- Mowday, R. T., Steers, R. M. (1979). *The Measurement of Organizational Commitment*. Journal of Vocational Behavior 14(2), 224-47.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., and Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. Academic Press, New York.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Colin, Paris.
- Mucchieli, A. (2007). *Les Processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives*. Recherches qualitatives, 3, 1-27.

---

## N

---

- Nelson, D. L., Quick, J. C., Joplin, J. R. (1991). *Psychological Contracting and Newcomer Socialization: An Attachment Theory Foundation*. *Journal of Social Behavior & Personality* 6(7), 55–72.
- Neveu, J. P. (1991). *Méthodologie de l'implication*. Communication au Congrès de l'AGRH, Cergy, 141-144.
- Nisbett, R. E., Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Noer, D.M. (1993). *Healing the wounds. Overcoming the trauma of layoffs and revitalizing downsized organizations*. San Francisco (CA), Jossey-Bass.
- Nohria, N., Groysberg, B., Lee, L. E. (2008). *Employee motivation*. *Harvard Business Review*, 86(7/8), 78-84.

---

## O

---

- Observation : *définition*. En ligne  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qui/65685?q=qui#64940>. Consulté le 17 août 2016.
- ONIAM (Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux), (2014). *Rapport d'activité*.
- Or, Z., Häkkinen, U. (2012). *Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire*. IRDES Paris. DT, 53, 1–20.
- Organ, D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington Books/DC Heath and Com.
- Ortony, A., Clore, G. L., Collins, A. (1988). *The Cognitive Structure of Emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

---

## P

---

- Packwood, T., Keen, J., Buxton, M. (1991). *Hospitals in transition*. Buckingham: Open University Press.

- Pauget, B, Dammak, A. (2012). *L'Arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ?* Pratiques et Organisation des soins, 43(1), 25-33.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., Cameron, K. S. (2001). *Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research*. Academy of Management Journal, 44: 4, 697-713.
- Pichault, F., Pleyers, M. (2010). *Pour en finir avec la génération Y... Enquête sur une représentation managériale*. Actes Du XXI<sup>e</sup> Congrès de l'AGRH.
- Pichault, F., Pleyers, M. (2012). *Pour en finir avec la génération Y... enquête sur une représentation managériale*. Annales des Mines, Gérer et Comprendre 108(2), 39-54.
- Pichot, A. (1991). *Petite Phénoménologie de la connaissance*. Editions Aubier.
- Piovesan, D. (2003). *Les Restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphose ?* Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.
- Porter, L., Pearce, J., Tripoli, A., Lewis, K. (1998). *Differential perceptions of employers' inducements: implications for psychological contracts*. Journal of Organizational Behavior, vol.19, 769-782.
- Pourtois, J. P., Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Maragada, Bruxelles.
- Pras, B., Tarondeau, J. C. (1979). *Typologies de la recherche en gestion*. Enseignement et gestion, 9, 5-11.
- Pugh, S. D., Skarlicki, D. P., Passell, B. S. (2003). *After the fall: Layoff victims' trust and cynicism in re-employment*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 76, 201-212.

---

## R

---

- Reddick, C. G., & Cogburn, J. D. (2008). *Employee Benefits Administration: An Introduction and Overview*. Handbook of Employee Benefits and Administration, 3. In Pichault, F., Pleyers, M. (2012). *Pour en finir avec la génération Y... enquête sur une représentation managériale*. Annales des Mines, Gérer et Comprendre 108(2), 39-54.
- Reinert M. (1990). *Une méthode d'analyse des données textuelles et une application : Aurélia de G. de Nerval*. Bulletin de méthodologie sociologique, 26, 24-54.
- Reinert, M. (1998). *Quel objet pour une analyse statistique du discours ? Quelques réflexions à propos de la réponse Alceste*. In JADT, 557-569.

- Reinert, M. (2003). *Le rôle de la répétition dans la représentation du sens et son approche statistique par la méthode "ALCESTE"*. SEMIOTICA-LA HAYE THEN BERLIN-, 147(1/4), 389-420.
- Reinert, M. (2008). *Mondes lexicaux stabilisés et analyse statistique de discours*. Actes de la 9<sup>e</sup> JADT 2008, 981-993.
- Robinson, S. L. (1996). *Trust and breach of the psychological contract*. Administrative science quarterly, 41(4), 574–599.
- Robinson, S. L., Brown, G. (2004). *Psychological contract breach and violation in organizations*. In The Dark Side of Organizational Behavior, 16, 309-337.
- Robinson, S. L., Kraatz, M. S., Rousseau, D. M. (1994). *Changing obligations and the psychological contract: A longitudinal study*. Academy of management Journal, 37(1), 137-152.
- Robinson, S. L., Morrison, E. W. (1995). *Psychological contracts breach and OCB: The effect of unfulfilled obligations on civic virtue behavior*. Journal of Organizational Behavior, 16, 289-298.
- Robinson, S. L., Morrison, E. W. (2000). *The Development of Psychological Contract Breach and Violation: A Longitudinal Study*. Journal of Organizational Behavior 21(5), 525–546.
- Robinson, S. L., Rousseau, D. M. (1994). *Violating the psychological contract: Not the exception but the norm*. Journal of organizational behavior 15(3), 245–259.
- Roehling, M. V. (1996). *The origins and early development of the psychological contract construct*. Journal of Management History, 3(2), 204-217.
- Roehling, M. V., Wright, P. (2004). *Organizationally sensible vs. legal-centric responses to the eroding employment at-will doctrine*. Employee Responsibilities and Rights Journal, 16(2), 89-103.
- Rogers, C. (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework*. In Koch S. E. (1959), *Psychology: A Study of Science*, Formulation of the Person and Social Context, New York, MacGraw-Hill.
- Ross, L., Greene, D., House, P. (1977). *The 'false consensus effect': An egocentric bias in social perception and attribution processes*. Journal of Experimental Social Psychology, 13(3), 279–301.
- Rouillard, C., Lemire, L. (2003). *Le Contrat psychologique et l'engagement organisationnel : une exploration empirique*. Management international, 7(4), 1-16.
- Rouré, H., Reinert, M. (1993). *Analyse d'un entretien à l'aide d'une méthode d'analyse lexicale*. In Actes du Colloque des Secondes Journées Internationales d'Analyse de Données Textuelles, 418-428.

- Rousseau, D. M. (1989). *Psychological and implied contracts in organizations*. Employee responsibilities and rights journal 2(2), 121–139.
- Rousseau, D. M. (1990). *New hire perceptions of their own and their employer's obligations: A study of psychological contracts*. Journal of organizational behavior 11(5), 389–400.
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Sage Publications.
- Rousseau, D. M. (1996). *Changing the deal while keeping the people*. The Academy of Management Executive, 10(1), 50-59.
- Rousseau, D. M. (2001). *Schema, promise and mutuality: The building blocks of the psychological contract*. Journal of Occupational and Organizational Psychology 74, 511–541.
- Rousseau, D. M., De Rozario, P., Jardat, R., Pesqueux, Y. (2014). *Contrat psychologique et organisations : comprendre les accords écrits et non-écrits*. Pearson Education France.
- Rousseau, D. M., Fried, Y. (2001). *Location, location, location: Contextualizing organizational research*. Journal of Organizational Behavior, 22, 1-13.
- Rousseau, D. M., Greller, M. M. (1994). *Guest editors' overview: psychological contracts and human resource practices*. Human resource management 33(3), 383–384.
- Rousseau, D. M., McLean Parks, J. (1993). *The contracts of individuals and organizations*. Research in Organizational Behavior 15, 1–43.
- Rousseau, D. M., Tijoriwala, S. A. (1998). *Assessing psychological contracts - Issues, alternatives and measures*. Journal of Organizational Behavior, 19, 679–695.
- Rumelhart, D. E., Norman, D. A. (1976). *Accretion, Tuning and Restructuring: Three Modes of Learning*. California univ San Diego La Jolla Center For Human Information Processing.

---

## S

---

- Sachet-Milliat, A. (2010). *La prévention de la fraude des salariés par des pratiques éthiques de management*. Sécurité et stratégie, 3(HS1), 75-85.
- Sahlins, M. (1965). *On the sociology of primitive exchange*. The relevance of models for social anthropology, Londres, Tavistock, p.139-236. In Lemire, L., Martel, G. (2007). *L'approche Systémique de La Gestion Des Ressources Humaines : Le Contrat Psychologique Des Relations D'emploi Dans Les Administrations Publiques Du XXIe Siècle*. Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Sahlins, M. D. (1972). *Stone age economics*, Chicago (IL), Aldine. In Lemire, L., Martel, G. (2007). *L'approche Systémique de La Gestion Des Ressources Humaines : Le Contrat*

*Psychologique Des Relations D'emploi Dans Les Administrations Publiques Du XXIe Siècle.*  
Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université du Québec.

- Savoie-Zajc, L. (2000). *L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD\* IST*. *Recherches qualitatives*, 21, 99-123.
- Scapens, R.W. (2004). *Doing case study research*. In *The real life guide to accounting research: a behind-the-scenes view of using qualitative research methods*, Oxford: Elsevier, 257-279.
- Schalk, R., Coyle-Shapiro, J. M., Shore, L. M., Taylor, M. S., Tetrick, L. E. (2004). *Changes in the employment relation across time*. The employment relationship. Examining psychological and contextual perspectives, Oxford University Press, 284-311.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Schein, E. H. (1970). *Organizational psychology*, 2<sup>nd</sup> ed., Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Schein, E. H. (1980). *Organizational psychology*, 3<sup>rd</sup> ed., Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Scott, R. C. (1965). *Reactions to supervision in a Heteronomous Professionnal Organization*, *Administrative Science Quarterly*, 10(1), 65-81.
- Sels, L., Janssens, M., Van Den Brande, I. (2004). *Assessing the nature of psychological contracts: a validation of six dimensions*. *Journal of Organizational Behavior* 25(4), 461-488.
- Serverin, E. (2008). *Le travail et ses contrats*. Le contrat de travail, Centre d'études de l'emploi. Collection Repères. Editions La Découverte, 13-23.
- Shore, L. M., Tetrick, L. E. (1994). *The psychological contract as an explanatory framework in the employment relationship*. *Journal of organizational behavior* (1986-1998), 91-107.
- Shuell, T. J. (1990). *Phases of meaningful learning*. *Review of educational research* 60(4), 531-547.
- Sims, R. R. (1994). *Human Resource Management's Role in Clarifying the New Psychological Contract*. *Human Resource Management* 33(3), 373-82.
- Skarlicki, D. P., Folger, R. (1997). *Retaliation in the workplace: The roles of distributive, procedural, and interactional justice*. *Journal of applied Psychology*, 82(3), 434-443.
- Smola, K, Sutton, C. D. (2002). *Generational Differences: Revisiting Generational Work Values for the New Millennium*. *Journal of Organizational Behavior* 23(4), 363-82.
- Stein, D. J. (1992). *Schemas in the cognitive and clinical sciences*. *Journal of psychotherapy integration* 2(1), 45-63.
- Stingre, D. (2012). *Le Service public hospitalier. Que sais-je ? n° 3049*. Presses universitaires de France.

- Takeuchi, R., Tekleab, A. G., Taylor, M. S. (2000). *Procedural justice intervention: Restoring psychological contract violations and effects*. Paper presented at the Society of Industrial and Organizational Psychology, New Orleans, LA.
- Taylor, S. E., Brown, J. (1988). *Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health*. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Taylor, S. E., Crocker, J. (1981). *Schematic bases of social information processing*. *Social cognition: the Ontario symposium*, 1, 89–134.
- Taylor, M. S., Tekleab, A. G. (2004). *Taking stock of psychological contract research: Assessing progress, addressing troublesome issues, and setting research priorities*. In Coyle-Shapiro, J. A. M., Shore, L. M., Taylor, M. S. and Tetrick, L. E. (Editors). *The employment Relationship - Examining Psychological and Contextual Perspectives*. Oxford, Oxford University Press, 253-283.
- Tekleab, A. G., Takeuchi, R., Taylor, M. S., (2005). *Extending the Chain of Relationships among Organizational Justice, Social Exchange, and Employee Reactions: The Role of Contract Violations*. *Academy of Management Journal* 48(1), 146–157.
- Tekleab, A.G., Taylor, M.S. (2003). *Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization agreement on contract obligations and violations*. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 585-608.
- Tetrick, L. E. (2002). *Individual and organizational health*. *Research in occupational stress and well-being*, 3, 117–141.
- Thomas, H. D. C., Anderson, N. (1998). *Changes in Newcomers' Psychological Contracts during Organizational Socialization: A Study of Recruits Entering the British Army*. *Journal of Organizational Behavior* 19(1), 745–767.
- Thompson, J. A., Bunderson, J. S. (2003). *Violations of principle: Ideological currency in the psychological contract*. *Academy of Management Review*, 28(4), 571-586.
- Tiercelin, C. (1993). *Peirce's realistic approach to mathematics: or can one be a realist without being a platonist*. In Charles S Peirce and the Philosophy of Science (1989), (papers from the Harvard sesquicentennial Congress, 30-48. The University of Alabama Press, Tuscalosa and London.
- Tsui, A. S., Pearce, J. L., Porter, L. W., Tripoli, A. M. (1997). *Alternative approaches to the employee-organization relationship: does investment in employees pay off?* *Academy of Management journal*, 40(5), 1089-1121.
- Turnley, W. H., Feldman, D. C. (1998). *Psychological contract violations during corporate restructuring*. *Human Resource Management*, 37(1), 71-83.
- Turnley, W. H., Feldman, D. C. (1999a). *The impact of psychological contract violations*



*on exit, voice, loyalty, and neglect*. Human Relations, 52(7), 895-922.

Turnley, W. H., Feldman, D. C. (1999b). *A Discrepancy Model of Psychological Contract Violations*. Human Resource Management Review 9(3), 367–386.

Turnley, W. H., Feldman, D. C., (2000). *Re-Examining the Effects of Psychological Contract Violations: Unmet Expectations and Job Dissatisfaction as Mediators*. Journal of Organizational Behavior 21(1), 25–42.

Twenge, J. M., Campbell, S. M., Hoffman, B. J., Lance, C. E. (2010). *Generational Differences in Work Values: Leisure and Extrinsic Values Increasing, Social and Intrinsic Values Decreasing*. Journal of Management 36(5), 1117–1142.

---

## V

---

Van Dyn, L., Ellis, J. F. (2007). *Job creep: a reactance theory perspective on organizational citizenship behavior as overfulfillment of obligations*. In Lemire, L., Martel, G. (2007). *L'approche systémique des ressources humaines*. Québec, Presses de l'université du Québec, 70-130.

---

## W

---

Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris: Economica.

Walster, E. (1966). *Assignment of responsibility for an accident*. Journal of personality and social psychology 3(1), 73.

Wanous, J. P. (1977). *Organizational Entry; Newcomers Moving From Outside to Inside*. Psychological bulletin 84(4), 601–618.

Williamson, O. (1979). *Transaction-cost economics: The governance of contractual relations*. Journal of Law and Economics, 22(2), 233-261. In Rousseau et al. (2014). *Contrat psychologique et organisations : comprendre les accords écrits et non-écrits*. Pearson Education France.

Wong, P. T., Weiner, B. (1981). *When people ask 'why' questions, and the heuristics of attributional search*. Journal of Personality and Social Psychology 40(4), 650.

---

Y

---

Yeaton, K. (2008). *Recruiting and Managing the 'Why?' Generation: Gen Y*. CPA Journal, 78(4), 68-72.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods, Second Edition*, SAGE Publications.

## TABLE DES TABLEAUX

<b>Tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
N° 1	Établissements de santé avec capacité d'hospitalisation par catégorie	49
N° 2	L'évolution des quotas d'étudiants à admettre depuis 1995	59
N° 3	Les quatre formes élémentaires de contrat	68
N° 4	La théorie de l'échange social	77
N° 5 a	La norme de réciprocité selon Gouldner	79
N° 5 b	La norme de réciprocité selon Sahlins	80
N° 6	Les éléments constitutifs de l'engagement organisationnel individuel	84
N° 7	Contrats transactionnel et relationnel selon De Vos	100
N° 8	Les définitions des dimensions du contrat psychologique	104
N° 9	Les éléments constitutifs du contrat psychologique	127
N° 10	Distinction entre les approches qualitatives et quantitatives	135
N° 11	Les différents types d'étude de cas	139
N° 12	Répartition des individus de la cohorte en fonction de leur IFSI formateur	142
N° 13	Les spécificités supposées de la génération Y	145
N° 14	Le type idéal de la génération Y confronté aux résultats de l'enquête	147
N° 15	Les temps de rencontre avec les infirmiers et leurs recruteurs	160
N° 16	Les caractéristiques de la cohorte	163
N° 17	La durée de chaque entretien avec les individus de la cohorte	164
N° 18	La durée de chaque entretien avec les recruteurs	165
N° 19	Les structures et les recruteurs de la cohorte	170
N° 20	La table du Khi <sup>2</sup>	174
N° 21	Les caractéristiques du contrat psychologique idéologique des infirmiers de la cohorte	352

## TABLE DES FIGURES

<b>Figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
N° 1	Le processus de financement des actes de soin	40
N° 2	Evolution de la logique de financement suite au passage à la T2A	41
N° 3	Le processus d'échanges interactifs de contributions et de rétributions de Schein	76
N° 4	Le développement du contrat psychologique d'un individu selon Rousseau	83
N° 5	Les processus cognitifs à l'œuvre dans la formation du contrat psychologique.	93
N° 6	Dynamique du scénario contractuel du jeune infirmier	94
N° 7	Niveaux de signification liée à la relation d'emploi	98
N° 8	Le développement de la violation du contrat psychologique selon Morrison et Robinson	106
N° 9	Schéma de la rupture et de la violation du contrat psychologique idéologique	117
N° 10	Exemple d'analyse factorielle des correspondances	175
N° 11	Les résultats de la CDH	190
N° 12	Le nuage de mots de la <b>classe 1</b>	192
N° 13	Le nuage de mots de la <b>classe 2</b>	195
N° 14	Le nuage de mots de la <b>classe 3</b>	199
N° 15	Le nuage de mots de la <b>classe 4</b>	202
N° 16	L'analyse factorielle des correspondances du T1	204
N° 17	CDH des entretiens recruteurs	208
N° 18	Le nuage de mots de la <b>classe 5</b>	209
N° 19	Le nuage de mots de la <b>classe 3</b>	211
N° 20	Le nuage de mots de la <b>classe 4</b>	213
N° 21	Le nuage de mots de la <b>classe 1</b>	216
N° 22	Le nuage de mots de la <b>classe 2</b>	218
N° 23	L'AFC des entretiens des recruteurs (AFC pour les cinq classes)	222
N° 24	CDH des entretiens T2 (un mois après embauche)	224
N° 25	Le nuage de mots de la <b>classe 4</b>	225
N° 26	Le nuage de mots de la <b>classe 3</b>	229
N° 27	Le nuage de mots de la <b>classe 2</b>	232
N° 28	Le nuage de mots de la <b>classe 1</b>	235
N° 29	AFC du discours du T2 (AFC sur les 4 classes)	240
N° 30	La CDH des entretiens du T3	245
N° 31	Le nuage de mots de la <b>classe 3</b>	246
N° 32	Le nuage de mots de la <b>classe 1</b>	249
N° 33	Le nuage de mots de la <b>classe 2</b>	250
N° 34	L'analyse factorielle des correspondances du T3 (AFC sur les trois classes)	256
N° 35	La CDH des entretiens au T4	258
N° 36	La CDH des entretiens au T4	259
N° 37	Le nuage de mots de la <b>classe 1</b>	263

N° 38	Le nuage de mots de la classe 3	266
N° 39	L'analyse factorielle des correspondances du T4 (sur les trois classes)	269
N° 40	Résultats de la CDH au Temps 5	273
N° 41	Le nuage de mots de la classe 2	275
N° 42	Le nuage de mots de la classe 3	278
N° 43	Le nuage de mots de la classe 4	280
N° 44	Le nuage de mots de la classe 5	283
N° 45	Graphe du mot « apprendre » lors du T5	286
N° 46	Graphe du mot « apprendre » lors du T2	287
N° 47	Le nuage de mots de la classe 1	289
N° 48	L'analyse factorielle des correspondances du T5 (AFC sur les cinq classes)	293
N° 49	Le processus de formation du contrat psychologique idéologique anticipatoire	337
N° 50	La dynamique de la confiance organisationnelle dans le milieu du soin	347
N° 51	La dynamique du contrat psychologique	351

## TABLE DES PHOTOS



<b>Photos</b>	<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
<b>N° 1</b>	L'entrée de l'établissement	297
<b>N° 2</b>	Arcades donnant accès aux différents services de soins	297
<b>N° 3</b>	Arcades donnant accès aux bâtiments administratifs	298
<b>N° 4</b>	Des espaces paysagers	298
<b>N° 5</b>	Les bâtiments administratifs	299
<b>N° 6</b>	L'entrée des services de soins des individus n° 1 et n° 38	300
<b>N° 7 a</b>	La partie du couloir donnant accès aux chambres des patients	301
<b>N° 7 b</b>	La partie du couloir donnant accès à la salle de restauration et à l'étage supérieur	302
<b>N° 8</b>	Le bureau infirmier	303
<b>N° 9</b>	Note de service pour les accompagnements au tribunal de grande instance	315
<b>N° 10</b>	Le planning de travail infirmier	317
<b>N° 11 a</b>	Les contentions	320
<b>N° 11 b</b>	Les aimants	320
<b>N° 12</b>	Le stockage des médicaments	321
<b>N° 13</b>	Le local matériel	321

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>13</b>
LE CONCEPT CENTRAL : LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	16
LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	19
LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	20
LES INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE .....	22
<b>PARTIE 1 : CONTEXTE, CADRAGE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ...</b>	<b>24</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES TRANSFORMATIONS DU MANAGEMENT SANITAIRE ET SES</b>	
<b>RÉPERCUSSIONS SUR LES SOIGNANTS .....</b>	<b>26</b>
1.1 LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : PERSPECTIVE HISTORIQUE.....	28
1.1.1 <i>L'histoire de l'hôpital français</i> .....	28
1.1.2 <i>Les premières difficultés financières et les premières tentatives de réformes</i> .....	29
1.1.3 <i>D'une gestion hospitalière nationale à une gestion communale</i> .....	30
1.1.4 <i>La naissance du service public</i> .....	31
1.1.5 <i>L'hôpital au XX<sup>e</sup> siècle</i> .....	31
1.1.6 <i>Du début du siècle à aujourd'hui, une succession de réformes hospitalières</i> .....	33
1.1.7 <i>Le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI)</i> .....	36
1.1.8 <i>Les ordonnances hospitalières du 24 avril 1996</i> .....	37
1.1.9 <i>Le plan « Hôpital 2007 » et la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)</i> .....	39
1.1.10 <i>Le plan « Hôpital 2012 »</i> .....	43
1.1.11 <i>Le cas particulier des services de soins de suite et de réadaptation et celui de la psychiatrie</i> .....	44
1.1.12 <i>Le Schéma régional d'organisation sanitaire et la création des agences régionales de santé (ARS)</i> .....	45
1.1.13 <i>La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)</i> .....	46
1.1.14 <i>Les offres de soins du secteur privé</i> .....	48
1.1.15 <i>Les perspectives</i> .....	50
1.2 LE RÉSUMÉ DE LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	52
1.3 L'INFIRMIER(ÈRE) : « PIÈCE » MAÎTRESSE DANS L'ORGANISATION DES SOINS .....	53
1.3.1 <i>L'historique de la profession infirmière</i> .....	53
1.3.2 <i>La création du diplôme et sa reconnaissance</i> .....	54
1.3.3 <i>L'infirmière contemporaine</i> .....	56
1.4 LA FORMATION INFIRMIÈRE .....	57
1.4.1 <i>La réforme des études infirmières</i> .....	57
1.4.2 <i>La formation initiale</i> .....	58
1.4.3 <i>La formation continue</i> .....	60
1.4.4 <i>Les perspectives</i> .....	60
1.5 L'AUGMENTATION CONTINUE DES CONTRAINTES EN STRUCTURES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES .....	61
1.6 LE RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE .....	62
<b>CHAPITRE 2 : LA PLACE DU CONTRAT DANS LA RELATION D'EMPLOI.....</b>	<b>65</b>
2.1 QUELS TYPES DE CONTRAT UNISSENT LES PROFESSIONNELS À LEURS EMPLOYEURS ? .....	67
2.1.1 <i>Le contrat psychologique</i> .....	68
2.1.2 <i>Le quasi-contrat, ou contrat implicite</i> .....	69
2.1.3 <i>Le contrat normatif, ou contrat de groupe</i> .....	69
2.1.4 <i>Le contrat social</i> .....	71
2.2 LA RELATION D'EMPLOI : DE MULTIPLES APPROCHES .....	71
2.2.1 <i>Les apports de la théorie de l'échange social</i> .....	74
2.2.2 <i>La théorie de l'échange social et le contrat psychologique</i> .....	81
2.2.3 <i>Les limites actuelles de la recherche sur le contrat psychologique</i> .....	81
2.2.4 <i>Les possibles confusions autour du contrat psychologique</i> .....	82
<b>CHAPITRE 3 : LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>86</b>
3.1 L'ORIGINE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	88
3.2 LA FORMATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	91
3.2.1 <i>Le contrat psychologique anticipatoire</i> .....	91
3.2.2 <i>La phase de rencontre</i> .....	93

3.2.3	<i>La phase d'acquisition</i> .....	95
3.3	LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE, SCHEMA MENTAL DE LA RELATION D'EMPLOI.....	97
3.3.1	<i>La mesure des caractéristiques du contrat psychologique</i> .....	101
3.4	LA RUPTURE ET LA VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE.....	105
3.4.1	<i>La renonciation</i> .....	106
3.4.2	<i>L'incongruence</i> .....	107
3.4.3	<i>La complexité et l'ambiguïté des obligations</i> .....	108
3.4.4	<i>La communication</i> .....	109
3.4.5	<i>La saillance</i> .....	109
3.4.6	<i>La vigilance</i> .....	110
3.4.7	<i>L'incertitude</i> .....	110
3.4.8	<i>La nature de la relation</i> .....	110
3.4.9	<i>Les coûts perçus</i> .....	111
3.4.10	<i>Le processus de comparaison</i> .....	112
3.4.11	<i>Le processus d'interprétation</i> .....	113
3.4.12	<i>Le cas de la rupture et de la violation du contrat psychologique idéologique</i> .....	116
3.5	IMPACTS DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET LES CONSÉQUENCES D'UNE RUPTURE ET D'UNE VIOLATION ...	119
3.5.1	<i>Les conséquences d'une rupture et d'une violation du contrat psychologique</i> .....	120
3.5.2	<i>Le lien entre contrat psychologique et OCB</i> .....	121
3.5.3	<i>Les conséquences d'une violation du contrat psychologique</i> .....	122
3.5.4	<i>Le dépassement des promesses</i> .....	123
3.6	LA REDÉFINITION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE À L'HEURE ACTUELLE .....	124
3.7	LES VOIES DE RECHERCHE SUR LE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE .....	129
<b>CHAPITRE 4 : LA MÉTHODOLOGIE DE LA THÈSE .....</b>		<b>131</b>
4.1	LE CHOIX D'UNE MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE .....	133
4.1.1	<i>La démarche de recherche</i> .....	136
4.1.2	<i>L'étude de cas</i> .....	138
4.1.3	<i>Le suivi longitudinal d'une cohorte</i> .....	140
4.1.4	<i>La collecte des données : une triangulation</i> .....	149
4.1.4.3	<i>Les entretiens : une double perspective, de l'employé à l'employeur</i> .....	155
4.2	PRÉSENTATION DES TERRAINS DE RECHERCHE INVESTIGUÉS .....	161
4.2.1	<i>La présentation de la cohorte</i> .....	161
4.2.2	<i>La présentation des recruteurs et de leurs établissements</i> .....	165
4.3	L'ANALYSE DES DONNÉES .....	170
4.3.1	<i>L'utilisation d'un logiciel d'analyse de données textuelles (ADT)</i> .....	170
4.3.2	<i>Les origines de l'analyse des données textuelles</i> .....	171
4.3.3	<i>L'analyse factorielle des correspondances (AFC)</i> .....	172
4.3.4	<i>Le logiciel IRaMuTeQ</i> .....	178
4.3.5	<i>Les limites de l'utilisation de la statistique textuelle</i> .....	179
4.3.6	<i>Les paramétrages des corpus</i> .....	179
4.4	LES VALIDITÉS INTERNE ET EXTERNE DES RÉSULTATS.....	180
4.4.1	<i>La validité interne</i> .....	180
4.4.2	<i>La validité externe</i> .....	181
<b>PARTIE 2 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ET DISCUSSION .....</b>		<b>183</b>
<b>CHAPITRE 5 : DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ANTICIPATOIRE AU VÉCU DES PREMIERS MOIS.....</b>		<b>185</b>
5.1	L'ANALYSE DOCUMENTAIRE .....	186
5.1.1	<i>Le cas « RCHU1 »</i> .....	188
5.1.2	<i>Le journal de bord</i> .....	188
5.1.3	<i>Le résumé de l'analyse documentaire</i> .....	188
5.2	L'ANALYSE DES PREMIERS ENTRETIENS (T1).....	190
5.3	LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T1 ».....	204
5.4	L'ANALYSE DES ENTRETIENS DES RECRUTEURS.....	208
5.5	LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS « RECRUTEURS » .....	221
5.6	L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T2 ».....	224
5.7	LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T2 ».....	238
5.8	LES CONTRATS DE TRAVAIL DES JEUNES INFIRMIERS .....	241
5.9	L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T3 ».....	245

5.10 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T3 ».....	254
<b>CHAPITRE 6 : DE L'ADAPTATION À LA STABILISATION DU CONTRAT.....</b>	<b>257</b>
6.1 L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T4 ».....	258
6.2 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T4 ».....	268
6.3 L'ANALYSE DES ENTRETIENS « T5 ».....	273
6.4 LE RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DU « T5 ».....	291
<b>CHAPITRE 7 : L'ÉCLAIRAGE COMPLÉMENTAIRE APPORTÉ PAR L'OBSERVATION (RÉALISÉE APRÈS LE T4).....</b>	<b>294</b>
7.1 L'OBSERVATION <i>IN SITU</i> .....	296
7.1.1 <i>L'environnement architectural et humain</i> .....	297
7.1.2 <i>Les unités de soins des individus n° 1 et n° 38</i> .....	299
7.2 L'OBSERVATION DE L'INDIVIDU N° 1.....	302
7.2.1 <i>La relation avec le cadre</i> .....	304
7.2.2 <i>Les relations avec les infirmiers</i> .....	305
7.2.3 <i>La relation avec les aides-soignants</i> .....	306
7.2.4 <i>La relation avec les collègues infirmiers</i> .....	307
7.2.5 <i>La relation avec les patients</i> .....	309
7.3 LE RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE L'INDIVIDU N° 1.....	311
7.4 L'OBSERVATION DE L'INDIVIDU N° 38.....	312
7.4.1 <i>La relation avec les patients</i> .....	312
7.4.2 <i>La relation avec les aides-soignants</i> .....	314
7.4.3 <i>La relation avec le cadre de santé et l'organisation du travail</i> .....	316
7.4.4 <i>La relation avec les pairs infirmiers</i> .....	322
7.5 LE RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE L'INFIRMIÈRE N° 38.....	325
7.6 RÉSUMÉ GLOBAL DE L'OBSERVATION DANS L'ÉTABLISSEMENT « EPSM3 ».....	326
<b>CHAPITRE 8 : DISCUSSION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>330</b>
8.1 LES PRINCIPAUX APPORTS THÉORIQUES.....	332
8.1.1 <i>La nature du contrat psychologique des infirmiers de la cohorte</i> .....	338
8.1.2 <i>Du contrat psychologique anticipatoire au contrat psychologique</i> .....	340
8.1.3 <i>Le cas de la rupture du contrat psychologique idéologique</i> .....	345
8.1.4 <i>La stabilisation du contrat psychologique et l'identité de l'employeur</i> .....	350
8.2 LES PRINCIPAUX APPORTS EMPIRIQUES.....	352
8.2.1 <i>Le rôle de l'encadrement de proximité et de l'employeur</i> .....	354
8.2.2 <i>L'attractivité et la fidélisation organisationnelle</i> .....	357
8.2.3 <i>Le contrat psychologique et la socialisation organisationnelle</i> .....	358
8.3 LES PRINCIPAUX APPORTS MÉTHODOLOGIQUES.....	360
8.4 LES LIMITES ET LES PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE.....	360
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>363</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>375</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>398</b>
<b>TABLE DES FIGURES.....</b>	<b>400</b>
<b>TABLE DES PHOTOS.....</b>	<b>403</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>405</b>



# Thèse de Doctorat

Laurent LAMARGOT

## L'évolution du contrat psychologique d'une cohorte de jeunes professionnels infirmiers en France : une étude de cas longitudinale.

The evolution of the psychological contract of a cohort of young skilled nurses in France: a longitudinal case study.

### Résumé

Le secteur de la santé connaît depuis plusieurs décennies une transformation continue qui contribue à la perte de repères des soignants et qui affecte leur relation d'emploi. La thèse examine cette dernière au travers du concept de contrat psychologique. S'inscrivant dans les voies de recherche suggérées par la littérature qui soulignent la focalisation des travaux sur les conséquences de la rupture et de la violation de contrat psychologique au détriment de sa formation et de sa dynamique, ce travail doctoral propose d'apporter une contribution sur ces aspects moins étudiés par le biais d'une approche qualitative longitudinale. Ainsi, nous avons réalisé une étude de cas, sur une période d'une année, auprès d'une cohorte de 40 infirmiers venant d'être diplômés et ayant été recrutés dans 18 établissements sanitaires répartis sur le territoire français. La réciprocité du contrat est également étudiée du point de vue des représentants de la direction. Les données issues des 219 entretiens réalisés ont été complétées par des observations et une analyse documentaire. Sur le plan théorique, la démarche adoptée permet de comprendre la dynamique du contrat psychologique et d'en proposer une modélisation, de sa formation anticipée, lors des études infirmières, jusqu'à sa stabilisation après une année d'activité professionnelle dans un service de soins. Sur le plan managérial, ce travail élabore des pistes de réflexion pour la construction d'une relation d'emploi durable et satisfaisante entre structure hospitalière et membres soignants.

### Mots clés :

Secteur de la santé, hôpital, infirmier, contrat psychologique, contrat psychologique anticipatoire, contrat psychologique idéologique, étude de cas longitudinale.

### Abstract

The health sector has experienced many changes over the last decades which entails a loss of caregivers' bearings affecting their employment relationship. This thesis is placed along the avenues of research suggested by the literature which highlight the focus put on the consequences of the breach and violation of the psychological contract, neglecting its construction and dynamics. This doctoral work is intended to be a contribution to these less studied aspects through a longitudinal qualitative approach. A year-long case study was carried out with a cohort of 40 newly-graduated nurses who were recruited in 18 French health facilities nationally. The reciprocity of the contract is also considered from the perspective of the management representatives. The data resulting from 219 interviews conducted were complemented with observations and documentary analysis. On the theoretical level, the approach adopted enables the dynamics of the psychological contract to be understood and a model to be proposed; from the anticipated creation, during nursing studies, up to a stabilized phase after a year of professional activity in a care service. On the managerial level, this work suggests possible reasoning for the construction of a sustainable and satisfying employment relationship between the hospital structure and caregivers.

### Keywords:

Health sector, hospital, nurse, psychological contract, anticipatory psychological contract, ideological psychological contract, longitudinal case study.

## Thèse de Doctorat

Laurent LAMARGOT

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du  
grade de Docteur de l'Université d'Angers  
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

École doctorale : *DEGEST*  
Discipline : *Sciences de Gestion*  
Spécialité : *Sciences de Gestion*  
Unité de recherche : *GRANEM*

ANNEXES

Présentée et soutenue le *21 novembre 2016*

# L'évolution du contrat psychologique d'une cohorte de jeunes professionnels infirmiers en France : une étude de cas longitudinale.

## JURY

Rapporteurs : **Emmanuel ABORD DE CHATILLON**, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes  
**Nathalie COMMEIRAS**, Professeure des Universités, Université de Montpellier

Examineurs : **Mathieu DETCHESSAHAR**, Professeur des Universités, Université de Nantes  
**Régis DUMOULIN**, Professeur des Universités, Université d'Angers  
**Anne SACHET-MILLIAT**, Professeure, HDR, ISC Paris

Invitée : **Anne METZINGER**, Directrice Adjointe, DRCI, Hospices Civils de Lyon

Directrice de Thèse : **Dominique PEYRAT-GUILLARD**, Professeure des Universités, Université d'Angers





## Table des matières

Annexes.....	5
Annexe n°1.....	6
Le contrat de travail type dans le secteur public.....	7
Annexe n°2.....	10
Le contrat de travail type dans le secteur privé.....	11
Annexe n°3.....	16
Suivi de l'individu n°1, sur une journée de travail (de 6 h 45 à 15 h 10).....	17
Annexe n°4.....	49
Suivi de l'individu n°38, sur une journée de travail (6 h 45-14 h 36).....	50
Annexe n°5.....	74
Les carnets de bords de la cohorte (textes recensés sans modifications).....	75
Annexe n°6.....	101
Le guide d'entretien semi-directif « T1 ».....	102
Annexe n°7.....	106
Le guide d'entretien semi-directif « Recruteur ».....	107
Annexe n°8.....	110
Le guide d'entretien semi-directif « T2 ».....	111
Annexe n°9.....	115
Le guide d'entretien semi-directif « T3 ».....	116
Annexe n°10.....	119
Le guide d'entretien semi-directif « T4 ».....	120
Annexe n°11.....	123
Le guide d'entretien semi-directif « T5 ».....	124



# Annexes

# Annexe n°1

# Le contrat de travail type dans le secteur public

## Direction des Ressources Humaines

Madame

Matricule : Dossier :  
Affectation :

### Contrat de travail à durée déterminée

Vu le code de la santé publique,  
Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires,  
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière,  
Vu le décret n° 91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986,

Entre les soussignés :

d'une part,

**Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier**

et d'autre part,

**Madame**

n° de sécurité Sociale :

#### Il est convenu ce qui suit :

#### **Article 1 – MOTIF DU CONTRAT**

Madame est recrutée au Centre Hospitalier en qualité d'Infirmier en soins généraux 1er grade ISGS contractuel(le) de catégorie A afin d'assurer un remplacement momentané, en application de l'article 9-1-I de la loi n° 86.33 du 09 janvier 1986 susvisée.

#### **Article 2 – DUREE**

Le contrat est conclu pour une durée déterminée du jusqu'au inclus (congés annuels inclus). Le présent contrat cessera de plein droit à la date mentionnée dans le présent article sans qu'un congé quelconque en cours puisse entraîner le report de cette date.

#### **Article 3 – CONDITIONS D'EMPLOI**

Madame exerce ses fonctions sur un emploi à temps non complet à raison de 080 % des obligations horaires hebdomadaires (en référence à la base légale de 35 heures), au Centre Hospitalier

Toute modification de la quotité de temps de travail devra faire l'objet d'un avenant au présent contrat de travail. Elle a les mêmes obligations qu'un agent fonctionnaire du même grade participant au service public hospitalier.

#### **Article 4 – REMUNERATION**

Madame est rémunérée à l'indice majoré 0349, au prorata du temps travaillé (080/100). Elle perçoit, le cas échéant, le supplément familial de traitement, et les primes ou indemnités listées ci-dessous\* étendues au personnel contractuel, afférentes à son grade et/ou à son statut, et/ou à ses fonctions, et/ou à son affectation. Toute modification de la rémunération devra faire l'objet d'un avenant au présent contrat de travail.

#### **Article 5 – DROITS DE L'AGENT**

##### 5.1 Protection sociale

La réglementation du régime général de sécurité sociale ainsi que celle relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles sont applicables.

En cas d'arrêt de travail, Madame devra adresser, dans les 48 heures, le dernier volet à la Direction des Ressources Humaines. Les deux premiers volets seront à transmettre à la CPAM.

Elle devra également prévenir, de son absence, son responsable de service sans délai.

## 5.2 Retraite

Madame est affiliée à l'Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités Locales ( I.R.C.A.N.T.E.C.)

## 5.3 Droits à congés

Madame / bénéficie des congés applicables aux agents contractuels conformément aux dispositions du décret n°91-155 du 6 février 1991.

## Article 6 – OBLIGATIONS

Madame est soumise aux obligations prévues par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et notamment : principe d'obéissance hiérarchique, secret et discrétion professionnels et principe de non cumul d'activité.

## Article 7 – DISCIPLINE

Le régime disciplinaire applicable à l'agent est celui défini par les articles 39 et 40 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 susvisé.

## Article 8 – FIN DE CONTRAT : LICENCIEMENT - DEMISSION

### 8.1 Licenciement

En cas de licenciement des agents dont le contrat à durée déterminée est rompu avant le terme fixé, l'employeur doit respecter un préavis de :

- huit jours pour les agents qui ont moins de six mois de services.
- un mois pour ceux qui ont au moins six mois et au plus deux ans de services.
- deux mois pour ceux qui ont au moins deux ans de services.

Le préavis n'est pas dû en cas de licenciement prononcé soit à titre de sanction disciplinaire, soit pour inaptitude physique, soit à la suite d'un congé sans traitement d'une durée égale ou supérieure à un mois, soit au cours ou à l'expiration d'une période d'essai.

### 8.2 Faute grave

En cas de faute grave dans l'exercice de ses fonctions, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit entachant la moralité, l'agent est licencié sans préavis ni indemnité après communication des éléments de son dossier dans les conditions légales.

### 8.3 Démission

L'agent informe l'autorité signataire du contrat de son intention de démissionner par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

L'agent est tenu, dans ce cas, de respecter un préavis dont la durée est identique à celle prévue à l'article 8.1 du présent contrat.

## Article 9 – PERIODE D'ESSAI

La durée initiale de la période d'essai est fixée à raison d'un jour ouvré par semaine de durée de contrat, dans la limite de :

- trois semaines lorsque la durée initialement prévue au contrat est au plus égale à six mois ;
- un mois lorsque la durée initialement prévue au contrat est au plus égale à un an ;
- deux mois lorsque la durée initialement prévue au contrat est au plus égale à deux ans ;
- trois mois lorsque la durée initialement prévue au contrat est supérieur à deux ans.


Aucune durée de préavis n'est requise lorsque la décision de mettre fin au contrat intervient en cours ou à l'expiration de la période d'essai.

## Article 10 – VOIE DE RECOURS

Le présent contrat est susceptible d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes, à compter de sa signature.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Madame

Pour Le Directeur Général et par déléguation, 

### Destinataires :

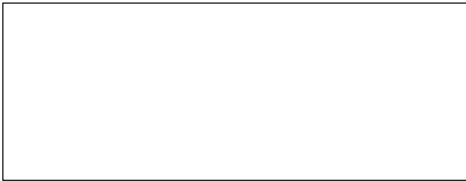
- Trésorerie - Dossier - Chrono - Intéressée

* <ul style="list-style-type: none"><li>. Prime de sujétion</li><li>. Prime forfaitaire</li><li>. Prime spécifique</li><li>. Garantie individuelle du pouvoir d'achat</li><li>. Indemnité de chaussures</li><li>. Indemnité travail intensif de nuit</li><li>. Indemnité forfaitaire de risques</li><li>. Indemnité forfaitaire de dimanche &amp; férié</li><li>. Astreinte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Prime de 1<sup>ère</sup> catégorie</li><li>. Prime de 2<sup>ème</sup> catégorie</li><li>. Prime de 3<sup>ème</sup> catégorie</li><li>. Indemnité de membre de jury</li><li>. Prime de laboratoire</li><li>. Indemnité de sujétion spéciale</li><li>. Indemnité horaire pour travaux supplémentaires</li><li>. Indemnité différentielle de traitement</li><li>. Prime spécifique début de carrière</li></ul>
---	---



# Annexe n°2

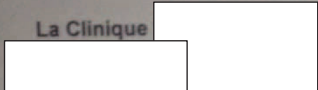
# Le contrat de travail type dans le secteur privé



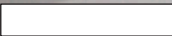
# CONTRAT DE TRAVAIL A DUREE DETERMINEE

Entre les soussignées

La Clinique



Représentée par  
Agissant en qualité de Directeur Général,



D'une part,

Et



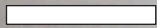
N° SS : 2



Demeurant



Née le



de nationalité Française

A RENNES (35)

D'autre part,

DUE 6006A

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

1/4

CC



### **ARTICLE 1 – Engagement**

La salariée est recrutée par la Clinique , aux termes du présent contrat de travail, sous réserve des résultats à la visite médicale d'embauche, en qualité d'**Infirmière**

La salariée exercera ses fonctions sur le site de la Clinique à l'adresse indiquée ci-dessus.

Cet emploi relève de la classification suivante :

**Position II Filière Soignante Niveau A Groupe T Coefficient 246**

Le présent contrat sera régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur, par la Convention Collective Unique du 18 avril 2002 et les accords collectifs en vigueur dans l'entreprise.

### **ARTICLE 2 – Durée et objet du contrat**

Le présent contrat est accepté pour une durée déterminée du **AU**

Le présent contrat est conclu pour formation au service de pré-anesthésie du puis remplacement des salariés absents pour congés payés :

- du 13 juillet au 2 août 2013 : remplacement de Mme infirmière absente pour congés
- du 3 au 23 août 2013 : remplacement de infirmière absente pour congés.

Le contrat prendra automatiquement fin à l'échéance du terme prévu, toutefois il pourra être renouvelé par accord écrit des parties.

### **ARTICLE 3 – Attributions**

La salariée réalisera des soins infirmiers, afin de maintenir ou restaurer la santé de la personne et l'accompagner, qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

### **ARTICLE 4 – Horaires de travail**

Le présent contrat est conclu et accepté pour un horaire de travail de 35 heures par semaine en moyenne, conformément au planning en vigueur.

La salariée pourra être amenée à effectuer des heures supplémentaires à la demande de la Direction qui seront rémunérées conformément aux dispositions légales et conventionnelles en vigueur.

### **ARTICLE 5 – Rémunération**

En contrepartie de l'accomplissement de ses fonctions, la salariée percevra un salaire fixe mensuel brut de **1848.89 €** pour 151.67 heures de travail versé à chaque mois échu.

Par ailleurs, la salariée bénéficiera des autres éléments de rémunération en vigueur, conformément aux dispositions des accords collectifs d'entreprise.

Pour toute heure effectuée en plus du roulement, une majoration sera accordée et calculée conformément aux dispositions légales et conventionnelles en vigueur sur demande du salarié et en fin de roulement.

A la fin du contrat, une indemnité de précarité égale à 10 % de la rémunération totale brute sera versée, sauf dans les cas prévus par la législation en vigueur.

#### **ARTICLE 6 – Obligations professionnelles**

La salariée s'engage expressément :

- A respecter les règles professionnelles concernant son activité.
- A observer toutes les instructions et consignes particulières de travail qui lui seront données et à conserver le secret professionnel le plus absolu sur tous les éléments de son activité.
- A avertir sans délai son responsable hiérarchique de toutes difficultés pouvant intervenir avec les personnes qui fréquentent l'établissement.
- A accomplir toute formation.

#### **ARTICLE 7 – Clause de discrétion**

La salariée est engagée en tant qu'**infirmière** et, de ce fait, aura accès à certaines informations à caractère confidentiel. Quelque soit le domaine concerné par ces informations, la salariée s'engage à observer la plus grande discrétion et à garder pour elle toutes les informations dont elle aura connaissance directement ou indirectement.

Dans le cadre de cette obligation de discrétion, la salariée s'engage à ne divulguer aucune information médicale concernant les patients hospitalisés à la Clinique [ ]. De même, la salariée s'engage à ne sortir aucun document de la société, sur papier, support informatique ou tout autre support, sauf autorisation expresse de l'employeur.

Cette obligation de discrétion joue à l'égard de tous les tiers et des salariés de l'entreprise.

Elle s'appliquera pendant toute la durée du contrat de travail et se prolongera après la rupture de celui-ci, pour quelque motif que ce soit.

La violation de cette obligation lorsque le contrat est en cours serait constitutive d'une faute lourde. En cas de violation de cette obligation à l'issue de la rupture du contrat, quelque soit l'origine de la rupture, l'entreprise se garde le droit d'intenter toute action en justice à l'encontre de la salariée et pourra réclamer le paiement de dommages et intérêts.

#### **ARTICLE 8 – Avantages sociaux**

La Clinique informe la salariée qu'elle sera affiliée à la Caisse de retraite complémentaire Caisse du Groupe [ ]. La salariée bénéficiera également du régime de prévoyance géré par [ ].



**Article 9 – Dispositions diverses.**

La salariée s'engage à faire connaître, sans délai, tout changement qui interviendrait dans sa situation, concernant son adresse, situation de famille, etc.


La salariée s'engage à informer préalablement l'employeur de tout contrat de travail conclu avec un autre employeur et de la durée prévue pour ce contrat.

La salariée reconnaît avoir pris connaissance des accords collectifs d'entreprise en vigueur et du règlement intérieur et s'engage à s'y conformer.

Fait à  
Le 4 juillet 2013

**LA SALARIEE**

(Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé »)

*Lu et approuvé*  


*Lu*

# Annexe n°3

Suivi de l'individu n°1, sur une journée  
de travail (de 6 h 45 à 15 h 10)



Horaires	Évènements	Commentaires et analyses
6 h 30	Notre arrivée dans le service, 15 minutes avant le début du temps de transmissions.	
6 h 35	L'infirmier n°1 appelle dans le service. Il a eu une panne d'oreiller et arrivera en retard. En discutant avec son collègue de nuit, il s'avère que, d'après ses dires, l'infirmier concerné n'est jamais en retard. « Il est très gentil et toujours à l'heure »	
6 h 55	Arrivée de l'infirmière de jour de retour de congé maternité. Elle sera le binôme de la matinée de l'infirmier n°1. Le collègue infirmier de nuit ne semble pas surpris du retard de l'infirmière. Retard pour lequel elle n'avait pas prévenu.	En retard de 10 minutes, sans excuses ni explications. Habitude dans ce service ?
6 h 58	Début des transmissions. L'infirmier de nuit ne connaît pas l'anamnèse des patients et ne connaît que très superficiellement leur motif d'admission... quand il s'en souvient. L'infirmière, elle, de retour de congé maternité, découvre les problématiques de santé des patients.	L'infirmier de nuit n'a aucune connaissance des patients tant au niveau de l'anamnèse que du motif d'hospitalisation.
7 h 05	« <i>Il est en HO j'espère</i> » dit l'infirmière à son collègue de nuit.	L'appellation de la modalité d'hospitalisation HO, pour hospitalisation d'office, n'existe plus depuis 3 ans. Cette appellation HO a été remplacée par ADRE, SPDRE ou SDRE, pour « Admission en Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ».
7 h 08	L'infirmier de nuit dit « <i>elle est là depuis trois jours, je ne sais pas pourquoi elle est là</i> »	La curiosité professionnelle ainsi que la conscience professionnelle de cet infirmier posent question. Comment est-il possible de prendre en charge un patient durant 3 nuits, soit 30 heures, sans rien savoir de lui ?
7 h 10	L'infirmier de nuit dit « <i>c'est un OH<sup>1</sup> je pense</i> ».	Aucune connaissance du motif d'hospitalisation des patients qui

<sup>1</sup> OH pour alcoolique

		<p>lui sont confiés. Donc par conséquent, la surveillance et les soins à apporter spécifiques ne peuvent être réalisés de façon pertinente.</p>
7 h 14	<p>Arrivée de l'infirmier n°1 avec 29 minutes de retard. Ses collègues de nuit et de jour lui font un bon accueil. Pour se saluer, ils se font la bise.</p>	<p>Retard d'une demi-heure. Cette demi-heure ne sera consignée ni sur le planning individuel, ni sur le planning collectif du service. Le salut entre collègues ayant cours indique une certaine proximité des professionnels soignants. En règle générale, rares sont les services de soins où l'on se salue en se faisant la bise.</p>
7 h 15	<p>Suite et fin des transmissions. C'est l'infirmier n°1 qui donne des informations sur les patients à l'infirmier de nuit et à sa collègue du jour. Connaissance pointue des patients cités.</p>	<p>L'infirmier n°1 possède une connaissance pointue des anamnèses et des motifs d'hospitalisation des patients du service. Nous retenons de ces 45 premières minutes le peu de professionnalisme du collègue de nuit. Et ceci tant du point du comportement que de la clinique infirmière.</p>
7 h 16	<p>Les deux infirmiers de la matinée échangent par rapport aux frais qu'engendre une mise sous curatelle. L'infirmier n°1 se montre critique par rapport à cela.</p>	<p>Système de valeurs de l'infirmier pas en accord avec la marchandisation de la santé.</p>

<p><b>7 h 18</b></p>	<p>L'infirmier me dit qu'il a reçu hier, par SMS, de la part de son cadre, le code pour accéder à des blouses afin que je puisse en être équipé ce jour.</p> <p>Lorsque je lui demande s'il arrive fréquemment que son cadre communique avec lui via des SMS, il me répond que cela est exceptionnel mais que ce n'est pas dérangeant car « <i>il ne le fait pas pour un changement d'horaire ou quoi</i> », « <i>une fois, il le faisait pour être sûr que je n'avais pas eu de souci en fin de journée</i> ». « <i>De façon générale, il compte sur moi et moi je compte sur lui</i> ». « <i>Ah si, il y avait aussi eu la fois où il m'avait envoyé un SMS pour me donner une journée de congé en plus</i> ».</p>	<p>L'infirmier accepte de bon gré que son cadre de santé puisse le contacter via des SMS sur son temps personnel.</p> <p>Au regard de cet événement, l'individu n°1 laisse apparaître une étendue du contrat psychologique plutôt perméable. Il se dégage également une notion d'interdépendance entre l'infirmier n°1 et son cadre. De plus, l'infirmier semble développer une symétrie de l'échange (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004) qu'il considère, pour l'instant, comme équilibrée avec son cadre de santé.</p>
<p><b>7 h 30</b></p>	<p>Premier tour de la journée avec la collègue infirmière à côté de lui.</p> <p>L'infirmier se montre très prévenant vis-à-vis de sa collègue infirmière qui revient de congé maternité.</p>	
<p><b>7 h 31</b></p>	<p>Quelques tensions avec sa collègue et un patient en chambre d'isolement.</p> <p>Sourire et bonne humeur en sortant de cette chambre. L'infirmier réexplique les règles du service à sa collègue du fait que le patient soit contenu.</p>	<p>Le fait que la collègue ne respecte pas stricto sensu les règles de sécurité relatives à l'entrée en chambre de soins intensifs (elle y est rentrée seule) a généré une très légère tension entre les deux infirmiers.</p> <p>L'infirmier n°1 est attaché au respect des règles de sécurité, des protocoles. Nous allons par la suite de la journée de travail,</p>

		chercher à savoir d'où provient cette philosophie de travail (collègues, cadre, recruteur, formation, caractéristique personnelle, autre).
7 h 35	L'infirmière explique à l'infirmier n°1 comment bloquer l'ascenseur (pour éviter des fugues ou des échanges de toute nature entre patients de 2 services différents). C'est en effet ce que souhaitait faire l'infirmier sans penser que cela était possible.	Échanges de connaissances et complémentarité entre les deux collègues.
7 h 37	L'infirmier répond favorablement à trois sollicitations de trois patients différents, et lorsque ce n'est pas possible, pour les nouvelles sollicitations qui s'ensuivent, l'infirmier réexplique les règles de fonctionnement aux patients de façon à la fois cadrante et douce. Les patients entendent le non.	Positionnement, écoute et bienveillance de la part de l'infirmier.
7 h 43	Entretien d'aide, non programmé, avec un patient délirant. Positionnement de l'infirmier très bien. Il s'est assis à la hauteur du patient, est resté calme, empathique et rassurant.	Maîtrise certaine de l'entretien d'aide. Initiative pertinente de l'infirmier n°1.
7 h 48	L'infirmier débriefe avec sa collègue infirmière sur le patient précédent. L'infirmier explique les motifs d'admission ainsi que l'anamnèse du patient avec parfois des traits humoristiques. Ces traits humoristiques font que l'infirmière lui répond « <i>Eh bien, comme ça je ne vais pas oublier</i> ».	Capacités pédagogiques certaines. Partage d'information, de connaissances, avec ses collègues.
7 h 50	Évoque à demi-mot avec sa collègue son départ à venir du service. « <i>Ce n'est pas ma tasse de thé avec les collègues</i> ». Au cadre sup « <i>vous me proposez rien et moi, je veux me développer professionnellement.</i> » Et l'infirmière de lui répondre « <i>l'équipe de la (service du dessus) n'est pas facile non plus tu connais. Tu peux pas prendre d'initiative perso. Soit tu fais comme eux et ça te plaît pas, soit non et tu fais tes valises.</i> »	Le fonctionnement actuel des équipes soignantes semble difficile à remettre en question sans risque d'exclusion du groupe. L'individu n°1 semble avoir développé une rupture de son contrat psychologique (Morrison et Robinson (1997, 2004) du fait

		que son cadre supérieur de santé ne lui permette pas de se développer professionnellement. Par ailleurs, à ce moment de la « notre journée », il nous apparaît qu'il y aurait un lien entre le comportement de l'équipe à laquelle appartient cet infirmier et le fait que ce dernier ait le sentiment de ne pouvoir évoluer.
7 h 52	Échanges par rapport au cadre à donner à un patient en particulier. Accord entre les deux soignants sur le fait de ne pas adoucir le cadre donné.	Négociations et argumentations entre infirmiers reposant sur la clinique actuelle du patient ainsi que sur les objectifs visés du cadre de soin. Échanges soignants constructifs.
7 h 53	Projection sur l'organisation de la matinée entre infirmiers.	Organisation peu stricte du travail.
7h54	L'infirmier trace dans le dossier de soins du patient en isolement les soins qu'il lui a prodigués.	Traçabilité correcte et rigoureuse.
8 h 00	L'infirmier explique la charge de travail actuellement existante dans le service. <i>« Voilà pourquoi je pars, quand tu proposes des améliorations, on te répond, je fais comme ça depuis 10 ans ». « On a là un nouveau cadre (cadre infirmier), de nouveaux besoins, mais on ne doit rien changer, ça va être problématique. »</i>	Incompréhension et mésentente avec le cadre supérieur de santé. La rupture du contrat psychologique de l'infirmier n°1 (Morrison et Robinson, 1997, 2004) l'a conduit à effectuer les démarches pour quitter son

		service actuel (Robinson et Rousseau, 1994). L'origine de cette rupture se trouve dans le fait que le cadre supérieur de santé de l'individu n°1, d'après ce dernier, ne souhaite pas entendre les pistes d'amélioration qu'il lui propose.
8 h 04	L'infirmier n°1 va chercher un traitement manquant dans le service voisin. Bon accueil de la part du service voisin.	Collaboration entre services agréable.
8 h 05	L'infirmier n°1 explique l'intérêt de donner le traitement d'un patient en dernier, après les autres patients, à sa collègue. Et ceci, en lien avec les observations soignantes des jours précédents.	Connaissance du dossier patient. Respect des consignes collectives décidées en équipe pluriprofessionnelle.
8 h 07	L'infirmier n°1 retire les contentions d'un patient en isolement. Réfection du lit pendant que le patient est aux toilettes. L'infirmier retire les contentions seul. L'infirmier justifie le fait d'être intervenu seul de par l'exiguïté de la chambre.	Sécurité du soignant ? Respect du protocole isolement ? Douceur et prévenance de l'infirmier vis-à-vis du patient
8 h 10	Vérification par l'infirmier de la température du réfrigérateur par rapport aux traitements	Sécurité du circuit du médicament respectée sur cet aspect.
8 h 14	L'infirmière dit à son collègue qu'il lui manque du matériel pour donner les traitements aux patients. L'infirmier propose plusieurs solutions et la dépanne. Il va même jusqu'à proposer de s'occuper des gouttes pour avancer sa collègue et s'exécute. Initiative appréciée par la collègue infirmière.	Entraide et solidarité entre infirmiers. Globalement, cet infirmier fait preuve de pédagogie envers ses collègues, il se montre très aidant vis-à-vis d'eux ce qui nous

		amène à penser que sa performance extra-rôle (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996) est très satisfaisante malgré la rupture du contrat psychologique constatée (Morrison et Robinson, 1997, 2004), ce qui vient en contradiction avec les résultats de Turnley et al., 2003) qui mettent en avant une diminution des comportements de citoyenneté envers les collègues et l'organisation lorsqu'une rupture du contrat psychologique est à l'œuvre.
<b>8 h 15</b>	L'infirmier n°1 note les traitements qui lui manquaient et il projette de les récupérer dans le service voisin après.	
<b>8 h 16</b>	L'infirmier n°1 explique à sa collègue pourquoi le service connaît actuellement des problèmes d'approvisionnement en médicaments.	Connaissance des difficultés logistiques du moment.
<b>8 h 18</b>	Lorsque je lui demande si son organisation d'aujourd'hui correspond à celle de tous les jours, il me répond : « <i>Je m'organise mieux avec les intérimaires ou les nouvelles collègues qu'avec mes collègues, voire mon propre binôme.</i> »	Difficultés organisationnelles ou relationnelles ? À ce moment-là de la journée, la question se pose sans que la réponse apparaisse clairement.

<p><b>8 h 19</b></p>	<p>L'infirmier accepte de prêter un appareil à tension au service voisin.  À cette occasion, l'infirmière du service voisin parle du patient dont l'infirmier de nuit pensait qu'il avait été admis pour une problématique alcoolique. Au final, l'infirmier n°1 explique à son homologue qu'il n'en est absolument rien et explique la pathologie précise du patient.</p>	<p>Très bonne connaissance des dossiers patients.  A été écouté et entendu par sa collègue voisine.</p>
<p><b>8 h 24</b></p>	<p>L'infirmier de notre cohorte critique l'organisation du service par rapport à l'arrivée surprise d'un patient pour une injection retard. L'infirmier émet l'hypothèse que l'un de ses collègues n'a certainement pas correctement reporté la date de l'injection. L'infirmier critique également le fait qu'il injecte une nouvelle molécule qui normalement réclame une formation qu'il n'a pas suivie.</p>	<p>Cette scène met en avant le manque de rigueur que l'infirmier n°1 reproche à ses collègues infirmiers.  Cette demande de formation formulée auprès du cadre supérieur de santé fait partie des autres formations que n'a pu suivre l'infirmier n°1. Ce manque de formation en lien avec un soin quasi-quotidien lourd de responsabilité fait donc également partie des éléments à l'origine de la rupture du contrat psychologique de ce soignant (Morrison et Robinson, 1997, 2004).</p>
<p><b>8 h 25</b></p>	<p>L'infirmier n°1 explique au patient qu'il doit attendre que le médecin arrive avant de lui faire l'injection. En attendant, il lui propose un petit déjeuner. Après accord du patient, l'infirmier prévient l'agent hôtelier du service.</p>	<p>Mise en lumière une nouvelle fois de l'attitude bienveillante de l'infirmier.</p>
<p><b>8 h 27</b></p>	<p>Comme il l'avait précédemment promis à un patient qui le lui demandait, l'infirmier tient parole et l'autorise à appeler un proche via le téléphone du service.</p>	<p>Respect de la parole donnée aux patients.</p>



<p><b>8 h 30</b></p>	<p>Un patient explique mal dormir. L'infirmier entame un entretien d'explicitation. Entretien dont la synthèse sera communiquée aux médecins.</p>	<p><b>Attitude et positionnement infirmier rassurants.</b>  Globalement, jusqu'à présent, contrairement aux résultats de Turnley et Feldman (1999a), malgré la rupture du contrat psychologique à l'œuvre chez l'infirmier n°1, nous n'observons pas de négligences en lien avec ses performances in-rôle d'une part, et contrairement aux travaux de Lester et al. (2002), nous ne constatons pas non plus de performances professionnelles laissant à désirer.</p>
<p><b>8 h 35</b></p>	<p>À la fin de l'entretien, l'infirmier retrouve sa collègue à la distribution des médicaments. Il croise tous les patients du service qui le saluent tous. L'infirmier profite du fait d'être dans la salle de pharmacie pour m'expliquer que les piluliers sont rarement faits la nuit, mais plutôt le matin. Il n'y a pas d'uniformisation des pratiques sur les différents services intra du pôle.</p>	<p><b>La non uniformisation des pratiques semble peser à l'infirmier.</b></p>
<p><b>8 h 38</b></p>	<p>L'infirmier n°1 évoque sa formation où il a été « chouchouté » par des formateurs ayant travaillé en psychiatrie. Il voulait travailler en psychiatrie avant sa formation infirmière. Mais il estime avoir fait de belles rencontres avec certaines infirmières de psychiatrie ainsi qu'avec certains formateurs de son institut de formation en soins infirmiers.</p>	<p><b>Projet professionnel renforcé en IFSI du fait de « belles rencontres » avec des formateurs ayant travaillé en psychiatrie.</b>  Durant la formation infirmière, cet infirmier n°1 était en accord avec les valeurs soignantes que faisaient vivre certains formateurs de son IFSI qui avaient exercé en psychiatrie. Cela a contribué à construire son contrat psychologique</p>

		<p>anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001). Le fait qu'il l'évoque maintenant nous laisse à penser qu'il se raccroche à cet idéal de travail pour lui élaboré en IFSI.</p>
<b>8 h 40</b>	L'infirmier n°1 va saluer tout particulièrement une patiente pour savoir si elle a bien dormi.	<p><b>Connaissance des dossiers de soins et des problématiques singulières du jour des patients.</b></p>
<b>8 h 41</b>	<p>Arrivée du cadre de santé.</p> <p>L'infirmier et le cadre de santé se donnent une poignée de mains peu conventionnelle à la mode « jeune ». Tutoiement de rigueur. L'infirmier lui fait part de l'injection retard non programmée qu'il a dû réaliser ce matin. Il avait abordé également le fait qu'il n'a pas bénéficié de la formation ad hoc.</p>	<p><b>Échange d'expériences entre l'infirmier et son cadre par rapport à la technique d'injection de ce produit particulier.</b></p> <p>L'infirmier de la cohorte ne développe pas les mêmes relations avec son cadre qu'avec son cadre supérieur de santé. Si ce dernier semble être à l'origine de la rupture du contrat psychologique de l'individu n°1, <i>a contrario</i>, le cadre de santé, responsable hiérarchique direct de l'infirmier n°1, semble plutôt jouer un rôle dans le maintien de la relation d'emploi (Shore &amp; Tetrick, 1994). En effet, l'infirmier ne quitte pas l'organisation, mais le secteur. Nous y reviendrons.</p>

8 h 44	<p>Surveillance du petit déjeuner. L'infirmier salue les patients qu'il n'avait pas vus jusqu'alors.</p>	<p>Relationnel adapté à la population et aux situations rencontrées.</p>
8 h 46	<p>L'infirmier va chercher les patients qui n'ont pas pris leur traitement du matin. Comportement et propos rassurants.</p>	<p>Infirmier empathique et très clairement apprécié des patients pris en charge.</p>
8 h 48	<p>L'infirmier refait un tour de chambre. Une patiente s'est recouchée après s'être levée sans s'être alimentée. L'infirmier la laisse se réveiller tranquillement et trouve une solution afin qu'une de ses demandes soit satisfaite (timbre pour envoyer un courrier).</p>	<p>Empathie et douceur.</p>
8 h 53	<p>Lavage des mains de l'infirmier.</p>	<p>Protocole lavage de main non respecté si l'on tient compte de la procédure institutionnelle.</p>
8 h 55	<p>Arrivée de l'externe. Visage fermé, n'exprimant aucun affect.</p>	<p>Bonjour « léger » de l'infirmier, à peine audible, avec très peu de contact visuel entre eux. Nous le verrons par la suite, le comportement de l'infirmier est similaire avec les personnes qu'ils considèrent à l'origine de sa rupture de contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004).</p>

<p><b>8 h 56</b></p>	<p>Surveillance de la fin du petit-déjeuner.  Durant ce moment, l'infirmier cible un patient qu'il estime avoir besoin de lui. Il l'accompagne alors dans le fumoir et me dit à l'issue de son entretien « <i>là encore, l'utilisation du fumoir n'est pas concertée avec l'ensemble de l'équipe, alors qu'il y a moyen de faire quelque chose de clair</i> ».</p>	<p>La procédure du service veut que le fumoir ne soit pas ouvert avant neuf heures. L'équipe ne semble pas vouloir d'exception à la règle, contrairement à l'infirmier qui souhaiterait s'adapter à la situation particulière de chaque patient.</p>
<p><b>9 h 00</b></p>	<p>L'infirmier donne un traitement à un patient et investigue par rapport à son avenir, en termes de démarches faites et restant à faire.</p>	<p>Bonne anticipation des besoins.</p>
<p><b>9 h 04</b></p>	<p>L'infirmier répond aux sollicitations d'un patient par rapport à des problèmes oculaires.  Dispensation par l'infirmier de collyres.</p>	<p>Techniquement, le soin est perfectible. Sur le plan relationnel, il est parfait.</p>
<p><b>9 h 07</b></p>	<p>Pause des deux infirmiers.  L'infirmier évoque son souhait de partir car son rôle propre n'est pas exploité comme il le souhaiterait. Son futur secteur est très lacanien, plus que comportementaliste avec un rôle propre infirmier très prononcé.  Il dit particulièrement aimer travailler avec un médecin car il a son mot infirmier à donner durant les entretiens.</p>	<p>Posture professionnelle affirmée.  Vision du soin présente.  Vocabulaire utilisé cliniquement riche.  Parmi les éléments à l'origine de la rupture de contrat psychologique de l'infirmier n°1 (Morrison et Robinson, 1997, 2004), nous découvrons donc qu'en plus de la non obtention de formations spécifiques demandées, nous retrouvons l'absence de latitude de l'infirmier concernant son rôle propre tel que représenté dans</p>

		son contrat psychologique anticipatoire développé en formation IFSI (Anderson & Thomas, 1996 ; Blancero & Kleiner, 2001).
<b>9 h 20</b>	Un médecin interrompt la pause afin d'informer les infirmiers qu'il donne une permission à un patient. Les deux infirmiers interrompent leur pause et vont préparer le traitement et faire les démarches administratives au regard de cette permission.	<b>Réactivité certaine.</b>
<b>9 h 27</b>	L'infirmier demande aux médecins l'équivalence gouttes/comprimés, car il ne souhaite pas que le patient parte avec des gouttes pour des raisons de sécurité. Réponse du médecin après un calcul.	<b>Relation très simple et très facile entre le médecin et l'infirmier à travers laquelle nous percevons de la confiance.</b> Cette confiance, en lien avec les croyances de l'infirmier n°1 que les actions à venir des médecins lui seront favorables, ou plus exactement favorables aux patients (Barber, 1983 ; Gambetta, 1988) lui conviennent parfaitement. Cette confiance dans des acteurs particuliers tels que les médecins n'empêche pas la rupture de contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004) et l'envie de quitter le service (Robinson et Rousseau, 1994), mais est-ce que c'est cette confiance qui lui donne malgré tout l'envie de rester dans l'organisation ?

<p><b>9 h 30</b></p>	<p>L'infirmier critique le manque de traitement à administrer à un patient du fait du dysfonctionnement d'un collègue.</p>	<p>La commande de pharmacie est réalisée par le collègue dont parle l'infirmier n°1. Cette commande est la même toutes les semaines alors que les besoins diffèrent d'une semaine à l'autre.</p>
<p><b>9 h 31</b></p>	<p>L'infirmier redonne la prescription à la patiente et à sa mère ainsi que le traitement pour la journée. L'infirmier explique les effets du traitement à la patiente et à sa famille et répond aux différentes questions de la famille par rapport aux actes administratifs à réaliser.</p>	<p>Explications données claires et adaptées au public. Encore une fois, attitude bienveillante et capacité d'adaptation certaine.</p>
<p><b>9 h 34</b></p>	<p>L'infirmier était attendu par sa collègue infirmière et par le médecin en salle de pause pour partager un café. Arrivée de l'aide-soignante au milieu de cette pause.</p>	<p>Plaisir à être ensemble... jusqu'à l'arrivée de l'aide-soignante.</p>
<p><b>9 h 35</b></p>	<p>Pause avec l'infirmière du binôme, l'externe et le médecin. Humour de part et d'autre. Cette pause est l'occasion pour les soignants d'échanger au regard de la clinique des patients actuellement accueillis dans le service.</p>	<p>Vocabulaire utilisé par l'infirmier extrêmement ciselé et pertinent. « <i>Thématique persécutive</i> » « <i>bas bruit</i> », « <i>anxiolyse rapide</i> », « <i>tolérance à la frustration</i> », « <i>sédation efficiente</i> », « <i>rationalisme morbide</i> ». L'infirmier propose des solutions au médecin au regard de certaines problématiques. Ces solutions sont retenues par l'équipe médicale.</p>

<p><b>10 h 05</b></p>	<p>L'infirmier contredit l'aide-soignante et se positionne sans la ménager. Plus tard, l'infirmier n°1 me confiera que « <i>c'est la seule aide-soignante avec qui ça se passe mal</i> ». L'infirmier explique son comportement par le fait qu'elle a raté le concours infirmier et qu'elle tente de prendre plus de poids dans le service.</p>	<p><b>Animosité palpable entre les deux, l'infirmier n°1 et l'aide-soignante.</b></p> <p>Là encore, au même titre que lors de l'arrivée de l'externe plus tôt durant cette matinée, le salut de l'infirmier n°1 à l'aide-soignante était des plus froids et distants sans contact visuel et un « bonjour » très peu audible. Ceci s'explique par le fait qu'avec elle « ça se passe mal ». Pour l'instant, nous constatons que le comportement de l'infirmier n°1 est le même envers ceux qu'il estime en lien avec sa rupture de contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004).</p>
<p><b>10 h 15</b></p>	<p>Fin de la pause se terminant par une cigarette. L'infirmier en profite pour faire la bise à une secrétaire pour la saluer.</p>	<p><b>Convivialité et proximité avec cette secrétaire.</b></p>
<p><b>10 h 24</b></p>	<p>Demande d'une ancienne patiente du service à parler spécifiquement à cet infirmier n°1 car c'était son référent lorsqu'elle était hospitalisée. La patiente ne souhaite pas parler à quiconque d'autre, elle est même prête à revenir plus tard.</p>	<p><b>Reconnaissance des patients et des qualités professionnelles de l'infirmier n°1.</b></p>
<p><b>10 h 26</b></p>	<p>L'aide-soignante du service rapporte le téléphone à l'infirmier. Elle lui tend le téléphone dans un couloir, sans un regard et sans lui dire de quoi il retourne.</p>	<p><b>Animosité palpable.</b></p>

<p><b>10 h 28</b></p>	<p>L'infirmier critique le fait que la pharmacie soit juste à côté de l'espace fumeur du service.</p>	<p><b>L'infirmier est capable de critiques et de propositions d'améliorations.</b></p> <p>Là encore, ce sujet est revenu à de nombreuses reprises lors de réunions d'équipe, à l'initiative de l'infirmier n°1, sans que son avis soit pris en considération par le reste des soignants alors qu'il propose des améliorations tout à fait réalistes. Dans ce cas de figure, pour l'infirmier n°1, nous pouvons rajouter comme motif de rupture du contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004) le fait de ne pas se voir écouter par ses pairs dans le cadre de propositions d'amélioration dans le service de soins.</p>
<p><b>10 h 30</b></p>	<p>Contrairement à la prescription médicale, l'infirmier ne remet pas un patient en contention car il dort.</p>	<p><b>L'infirmier note sa prise de décision sur une feuille qu'il transmettra bien aux médecins plus tard dans la matinée.</b></p>
<p><b>10 h 34</b></p>	<p>Ne sachant pas si l'aide-soignante du service a procédé à la réfection d'une chambre, il ne veut pas lui demander, mais demande plutôt au cadre.</p>	<p><b>Conduite d'évitement de la collègue aide-soignante.</b></p>



10 h 36	L'infirmier n°1 met des sur-chaussures en prévision du nettoyage du sol du bureau infirmier.	Respect du travail des agents des services hospitaliers et bonne connaissance de l'organisation du service.
10 h 37	Une infirmière du service voisin rapporte les bilans sanguins et demande quand elle pourra reprendre un patient.	Entraide et solidarité entre les infirmiers des deux services différents.
10 h 40	Des infirmières du service d'à côté viennent voir spécifiquement l'infirmier n°1 afin qu'il les renseigne quant à une manipulation informatique qu'elles n'arrivent pas à faire.	L'infirmier semble référé par ses collègues en termes d'informatique.
10 h 42	L'infirmier n°1 répond à un appel téléphonique. Il semble bien connaître le patient qui est au téléphone avec un niveau de détail allant jusqu'à la connaissance précise du traitement de ce patient qui est sorti d'hospitalisation il y a de cela plus d'un mois, et cela, sans consulter de documents.	Encore une fois bonne connaissance des patients.
10 h 44	L'infirmier va demander à la secrétaire du secteur un examen radiographique archivé d'un patient qui le lui avait demandé précédemment.	Connaît les ressources du service, sait s'adresser aux bonnes personnes et contact facile.
10 h 45	Temps de transmissions médicales. L'infirmier relate la non contention d'un patient au médecin. En la justifiant d'un point de vue clinique et comportemental. Le médecin fait confiance à l'infirmier et modifie sa prescription médicale sans aller ausculter le patient.	Confiance du médecin envers l'infirmier évidente au regard des conséquences possibles d'une telle décision en cas de clinique infirmière défaillante. Cette confiance fait très clairement apparaître une certaine satisfaction professionnelle chez l'infirmier n°1 qui concevait ses

		« relations comme cela avec les médecins avant d'arriver ». En d'autres termes, il avait développé en IFSI un contrat psychologique anticipatoire faisant état de relation de ce type avec les médecins (Anderson & Thomas, 1996 ; Blancero & Kleiner, 2001). Et en ce sens, cet aspect de son travail le ravit et lui donne envie de continuer (Shore & Tetrick, 1994).
10 h 47	<p>Arrivée d'un collègue infirmier.</p> <p>L'infirmier fait la bise à son homologue masculin pour le saluer.</p> <p>Lorsque je demande à l'infirmier pourquoi il fait la bise à ce collègue homme, il me répond qu'il a une bonne relation avec lui à l'extérieur et qu'ils entretiennent une relation amicale.</p>	
10 h 50	<p>L'infirmier remet l'examen radiographique au patient qui le lui avait demandé.</p> <p>Le patient remercie l'infirmier en l'appelant par son prénom de façon sincère et chaleureuse.</p>	Reconnaissance des patients.
10 h 51	<p>Arrivée d'une patiente qui vient faire son pilulier.</p> <p>L'infirmier prépare le pilulier avec la patiente à qui il pose des questions sur son état de santé. Il lui réexplique le pourquoi du traitement tout en plaisantant. Plaisanteries qu'elle lui rend en retour. Elle salue l'infirmier en l'appelant par son prénom avec un grand sourire.</p>	Proximité et professionnalisme avec les patients. Bonne distance relationnelle.
10 h 55	<p>Appel téléphonique au médecin pour prescrire un traitement injectable qui n'apparaît pas sur informatique. Une fois encore, le médecin s'exécute sans chercher à en savoir davantage.</p>	L'infirmier n°1 a fait en sorte que la sécurité du circuit du médicament soit respectée du point de vue de la prescription. Par ailleurs, une fois encore, cette scène permet de se rendre compte

		<p>de la confiance que lui accorde le corps médical de l'unité de soins.</p> <p>La confiance dans certains acteurs organisationnels semble compenser l'absence de confiance auprès d'autres acteurs en fonction du contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001) à l'œuvre et de l'importance donnée au pourquoi du métier d'infirmier ? Nous y reviendrons.</p>
10 h 56	<p>Injection retard d'un patient non hospitalisé. Pas de lavage de mains préalable. Utilisation des gants vinyle (utilisés normalement pour le ménage). Prises de tension artérielle, de pouls et de température correctes. Explications données au patient correctes. Infirmier prévenant par rapport au patient au regard du soin. Injection faite devant la porte d'entrée de la pharmacie, à l'intérieur de celle-ci.</p>	<p>Techniquement, le soin était sûr et parfait d'un point de vue relationnel.</p> <p>Seul bémol, l'hygiène des mains et la pudeur du soin.</p>
11 h 06	<p>L'infirmier tutore sa collègue pour qu'elle puisse injecter une nouvelle molécule.</p>	<p>L'infirmier n°1 encadre sa collègue sur un soin pour lequel il n'a lui-même pas reçu de formation spécifique, ce qu'il déplore.</p>
11 h 08	<p>Appel téléphonique au médecin pour savoir s'il a besoin de lui pour réaliser des entretiens. En aparté, l'infirmier m'explique qu'il n'aurait pas eu cette démarche avec un autre médecin.</p>	<p>Ce qui devrait être normal et naturel ne se fait que selon des affinités interpersonnelles.</p> <p>En d'autres termes, le comportement de citoyenneté organisationnelle démontré par l'infirmier n°1 (Robinson &amp;</p>

		<p>Morrison, 1995 ; Robinson, 1996) est dépendant de la confiance professionnelle qu'il place dans l'acteur organisationnel en face duquel il se trouve et en fonction de la propension de ce dernier à accomplir le dessein de cet infirmier. En l'occurrence, le dessein de traiter au mieux les patients accueillis.</p>
11 h 10	<p>L'infirmier a créé un fichier informatique pour tracer toutes les injections des patients, en doublon avec le support papier. Il le présente à sa collègue. À la fin de sa présentation, il trace l'injection qu'il vient de réaliser.</p>	<p>Mise en place d'un outil de traçabilité « fait maison » qui n'a pas été validé ni même présenté aux instances de l'établissement. Cet outil, créé par l'infirmier, n'est utilisé que dans son service par les personnes qui le souhaitent...</p> <p>De nouveau, la performance extra-rôle de l'infirmier se montre très élevée (Robinson &amp; Morrison, 1995 ; Robinson, 1996).</p>
11 h 14	<p>À sa collègue parlant de confier ou non un tube de pommade à un patient souffrant de démangeaisons, l'infirmier n°1 lui répond « <i>Si mes collègues veulent le faire, ils le font, je m'en fous, mais moi, je le fais pas</i> ».</p>	<p>Aucun consensus sur cet aspect de la prise en charge. L'infirmier n°1 reste dans son champ de compétence en ne donnant pas un produit médicamenteux à un patient sans ordonnance médicale. Ce qui, <i>a priori</i>, ne</p>

		gêne pas certains autres soignants de cette équipe.
11 h 16	L'infirmier n°1 prépare une injection retard et demande à sa collègue infirmière d'aller chercher le patient et de lui prendre ses paramètres vitaux.	Délégation assurée et bien vécue par l'infirmière.
11 h 22	L'infirmier se remémore à haute voix le protocole d'injection avant d'aller chercher le patient pour la lui faire.	De ce qui est dit, le protocole d'injection est respecté.
11 h 25	L'infirmier dit, devant sa collègue aide-soignante, « <i>allez, tout est prêt, on va pouvoir y aller</i> » La collègue aide-soignante lui lance un coup d'œil en biais avec un léger signe de tête réprobateur.	Antipathie entre les deux professionnels visible.
11 h 26	Le soin est exécuté par l'infirmier de façon correcte.	Soins doux et prévenants. Traçabilité faite à la suite de l'injection.
11 h 35	Intervention du cadre de santé qui prévient de l'arrivée d'un patient cet après-midi et qui demande à ce que les contentions soient installées dans le lit afin de pallier tout incident.	L'infirmier n°1 apprécie ces consignes sécurisantes. L'infirmier n°1 et son cadre de santé partagent la même vision de la sécurité dans les soins, ce qui renforce la performance in-rôle de l'infirmier de la cohorte.

		Autrement dit, en opposition aux résultats de Robinson (1996), la rupture du contrat psychologique de l'infirmier ne montre pas de baisse de la performance in-rôle du fait qu'il y a des acteurs organisationnels qui modèrent l'importance de la rupture. Dans cette situation, le cadre de santé et le médecin référent de l'infirmier n°1 « compensent en partie » la rupture générée par le cadre supérieur de santé et les pairs infirmiers.
11 h 37	Nouveau tour de chambre par l'infirmier.	L'infirmier profite de ce tour de chambre pour installer la contention demandée par le cadre de santé.
11 h 41	Accède à la demande d'un patient de téléphoner.	A une nouvelle fois tenu parole puisqu'il s'était engagé à le faire plus tôt dans la matinée.
11 h 45	Pause cigarette. Je suis seul avec l'infirmier. <i>« J'orienterai mon parcours professionnel en province dans quelques années, avec des projets de couple, mais je resterai en psychiatrie. Peut-être cadre de santé. »</i>	L'infirmier compte apprendre un maximum dans cet établissement parisien avant de retourner vivre en province pour y retrouver une autre qualité de vie, plus centrée sur une vie familiale. Le contenu du contrat psychologique anticipatoire de l'infirmier n°1, notamment en ce

		<p>qui concerne les possibilités d'apprentissages au sein de cet établissement sont toujours à l'œuvre (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001). La fin du cadre temporel du contrat psychologique de cet infirmier avec son organisation actuelle sera concomitante avec l'atteinte de l'objectif professionnel principal de cet infirmier qui est de majorer ses connaissances cliniques (MacNeil, 1985 ; Rousseau &amp; McLean Parks, 1993). De plus, une fois cet objectif atteint, l'infirmier n°1 envisage une étendue de son contrat psychologique beaucoup plus imperméable entre sa vie professionnelle et sa vie privée (Sels et al., 2004). Il ressort donc que nous observons un contrat psychologique pour lequel l'employabilité est la nature prédominante (Herriot &amp; Pemberton, 1995).</p>
<p><b>11 h 53</b></p>	<p>De retour dans le service, l'infirmier se répartit les tâches avec sa collègue infirmière. Ils décident ensemble qu'elle s'occupera des médicaments et lui terminera les entretiens médicaux.</p>	<p><b>Négociations et argumentations satisfaisantes entre les deux professionnels.</b></p>

11 h 54	<p style="text-align: center;">Entretien médical avec l'infirmier.</p> <p>L'infirmier se positionne à côté du psychiatre. Prise de parole régulière de l'infirmier avec des propos concordants avec ceux du médecin.</p>	<p style="text-align: center;">Le médecin et l'infirmier semblent posséder la même vision de la situation de soins.</p>
12 h 25	<p style="text-align: center;">Fin des entretiens médicaux.</p> <p>L'infirmier va planifier des activités comme convenu avec le médecin et les patients vus dans la matinée.</p>	<p style="text-align: center;">Traçabilité efficace.</p>
12 h 30	<p>L'infirmier retourne prendre les paramètres vitaux du patient ayant eu son injection retard.</p>	<p style="text-align: center;">Conscience et rigueur professionnelles ainsi que respect des protocoles.</p>
12 h 32	<p>Une infirmière de l'étage supérieur descend dans le service pour échanger avec l'infirmier n°1 par rapport à un patient. L'aide-soignante du service tente de prendre la parole mais se voit contredite par l'infirmière sèchement. L'infirmier la contredit également dans un second temps. L'aide-soignante quitte le groupe.</p>	<p style="text-align: center;">Il n'y avait aucune bienveillance entre l'infirmière de l'étage supérieur et l'aide-soignante du service.</p>
12 h 35	<p>L'infirmier donne un traitement ainsi que la photocopie de l'ordonnance pour la permission d'un patient à ce dernier.</p>	<p style="text-align: center;">Le suivi de la consultation médicale est bien assuré par l'infirmier.</p>
12 h 30	<p style="text-align: center;">Début du repas de midi.</p>	<p>L'infirmier et sa collègue ne sont pas présents, ce qui devrait être le cas. L'alimentation est en effet un moment important de la journée où une présence infirmière est requise. Normalement, ce sont les infirmiers qui donnent la</p>



		consigne aux agents de service de distribuer le repas.
12 h 37	<p>L'infirmier donne un tube de pommade à un patient.</p> <p>Ce tube de pommade était à l'origine d'une discussion entre les deux infirmiers du service plus tôt dans la matinée.</p> <p>L'infirmier justifie son choix de donner le tube entier au patient par le fait que ce dernier doit s'autonomiser et savoir gérer ses traitements.</p>	Justification soignante pertinente.
12 h 38	L'infirmier s'occupe d'un changement de traitement et retranscrit les constantes du patient ayant eu son injection retard.	Traçabilité correcte.
12 h 43	L'infirmier range la salle pharmacie.	Laisse une pharmacie propre pour les collègues d'après-midi.
12 h 49	<p>L'infirmier s'aperçoit qu'un patient n'est pas venu déjeuner.</p> <p>Il va à sa rencontre dans sa chambre, après lui avoir préparé un plateau, pour le convaincre de manger en lui disant, remonté, « <i>si je vais pas le voir, c'est pas l'AS qui va aller le déranger !</i> ».</p> <p>Le patient accepte de manger.</p> <p>L'infirmier lui réexplique le déroulement de l'après-midi en le prévenant qu'après le repas, il sera de nouveau mis en contention.</p>	<p>Agacement envers l'aide-soignante non verbalisé avec cette dernière. Posture thérapeutique cadrante et bienveillante auprès du patient permettant la compliance du patient au traitement et à la prise en charge.</p> <p>Durant ce passage, nous constatons que la grande antipathie que l'infirmier n°1 porte à l'aide-soignante n'impacte pas négativement la performance in-rôle du soignant</p>

		auprès des patients (Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996).
12 h 56	De façon informelle, en croisant un patient, l'infirmier lui demande comment il se sent. Lien avec une situation étant intervenue les jours précédents.	Bonne connaissance des dossiers patients mise en application.
12 h 59	L'infirmier commence ses transmissions écrites dans les dossiers patients.	L'infirmier n'omet rien.
13 h 05	Avec ses collègues, l'infirmier critique le fait que les patients puissent entrer dans la pharmacie en continu. Il aborde également le fait d'un sous-effectif dans le service et sur le fait qu'à son arrivée dans le service, il y a un an, il a pu travailler seul avec un intérimaire.	Formule des critiques constructives qui ne semblent pas avoir de prise sur le reste de l'équipe paramédicale.
13 h 07	Appel téléphonique d'un service voisin pour une demande de dépannage en médicaments. <i>« Je regarde ça et je te rappelle. »</i>	Entraide.
13 h 10	Ayant trouvé le traitement demandé, l'infirmier dépanne le service requérant.	Entraide.
13 h 12	Entretien infirmier avec un résident en isolement. Pendant ce temps-là, la collègue infirmière prévient son homologue qu'elle va <i>« faire un coucou à l'étage »</i> .	L'infirmier est laissé seul dans le service avec un patient en isolement. Infirmier ne critiquera pas l'absence de sa collègue à ce

		moment-là. Cela lui paraît normal. Ce qui ne l'était pas pour lui dans la situation inverse, plus tôt dans la matinée, lorsque sa collègue est rentrée seule en chambre d'isolement.
13 h 17	L'infirmier réévalue la nécessité de la contention du patient. De son propre chef, il ne la remet pas au patient et revoit avec le médecin.	Le médecin fait confiance à la clinique de l'infirmier et modifie sa prescription en conséquence.
13 h 19	L'infirmier et l'aide-soignante se croisent dans le couloir exigü sans un regard.	Antipathie palpable.
13 h 20	L'infirmier demande à l'aide-soignante de prendre une tension. Cette dernière s'exécute sans réponse.	Antipathie palpable.
13 h 22	Une fois la tension prise, l'aide-soignant demande à l'infirmier où est-ce qu'elle doit noter la tension. L'infirmier lui répond sèchement.	Comment peut-on demander où noter une tension lorsque l'on connaît le nom du patient ? Il est évident qu'on le note dans le dossier de soins du patient.
13 h 26	Après cinq minutes à ne pas savoir quoi faire, l'aide-soignante dit à l'infirmier « <i>y'a pas autre chose à faire ?</i> » Réponse sèche « <i>non</i> ». « <i>OK, je suis dans la salle D</i> » (D pour détente, la salle de pause).	Autonomie plus que limitée de l'AS. Globalement, au terme de cette première journée, je me demande quelle est l'utilité d'une AS dans ce service. J'aurai des éléments de réponse le lendemain, auprès de l'individu n°38.

13 h 38	Appel téléphonique de l'infirmière intérimaire de l'après-midi qui prévient qu'elle sera en retard d'une demi-heure. « OK, pas de souci »	La chose semble normale et habituelle.
13 h 40	Arrivée des infirmiers du soir.	Retard de 10 minutes. Encore une fois, cela semble on ne peut plus normal.
13 h 44	« Faudrait que je parte à 14 h 30 » dit l'infirmière du matin à ses collègues. La réponse de ses collègues : « ouais, bah même avant si tu veux, dès que l'intérimaire est là ».	Arrangement entre collègues qui relèvent d'une habitude de fonctionnement, d'une évidence. Temps non noté.
13 h 50	L'infirmier va à la rencontre du cadre pour organiser une admission prévue pour l'après-midi.	Le rôle du cadre est véritablement en lien avec l'organisation des admissions de patients pour l'individu n°1.
13 h 52	En salle de détente : «Tu veux faire des trans maintenant, comme ça tu te casses après ? ». Transmissions faites en mangeant.	Transmissions soignantes réalisées en dehors du bureau infirmier, sans tenir compte des dossiers de soins. Repas des soignants pris sur les repas commandés pour les patients. Il s'avère que les aides-soignantes du service, chargées de commander les repas pour les patients en commandent également pour les soignants. Habitude de service officieuse.

<p><b>14 h 05</b></p>	<p>Arrivée de l'intérimaire et de l'infirmière du matin. L'infirmière intérimaire, après le début des transmissions, dit : « <i>Ah, j'ai pas de papier pour noter les trans</i> ». « <i>T'inquiète, je prends les trans</i> » lui réponds l'infirmière du soir.</p>	<p>Le retard de l'intérimaire ne se fait pas ressentir. Le temps de transmission est pour tout infirmier le début de sa prise de fonction. Une feuille de transmission pour deux infirmières (!).</p>
<p><b>14 h 09</b></p>	<p>Durant les transmissions, l'aide-soignante coupe la parole à l'infirmier à plusieurs reprises, ce qui l'agace (inspiration profonde et souffle maîtrisé). Cette même aide-soignante a trop de café dans sa tasse et souhaite en donner à l'infirmière du soir. Cette dernière refuse mais l'aide-soignante fait quand même le transvasement et renverse le café sur la blouse de l'infirmière. Cette dernière s'exclame « <i>Ah, mais t'es un boulet !!</i> » avec une expression corporelle ne laissant pas d'ambiguïté quant à son ressentiment.</p>	<p>L'antipathie que suscite l'aide-soignante est également perceptible auprès des infirmiers de l'équipe à la différence que les autres infirmiers lui expriment très clairement leur antipathie à l'inverse de l'infirmier n°1 qui interiorise et ne s'exprime pas de façon aussi brutale que ses pairs. Il y a de son côté une sorte de renonciation (Morrison &amp; Robinson, 1997) à ce que lui ou l'organisation puisse favorablement intervenir pour l'amélioration de cette situation où indirectement les patients peuvent en subir les conséquences.</p>
<p><b>14 h 12</b></p>	<p>Arrivée du psychiatre en salle de détente pour prendre un café avec l'équipe et participer aux transmissions orales.</p>	<p>Avec l'arrivée de cet acteur en qui l'infirmier n°1 a toute confiance, la situation s'est détendue. Là encore, la situation de rupture du contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004) est</p>

		<p>modérée grâce à la présence de cet acteur organisationnel en qui l'infirmier n°1 a confiance (Barber, 1983 ; Gambetta, 1988).</p>
<p><b>14 h 30</b></p>	<p>L'infirmière du soir demande à l'infirmier n°1 : « <i>As-tu préparé le traitement de Madame X pour cet après-midi ?</i> »</p> <p>Après avoir répondu négativement, au regard de l'expression de visage de la collègue infirmière du soir, l'infirmier n°1 va préparer le traitement. L'infirmier nous confie en avoir assez de ce manque de solidarité entre pairs.</p>	<p><b>Cette scène laisse à mesurer une solidarité pas si certaine que cela au sein de l'équipe infirmière.</b></p> <p>Dans son contrat psychologique anticipatoire développé en IFSI (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001), l'infirmier n°1 place la solidarité entre pairs de façon privilégiée pour prendre en charge correctement les patients. Ce manque de solidarité n'est pas compatible avec le contrat psychologique qu'il développe et c'est pour cela qu'il n'a pas demandé à changer de service de soins en restant dans ce secteur mais qu'il a fait le choix de changer de secteur pour trouver un habitus soignant de fonctionnement où la solidarité entre pairs sera telle qu'il la souhaite. Pour ce faire, il s'est appuyé sur les informations de l'ami qu'il dépannera à 15 h 10 ce jour.</p>

<p><b>14 h 40</b></p>	<p>Décision médicale prise avec l'infirmier. L'infirmier n°1 en est d'accord contrairement à l'infirmière du soir.  L'infirmière : « <i>Tu n'auras qu'à revoir avec le docteur et le cadre</i> ».  L'infirmier n°1 : « <i>C'est ce que je ferai</i> ».</p>	<p>Encore une illustration de l'analyse précédente.</p>
<p><b>14 h 50</b></p>	<p>Pause cigarette avant de regagner les vestiaires pour se changer.</p>	<p>L'infirmier n°1 est isolé de ses collègues d'après-midi dans la cour de l'unité.  Ne possédant pas les mêmes valeurs du soin que ses pairs, l'infirmier n°1 est isolé par le groupe.</p>
<p><b>15 h 10</b></p>	<p>L'infirmier quitte son service mais va aider un collègue d'une autre unité qui est en panne de voiture.</p>	<p>Pour le remercier, l'infirmier dépanné lui propose d'aller « <i>boire une bière</i> » dans un café.  Proposition acceptée.</p>

# Annexe n°4



Suivi de l'individu n°38, sur une  
journée de travail (6 h 45-14 h 36)

Horaires	Évènements	Commentaires
6 h 40	Arrivée dans le service de l'infirmière n°38 avec 5 minutes d'avance.	Temps supplémentaire non noté sur le planning de l'individu n°38.
6 h 41	Plaisanteries avec le collègue infirmier de nuit en guise de bonjour	Contact apprécié par l'IDE de nuit.
6 h 42	Diffère, avec humour, la demande de patients souhaitant fumer. Consignes de service respectées. Connaît les patients (3) et les appelle par leur nom de famille.	Gestion en douceur de la frustration des patients.
6 h 44	Arrivée de la seconde collègue infirmière du matin. Clins d'œil et sourire pour se saluer.	Ambiance détendue et complicité affichée.
6 h 44	Début des transmissions de l'infirmière de nuit à ses 2 collègues de jour. Horaires de début de transmissions respectés.	
6 h 45	Arrivée d'une troisième infirmière de jour. Mauvaise affectation ? Affectation floue ?	Cette infirmière ne savait pas où elle était affectée sur l'étage.
6 h 47	L'infirmière n°38 appelle le service voisin pour savoir si la 3 <sup>e</sup> infirmière n'y est pas attendue. Et, comme c'est le cas, l'infirmière surnuméraire s'y rend. Deux infirmières dans chaque unité de l'étage pour la matinée.	Modalités d'affectation du personnel soignant peu claires.
6 h 48	L'infirmière n°38 explique la procédure d'information d'un patient à une convocation au tribunal à son binôme sur cette matinée de travail. Procédure confirmée par un médecin ultérieurement.	Procédure comprise par la collègue et remerciant l'infirmière n°38 de la lui avoir expliquée.
6 h 54	L'infirmière n°38 explique l'anamnèse d'un patient à sa collègue pour expliciter l'une des observations du collègue infirmier de nuit et donner du sens à la prise en charge soignante proposée.	Connaissance des patients et de leurs histoires de vie et de leurs pathologies de l'infirmière n°38.
6 h 55	Fin des transmissions avec départ de l'infirmière de nuit. 5 minutes plus tôt que ce qui est planifié.	5 minutes de l'IDE de nuit non notées par qui que ce soit. Cela semble normal.

<p><b>6 h 58</b></p>	<p>Lecture des dossiers patients par les deux infirmières du matin, dans le bureau infirmier et lecture de la planification murale.</p>	<p>Planification de la matinée de travail. À noter le recours à une planification murale qui ne devrait plus exister au regard de la démarche de certification des hôpitaux qui recommande de les supprimer dans le meilleur des cas, en ayant recours à la planification informatique, ou bien à les sécuriser si la première option n'est pas pour l'instant possible. À aucun moment nous n'avons pu constater que le mécanisme de sécurisation était utilisé. Ce mécanisme de sécurisation permet d'occulter les noms et chambres des résidents de façon à ce que ces informations ne soient pas accessibles à d'autres personnes que les professionnels de santé du service.</p>
<p><b>6 h 59</b></p>	<p>Un patient frappe à la porte du bureau infirmier afin de demander à ce qu'on lui ouvre la porte du service pour qu'il puisse aller fumer. Une nouvelle fois, cette demande est reportée avec douceur et bienveillance tout en lui expliquant le déroulement de sa matinée (ouverture de la porte à partir de 8 h, petit-déjeuner, etc.).</p>	<p>Gestion efficace de la frustration en appliquant la règle du service.</p>
<p><b>7 h 00</b></p>	<p>Idem avec un autre patient.</p>	
<p><b>7 h 01</b></p>	<p>À la fin de la lecture des dossiers patients, l'infirmière n°38 sort une tablette de chocolat de son sac et la donne à sa collègue infirmière, l'embrasse et lui fait deux bises. « <i>C'est entre nous</i> ».</p>	<p>Complicité entre les deux infirmières.</p>

<p><b>7 h 02</b></p>	<p>Après concertation entre les deux soignantes, un premier tour de surveillance de chambre est réalisé par l'infirmière n°38 pendant que sa collègue commence à préparer les médicaments à donner aux patients avant le petit-déjeuner.</p>	<p>Aucune des 2 n'avait de préférence particulière dans la répartition des tâches.</p>
<p><b>7 h 03</b></p>	<p>Ne se contentant pas de son service de soin de ce jour, l'infirmière n°38 surveille également les chambres de l'unité voisine. « <i>On fait un tour pour tout le monde. C'est de l'entraide et de la solidarité</i> ».</p>	<p>La question d'aller poursuivre son premier tour de surveillance était on ne peut plus naturelle pour l'infirmière n°38 qui semble également connaître les patients du service de soins voisin. Cependant, une telle pratique, même sous le signe de la solidarité, ne semble pas dans les canons de l'organisation d'un service de soins.</p> <p>En lien avec les verbatims issus des propos de l'infirmière n°38 lors des entretiens, son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001) faisait état, au même titre que pour l'infirmier n°1, d'une présence forte de la solidarité entre pairs infirmiers dans son exercice professionnel. Cette attente forte de solidarité se manifestera plusieurs fois durant la journée de travail. C'est ainsi que l'on constate un comportement extra-rôle chez cette infirmière n°38</p>

		(Robinson & Morrison, 1995 ; Robinson, 1996).
<b>7 h 06</b>	<p>Devant la salle de détente du service voisin, l'infirmière n°38 rencontre l'IDE de ce service. Elles se font la bise et rentrent dans la salle de détente pour échanger. Elles échangent sur une problématique du week-end passé. En s'adressant à l'infirmière n°38 « <i>tu as bien fait de m'appeler</i> ». « <i>Oh non, faut pas hésiter, c'est pas comme si je devais revenir</i> ».</p> <p>Initiative individuelle de l'infirmière en poste.</p>	<p>L'infirmière n°38 a appelé sa collègue sur son téléphone personnel durant le WE de repos de cette dernière. Chose très bien acceptée car initiative de collègue avec laquelle il y a affinité.</p> <p>Durant cette journée de travail, nous apprendrons que ces infirmiers passent beaucoup de temps ensemble à l'extérieur du travail. En d'autres termes, l'infirmière n°38 et ses collègues démontrent une étendue de leur contrat psychologique très perméable entre la vie professionnelle et la vie privée (Sels et al, 2004).</p>
<b>7 h 07</b>	<p>Préparation des médicaments. Les 4 IDE des 2 unités sont ensemble dans leur pharmacie commune. En parlant de la préparation d'un pilulier pour un patient bénéficiant d'une permission pour la journée « <i>tu lui fais ou je lui fais ?</i> » dit-on à l'infirmière n°38.</p>	<p>Concertation, collaboration et échanges pour la réalisation de tâches. Notion d'IDE référent de patients non palpable.</p>
<b>7 h 09</b>	<p>Répartition du travail à 4 infirmiers. Après concertation, l'un prépare les médicaments du matin à donner aux patients de son unité avant leur petit déjeuner, l'autre s'occupe des bilans sanguins pour les examens du jour, tandis qu'une troisième prépare également les médicaments (comprimés et gouttes) pour les patients de son unité du jour. Le tout en écoutant du rap à un volume sonore élevé via l'ordinateur situé dans la pharmacie et connecté sur <i>Youtube</i> et en discutant entre soignants. En s'adressant à moi, l'infirmière n°38 dit</p>	<p>Il est peu probable qu'il n'y ait pas d'erreur de traitement, si ce n'est au quotidien, au moins de façon régulière, étant donné que la préparation des médicaments requiert calme, concentration et isolement (sécurité du circuit du médicament).</p>

	« <i>tu vois, on n'est pas ritualisé, et c'est très bien comme ça</i> » (sourires).	
7 h 11	En partant d'une anecdote à ses collègues, l'infirmière n°38 se retrouve à évoquer l'histoire d'une hospitalisation que ses collègues ne connaissaient pas, en lien avec ce qui était raconté.	Échange d'expériences intéressant.
7 h 13	Un collègue IDE à l'infirmière n°38 : « <i>Tu as besoin d'aide ?</i> ».	Entraide, solidarité.
7 h 14	Échanges entre collègues vis-à-vis de la synthèse de la veille. Le tout avec la musique (rap) en fond sonore élevé.	Attention perturbée ?
7 h 16	L'infirmière n°38 à ses collègues : « <i>vous savez s'il y a une AS (aide-soignante) ce matin ?</i> » Personne ne le sait. Personne ne s'en préoccupe plus et personne ne va s'enquérir de la réponse dans le planning des AS.	Organisation du travail non anticipée. Non connaissance des ressources du service à l'instant T.
7 h 21	Devant le manque de rangement de l'armoire à pharmacie, je demande s'il y a une référence soignante au niveau de la pharmacie. Réponse collective : « <i>c'est collectif !</i> ».	Stock surnuméraire, rangement anarchique, disposition peu sécurisante, ne permettant pas un accès visuel à l'entrée de la salle pharmacie.
7 h 31	Plaisanteries entre les 4 IDE par rapport à une prise en charge « originale » qu'ils prodiguent en ce moment dans le service.	
7 h 32	Discussion autour du match de football Brésil/Allemagne du soir. Toujours en préparant les médicaments.	La sécurisation du circuit du médicament n'est vraisemblablement pas une priorité de l'équipe soignante du jour.
7 h 33	Fin de la préparation des traitements médicamenteux. Musique toujours avec le même niveau sonore.	

7 h 34	Afin de préparer un semainier pour un patient, l'infirmière n°38 demande aux autres « <i>qui sait où est la prescription de M. X ?</i> » Réponse « <i>non, attends, on va te la chercher</i> ».	Anticipation perfectible. Solidarité et entraide pour compenser.
7 h 37	Collègues revenant avec la prescription. La donnent à l'infirmière n°38 et quittent la salle de soins, nous laissant seuls, l'infirmière n°38 et moi.	Bien que l'infirmière n°38 soit satisfaite de l'initiative de ses collègues, l'intérêt d'aller à deux infirmiers chercher une prescription médicale reste à démontrer.
7 h 43	L'infirmière n°38 critique l'architecture de la salle de soins par rapport à l'emplacement de l'armoire à pharmacie. Critique bien le fait de pouvoir être « surprise par les patients. »	Critiques intéressantes et potentiellement constructives mais n'a rien proposé en termes de solution ou d'aménagement à apporter.
7 h 47	L'infirmière n°38 critique également le matériel de cette salle de soins.	
7 h 50	Pause-café : l'infirmière n°38 rejoint ses collègues en salle de détente et est accueillie avec un jet de papier. La musique est également mise en salle de pause.	
7 h 51	Arrivée d'une collègue AS. L'infirmière n°38 lui propose un café. Elle répond : « <i>non merci, j'arrive</i> ».	Refus de l'AS de ce moment de convivialité. Respect de l'organisation mis en avant par cette dernière.
7 h 52	Une collègue IDE ramène une tablette de chocolat à l'infirmière n°38 car a perdu un pari.	Moment de convivialité avec échanges nombreux, contenant des propos non uniquement professionnels mais aussi personnels.
7 h 54	Plaisanteries entre IDE par rapport à une AS qui a pris l'une de leurs blagues au premier degré (qui a vraiment cru qu'elle allait devoir être	Les relations entre IDE et AS sont semblables à celles

	amputée par rapport à une petite tache noire qui lui est apparue sur l'avant-bras droit).	existantes dans le service de l'infirmier n°1.
<b>7 h 59</b>	L'infirmière n°38 critique le fait que les AS n'assistent pas aux transmissions.	Cela pose la question de la complémentarité IDE/AS.
<b>8 h 00</b>	L'infirmière n°38 critique le service du dessous le soupçonnant de « <i>magouilles pour ne pas faire d'admission et nous les refiler.</i> »	La question de la collaboration inter-unités au sein du même secteur est également posée. La solidarité entre pairs ne semble s'appliquer qu'au sein du service et non du secteur (qui comprend plusieurs services)
<b>8 h 03</b>	L'infirmière n°38 et son binôme souhaitent fumer une cigarette. Elles descendent au RDC.	Elles quittent leur service sans savoir s'il reste un soignant présent pour les patients. Contrairement à l'infirmier n°1, que ce soit au niveau des verbatims issus des entretiens ou bien lors de l'observation précédente, qui faisait état d'une réelle volonté d'embrasser le métier d'infirmier pour prendre soin, force est de constater que cette volonté se fait moins présente dans les verbatims des entretiens de l'infirmière n°38 ainsi que dans l'observation que nous réalisons. Ce qui ressortait de façon prévalente dans son contrat psychologique anticipatoire, au regard de ses verbatims était le fait de travailler



		<p>dans une équipe solidaire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001). Pour illustrer, voici l'un de ses verbatims extrait du T1 : « <i>Oui de la solidarité. Ben de l'entraide aussi. Par exemple, si ma collègue tel jour est vraiment en retard pour tel et tel soin et que moi j'ai fini, ben je l'aiderais. Mais, j'attends aussi en retour que moi, si une fois je suis dans la panade qu'on ait une entraide, une communication entre nous, une solidarité</i> ». La dynamique de son contrat psychologique laisse donc apparaître qu'elle s'inscrit, de ce point de vue-là, dans la continuité de son contrat psychologique anticipatoire et qu'elle renforce cet aspect « solidarité ».</p>
<b>8 h 25</b>	Fin de la pause cigarette. Elles remontent dans leur service. Une première pause de 22 minutes.	<b>Pause longue au regard de la surveillance normalement accrue à ce moment de la journée qui est important (réveil des patients).</b>
<b>8 h 30</b>	Début du tour des chambres. L'infirmière n°38 réveille les patients précautionneusement.	<b>Réveil en douceur des patients et de façon adaptée.</b>
<b>8 h 31</b>	L'infirmière n°38 surprend un patient à fumer dans le service.	<b>Recadrage correctement exécuté.</b>

<b>8 h 34</b>	Distribution des médicaments par l'infirmière n°38 et l'une de ses collègues dans la salle pharmacie. Très courts échanges avec les patients, voire aucun. Pour certains, lorsque l'infirmière l'estime nécessaire, il y a de la réassurance et elle s'assure que le traitement a bien été pris.	De façon globale, les échanges avec les patients sont de nature fonctionnelle.
	Solution hydro-alcoolique absente de la pharmacie.	
<b>8 h 46</b>	Lavage des gobelets ayant servi à donner les traitements au lave-vaisselle.	Hygiène respectée.
<b>8 h 47</b>	Demande à sa collègue d'aller chercher les deux patients qui n'ont pas eu leurs traitements. Demande faite avec le sourire. Collègue s'exécutant.	
<b>8 h 48</b>	Installe un patient (handicapé) à table, lui prépare son plateau et répond à ses sollicitations.	
<b>8 h 50</b>	Surveillance du petit déjeuner.	
<b>8 h 58</b>	L'infirmière va chercher un patient pour l'informer que des collègues l'attendent pour se rendre au tribunal.	
<b>9 h 02</b>	Répond à ma question concernant le transport.	Bonnes connaissances procédurales par rapport au transport de patients.
<b>9 h 03</b>	Accompagne et guide le patient dans sa préparation pour partir au tribunal.	
<b>9 h 08</b>	Laisse le patient se brosser les dents et, en sortant de la chambre, me dit : « <i>et voilà, on fait le boulot de l'aide-soignante qui, elle, fait je ne sais quoi</i> ». Pendant ce temps, l'aide-soignante s'était préparée et attendait le patient dans l'ambulance avec le chauffeur (!).	Propos amers envers l'aide-soignante du service qui, rappelons-le, est censée travailler sous la responsabilité de l'infirmière et qui par ailleurs aurait dû se charger de la préparation du patient pour le tribunal.
<b>9 h 09</b>	Répond favorablement à la sollicitation d'un patient qui souhaite passer un appel téléphonique.	

<b>9 h 10</b>	Arrivée des médecins et de l'interne du service dans le bureau infirmier. Sourires et bienveillance entre les deux médecins et l'infirmière.	
	Un médecin s'adressant à l'infirmière : « <i>Il te reste du café ?</i> » « <i>Oui, je crois</i> » et le médecin de répondre à l'infirmière : « <i>Tu veux que je t'en ramène ?</i> ». À son retour, le médecin s'installe dans le bureau infirmier à côté de l'infirmière et lui donne sa tasse de café.	Proximité entre médecins et infirmiers.
<b>9 h 15</b>	Échanges professionnels avec le médecin. Tutoiement de rigueur. L'infirmière ne connaît pas bien l'anamnèse du patient. Plaisanteries entre le médecin et l'infirmière.	Les connaissances de l'infirmière sont suffisantes pour mettre à jour les données du médecin en tenant compte des observations de l'infirmière du matin.
<b>9 h 30</b>	En parlant d'un patient au médecin : « <i>Il est tout mignon ce patient</i> ».	Durant l'entretien avec le médecin, l'infirmière n'utilise pas de vocabulaire psychiatrique, clinique pointue.
<b>9 h 50</b>	Fin des transmissions médicales. S'ensuit une discussion entre les deux infirmières devant l'interne du service. L'infirmière n°38 demande à l'autre : « <i>T'as tout compris de ce qu'elle a dit ?</i> » Et l'autre infirmière de lui répondre : « <i>Non, mais des fois j'ose pas lui faire répéter</i> ». Proximité avec l'interne du service. Les deux infirmières et l'interne plaisantent sur l'une des remarques du psychiatre.	Ne pas comprendre les explications et consignes médicales ne semble pas soucieux pour les IDE du service.
<b>9 h 55</b>	Tâches administratives, appels téléphoniques pour organiser la sortie d'un patient du service. Lorsque la personne appelée demande des précisions quant à l'hospitalisation du patient, l'infirmière n°38, ne connaissant pas l'anamnèse de ce patient, donne le téléphone à l'interne qui prend le relais.	Connaissances superficielles de certains patients.
<b>9 h 57</b>	L'infirmière n°38 lit des dossiers de soins d'autres patients.	

10 h 02	Appel d'une famille pour prendre rendez-vous avec le psychiatre. Explicitation du comportement du proche hospitalisé et de la thérapie adoptée. L'infirmière confirmera le rendez-vous aux médecins.	
10 h 05	Échanges avec l'interne. L'infirmière s'aperçoit qu'elle s'est trompée d'horaires pour la famille précédemment appelée. Elle a donné un rendez-vous une heure plus tard que prévu : « <i>Bon, bah il attendra</i> ».	Dans un premier temps, considération portée à la famille questionnante. À ce moment de l'observation, les valeurs professionnelles de l'infirmière n°38 nous apparaissent « particulières ». Nous y reviendrons.
10 h 06	Finalement, l'infirmière dit : « <i>Je vais le rappeler pour lui dire que ce sera entre 10 heures et 11 heures</i> ».	Ce qui aurait dû être dit et fait dès le début
10 h 09	Elle s'exécute.	
10 h 15	Dans le bureau du cadre de santé, l'infirmière jette un coup d'œil au planning pour programmer un accompagnement. Planning réalisé et officialisé pour une semaine seulement.	Cela semble convenir à l'infirmière sachant qu' <i>a minima</i> , il est exigé, d'un point de vue réglementaire, une visibilité de deux semaines minimum sur les plannings de travail.
10 h 20	Lorsque je lui demande pourquoi il manque des affectations sur certains jours de la semaine, elle me répond : « <i>On s'équilibre sur le planning</i> ». « <i>On est en souffrance et la cadre le sait et elle nous accorde des vacances car la durée maximale d'une infirmière ici, c'est deux ans</i> ». « <i>Ce qui nous plombe, c'est tout l'organisationnel</i> ».	Le rôle du cadre semble secondaire quant à la réalisation des plannings. L'organisation du travail semble reposer sur le bon vouloir des infirmiers. Propos extrêmement intéressants car pour nous, avec un regard de cadre de santé, c'est plutôt l'inverse qui se passe. C'est plutôt l'absence

		<p>« d'organisationnel » qui semble faire défaut dans ce qui nous est montré.</p> <p>Cette remarque de l'infirmière montre qu'elle conforte la dynamique de l'aspect « solidarité » de son contrat psychologique dans son fonctionnement professionnel puisqu'à raison, sans entraide entre collègues telle qu'elle se réalise, du fait de cette absence « d'organisationnel » le service ne pourrait pas fonctionner. En d'autres termes encore, l'infirmière n'a pas d'autre choix que de développer une étendue de son contrat psychologique perméable (Sels et al., 2004) pour que le service fonctionne.</p>
<p><b>10 h 25</b></p>	<p>Le psychiatre sort de son bureau en s'adressant aux deux infirmières : « <i>Qui veut venir voir Monsieur X avec moi ?</i> ».</p> <p>L'infirmière répond : « <i>Est-ce que ça peut attendre une pause clope ?</i> »</p>	<p>Les consultations médicales, pour les infirmières, ne semblent pas être la priorité du jour. De même, le médecin accepte de continuer seuls les entretiens. L'absence d'infirmière durant les entretiens médicaux ne peut être que préjudiciable à la prise en charge des patients.</p>

<p><b>10 h 26</b></p>	<p>Pause cigarette. « <i>Le service n'a jamais été aussi chaud que ça</i> ». « <i>Ils (les cadres et cadre supérieur de santé) se glorifient qu'on est le secteur qui fait le plus d'admissions dans l'année</i> ». « <i>Notre force, on s'entraide tout le temps, mais c'est pas normal</i> ». « <i>On n'a pas de chambre d'isolement aux normes et on n'est pas à l'aise avec ça</i> ». « <i>Au niveau conditions de travail, beaucoup de choses pourraient être améliorées pour le patient et pour nous</i> ». Récit d'anecdotes avec des patients réussissant à se défaire de leurs contentions physiques. « <i>En termes de recherche, on est en avance, mais pas en termes de locaux</i> ». Critique l'effectif du week-end, où il y a trois infirmiers sur la journée, et le « <i>balançage (DMS courte) des patients</i> ».</p>	<p>Il n'y a effectivement pas de chambre d'isolement aux normes. Cependant, de ce que nous voyons du travail infirmier réalisé jusqu'à présent, le service ne nous semble pas aussi « chaud » qu'exprimé, bien au contraire.</p>
<p><b>10 h 40</b></p>	<p>Fin de la pause cigarette. Le médecin s'est absenté. Les infirmières attendent son retour dans le bureau infirmier avec l'externe qui s'y trouve. Les trois discutent de l'avenir professionnel de l'externe.</p>	<p>Pas d'initiative ni d'anticipation sur le travail à venir. 14 minutes de pause supplémentaires.</p>
<p><b>10 h 45</b></p>	<p>Avec le retour du médecin, les entretiens médicaux reprennent. L'infirmière va chercher un patient suite à une nouvelle demande du médecin.</p>	<p>Pas d'initiatives prises par l'infirmière avant la sollicitation du médecin. Au regard de la clinique de certains patients, il aurait été possible de conseiller certains patients pour rencontrer le médecin.</p>
<p><b>10 h 53</b></p>	<p>Second entretien médical. Sur demande médicale, l'infirmière prévient le patient, en le raccompagnant dans sa chambre, qu'elle va revenir pour lui faire une recherche d'hypotension orthostatique au retour dans sa chambre.</p>	
<p><b>10 h 55</b></p>	<p>Afin de prendre la tension artérielle du patient, l'infirmière va chercher un appareil à tension dans la salle de stockage. Elle choisit l'appareil situé dans le fond de la pièce devant lequel divers matériels sont stockés dont un autre appareil à tension. Lorsque je lui demande,</p>	<p>L'infirmière sait que du matériel ne fonctionne pas, mais ne cherche pas à le faire réparer ou remplacer.</p>

	<p>pourquoi cet appareil dans le fond, plutôt que celui qui est devant, elle me répond : « <i>L'autre ne fonctionne pas</i> ».</p> <p>Je lui demande alors si quelqu'un est au courant qu'il ne fonctionne pas et quel est l'intérêt de le garder ici ? Elle me répond : « <i>On attend</i> ».</p>	<p>En allant récupérer le matériel, je m'aperçois que la seconde infirmière du service est occupée dans une chambre avec un patient. Qu'en est-il des entretiens médicaux ? Le médecin attend qu'une infirmière accompagne un nouveau patient.</p>
<p>11 h 02</p>	<p>L'infirmière n°38 effectue la recherche d'hypotension orthostatique chez le patient et va transmettre les données au médecin qui avait prescrit cette recherche.</p> <p>L'infirmière se montre rassurante avec le patient.</p>	<p>Protocole de recherche d'hypotension orthostatique non respecté. Au final, avec cette méthode, le patient a une tension artérielle plus élevée debout qu'allongé, ce qui est peu vraisemblable.</p> <p>Cela ne manque d'ailleurs pas d'interpeller le médecin.</p> <p>L'infirmière, quant à elle, ne semble nullement surprise de ce résultat improbable et ne recommence pas la recherche.</p> <p>Voici l'un des verbatims de l'infirmière n°38 lors du T1, en parlant de ses obligations vis-à-vis de son employeur : « <i>Vis à vis d'eux, ouais, je pense que je me dois d'être investie dans mon travail, d'être à l'heure, d'être souriante, enfin c'est des choses basiques. Mais d'être agréable en</i></p>

		<p><i>tout cas comme collègue et puis en termes de travail, voilà. Pour essayer d'effectuer un travail au mieux quoi. Je pense que c'est l'obligation d'une infirmière mais d'une infirmière où qu'elle travaille quoi ».</i> Contrairement à l'infirmier n°1, concernant ses obligations envers son employeur, ce dernier évoquait systématiquement ses obligations en fonction de ce qu'il devait réaliser auprès du patient. Pour l'infirmière n°38 ce n'est pas le cas et, là encore, son contrat psychologique se construit sur la base de la relation avec ses pairs. De plus, depuis le début de notre observation, nous constatons une performance in-rôle (Robinson, 1996) très grandement perfectible au niveau de la prise en charge des patients tandis que la performance extra-rôle se montre très développée pour les pairs infirmiers du service de soins uniquement (Robinson &amp; Morrison, 1995 ; Robinson, 1996).</p>
--	--	--



<p><b>11 h 08</b></p>	<p>Appel téléphonique d'une famille. L'infirmière répond aux questions de la famille dans le bureau infirmier.</p>	<p>Respect du secret professionnel ? Confidentialité ? Il est enseigné en IFSI de ne pas communiquer d'informations relatives à l'état de santé d'un patient par téléphone.</p> <p>Une nouvelle fois, nous constatons une performance in-rôle (Robinson, 1996) très grandement perfectible au regard des protocoles hospitaliers.</p>
<p><b>11 h 14</b></p>	<p>La conversation avec la famille est terminée et l'infirmière retourne voir le médecin dans son bureau, au fond du couloir. Celui-ci est parti.</p>	<p>L'infirmière, en traversant le couloir, ne se rend pas compte de l'odeur forte de tabac dans le service, ne pouvant émaner que d'un patient.</p>
<p><b>11 h 22</b></p>	<p>L'infirmière répond à différentes sollicitations de différents patients du type appeler au téléphone, demander quelque chose que l'on sait interdit dans le service, ou bien encore récupérer son tabac.</p>	<p>À chaque fois, l'infirmière répond de façon adaptée et bienveillante aux différents patients.</p>
<p><b>11 h 31</b></p>	<p>Un patient frappe à la porte du bureau infirmier afin de redonner une perche à l'équipe infirmière. Cette perche en bois mesure plus de 2 m et possède un crochet métallique à l'une de ses extrémités. L'infirmière récupère la perche et le remercie.</p>	<p>L'infirmière trouve normal qu'un patient puisse avoir à sa disposition un tel appareil afin de pouvoir ouvrir sa fenêtre qui est en hauteur. Les fenêtres sont en hauteur car le bâtiment est classé historique et aucuns travaux de réhabilitation ne sont envisageables.</p> <p>Cette scène nous fait poser la question de la sécurité des</p>

		patients et des soignants et encore une fois la question de la performance in-rôle (Robinson, 1996) de l'infirmière n°38.
<b>11 h 35</b>	En allant dans la salle de pharmacie, l'infirmière croise un patient et discute spontanément avec lui.	
<b>11 h 38</b>	L'infirmière vérifie la bonne prise en compte des modifications de traitements sur informatique en lien avec les consultations médicales qui ont eu lieu le matin. Elle les imprime.	Sécurité du circuit du médicament respectée de ce point de vue-là.
<b>11 h 39</b>	Un patient vient voir l'infirmière afin de lui demander d'appeler sa famille. Refus de l'infirmière selon les consignes médicales.	Connaissance et respect des consignes médicales.
<b>11 h 43</b>	L'infirmière demande à l'aide-soignante qui avait accompagné le patient du matin au tribunal ce qu'il s'est déroulé au palais de justice.  Information peu claire de l'aide-soignante pour ma part et lorsque je demande à l'infirmière ce qu'elle en a retenu, elle me répond : « <i>J'ai pas tout compris</i> ». En questionnant l'infirmière, elle m'explique que les aides-soignantes n'écrivent rien dans les dossiers de soins. « <i>On devrait leur demander de faire des traces écrites</i> ».	Les aides-soignantes n'écrivent rien dans les dossiers des patients.  Rôle propre de l'aide-soignant non respecté ainsi que celui de l'infirmière.
<b>11 h 53</b>	Retour de l'infirmière n°38 dans le bureau infirmier où les médecins échangent entre eux par rapport à la prise en charge d'un patient. L'infirmière prend part à la discussion.	Cette prise de parole de l'infirmière est bien perçue par les médecins et semble tout à fait normale et naturelle pour l'infirmière.
<b>12 h 05</b>	L'un des médecins part et dit aux infirmières qu'il va voir monsieur X. L'infirmière lui répond : « <i>OK</i> ». Aucune infirmière ne souhaite suivre le médecin et elles restent à deux dans le bureau infirmier.	Travail en collaboration encore une fois difficile à saisir, autant que l'intérêt porté à la prise en charge soignante pluriprofessionnelle.

		Ce passage nous amène à considérer que les obligations de soins d'une infirmière, pour l'individu n°38, au niveau de son contrat psychologique sont moindres que celles vis-à-vis de sa relation avec ses pairs.
12 h 07	En lisant le dossier d'un patient, l'infirmière dit : « <i>Ce patient-là, je ne vois pas comment l'emmener à l'aéroport samedi, on n'est que trois. Ça va encore être le bordel !</i> ».	Malgré de récurrentes critiques organisationnelles, nous ne décelons pas (encore) clairement de rupture de son contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004).
12 h 10	Les deux infirmières discutent de l'histoire de vie d'un patient lorsque le médecin revient et s'installe avec elles au bureau pendant qu'elles se roulent des cigarettes tout en continuant leur discussion.	La situation semble normale pour le médecin.
12 h 14	Le médecin dit : « <i>Je vais y aller</i> », ce à quoi les infirmières répondent « OK » avant de l'interroger sur un domaine extra professionnel. Durant ce temps, un patient frappe trois fois à la porte sans que personne ne lui ouvre ni lui réponde.	Disponibilité pour les patients ? Performance in-rôle (Robinson, 1996) ?
12 h 17	En sortant toutes les deux du bureau infirmier, les deux infirmières croisent leur collègue de l'unité voisine au niveau des ascenseurs. « <i>Arrête M., on va fumer</i> ». Ce sur quoi, l'infirmière interpellée s'exécute. À ce moment-là, le patient qui est allé au tribunal, va à la rencontre de l'infirmière et lui dit, sthénique : « <i>Ce gros enculé de juge de merde</i> », ce à quoi l'infirmière n°38 répond : « <i>je vous verrai après ma clope</i> ». Les trois infirmières rentrent dans l'ascenseur et quittent le service.	Cette scène méritait un débriefing immédiat avec le patient évoquant les insultes proférées à l'encontre du président du tribunal qu'il avait rencontré plus tôt dans la matinée. Par ailleurs, il ne reste plus qu'une infirmière pour 2 unités de soins sans savoir où sont les aides-soignants. Difficilement concevable.

<p><b>12 h 18</b></p>	<p>Pause cigarette.</p> <p>Lorsque je demande aux infirmières si cela arrive souvent que ce soient les aides-soignants qui accompagnent les patients au tribunal, l'infirmière me répond « <i>Quand t'es aide-soignant, tu fais ce que tu veux, si tu veux te barrer une heure plus tôt le soir, tu le fais</i> ».</p> <p>« <i>Chacun a sa conscience, on n'est pas là pour fliquer</i> ». « <i>C'est vrai que ça crée des tensions parfois</i> ». « <i>Les gars (infirmiers) se moquent d'elle (aide-soignante) ouvertement quand ils en ont marre</i> ».</p> <p>L'infirmière rajoute « <i>T'as vu ce matin, l'aide-soignante du service s'est barrée s'habiller et c'est moi qui ai vu pour que le patient soit prêt</i> ». « <i>On ne peut pas dire les choses clairement parce qu'elle va balancer au cadre après. Donc on laisse couler et c'est notre tort</i> ».</p> <p>« <i>Je ne m'attendais pas à avoir des collègues eux-mêmes malades avec une communication impossible</i> ». « <i>C'est pas moi, pas titulaire, qui vais remettre les choses en question</i> ».</p> <p>« <i>C'est pas à moi de rentrer là-dedans, ça fait des années que ça fonctionne comme ça</i> ».</p>	<p>Positionnement infirmier au regard de l'aide - soignant inexistant. Collaboration AS/IDE impossible au regard des éléments donnés. Par ailleurs, une fois encore, nous sommes confortés dans le fait de penser que l'absence de cadre fait perdre les repères aux soignants du service.</p> <p>À travers ces verbatims, nous sentons la présence d'éléments qui pourraient être à l'origine de rupture du contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004), mais ce n'est pas le cas puisque l'infirmière n°38 estime son niveau de contrat comme équivalent à celui de ses pairs (Janssens et al., 2003 ; Sels et al., 2004). Dans son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001), elle faisait état du fait que l'organisation devait lui permettre d'exercer sereinement tel que le rapporte ce verbatim de T1 en parlant de son employeur : « <i>mais en tout cas qu'ils soient aidants dans le travail qu'il y ait de la</i></p>
-----------------------	--	--

		<p><i>communication entre nous », « nous » désignant une fois encore uniquement les pairs et l’infirmière n°38 et en excluant les aides-soignants. La construction de son contrat psychologique intègre donc progressivement ces professionnels aides-soignants avec les difficultés énoncées et observées jusqu’à présent.</i></p>
<p><b>12 h 36</b></p>	<p>Fin de la pause cigarette. Surveillance du repas des patients qui a déjà commencé.</p>	<p>Troisième pause de la matinée, de presque 20 minutes, faisant rater le début du repas aux infirmiers du service. Les aides-soignantes ayant pris l’initiative de commencer le repas. Sécurité des patients en cas de fausse route liée au traitement ? Surveillance des conduites alimentaires ? Surveillance des comportements ? Surveillance des relations interpersonnelles ? Performances in-rôle de nouveau interrogeables (Robinson, 1996).</p>
<p><b>12 h 38</b></p>	<p>L’infirmière apporte un traitement à un patient dans sa chambre. S’ensuit un entretien d’aide.</p>	<p>Décision de réaliser un entretien d’aide justifiée au regard de la clinique du patient.</p>

<p><b>12 h 50</b></p>	<p>Fin de l'entretien d'aide. L'interne veut parler à l'infirmière. Elles échangent par rapport à un éventuel changement de traitement de ce patient. L'interne demande la validation de sa prescription à l'infirmière qui lui confirme qu'elle la trouve justifiée. La relation entre l'interne et l'infirmière est simple et facile.</p>	<p>L'interne s'appuie sur la clinique et l'expérience de l'infirmière.</p>
<p><b>13 h 00</b></p>	<p>L'infirmière me montre une grande planification murale ce qui pour elle est « <i>indispensable pour clarifier les rendez-vous des patients</i> ».</p>	<p>La planification murale ne devrait plus exister aujourd'hui au regard de l'informatisation des services de soins d'une part et de la confidentialité d'autre part.</p>
<p><b>13 h 30</b></p>	<p>L'infirmière répond aux différentes questions : « <i>Ça fait un an qu'on est diplômé, et on a déjà de la lassitude</i> ».</p>	<p>Propos intéressants quand on les met en relief avec le comportement professionnel, affiché tout au long de la matinée, parfois « insuffisant ».</p> <p>À ce moment de la journée, à travers cette « lassitude » énoncée, nous pensons que les « insuffisances » repérées jusqu'à présent sont la manifestation d'une rupture du contrat psychologique (Morrison et Robinson, 1997, 2004). Celui-ci a pour origine à la fois la renonciation par incapacité de l'organisation (Morrison &amp; Robinson, 1997) à tenir l'engagement évoqué dans le contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001) de l'infirmière</p>

		n°38 quant à lui offrir des conditions de travail axées sur la communication pour pallier les difficultés rencontrées et sur l'incongruence développée par ce manque de communication (Morrison & Robinson, 1997) entre l'infirmière de notre cohorte et un représentant de l'organisation tel que son cadre de santé qui est absent au sens propre comme au sens figuré. Nous y reviendrons plus en détail dans l'analyse globale de l'observation.
<b>13 h 35</b>	Repas avec les collègues du soir. Les différents soignants se font la bise pour se saluer.	
<b>13 h 55</b>	Pause cigarette avec les collègues du matin et du soir. « <i>On est heureux de travailler ensemble et d'être ensemble</i> ».	Pause repas et cigarette de 20 minutes.
<b>14 h 05</b>	<p>Transmissions.  « <i>Faudra voir avec le cadre pour qu'il nous trouve quelqu'un pour aller à l'aéroport vendredi matin</i> ».</p> <p>Passages parfois humoristiques entre infirmiers.  Durant ces transmissions l'aide-soignante est peu écoutée. Les rares fois où elle s'exprime, les infirmiers lui coupent la parole.</p>	<p>L'infirmière n'oublie rien de ce qu'elle avait à transmettre à ses collègues avec un niveau de détail satisfaisant.  Le cadre est désigné par sa fonction et non par son prénom ou son nom et ne semble être considéré que pour ce qu'il peut apporter dans cette situation où les infirmiers n'ont pas de solution.  La présence de l'aide-soignante semble superflue et inutile.</p>

<b>14 h 20</b>	<p>Départ de l'infirmière du matin. Tous ses collègues lui disent : « <i>Salut</i> ».</p> <p>L'infirmière n°38 propose des solutions pour le patient qu'elle présente à l'équipe. Ces propositions sont intéressantes d'un point de vue clinique.</p>	L'infirmière du matin est partie sans noter son temps, ce que ses collègues semblent trouver normal.
<b>14 h 36</b>	<p>Fin des transmissions.</p> <p>L'infirmière retire sa blouse, quelle place en bouchon dans un tiroir du bureau, dit au revoir à ses collègues et leur propose une dernière cigarette avant de partir. Ce qu'ils acceptent.</p>	Temps de transmission un peu court au regard du nombre de patients pris en charge.



# Annexe n°5

Les carnets de bords de la cohorte  
(textes recensés sans modifications)

Individus	Contenu du carnet de bord	Analyses
1	<p>Quel pied de travailler avec des grands noms de (cette spécialité médicale). Je pensais être fort en clinique et là, première question, on me demande si je connais les 50 classes de médicaments. Ça m'a calmé et donné envie d'apprendre. Médecins sympas. Équipe jeune, ça devrait le faire. Le cadre m'a bien accueilli. Les collègues de mon équipe me disent : « Bah franchement, tu te débrouilles bien », avec ceux de la contre-équipe (équipe soignante qui prend la relève de l'infirmier pour assurer la permanence des soins) c'est des relations un peu plus tendues et j'ai pas de remarques positives de leur part à part des reproches. Et avec les AS aussi parce que ce sont des feignasses.</p>	<p>Nous avons suivi cet individu sur une journée et dans l'analyse que nous en avons faite, nous trouvons les explications de ce ressenti. Il ne partage pas les valeurs soignantes à l'œuvre dans son service.</p>
2	<p>Bien sentie sur le pool. Très bon accueil dans les services. Mise dans le bain rapidement car arrêt infirmier, donc j'étais dans l'effectif direct dès le premier jour. (n°2), t'as pas de bol, là on a un arrêt, donc tu vas pas être doublée. Je connaissais pas du tout l'organisation, je connaissais même pas les locaux, je connaissais pas le personnel, je connaissais donc pas les patients, juste les logiciels informatiques que j'avais pratiqués deux jours. Mais j'étais avec une infirmière où elle a pris le temps aussi de m'expliquer les choses. On a travaillé en collaboration. Elle aussi aurait pu stresser en se disant qu'elle été toute seule en gros pour gérer le service et ça s'est très bien passé. Ça aide d'avoir été aide-soignante pour débiter. Plus de responsabilités qu'en étant aide-soignante. Je m'adapte bien.</p>	<p>Importance de l'accueil pour le nouveau professionnel. Évocation du « doublage » espéré.</p>
3	<p>Questionnement personnel sur l'organisation du service ; des collègues/ sur les patients/ la prise en soin du service. Le ressenti qu'il faut faire ses preuves (réactivités professionnelles ; prise en soin ; connaissances des patients). Le besoin de communiquer auprès des collègues pour comprendre le fonctionnement, découvrir leur prise en soin et travailler en coordination. Un besoin de communiquer aussi pour se rassurer sur sa prise en soin. Sentiment d'être testée par les médecins : questionnement sur le patient ou mon avis de professionnel. (Selon mes collègues infirmiers : "un comportement qu'ils avaient également adopté, il y a quelques années lors de leur prise de poste). Sentiment d'une confiance accordée par mes collègues. Une disponibilité de l'équipe à mon égard. L'impression de travailler auprès d'une équipe solidaire et centrée autour du soin pour et avec le patient. L'impression d'être observée et testée par les patients (comportement qu'ils n'adoptent pas avec mes</p>	<p>La quête d'information se fait vers les pairs. Importance donnée à la communication. Importance de la confiance entre pairs, de la disponibilité et de la solidarité autour et pour le patient.</p>

	<p>collègues travaillant depuis plusieurs années dans le service). Le ressenti d'avoir des responsabilités mais d'être soutenue par l'équipe (un sentiment réellement apparu lors de ma première urgence le premier weekend de travail. Tout en sachant que le weekend, nous sommes une IDE pour 50 résidents).</p>	
4	<p>Que deux jours d'encadrement. Hyper stressée. Impression d'avoir plein d'informations et de ne pas pouvoir les traiter. J'avais pas de code informatique donc c'est embêtant de faire les choses au nom de quelqu'un d'autre. J'aurais aimé que ce soit vu avant mon arrivée. En fait, j'étais pas attendue. Je me suis changée dans un placard. Et j'ai été encadrée par une fille qui est nouvelle comme moi presque. Pas forcément adapté que ce soit une nouvelle qui encadre une nouvelle. Un peu limite.</p>	<p>Mise en avant du peu de « doublage ». Accueil jugé insatisfaisant.</p>
5	<p>Jour 1. Formation dans le service. Mauvaises en général. Difficulté à me positionner en temps qu'infirmier, impression de ne pas savoir quoi faire, d'être encore le stagiaire à courir après l'IDE et de ne pas être autonome, peur de ne pas être capable de tout faire, de penser à tout, d'être trop lent, d'être un gros boulet pour l'équipe. Quand je me présente, le mot « infirmier » sonne bizarre à mes oreilles. Bonne accueil des collègues IDE et des cadres qui me connaissaient et m'attendaient. Impressions bizarres lorsque les cadres viennent me souhaiter la bienvenue au self, moi content mais remarques des IDE : « Bah dis donc, je n'ai pas eu cet accueil-là moi ! ». Le regard traîne sur le cadre suivie d'un petit rire partagé. Je n'ai pas compris le sous-entendu et suis passé outre. Jour 2. Formation dans le service. Bien meilleur. Laissé autonome sur les soins. Briefing complet des patients dont j'aurai la charge. Sentiment d'être un peu infirmier. Peur car beaucoup de choses à retenir, notamment administrative. Jour 3. Enfin seul, enfin infirmier. Toutes les permissions avaient été préparées tous les médocs déjà donnés pour les personnes autonomes. Commande de pharmacie déjà faite. Travail prémâché pour bien être moi, patients, collègues. Jour 4. Samedi. Finition des perm, organisation de mon travail, gestion des petits problèmes, effort d'anticipation, gestion de mon temps. Une IDE d'un autre service était détachée en plus si besoin pour m'aider (demandé par les cadres). AS : effort pour ne pas paraître hautain, donné un coup de main, tenir informé même des problèmes médicaux. J5. Dimanche.</p>	<p>Mise en lumière indirecte de la solidarité entre pairs. Adoption également d'un comportement en ce sens envers ses collègues infirmiers. Importance également de la confiance et de la reconnaissance entre pairs, ainsi que de la confiance que les patients accordent à l'infirmier. La disponibilité aux autres professionnels de santé est appréciée. Gestion administrative non considérée comme un acte de soin.</p>

	<p>Autonomie, reconnaissance des collègues, confiance s'installe tranquillement. Sentiment de ne pas être un boulet... à voir. Confiance des patients « autonomes » plus difficile (trop jeune, ne connaît pas). Relation directe avec le médecin, « <i>pas si terrible que ça</i> ». Impression d'avoir pris le service en main en très peu de temps, même si la moitié des patients sont en perm. Essaie d'optimiser mon organisation, sent que je peux vite être dépassé.</p> <p>J6. Mardi. Retour dans mon service. Gestion seul de l'après-midi. Calme, pas de souci particulier, j'ai même pu prendre mon temps. Gestion des stupéfiants... merci collègue IDE !</p> <p>J7. Environnement connu, confiance des patients plus rapide. Pas le temps de gérer tous les problèmes administratifs. Les collègues me connaissent déjà.</p> <p>J8. Horaire de renfort. Pas de réelle responsabilité le matin, j'aide les 2 IDE. L'après-midi, je gère mon étage, règle un malentendu avec une famille, enfin un boulot que je maîtrise la gestion de l'agressivité. Je suis serein, l'interne est bien content de ne pas être seul.</p> <p>J9. Dure journée ! Une dégradation de l'état de santé de 2 patients, une mauvaise anticipation de ma matinée me met en défaut. Obligé de demander de l'aide d'une collègue. Relation avec le médecin facile car très accessible et je l'ai beaucoup appelé (mais pas pour rien). Manque de rapidité dans mes soins courants pour me permettre de dégager assez de temps pour la paperasse, enfin ça va venir. Un petit peu moins tête en l'air.</p>	
6	<p>1er jour, formation.</p> <p>Mon unique jour de doublage, je compte bien en profiter. Je fais un horaire qui n'existe pas en réalité dans ce service, 8h-16h « pour voir un peu du matin et un peu du soir » au lieu de faire une journée où je fais un « vrai » horaire du matin et une autre journée où je fais un « vrai » horaire du soir ce qui m'ennuie un peu car je ne vois pas l'organisation réelle de l'équipe. J'arrive en avance pour avoir le temps de trouver un casier et ma tenue de travail et heureusement car je ne trouve aucune tenue qui n'a pas de nom. Je monte donc dans le service où je vais être doublée, et lorsque je me présente l'infirmier et l'aide-soignant ne sont pas au courant de ma présence ce jour. Je me sens comme une étudiante à un premier jour de stage (car il m'est déjà arrivée plusieurs fois de ne pas être attendue par l'équipe soignant lors d'un premier jour de stage). Mais ils m'ont accueillie avec beaucoup de gentillesse, ce qui m'a rassuré et sécurisé. L'aide-soignant est redescendu avec moi dans les vestiaires pour m'aider à trouver une tenue et un</p>	<p>Un « doublage » et un bon accueil semblent diminuer l'anxiété de la prise de poste. D'emblée, cette professionnelle cherche à sympathiser avec ses nouveaux collègues. Les acteurs organisationnels privilégiés pour obtenir des informations sont les infirmiers puis dans un second temps les aides-soignants.</p>

casier. Nous n'en trouvons pas et comme la lingère n'est pas encore arrivée, nous en empruntons une à une aide-soignante qui est en vacances.

Lorsque nous remontons dans le service, l'infirmier a fini son tour de soins et il est temps de leur pause pour prendre un rapide petit déjeuner. Je me sens frustrée car au lieu d'être doublée lors du tour de soin et de voir l'organisation de l'IDE, j'ai perdu du temps à trouver cette fameuse tenue alors que la cadre du service m'avait dit qu'elle ferait en sorte qu'une tenue soit prête pour moi dans ce vestiaire. Ma première heure de doublage se résume donc à prendre un verre d'eau avec l'IDE et l'AS. Cependant, cela n'est pas inutile car cela me permet de sympathiser et de m'intégrer à ces deux membres de l'équipe soignant dans ce service où je travaillerai une bonne partie du mois de juillet et août. De plus, l'IDE en profite pour m'expliquer l'organisation du service, les pathologies prévalentes, etc...

J'ai suivi l'IDE toute la fin de matinée : il y a eu une synthèse avec un groupe de patients car c'était la fin de leur séjour thérapeutique diététique. J'ai rencontré le diététicien (qui partait en vacances le lendemain et serait donc remplacé pdt 3 semaines par une autre personne). Lors de cette synthèse, j'ai eu un sentiment d'inutilité car je ne connaissais pas les patients, je n'avais pas eu de transmissions. Je n'ai donc rien dit pendant cette heure et demi de synthèse. Ensuite j'ai suivi l'IDE comme un petit toutou en ne sachant pas quoi faire. Puis nous avons regardé quelle infirmière était d'après-midi, et c'était une remplaçante qui ne connaissait que très peu le service et qui ne saurait donc pas me doubler... D'ailleurs, en la voyant lors des transmissions du midi, elle était très étonnée que ce soit elle qui devait me doubler et m'a conseillé d'aller dans un autre service, étant donné que la semaine suivante j'allais changer tous les jours de service en étant doublé dans aucun...

J'ai donc suivi son conseil et je suis allée dans un autre service, celui pour lequel j'avais le plus de craintes. Je suis arrivée au tout début des transmissions, je me suis présentée, en bafouillant et en me trompant : j'ai dit que j'étais étudiante infirmière, puis je me suis corrigée, j'ai expliqué la situation, et j'ai eu le sentiment que ça ne les enchantait pas... D'ailleurs l'une des infirmières m'a dit que cette journée était particulièrement calme et qu'elles n'auraient pas grand-chose à me montrer, d'autant plus que je m'en allais 1 h 30 après les transmissions... J'ai écouté les transmissions, mais je n'ai pas eu de feuille car je ne revenais pas avant le mercredi suivant donc je n'ai pas tout retenu. Puis après les transmissions il y avait... une synthèse en équipe pluridisciplinaire... donc une fois encore je n'ai pu qu'écouter ce qui se disait et je n'ai rien pu faire... Ensuite, l'équipe soignante a pris sa pause et il était l'heure que je m'en aille.

En bref: J'ai eu le sentiment d'arriver comme un cheveu sur la soupe, que mon arrivée n'était pas préparée. J'ai eu le sentiment d'être inutile, de n'avoir quasiment rien appris qui pourrait me servir une fois que je

Cette professionnelle commence à se sentir « infirmière » au bout de cinq jours de travail du fait de se sentir utile d'abord pour ses collègues, puis on devine en filigrane, également pour les patients. Cette infirmière se considère comme telle à compter du moment où elle est reconnue professionnellement.

Au niveau du contrat psychologique et de la question de savoir quels sont les acteurs les plus importants pour le développement du contrat psychologique d'une infirmière, en ce qui concerne cet individu n°6, les pairs infirmiers sont les plus importants, suivent ensuite les aides-soignants et les médecins pour compléter ce trio. Il est à noter que le cadre de santé n'est pas considéré comme un membre de l'équipe soignante comme les autres et que, dans un premier temps du moins, il peut stresser le nouveau professionnel.

serais seule. Je n'ai vu aucune différence d'avec mon statut d'étudiante. J'étais frustrée que mon unique journée de doublage ne m'est servie à rien, et stressée car la fois suivante je serais l'infirmière et que je ne serais pas doublée.

Donc pas très positif.

2eme jour :

Je suis dans un service dans lequel j'avais fait un stage, mais j'ai quand même peur car ça fait déjà des mois que mon stage est terminé et je ne suis plus étudiante. J'essaie de me rassurer car je suis d'horaire « intermédiaire » c'est-à-dire 9h30-17h30, donc je suis à cheval sur l'horaire du matin et l'horaire du soir donc je ne suis jamais seule. De plus, je sais que je travaille avec deux infirmières qui ont l'habitude de ce service. J'arrive 30 min en avance car je me souviens que pour avoir les transmissions, il faut arriver au moment de la pause petit déjeuner, sinon je n'aurais pas de transmissions avant celles de 13h30. L'IDE, les AS et les ASH m'accueillent avec beaucoup de gentillesse et avec plusieurs félicitations car elles me reconnaissent. L'IDE est une femme que l'on pourrait qualifier de très speed. Elle me fait les transmissions à la vitesse grand V, j'ai à peine le temps de tout écrire, je lui dis plusieurs fois qu'elle va trop vite, elle s'arrête un moment mais repart avec la même vitesse d'élocution. Je pense avoir capté toute les informations nécessaires donc je ne la fais pas répéter 36 fois. Ensuite elle m'explique qu'il y a la visite du médecin et donc qu'elle sera avec lui toute la matinée, mais que je peux quand même lui poser des questions si j'ai besoin. Elle m'explique ce que j'ai à faire pendant ce temps, cela m'aide beaucoup comme ça je sais ce qu'il faut que je fasse précisément et j'ai moins de risque d'oublier quelque chose ou de me tromper. Mais lorsque vient le moment de me lancer, une vague de panique m'envahit... je la chasse regarde les fiches pansements pour savoir quoi préparer et vais voir la patient : personne dans la chambre. Pareil pour mon autre pansement, la chambre est vide : mes deux patients sont en kiné. Je vais donc commencer à préparer les médicaments, mais je me sens assez stressée. « Si jamais je n'avais pas le temps de les faire, ils me prendront pour une incapable, il faudra que je sois rapide lors des pansements. ». À la fin de la matinée, j'ai tout juste eu le temps de faire mes deux pansements et quelques boites de médicaments sur les 26 à faire. J'ai donc l'impression de ne pas avoir été efficace... je termine mes médicaments pendant les transmissions. En revanche, l'après-midi, j'ai fait une entrée toute seule, lorsque j'avais fini, j'ai demandé à l'infirmière de vérifier que je n'avais rien oublié. Elle m'a dit que j'avais fait comme il fallait : j'étais donc contente de moi.

En bref : Il m'a fallu un temps d'adaptation, j'ai eu l'impression de ne pas être efficace durant la matinée. Mais j'ai réalisé correctement une entrée l'après-midi. J'ai un sentiment mitigé sur cette journée. Le soir je ne me sentais pas très bien dans le sens où je ne me sentais pas satisfaite de moi. J'ai été guidée par mes deux collègues infirmières et aidée par une collègue aide-soignante : elles ont été des ressources pour moi. Je n'ai pas encore pris mes marques. Je ne sais pas si c'est le fait que j'avais été en stage dans ce service mais je me suis sentie plus étudiante de 3<sup>ème</sup> année qu'infirmière aujourd'hui.

3<sup>ème</sup> jour : Même service que jeudi, horaire du soir, avec le même IDE que jeudi pour me faire les transmissions et m'expliquer ce que j'avais à faire l'après-midi et le soir. Une nouvelle collègue aide-soignante très accueillante, qui a été une ressource pour moi et m'a guidée lorsque l'IDE est partie. J'ai fait une activité avec elle et les patients. J'ai encore eu le sentiment que je n'étais pas à ma place, il me manquait de pouvoir prendre mes marques comme je changeais tous les jours de service. Le lendemain je serais dans un autre service, vendredi et ce WE aussi, ce qui ne me rassurait pas. Je ne me suis pas sentie très utile une nouvelle fois. Je n'avais pas la certitude d'avoir fait le bon choix de métier...

4<sup>ème</sup> jour :

Le service pour lequel j'avais le plus de craintes : médecine générale, celui où j'étais allée l'après-midi de mon jour de formation. Horaire du matin, donc seule dès le début. Heureusement l'IDE de la veille m'avait préparé les feuilles de transmissions imprimées avec les éléments importants en fluo et des conseils. De plus, L'IDE de l'étage du dessous (médecine également) m'avait dit que je pouvais l'appeler si besoin et m'a appelé plusieurs fois pour voir comment je m'en sortais et pour me proposer son aide. Cela m'a rassurée et sécurisée ; De plus, l'IDE d'horaire intermédiaire était l'IDE qui m'avait gentiment préparé mes transmissions et elle m'avait aussi expliqué que si j'avais besoin je pouvais m'appeler. Finalement c'est le jour où je me suis sentie le mieux. Sauf au moment des transmissions lorsque j'ai vu que la cadre de santé (Mme M.) était là, cela m'a donné un coup de stress et j'avais une voix toute timide et chevrotante. Heureusement pour moi, l'IDE d'après-midi connaissait bien les patients et je n'avais que les problèmes du jour à lui transmettre. D'ailleurs un peu plus tard je lui ai demandé comment elle avait trouvé mes transmissions et elle m'a dit que comme elle connaissait bien les patients ça lui avait tout à fait convenu. En bref : J'ai pris un peu plus mes marques, mon organisation se peaufinait même si elle n'était pas encore sans failles. Je me suis davantage sentie dans la peau d'une infirmière et ça m'a rassuré quant au choix de mon métier. Il me manque encore de la confiance en moi.



5ème jour :

Encore un service différent : cancérologie, soins palliatifs. Un service que je craignais également. Contexte : au départ, je ne devais pas travailler ce jour-là car c'est le 1er d'une série de 6 jours, et c'est le seul et unique jour que je ferais dans ce service ; Donc je ne comprends pas bien le choix de la cadre de m'avoir mis là, alors que je ferais le WE dans un autre service.

Je suis d'horaire intermédiaire donc je ne suis jamais toute seule. L'infirmière est au courant que c'est moi qui suis là aujourd'hui ce qui me rassure un peu et elle m'accueille avec chaleur. J'étais en avance car je m'étais un peu renseignée et je savais que, comme pour le service de lundi, je devais arriver au moment de la pause du matin pour avoir les transmissions. D'autant plus que lors des transmissions du midi, je suis allée écouter les transmissions du service dans lequel je travaille ce WE. Au final, je ne suis restée que de 9h à 13h en cancérologie, puisque l'IDE d'après-midi a appelé le service dans lequel j'ai écouté les transmissions pour leur dire que je pouvais rester. Ce qui m'arrangeait car je pouvais prendre mes repères dans ce service aux côtés d'une infirmière au lieu de le faire seule le lendemain. En cancérologie, j'ai fait les soins que l'on me proposait de faire et j'ai aidé une aide-soignante pour une toilette. Dans l'après-midi, j'ai vérifié les papiers et médicaments des patients qui partaient en permissions. Une patiente a fait une crise d'épilepsie, le médecin et ma collègue infirmière étaient là et m'ont aidé à gérer la situation. En voyant la patiente commencer à faire cette crise, j'ai quelque peu été submergée par l'angoisse et j'ai volontiers laissé ma collègue gérer la sous-cutanée, je suis surtout resté près de la patiente pour la rassurer. Mais au moins je savais à quoi m'attendre le lendemain et la prescription de Rivotril en sous-cutané était faite. Donc si cela se reproduisait, je savais ce que je devais faire. Cela me rassurait. De plus, à la fin de ma journée, l'IDE m'a dit « heureusement que tu étais là car sinon je ne sais pas comment j'aurais tout géré » (car elle avait fait l'entrée d'un patient). Cela m'a fait chaud au cœur, je me suis sentie vraiment utile, à ma place, lorsqu'elle m'a dit ça.

En bref : Je me sens de plus en plus à ma place dans ce métier, je me suis sentie plus utiles. J'ai eu le sentiment d'être vraiment une collègue pour les infirmières avec qui j'ai travaillé aujourd'hui, ce que j'apprécie beaucoup. J'ai été rassurée, de ne pas être seule pour gérer une crise d'épilepsie, je sais comment je dois réagir si la situation se représente pdt le WE.

6ème jour :

Dans le même service que la veille, horaire coupé : 8h-13h et 17h-19h30.

Arrivée à 8h, je vais d'abord voir ma collègue à l'étage du dessous au cas où l'équipe de nuit lui aurait transmis des informations pour moi. Je remonte, je fais le point sur ce que j'ai à faire dans ma matinée. Puis

	<p>il est temps d'aller donner les traitements pour le petit déjeuner. Je suis un peu mal à l'aise car je ne connais pas les patients, et je n'ai pas vu de plan de table, donc je demande leur nom à chaque patient, et je vérifie mes traitements au moment de les donner, sauf que certains sont déblistérés donc je dois aller les comparer avec ceux de la pharmacie pour être sûre de ce que je donne. Cela me fait faire de nombreux allers et venues, et me met en retard, je me dis que demain j'arriverais un peu plus tôt pour avoir le temps de bien vérifier mes traitements près de la pharmacie.</p> <p>En bref : quelques défauts d'organisation encore, que j'identifie au fur et à mesure pour essayer de les corriger. Je me sens beaucoup plus dans mon rôle de professionnelle (je m'organise avec mes collègues aides-soignantes qui, je le ressens, me considèrent comme l'infirmière. De plus, le médecin me demande si j'ai des choses à lui transmettre.)</p> <p><u>7ème jour :</u> Meilleure organisation personnelle, contact plus détendu avec les aides-soignantes à qui je propose de l'aide pour une toilette car j'ai fini en avance dans ma matinée. Je me sens encore davantage infirmière. Travail en horaire coupé, au bout de deux jours, je trouve déjà cela pesant, ce n'est pas un horaire facile.</p> <p>Lundi 21 juillet, 8ème jour : De retour dans le service de nutrition et programme de réhabilitation lombaire (H2- H3), qui est plus calme que le service dans lequel j'étais le WE (S1). J'ai un sentiment agréable d'être « à ma place ». J'ai l'impression que mon organisation est beaucoup mieux rodée.</p>	
7	Document non transmis.	
8	<p>Pas mon projet ce type de service au départ mais j'ai à y apprendre. Équipe sympa. Intégration bien passée. Pareil que ce que j'ai fait en stage avant en tant qu'étudiant.</p>	<p>Le contrat psychologique de cet individu se développe dans le prolongement de son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001). Lors du T1, il disait ne concevoir de ne travailler qu'avec des collègues sympas et travailleurs, « <i>un vrai</i></p>

		<p><i>travail en collaboration quoi ». De plus, il est intéressant de constater que tout s'est bien déroulé car cela correspondait à ce qu'il avait développé au niveau de son contrat psychologique anticipatoire durant la formation infirmière durant les stages.</i></p>
9	<p>J1 : Je suis doublée par une IDE avec qui j'ai déjà travaillé lorsque j'étais en stage, donc pas de stress et j'ai une semaine pour prendre mes marques avant qu'elle parte en vacances. Le travail me plaît (technique/relationnel avec les patients/horaires tops pour l'été (8h/15h30 ou 7h30/15h)</p> <p>J3 : Toute seule aujourd'hui, pas trop de soucis, rythme assez dense mais j'apprends plein de choses et j'essaye de privilégier le contact avec les patients mêmes s'il est court et que j'ai l'impression autour de moi que celui-ci est vite oublié.</p> <p>J4 : Autonome. Je fais quelques heures supplémentaires pour dépanner mais ça ne me dérange pas. Équipe agréable (médecins, IADE, ...) et compréhensive sur le fait que je débute. Je travaille avec une collègue infirmière qui m'aide quand je ne sais pas faire. Je remplace aussi l'aide-soignante bref, tout le monde m'aide. Poste super mais <u>que</u> pour deux mois.</p>	<p>Là encore, le « doublage » diminue le stress de la prise de fonction. Pour l'instant, son contrat psychologique se développe en harmonie et dans la continuité de son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001). Sur ce début de carrière, cette infirmière fait montre d'une étendue de son contrat psychologique très perméable (Sels et al.). Les relations avec les collègues sont telles qu'elle l'envisageait au regard de son contrat psychologique anticipatoire lors du T1 « <i>j'attends des collègues qui sont dans l'entraide et la solidarité</i> ».</p> <p>Dès le troisième jour le propos « <i>j'ai l'impression autour de moi que [le patient] est vite oublié.</i> » laisse à voir un hiatus naissant entre sa conception du soin, ses valeurs,</p>

		et ce qu'elle voit pratiquer autour d'elle. Pour rappel, cette infirmière quittera cet établissement car elle n'en partage pas les valeurs.
10	<p>Doublage sur 15 jours de prévu au départ. Toujours doublé la première semaine. Conditions idéales avec collègues très disponibles et qui expliquent bien. Travail en sécurité. Charge de travail importante, pas le temps de voir les choses en profondeur. Content.</p>	Mise en avant des « bienfaits » du « doublage ».
11	Document non transmis.	
12	<p>le jour :</p> <p>Je suis plutôt rassurée, l'équipe a été très accueillante avec moi. Dès ce matin on m'a intégré dans les soins. Je suis ce qu'on appelle en « période d'intégration ». J'ai donc une « tutrice » en doublage pendant un mois, un peu comme une étudiante infirmière, mais par contre cela me fait bizarre car je n'ai pas le sentiment d'avoir radicalement « changé de côté ». Quand cette tutrice principale sera absente, je serais avec une autre infirmière. Je tournerais donc avec deux infirmières pendant un mois.</p> <p>J'ai rencontré la deuxième cadre du service, car l'autre (dont je vous ai parlé) est en vacances. Elle est très gentille, elle m'a demandé toute la journée comment j'allais. Elle m'a confié être nouvelle elle aussi, elle est là depuis 10 jours et découvre tout comme moi le service.</p> <p>Les aides-soignantes et médecins sont également très accueillant, c'est très rassurant ! Ils ont blagué avec moi lors de ma présentation au staff. C'était très chaleureux.</p> <p>Cet après-midi, il y avait un cours sur l'analgésie par cathétérisme péri-nerveux, fait par un médecin anesthésiste spécialisé en soins palliatifs qui intervient dans le service. C'était très intéressant malgré que difficile à suivre vu la fatigue de l'après repas.</p> <p>Ce premier jour était épuisant, je rentre dans un service très lourd, nous avons 6 patients à charge mais une prise en charge très importante. Et cette journée en 12h a été difficile pour une reprise.</p> <p>Je vous ferais donc un compte rendu de sept jours, mais comme je suis sur un planning de 12h cela se ferais en plusieurs semaines.</p>	<p>Importance du « bon accueil » et du « doublage » pour rassurer et prendre sereinement ses marques de nouveau professionnel.</p> <p>L'apprentissage organisationnel est ici bien mis en avant sur le fait qu'il est confié à un pair.</p> <p>Pour cette infirmière, la « <i>bonne ambiance</i> » de travail évoquée lors du T1 n'apparaît pas dans son équipe de travail au regard des comportements constatés. Ceci étant, elle restera dans ce service toute la durée de notre recherche et s'accommodera de cette ambiance qui n'est pas celle de son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001).</p>

<p>2e jour:</p> <p>En arrivant ce matin, je me suis présentée ce matin à ma « seconde tutrice ». Celle-ci m'a répondu, « eh bah c'est bien. » Dès le début j'ai senti que la journée allait être très longue. Après les transmissions, je lui ai demandé de me parler de l'organisation de la journée, elle m'a seulement répondu « on fait des tours toutes les deux heures c'est la loi si tu ne sais pas ça tu n'as pas à être infirmière c'est le b.a.-ba ».</p> <p>Ensuite j'ai voulu prendre une patiente en charge, celle-ci a refusé. Elle était très froide, prenait des cafés sans m'en proposer. Ne me parlait pas du tout. J'ai pris l'initiative de préparer un traitement puis elle m'a donné son accord, seulement elle m'a ensuite incendié dans la salle de soin car 30 min après je ne me rappelais pas de la date de péremption du furosémide que j'avais injecter 30 minutes avant, elle m'a dit, je cite : « tu te prends pour qui, ça y est le diplôme est passé, tu te crois tout permis je te signale que tes études ne sont pas très loin et que tu peux vite revenir en arrière ».</p> <p>Une heure après, elle n'était pas contente car j'avais laissé une alimentation parentérale sur pompe à un patient qui avait un KTC, selon elle cela ne se mettait pas sur pompe (j'avais toujours vu cela a mon dernier stage en réa...).</p> <p>Bref je ne vais pas vous raconter tous les détails mais je ne me suis pas sentie bien de la journée. Une aide-soignante qui m'avait accueilli la veille a vu que ça n'allait pas et m'a rassuré. C'était la même équipe que la veille sauf cette infirmière, et tous m'ont demandé toute la journée si ça allait, ils ont dû voir que je n'avais pas la même tête que la veille.</p> <p>Toute la journée l'infirmière m'a parler de la responsabilité professionnelle, des erreurs médicamenteuses qu'elle avait vues sur l'(établissement), en me disant que maintenant je pouvais tuer des gens, comme si je ne le savais pas déjà. Bref.</p> <p>À la fin de la journée, je lui ai demandé de faire un point avec moi sur la journée, elle m'a seulement répondu, je n'ai rien à dire tu es un peu jeune...</p> <p>J'ai demandé une fiche de poste à la cadre, elle m'a dit qu'elle m'en donnerait une.</p> <p>3e jour :</p> <p>Je suis revenue avec ma tutrice principale. Elle m'a demandé comment c'était passé ma journée avec Alexandra, l'infirmière du 2e jour. Je n'ai pas réellement répondu et celle-ci a insisté en me faisant comprendre qu'elle avait eu quelques échos, je lui ai succinctement dit que le courant n'était pas hyper bien passé, elle m'a dit qu'elle voyait de quoi je parlais, et qu'elle allait essayer de me changer de seconde tutrice...</p>	<p>Pour cette infirmière également, les principales informations qu'elle recherche lui sont fournies par ses pairs.</p>
---	---

La journée c'est relativement bien passée, quoi qu'une tension permanente est ressentie dans l'équipe. Ils parlent tous des uns et des autres par derrière, que ceux-ci soient en repos ou à deux mètres d'eux. Je connais très bien cela depuis 3 années, mais alors jamais autant qu'ici !  
La cadre sympa du premier jour me paraît l'être beaucoup moins, étonnant !! Elle m'a fait remarquer ce matin, 30 minutes après mon arrivée que je n'avais pas signé le cahier de présence, d'une manière pas très aimable. Je n'étais même pas au courant qu'il y avait un cahier ou l'on devait signer...  
On m'a demandé comment je me sentais dans l'équipe, je ne me suis pas gênée de dire que je ressentais une ambiance tendue, et que cela me mettait très mal à l'aise pour mes débuts. Ils ne doivent pas se rendre compte de cela car ils n'ont pas compris ma remarque et m'ont dit qu'ils trouvaient qu'il y avait plutôt une bonne ambiance dans le service sauf avec leur « contre équipe » ...  
Je ne me sens pas hyper bien dans le service, je l'avoue, je ne sais pas réellement comment le décrire mais je sens que je vais avoir du mal à y trouver ma place et à m'imposer, il y a beaucoup de forte tête, et je déteste la méchanceté gratuite entre collègue. On voit pourtant beaucoup de gens en fin de vie, je trouve que cela nous occupe assez l'esprit. Enfin bon, pas de commentaires inutiles.

4e jour :

Aujourd'hui j'étais avec une autre infirmière, très sympathique. Elle m'a laissé prendre deux patients en charge. Elle m'a repris sur certaines choses que je n'avais pas bien compris dans l'organisation, mais de façon très pédagogue, et à vérifier derrière moi sans être trop oppressante. Elle m'a laissé faire les soins des autres patients qui étaient intéressant pour moi.

J'ai redemandé à la cadre ma fiche de poste, elle m'a dit que cela arrivait ainsi que mes codes (pharma, Osiris, etc.).

Pour la première fois aujourd'hui je n'ai pas ressenti cette mauvaise ambiance et les ragots de tous les jours, ouf !!

La charge de travail est vraiment très élevée, nous faisons en moyenne 1h supplémentaire tous les jours, c'est très fatigant, mais j'apprends énormément.

J'ai un peu galéré aujourd'hui avec mes deux patients, car la prise en charge est importante et j'ai pris les deux plus lourds, mais pour la première fois je n'ai pas eu l'impression de suivre quelqu'un, et enfin de me sentir un peu plus infirmière. Ouf !

5e jour:

J'étais de nouveau avec une autre infirmière en encadrement aujourd'hui. Ça s'est très bien passé, elle m'a laissé prendre en charge deux patients de façon autonome, et m'a dit que je ne me débrouillais plutôt pas mal. L'équipe commence un peu à s'ouvrir à moi. La cadre m'a donné aujourd'hui mon code pour le logiciel chimio, mais toujours pas de fiche de poste. Pour la première fois elle m'a demandé comment je me sentais dans le service, waouh !! La gestion du personnel m'a appelé pour aller signer mon contrat de stagiairisation.

Je le suis sentie un peu plus à l'aise aujourd'hui dans le service.

6e jour:

Aujourd'hui j'étais de retour avec ma tutrice principale, Marine. J'ai pris 3 puis 4 patients en charge à la fin de la journée. Elle ne m'a pas attendu pour recevoir les transmissions de la nuit, et était plutôt froide toute la journée, ce qui m'a beaucoup étonné.

Elle m'a demandé si je me sentais moins flippé dans le travail, je lui ai répondu que oui. Cet après-midi elle est descendu dans l'étage du bas (un service sur deux étage), pour aider les collègues, elle m'a laissé gérer notre secteur seule, ce que je n'ai pas trop apprécié, car énormément de boulot (3 chimio en cours, deux lignes à remonter en stérile, et un pansement de KTC). Je me suis sentie un peu perdue, et j'ai eu l'impression d'être complètement lâché, alors que ça n'était pas le moment, bref.

Elle devait me donner des renseignements utiles et important, qu'elle n'a pas fait malgré mon insistance et la petite charge du travail de week-end comparé à la semaine.

En fin de journée elle m'a dit qu'ils étaient sans pitié dans le service (ça alors, je n'avais pas remarqué), et que quand je serais lâchée seule, j'avais intérêt de rendre un service nickel le soir.

Je suis avec elle demain, je compte faire un bilan de ma première semaine, j'ai eu toute la journée l'impression que l'on se foutait de moi...

7e jour :

Aujourd'hui j'ai pris cinq patients en charge. Le boulot était très intéressant je trouvais. Concernant mon intégration, marine m'a laissé pas mal autonome. J'ai sentis de temps en temps une tension à mon égard, je vous épargne les détails. J'ai demandé à Marine un point sur mon septième jour. Elle m'a dit qu'elle avait plus de positif que de négatif à me dire, que je captais vite, que j'avais une très bonne dextérité, et que c'était très bien pour mon apprentissage. Elle m'a dit que j'étais impliquée, que je m'intéressais et que j'avais de très bonnes connaissances pharmacologiques, et que quand je n'avais pas les connaissances, je cherchais par moi-même. Elle m'a dit qu'elle me sentait très stressée, surtout par le timing, elle m'a dit de ne

	<p>pas m'en faire car j'avais tout pour être bien formée et qu'il y a le temps. Elle m'a dit de revoir mes transmissions écrites et orales. J'ai abordé le point de vue de l'équipe et mes ressentis. Nous avons échangé autour de cela. J'ai ensuite demandé à l'aide-soignante de faire un point, elle m'a dit qu'elle n'avait rien à dire de particulier. J'essaie de vous répéter les choses mot pour mot, je ne sais pas si cela vous aide dans votre étude. Nous avons beaucoup vu le côté pratico-pratique ce week-end, commandes de pharma, numéros utiles, entrée et sortie ainsi que pharmacie et chimio en pratique les week-ends, ainsi que le comptage des stups. Je ne sais pas ce que je peux rajouter d'autre, n'hésitez pas à me dire s'il vous manque des infos ou que j'en ai mis certaines inutiles. En tout cas j'ai trouvé l'expérience du journal de bord quotidien intéressante.</p>	
13	<p>Responsabilités d'être toute seule comme infirmière par rapport au statut étudiant. Si on a un problème, il y a personne. Livrés à nous-même. Pas trop mal adaptée au service et à l'équipe et à l'organisation. Très bonne équipe sympathique qui met à l'aise. Certains médecins sont plus faciles d'abord que d'autres.</p>	<p>« Doublage » absent donnant le sentiment d'être abandonné à son sort. Ceci étant, être accueillie par une équipe sympathique faisait partie de son contrat psychologique anticipatoire, comme le montre ce verbatim extrait du T1 : « <i>c'est son obligation à mon employeur de bien m'accueillir</i> ».</p>
14	<p>J1 : Doublé pendant 4 jours. Équipe sympa mais du fait du doublage, je suis plus dans l'observation le premier jour. J'espère être plus autonome demain. J2 : Idem. J'ai donné des coups de ma par-ci par-là mais je me sentais presque redevenu étudiant. Avec le doublage, je ressentais vraiment pas le statut d'infirmier et les responsabilités qui vont avec. J3 : Première fois côté SSR. Plus complexe. Beaucoup d'observations avec quelques soins techniques en plus de l'observation de l'organisation. J4 :</p>	<p>Pour obtenir des réponses à ces questions, cet individu ne se tourne que vers ses pairs durant sa première semaine d'exercice professionnel.</p>



	<p>Tout seul le lendemain, je me suis dit que je devais prendre les choses en main parce que doublé, la collègue me montrait mais elle faisait en même temps. J'ai demandé à faire seul pour gagner de l'autonomie.</p> <p>J5 :</p> <p>Impression de partir à l'abattage. J'appelais souvent ma collègue pour poser des questions quand j'avais besoin d'elle.</p> <p>45 minutes de retard. Pose très courte pour tenter de combler le retard.</p> <p>Je ne vais jamais y arriver.</p> <p>Collègue dans service à côté que je pouvais appeler au secours.</p> <p>J'ai l'organisation de la journée horaire par horaire.</p> <p>Faudrait peut-être un petit calepin qui me dise où je peux trouver tel truc administratif ou pour faire une sortie ou une entrée.</p> <p>Des check-lists pour un peu tout.</p> <p>Lent par rapport aux autres. Mieux en fin de semaine.</p> <p>La semaine d'après, ça allait mieux.</p>	
15	<p>Les débuts sont un peu rudes, pas du tout le même rythme qu'en rééducation que je connaissais dans mon dernier stage, pas du tout la même façon de travailler mais je tiens bon la barre.</p> <p>En fin de première semaine, je commence enfin à moins être en stress quand j'arrive au taf. Un peu plus détendu. Mais en discutant avec les collègues, tous me disent que les débuts en USC sont durs, ça me rassure donc. Collègues sympas.</p>	<p>Importance de la sympathie des collègues évoquée. Ce point faisait partie de son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001).</p> <p>Sinon, une nouvelle fois, les références des premiers jours pour ces jeunes professionnels sont les stages qu'ils ont réalisés durant la formation.</p>
16	<p>Submergée d'informations !</p> <p>Trop de patients à connaître (80) !</p> <p>Doublage que le premier jour.</p> <p>Nous sommes 3 nouvelles à arriver dans le service avec le même roulement !</p> <p>Pas de temps à perdre.</p> <p>Cadre aidant.</p>	<p>« Doublage » d'une journée jugé trop court.</p>

17	<p>Intense, intéressant et désorganisée. Les infirmières ont géré, pas du tout la cadre.  J'ai été formé pendant les deux premières nuits. Les infirmières ont changé l'organisation pour que je me retrouve pas à gérer deux enfants intubés.  Irresponsable de me donner deux intubés alors que je n'y connaissais rien et que j'arrivais.  Les infirmières se sont détachées pour me former sur un petit qui été intubé.  C'est vraiment elles qui ont géré de A à Z ma formation et qui ont évalué ce que j'étais capable de faire ou pas.  Toujours sur le qui-vive. Plein de nouvelles choses à apprendre.</p>	<p>Très clairement, les acteurs organisationnels privilégiés sont les pairs, qui vont même jusqu'à organiser des formations <i>a minima</i> pour faciliter l'intégration de la nouvelle professionnelle.</p>
18	<p>Grand pas avec la fin de la formation, impression d'être livré à nous-mêmes.  Impressions positives. Un peu stressée forcément, surtout le premier soir qu'on fait toute seule où il n'y a pas de collègues infirmiers.  Contente d'être enfin infirmière.</p>	
19	<p>Grosse claque. Premier jour à subir des tests avec les IADE à coups d'évaluation et de connaissances théoriques. Grosse pression.  Je m'attendais pas à ça. Finalement ça s'est bien passé. Rassuré.  Stressant mais pas tant que ça puisque j'avais mon parachute, mon tuteur.  Va falloir que je m'accroche pour vraiment retrouver un rythme.  Bonne ambiance.  À la fin de la première semaine tout le monde est content. J'ai pas à me plaindre.</p>	<p>La présence d'un tuteur diminue le stress. Le contrat psychologique anticipatoire de cet individu (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001) comportait des éléments fondamentaux pour lui en termes de solidarité, d'entraide et de partage, le tout, dans une « <i>bonne ambiance</i> ».  « <i>Tout le monde est content</i> » et la litote « <i>j'ai pas à me plaindre</i> » montrent que le contrat psychologique de l'individu, au terme de cette première semaine de travail, se développe en accord avec son contrat psychologique anticipatoire.</p>
20	<p>J1 : Détaché de l'effectif.</p>	

	<p>Dans un premier temps, rassuré car accueil par la cadre du service qui m'informe sur différents points du service (organisation du pole, congés, infirmier référent) puis inquiétude une fois dans le service car je sens l'équipe dans l'attente d'efficacité et vient alors interrogation est ce que je vais être capable ?</p> <p>J2 : 13h30- 21h00 je fais partie de l'effectif (pas doublé).</p> <p>Deux sentiments sont présents : peur et certaine « fierté » ou tout du moins soulagé car les collègues me font confiance et je me sens reconnu en tant qu'infirmier.</p> <p>Déstabilisé à certains moments de la journée car connaissance insuffisante des patients et donc difficultés de positionnement et dans la mise en place d'actions, de conduites à tenir, d'observation qui entraînent un sentiment de manque de connaissances.</p> <p>Manque de confiance par rapport aux transmissions écrites, je recherche encore l'aval de mes collègues comme quand j'étais étudiant.</p> <p>J3 : repos.</p> <p>J4 : 6h30-14h00.</p> <p>À l'aise dans le positionnement infirmier mais en difficultés par rapport à l'organisation du service et des habitudes des patients.</p> <p>J5 : 13h30- 21h00.</p> <p>Seul infirmier d'après-midi avec deux éducateurs spécialisés. Un peu d'appréhension mais les deux collègues travaillent depuis plusieurs années dans le service donc rassuré.</p> <p>Plus de confiance en moi en fin de journée car j'ai réussi à gérer ma journée donc sentiment d'être capable d'exercer le métier d'infirmier.</p>	<p>Les ressources pour répondre aux interrogations sont les pairs infirmiers. D'autre part, la confiance apparait de nouveau comme un élément important pour ce jeune professionnel puisqu'elle semble conditionner la reconnaissance professionnelle auprès de ses collègues.</p>
21	<p>J1 : Perdue par rapport à l'organisation, au matériel, aux logiciels informatiques. Soulagée par le doublage. Hésitante.</p> <p>J2 : Mécontente par rapport au doublage de ma collègue infirmière (peu d'explications de sa part, évincement lors de la réalisation de démarches administratives encore méconnues pour moi).</p> <p>J3 : Plus à l'aise et autonome. Sensation d'être évaluée comme une étudiante.</p> <p>J4 :</p>	<p>Le « doublage » diminue le stress lorsque le « doubleur » est pédagogue.</p>

	<p>Stress par rapport à la charge de travail et à mon manque de rapidité.  Appréhension de travailler sans doublage lors du jour 5.  J5 :  Doutes par rapport à mes capacités.  Stress.  Appréhensions.</p>	
22	Document non transmis.	
23	<p>Très bon accueil, des filles disponibles que ce soit aides-soignantes, ASH, aide hôtelière. Très bon accueil, très bonne intégration, pas de différence entre les anciennes et les nouveaux. De la disponibilité. Elles sont toutes souriantes aussi, ça c'est hyper agréable et puis une très bonne ambiance. Pas de critiques.  Quatre jours d'encadrement. Les filles sont tolérantes et à l'écoute. Pas encore trop à l'aise mais bien intégrée.</p>	<p>Lors du T1, cette infirmière disait « <i>j'attends des collègues qu'elles soient sympas et dans l'entraide</i> », là encore, avec « <i>une bonne ambiance</i> ». De ce point de vue-là, son contrat psychologique est en accord avec son contrat psychologique anticipatoire (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001).</p>
24	<p>Appréhension à commencer toute seule. Opérations lourdes avec beaucoup de risques de complications.  Beaucoup de surveillance. Fatigue physique par rapport aux 10 heures. Dur de se remettre dans le rythme.  Fatigue psychologique par rapport à l'intégration.</p>	<p>Pas de « doublage » pour cette infirmière. Cette infirmière quittera également sa structure, pour les mêmes raisons que les individus n°9 et n°39 car les valeurs de l'organisations ne sont pas en accord avec les siennes.</p>
25	<p>Premiers jours fouillis. Les infirmières courent partout. Désorganisation totale. Le premier jour un infirmier espagnol et une infirmière espagnole faisaient les transmissions dans leur jargon et avec leur accent. Je ne comprenais rien. Premier jour très stressant.  Deuxième jour je commence à prendre mes marques, à savoir comment fonctionne le service. Autour du cinquième jour, je me sentais presque à l'aise, ça s'est fait très vite.</p>	
26	Document non transmis.	
27	<p>Mon Dieu, je ne vais jamais y arriver ! Les collègues me disent qu'au bout de deux jours certaines sont jamais revenus. Pas rassurant. Un service qui va très vite, super vite. Y'a trop de trucs à faire. Il faut avoir</p>	

	trois cerveaux. Surtout le stress, même doublée 3 jours. En même temps, je suis pressée d'être toute seule à la fin de la semaine.	
28	J'avais l'impression que j'allais pas y arriver au niveau connaissances. Je suis arrivée en plein boom dans le service. C'était le bazar, le regroupement des deux pédiatries. Même les collègues étaient dépassées par les événements. Le doublage pendant cinq jours a été rassurant est aidant car il y a pas mal de soins que j'avais jamais vus ni jamais faits. Les collègues ont été aidantes, si j'avais des questions et tout. Ça m'a aidé, ça m'a rassuré.	Les pairs ont été de précieuses ressources pour l'intégration et les réponses apportées. L'importance du « doublage » est précisée.
29	<p>1er jour:</p> <p>Beaucoup d'infos d'un coup un peu dans tous les sens. Signature du contrat ce qui est plutôt ponctuel. Visite des locaux et bon accueil par le cadre avec une large présentation du fonctionnement de l'établissement. Rencontre avec l'équipe qui a l'air sympathique et souriante. Ce que j'ai aimé c'est qu'on m'a fait de la place dans le vestiaire, j'ai eu mes tenues à mon nom ça fait plaisir c'est un moment important. Mise en pratique dès que j'ai pu avec un bon encadrement de la part des infirmières. Beaucoup de patients en long séjour. Ce que j'ai apprécié ce sont les possibilités d'évolution de formation chaque infirmière est référence d'un domaine.</p> <p>Rencontres avec les médecins et mise en garde des infirmières par rapport à l'affirmation de ma place. Je suis bien doublée et pas lâchée. Même discours qu'à l'entretien concernant les fêtes de fin d'année de plus je commence plus tôt que prévu la formation d'hémodialyse en janvier. On me met à l'aise et on me laisse le temps de m'adapter.</p> <p>2 eme jour:</p> <p>Début à prendre en charge les patients et à effectuer les soins, dur de se remettre dedans. Beaucoup d'entraide entre collègues. J'ai eu de l'aide de la part d'un pour ramener mes cartons arrivés du cargo à mon logement. Bon logement agréable même si pas très propre à mon arrivée.</p> <p>3 eme jour:</p>	Il est intéressant de constater que l'infirmière n°29, des journaux de bord et des entretiens T2 de la cohorte est celle qui fait le plus état d'un réel accompagnement par l'ensemble des acteurs organisationnels y compris la cadre et les médecins, à l'instar de l'infirmière n°35. Rappelons que l'infirmière n°29 travaille sur une île dans un hôpital local rattaché à un hôpital continental où le recrutement infirmier est parfois problématique. Et l'infirmière n°35 exerce dans un hôpital ayant connu d'importantes et longues périodes de sous-effectifs en personnel infirmier. L'accueil de ces infirmières n°29 et n°35 a été particulièrement soigné avec la présentation de tous les acteurs organisationnels principaux pour elles dans un premier temps est peut-être révélateur de la qualité

	<p>Je prends un peu plus d'autonomie (soin, transmissions,...).  Mais je manque de confiance en moi.  Car j'ai l'impression d'être trop lente.</p> <p>4<sup>eme</sup> jour:</p> <p>Pas très à l'aise dans la prise en charge du service qui regroupe les médecines, SSR et long séjour là est la complexité du poste.  Par contre je prends plus d'initiatives et je commence à prendre mes repères.  Une de mes collègues m'encourage.  J'ai déjà un peu encadrer un étudiant de première année en soins infirmiers pas évident de se positionner en tant que professionnel et même temps échange intéressant.</p> <p>5<sup>eme</sup> jour:</p> <p>Difficulté de repérer les tâches que je dois effectuer durant l'horaire 9h-17h c'est pas clair malgré la trame sur la fiche de poste.  Je maîtrise un minimum l'outil informatique et prend le pli de l'organisation.  Et je repère l'emplacement du matériel.  On m'a remis une fiche de poste détaillée pour la nuit pour que je me prépare, ce que j'ai apprécié.</p>	<p>que doit avoir un accueil pour être attractif et fidéliser les infirmiers.</p> <p>De plus, c'est la première infirmière de la cohorte à se voir remettre une fiche de poste détaillée. Tout semble fait pour que le moins de questions possibles soit laissé sans réponses pour cette nouvelle professionnelle.</p> <p>Par ailleurs, au regard de ce qui a été échangé avec son recruteur, qui est aussi son cadre de santé, et ses conditions d'accueil, tout est conforme.</p> <p>Cette infirmière ne souhaitait travailler que quelques semaines, voire quelques mois, le temps d'acquérir de l'expérience, au final, devant toute les satisfactions organisationnelles qu'elle a rencontrées, à la fin du suivi, elle s'installe de façon pérenne sur cette île, notamment du fait qu'elle a pu suivre toutes les formations qu'elle a demandées. En ce sens, rapporté au contrat psychologique, en développant son employabilité, elle a pu obtenir la satisfaction professionnelle dont faisait état son</p>
--	--	---

		contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996 ; Blancero & Kleiner, 2001).
30	Le premier jour j'ai eu l'impression d'un premier jour de premier stage à suivre partout sans trop savoir où on va. Complètement larguée. Impression de ne plus rien connaître du tout. Encadrée que les deux premiers jours. Troisième jour toute seule. Ça s'est pas si mal passé que ça. J'ai sûrement fait quelques boulettes. Médecins très proches. Comme j'étais nouvelle, on m'en voulait pas. Grande remise en question. J'ai trouvé des solutions pour que ça aille mieux et dans le moins de temps possible. Après, ça a été de mieux en mieux. Je cours partout, c'est là qu'on se rend compte de la vigilance qui est importante comme les responsabilités. La faute professionnelle est très vite arrivée.	Dans ce journal de bord, cette infirmière parle de la proximité avec les médecins et lors des différents entretiens réalisés, cette présence médicale se confirme mais les acteurs organisationnels prédominants pour obtenir des réponses aux interrogations sont les pairs infirmiers.
31	Double les 2 premiers jours. Peur, boule au ventre, panique, beaucoup de soins en peu de temps. Le troisième jour sans tuteur. Les trois derniers jours de la fierté d'y être arrivée toute seule.	L'importance du « doublage » est de nouveau citée.
32	Document non remis.	
33	Très bien accueillie par l'ensemble des collègues et par la cadre. Tout le monde a été clair avec moi surtout sur l'organisation du travail. Tout le monde souriant et gentil. Patients supers confiants. Bonne entente dans le service ça fait plaisir à voir. Motivée d'y aller.	Lors du T1 avec cette infirmière, nous avons recensé que son contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996 ; Blancero & Kleiner, 2001) faisait état pour elle de l'importance d'être bien « accueillie par les collègues », « qu'on [lui] explique bien l'organisation de l'unité et que les soignants et les patients [lui] fassent », avec, une nouvelle fois, « une bonne ambiance ».
34	J1 : Arrivée dans l'hôpital, une hôtesse d'accueil me guide et m'accompagne pour retirer mon badge ainsi que mes tenues. Elle m'accompagne ensuite jusque dans le service où je vais commencer mes trois premiers jours.	

	<p>L'équipe est agréable, répond à mes questions et cherche à me faciliter les choses pour la suite (les papiers importants, l'organisation commune à chaque service, ...). Un premier contact qui me met à l'aise et me rassure pour la suite.</p> <p>J2 : Aujourd'hui formation de 2h30 sur le logiciel de l'hôpital ; je suis satisfaite qu'elle est lieu si tôt. De retour dans le service, je gère le tour afin de m'adapter et j'effectue les transmissions moi-même ; l'infirmière qui me double étant à côté de moi si besoin.</p> <p>Je commence à prendre confiance pour gérer seule un service.</p> <p>J3 : Je gère le secteur en soins infirmiers, fait les transmissions...le travail d'une infirmière quoi ! Tout se passe bien.</p> <p>J4 : Repos !</p> <p>J5 : Changement de service pour 2 jours. Je m'adapte vite à l'organisation. Cependant je me sens un peu perdue dans mon rôle...je suis infirmière mais je me sens encore étudiante... J'attends un peu plus d'être guidée même si je sais que c'est en me laissant faire et découvrir que je m'adapterais plus vite. Je me sens beaucoup plus à l'aise quand je suis seule à avoir les rênes.</p> <p>J6 : Weekend donc effectif réduit, j'en profite pour prendre un secteur seule avant l'arrivée de l'infirmière de journée. Tout se passe bien, l'équipe est agréable, ce qui est plus difficile c'est l'absence de médecin. (Vacances !).</p> <p>J7 : J'arrive en service de pneumologie pour deux soirs. Je suis doublée par un nouveau diplômé arrivé une semaine plus tôt que moi... où est la logique ? J'appréhende un peu qu'il y ait une urgence, surtout le weekend...j'ai peur de ne pas réussir à gérer. La journée se passe bien, je prends mes marques plus rapidement.</p>	<p>La qualité du premier contact apparaît une nouvelle fois comme importante, de même que le « doublage » dont a bénéficié cette infirmière.</p>
35	<p>Accueil très chaleureux de l'équipe. Je ne m'attendais pas à un tel accueil. J'ai été présenté aux médecins. Les infirmières ont la patience d'expliquer les choses. Semaine avec une formation de 3 jours qui s'est très bien passée. Au début un petit peu peur mais en fait ça a été. Vraiment très bien.</p>	<p>Nous avons en partie parlé des premiers jours de cette infirmière lorsque nous avons abordé le cas de l'infirmière n°29. Ce que nous pouvons dire de plus est que la directrice des soins de la structure de cette infirmière a tenu tous les engagements qu'elle avait annoncés, il y a même eu un dépassement de promesses (Lambert, Edwards et Cable, 2003)</p>



		<p>qui a permis à l'infirmière n°35 d'intégrer l'unité de son choix plus tôt que prévu. Cette dernière était satisfaite du fait qu'on lui permette de développer son employabilité puisque cette nouvelle affectation est le préalable à une formation diplômante pour devenir infirmière anesthésiste, projet professionnel qu'elle a développé durant la formation infirmière initiale.</p>
<p>36</p>	<p>J1 : Je suis contente et soulagée que cette première journée soit passée, j'appréhendais énormément, m'essayer, c'est fait. Et ça n'a pas été aussi terrible que je me l'imaginais. Heureusement qu'une des infirmières de l'équipe a pris le temps de m'encadrer ce matin et de m'expliquer les tâches administratives cet après-midi. L'équipe s'est montrée accueillante et compréhensive, tout le monde m'a proposé son aide. Après cette première journée, je suis fatiguée mais prêt à y retourner.</p> <p>J2 : Ce matin, et pour la première fois, j'ai fait mon tour de médicaments et de soins toute seule ! C'était la course ! C'est infernal de ne connaître ni les résidents, ni l'emplacement de leur chambre, ni où se trouve le matériel et la réserve. J'étais un peu perdue, face à des résidents parfois très exigeants ! J'ai fait des tonnes de pas inutiles, en oubliant pas mal de choses ! Au final, pas d'erreur de médicaments, mes soins sont réalisés, mais je suis en retard sur les horaires habituels. J'ai pourtant l'impression de faire mon maximum !! Heureusement, l'infirmière qui travaille avec moi me rassure et nous propose son aide. Je termine cette journée épuisée !</p> <p>J3 : Mon tour ce matin se passe mieux qu'hier. Je suis au même étage, est consciente du fait rythme soutenu, j'essaie d'être rapide dès le départ. Les résidents me reconnaissent, je suis flattée. Je travaille aujourd'hui avec une collègue IDE que je rencontre pour la première fois. Elle aussi a l'air très gentille. Elle prend le temps de discuter avec moi et de me rassurer. Aujourd'hui, je termine à 20 heures, pour la première fois, je suis la seule infirmière de 18h30 à 20 heures. J'appréhende ne sachant pas si j'aurais les bons réflexes en cas d'urgence. Finalement, la soirée se passe sans problème, je suis rassurée en partant.</p>	<p>La qualité de l'accueil ainsi que l'entraide et la solidarité étaient des éléments fortement présents dans le contrat psychologique anticipatoire de cette infirmière (Anderson &amp; Thomas, 1996 ; Blancero &amp; Kleiner, 2001).</p> <p>Les réponses aux questions que se pose cette infirmière sont données en priorité par ses pairs. Apparaît pour la première fois au sein de notre cohorte le fait que la cadre (infirmière coordonnatrice) apporte également son aide pour des réponses organisationnelles.</p>

	<p>J4 : Pour la première fois aujourd'hui, je dois m'occuper des tâches administratives : mettre à jour les dossiers médicaux après la visite des médecins traitants, entrer les ordonnances sur le logiciel informatique (plutôt compliqué lorsqu'on n'est pas formée), commander les médicaments à la pharmacie, programmer les prochains bilans sanguins et les rendez-vous médicaux de la semaine suivante, le tout en répondant aux appels téléphoniques qui s'enchaînent... c'est horrible !! Je n'avance pas, me trouve inefficace et me rends compte que j'ai encore beaucoup de choses à apprendre !! Heureusement, l'infirmière coordonnatrice, dont le bureau se trouve à côté d'une autre, est très accessible et répond à mes questions. Mon tour de soins cet après-midi se déroule sans difficulté, même si je me trompe encore d'étages, de couloirs et perds un temps précieux !</p> <p>J5 : Les automatismes sont pris ! Je suis capable de m'organiser et d'anticiper pour que la réalisation de mes soins se déroule au mieux. Je me suis occupé des mêmes étages depuis lundi, du coup, je commence à connaître les résidents et peut donc répondre de manière adéquate à leurs besoins. Évidemment, j'ai encore beaucoup de choses et de résidents à découvrir, à commencer par leurs histoires de vie, leurs antécédents et leurs habitudes. Concernant le versant administratif, je suis encore loin d'être autonome. Heureusement, mes collègues les plus expérimentées sont là pour m'aiguiller lorsque j'en éprouve le besoin.</p>	
37	Document non remis.	
38	Impression d'être tombée dans une équipe qui s'entraide beaucoup. Équipe dynamique. Tout de suite bien intégrée par Ide et médecins. Impression d'effectuer un travail de qualité dans un service.	L'entraide entre collègues était ce qui était majoritairement attendu par cette infirmière lors du T1.
39	<p>J1 : Doublée. En fait j'ai aidé les collègues qui étaient débordés. Ça promet. Je savais que ça allait être compliqué.</p> <p>J2 : Toute seule à gérer mon secteur. Pas trop mal passé. Je ne me suis pas arrêtée. Mes collègues arrivent à « pauser » mais moi je n'y arrive pas encore. Vraiment fatiguée. Du mal à déconnecter, je repense à tout ce que j'ai fait dans ma journée.</p> <p>J3, J4, J5 : Je ne m'attendais pas à autant d'administratif. C'est énorme. Le téléphone sonne tout le temps. Ça perturbe l'organisation du travail. On est vite dans la panade. Pas assez de temps passé avec certains patients. Je me sens vraiment infirmière est presque autonome pour gérer.</p>	« Pas assez de temps passé avec certains patients » est l'un des motifs qui conduira cette infirmière à quitter cette structure. L'aperçu de son contrat psychologique anticipatoire (Anderson & Thomas, 1996 ; Blancero & Kleiner, 2001) faisait apparaître le fait d'embrasser la profession infirmière pour le relationnel patient.

40	Beaucoup d'angoisse et d'anxiété en même temps que beaucoup d'envie de travailler. Un seul jour de doublon c'est un peu abuser. Trop court. Responsable et aussi démunie.	« Doublage » jugé trop court.
----	---	-------------------------------

# Annexe n°6

# Le guide d'entretien semi-directif « T1 »

**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**ENTRETIEN N° 1 – AVANT LE RECRUTEMENT**  
**INTERVIEWE(E) N° ....**

**1- Quel est votre âge ? Quelle est votre situation maritale ? Avez-vous des enfants ?** (l'étendue)

**2- Quel est votre cursus scolaire ? Quel(s) diplôme(s) possédez-vous avant l'entrée en IFSI ?**

**3- Avez-vous exercé un emploi avant et/ou pendant votre formation en IFSI ?** (*existence ou non d'un contrat psychologique existant précédemment ou actuellement en lien avec le milieu soignant ou un autre secteur d'activité. Faire parler brièvement sur cet emploi.*)

**4- Comment avez-vous découvert et connu la profession infirmière ? Profession des parents ?** (*habitus familial soignant ? Idéalisation*)

**5- Qu'est-ce qui a motivé le choix de votre IFSI ?** (*CP anticipatoire*)

**6- Quels intérêts trouvez-vous à exercer cette profession ? Qu'est-ce qu'être infirmier(e) pour vous ?** (*motivations, idéologies et représentations de ce métier*)

**7- Avez-vous postulé dans un établissement de santé pour lui proposer vos services ?**

*Si oui (et ce sera oui à cette période) :*

**7.1- Quels sont les éléments qui vous ont attiré prioritairement vers cet établissement et qu'en attendiez-vous plus particulièrement avant de rencontrer le recruteur ?**

**7.2- Comment appréhendez-vous le rôle d'une infirmière dans cet hôpital à ce moment ?** (*tangibilité. Rôle large ou précis, notion de confiance, intérêts et attentes ; CP anticipatoire, connaissance des conditions de travail, perspectives de carrière, avantages perçus, ...*)

**8- Avez-vous eu un entretien d'embauche ?** (*ce sera également oui dans la très grande majorité des cas à 2 semaines de l'obtention du diplôme d'État*)

*Si oui,*

**8.1- Quel est le nom de votre recruteur ?**

**8.2- Au regard de cet échange, à quoi vous engagez-vous, auprès de votre employeur, en termes de comportement et d'action à l'avenir ?**

**8.3- Durant votre échange avec le recruteur, y-a-t-il eu des passages où il vous aurait paru peu clair ou moins clair ?** (*Notion d'ambiguïté quant aux termes du contrat psychologique. Le cas échéant faire préciser.*)

8.4- **Quelles sont les promesses de votre futur employeur à votre égard ?** (*une affectation dans la spécialité souhaitée, rémunération, quotité de temps de travail, durée de « stagiairisation » conforme avec vos attentes ? Possibilité de suivre un plan de formation continue en lien avec votre projet professionnel, une spécialisation, une pratique avancée ?*)

8.5- **Que lui avez-vous promis en contrepartie de votre embauche ?**

8.6- **Quelles sont vos obligations vis-à-vis de ce futur employeur ?**

8.7- **Quelles sont ses obligations vis-à-vis de vous ?** (*obligations qui découlent des promesses*)

8.8- **Quelles sont désormais vos attentes vis-à-vis de lui ?**

8.9- **Quelles sont ses attentes vis-à-vis de vous ?** (*étude de la différence entre promesses / obligations / attentes*)

8.10- **Avez-vous négocié, ou tenté de négocier un quelconque aspect de votre embauche ou affectation future ?** (*Symétrie de l'échange, niveau de contrat*)

8.11- **Comment envisagez-vous l'évolution de ces promesses dans le temps ?**

8.12- **Sont-elles susceptibles d'évoluer de votre part ?**

8.13- **De la part de votre employeur ?**

8.14- **Vous semblent-elles négociables au fil du temps ?**

9- **Après cet échange, comment appréhendez-vous maintenant le rôle d'une infirmière dans cet établissement de santé ?** (*tangibilité. Rôle large ou précis, notion de confiance*)

10- **D'une manière générale, est-ce que cet entretien d'embauche s'est déroulé comme vous l'imaginiez ?**

11- **Quels sont les documents que vous a remis le recruteur ?** (*tangibilité. Voir si le recruteur a donné une plaquette de présentation de l'hôpital, une description de poste ou d'autres documents et si l'interviewé les a lus et ce qu'il a retenu ou ce qui a attiré son attention dans ces documents*)

12- **De tout ce qui a été échangé avec le recruteur, qu'est-ce qui vous a paru le plus important ?** (*hiérarchisation des éléments du contrat psychologique, d'un côté comme de l'autre*)

13- **Comment envisagez-vous votre carrière au sein de cet établissement ?**

13.1- **Sur combien de temps ?** (*cadre temporel*)

13.2- **Comment envisagez-vous votre carrière en général ?**

13.3- **Comment envisagez-vous vos relations avec :**

- **vos pairs ?**

13.4- **les AS ?**

13.5- **l'encadrement ?** (*état du CP avec l'encadrement*)

13.6- **les organisations syndicales** (*niveau de contrat*)

13.7- **la direction générale ?** (*question délicate au départ mais intéressante pour pouvoir suivre les éventuelles évolutions sur la durée de la recherche*)

**14- Comment envisagez-vous les articulations et les liens éventuels entre votre vie professionnelle et votre vie privée ?** (*l'étendue*) (*heures supplémentaires conséquentes, repos et vacances supprimés, appels à domicile, difficultés à négocier et obtenir des congés sur les périodes scolaires ou tout simplement choisies, travail de nuit perturbant, en relation avec la violence, l'agressivité, la mort*)

**Remerciements suivis de la date de la prochaine rencontre en fonction de l'échéancier fixé.**



# Annexe n°7

# Le guide d'entretien semi-directif « Recruteur »

## GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

### ENTRETIEN RECRUTEUR

#### INTERVIEWE(E) N° ....

- 1- Quelles sont vos qualifications ?
- 2- Depuis combien de temps exercez-vous la fonction de recruteur ?
- 3- Avez-vous été spécifiquement formé à cet exercice ?
- 4- Exercez-vous les recrutements seul, en binôme ou bien encore en trinôme ?
  - a. Quels avantages trouvez-vous à cette pratique ?
- 5- Qu'est-ce que votre établissement attend :
  - a. de vous en termes de recrutement ?
  - b. des infirmiers qui seront recrutés ?
- 6- Qu'est-ce que vous vous attendez personnellement des infirmiers que vous recrutez ?
- 7- Qu'est-ce qu'un professionnel infirmier dans votre établissement pour vous ?
- 8- Durant les entretiens, en général, à quoi vous engagez-vous auprès des postulants infirmiers ?
- 9- Plus particulièrement, auprès de XXXXX (nom d'un étudiant recruté par le recruteur à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2013), à quoi vous êtes-vous engagé ?
  - a. Quelles promesses lui avez-vous faites ?
  - b. Que vous a-t-il promis en contrepartie de son embauche ?
  - c. Quelles sont vos obligations vis-à-vis de lui ?
  - d. Quelles sont ses obligations vis-à-vis de vous ?
  - e. Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ce futur professionnel ?
  - f. D'après vous, quelles sont ses attentes vis-à-vis de vous ?
  - g. De tout ce que vous avez échangé avec ce candidat, qu'est-ce qui vous a paru le plus important ?
- 10- Remettez-vous des documents aux postulants que vous rencontrez dans le cadre des recrutements ?
- 11- Lorsque le candidat négocie ou tente de négocier un quelconque aspect de son embauche à venir, quelle latitude lui concédez-vous ?

12- Et dans le temps, lorsque ces professionnels reviennent vous rencontrer pour négocier un quelconque aspect de leur emploi, quelle suite donnez-vous à leur demande ?

13- Quel type de relation envisagez-vous avec ces nouveaux professionnels ?

# Annexe n°8

# Le guide d'entretien semi-directif « T2 »

**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**ENTRETIEN TEMPS 2 – 1 MOIS APRES L'EMBAUCHE**  
**INTERVIEWE(E) N° ....**

1- Vous travaillez depuis maintenant 1 mois, que pouvez-vous m'en dire ? (laisser s'exprimer)

Au niveau du travail infirmier en lui-même ?

Au regard de ce qui vous a attiré dans cet établissement ?

Au regard de vos relations avec :

- a. vos collègues infirmiers
- b. les aides-soignantes
- c. les médecins
- d. l'encadrement
- e. les représentants du personnel
- f. la direction

2- Pour vous, qui est votre employeur ? (Question difficile car lors de T1, de façon quasi unanime pour les « primo travailleurs » le flou était flagrant entre employeur, recruteur et cadre)

3- Au regard de votre contrat, que vous avez signé, qu'est-ce que l'on attend de vous ? (tangibilité au regard de la loi formelle)

- a. Vous a-t-on remis une fiche de poste et/ou un profil de fonction ? Si oui qu'en avez-vous principalement retenu ?
- b. De façon globale, quels documents vous ont été remis depuis votre embauche ? (copie demandée le cas échéant)

4- Au regard de votre travail infirmier quotidien, qu'attend-on de vous ? (tangibilité par rapport à la description du poste et au travail réellement effectué)

5- Comment conciliez-vous vie privée et vie professionnelle ? (mesure de l'étendue)

6- Souhaiteriez-vous voir évoluer des éléments de votre travail infirmier quotidien (en termes d'organisation, de charge de travail, de ratio technique/relationnel) ? (la stabilité mesurée au sein du service de soins)

7- Y a-t-il des éléments du contrat que vous avez signé que vous aimeriez voir évoluer lors de votre éventuel prochain contrat ? (la stabilité mesurée au sein de l'institution)

8- Pendant combien de temps pensez-vous encore travailler dans votre établissement ? (cadre temporel modifié ?)

9- Si vous pouviez modifier certains éléments de votre travail, en lien avec vos conditions d'exercice, quels seraient-ils ? (symétrie de l'échange mesurée)

10- Comment jugez-vous votre travail en comparaison de celui de vos collègues de travail ? (conformité, justice individuelle)

11- Comment est-ce que vous trouvez votre travail infirmier au regard de celui que vous avez pu observer dans les stages lorsque vous étiez étudiant ?

12- Au regard de cette mise en perspective, trouvez-vous votre travail satisfaisant si vous le comparez à celui de vos collègues ou bien encore à celui d'autres professionnels infirmiers que vous auriez rencontrés dans votre cursus de formation ? (satisfaction + mesure du niveau de contrat)

13- Quels liens faites-vous entre :

- a. ce qu'on vous a promis à l'embauche et votre réalité professionnelle ?
- b. ce que vous avez promis à l'embauche et votre réalité professionnelle ?

14- Avec 1 mois d'expérience, comment jugez-vous :

- a. les obligations de votre employeur à votre égard ?
- b. vos obligations vis-à-vis de votre employeur ?

15- Et qu'en est-il :

- a. de vos attentes vis-à-vis de l'employeur ?
- b. des attentes de l'employeur à votre égard ?

16- De façon globale, ce premier poste est-il en adéquation avec ce que vous en attendiez ?

17- Pouvez-vous maintenant me décrire vos attentes vis-à-vis de :

- a. ce poste ?
- b. ce service ? (conditions de travail,...)
- c. votre relation avec le cadre ?
- d. ce pôle ?
- e. votre relation avec votre employeur ?



Remerciements et date du prochain entretien fixée deux mois plus tard + demande d'une copie du profil de fonction ou/et fiche de poste. Si impossible, les récupérer auprès de l'employeur.

# Annexe n°9

# Le guide d'entretien semi-directif « T3 »

**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**ENTRETIEN TEMPS 3 – 3 MOIS APRES L'EMBAUCHE**  
**INTERVIEWE(E) N° ....**

- 1- Vous travaillez depuis maintenant trois mois, que pouvez-vous m'en dire ? (laisser s'exprimer)
  - a. Sur vos trois premiers mois d'exercice infirmier ?
  - b. Sur l'éventuel changement de service que vous avez rencontré ? (Bon nombre d'entre eux se sont vus proposer une seconde affectation sur cette période)
  - c. Sur ce qui vous a attiré dans cet établissement ?
  - d. Sur l'image que vous avez aujourd'hui de cet établissement ?
  - e. Sur l'image que vous avez aujourd'hui de votre profession ?
  
- 2- Que pouvez-vous me dire de vos relations avec :
  - a. vos collègues infirmiers ? (depuis le début si toujours la même affectation, ou bien avec les nouveaux collègues si changement d'affectation)
  - b. les collègues aides- soignantes ? (depuis le début si toujours la même affectation, ou bien avec les nouveaux collègues si changement d'affectation)
  - c. Les médecins ?
  - d. Le ou la cadre de santé ?
  - e. Les représentants du personnel (aucun pour l'instant ne les a rencontrés alors que beaucoup se posent des questions sans pour autant chercher à obtenir des réponses)
  - f. La direction
  
- 3- Comment conciliez-vous vie privée et vie professionnelle ?
  
- 4- Souhaiteriez-vous voir évoluer des éléments de votre travail infirmier quotidien (en termes d'organisation, de charge de travail, de ratio technique/relationnel) ? (la stabilité mesurée au sein du service de soins)
  
- 5- Y a-t-il des éléments du contrat que vous avez signé que vous aimeriez voir évoluer lors de votre éventuel prochain contrat ? (la stabilité mesurée au sein de l'institution) (ensemble très disparate, dans le sens où la durée de contrat espéré à l'avenir s'est modifiée entre T1 et T2).
  
- 6- Pendant combien de temps pensez-vous encore travailler dans votre établissement ? (cadre temporel modifié ?)
  
- 7- Voyez-vous des éléments de votre travail infirmier ou/et de vos conditions de travail qui pourraient être modifiés ? (à T2, très majoritairement, lorsque l'accueil a été

satisfaisant, ils déclaraient ne pas avoir de recul suffisant pour évaluer ce qu'il fallait modifier)

- 8- Trouvez-vous que vous réalisez un travail comparable à celui de vos collègues infirmiers plus expérimentés ?
- 9- Votre réalité professionnelle est-elle en accord avec ce que l'on vous avait promis à l'embauche ? (différents liens abordés)
- 10- Après trois mois d'expérience, comment jugez-vous :
  - a. les obligations de votre employeur à votre égard ?
  - b. vos obligations vis-à-vis de l'employeur ?
- 11- Quelles sont désormais vos attentes vis-à-vis de l'employeur ? Et, d'après vous, quelles sont les siennes à votre égard ?
- 12- De façon globale, est-ce que ces trois premiers mois d'exercice sont conformes avec ce que vous en attendiez ? (prendre en considération le changement éventuel d'affectation au cours de ce premier trimestre, qu'il ait été voulu ou subi)
- 13- Pouvez-vous maintenant me décrire vos attentes vis-à-vis :
  - a. du poste que vous occupez ?
  - b. du service où vous travaillez ?
  - c. de votre relation avec le cadre de santé ?
  - d. du pôle où vous travaillez ? (jusqu'à présent, ni à T1 ni à T2, la notion de pôle n'a été abordée par la population étudiée)
  - e. de votre relation avec votre employeur ?

Remerciements et date du prochain entretien fixé trois mois plus tard.

# Annexe n°10

# Le guide d'entretien semi-directif « T4 »

## GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

### ENTRETIEN TEMPS 4 – 6 MOIS APRES L'EMBAUCHE

#### INTERVIEWE(E) N° ....

- 1- Vous travaillez depuis maintenant six mois, que pouvez-vous m'en dire ? (laisser s'exprimer)
  - a. Sur vos six premiers mois d'exercice infirmier ?
  - b. Sur l'éventuel changement de service que vous avez rencontré ? (seconde ou énième affectation sur cette période ?)
  - c. Sur ce qui vous a attiré dans cet établissement ?
  - d. Sur l'image que vous avez aujourd'hui de cet établissement ?
  - e. Sur l'image que vous avez aujourd'hui de votre profession ?
  
- 2- Que pouvez-vous me dire de vos relations avec :
  - a. vos collègues infirmiers ? (évolution depuis la première affectation si changement de service)
  - b. les collègues aides- soignantes ? (depuis le début si toujours la même affectation, ou bien avec les nouveaux collègues si changement d'affectation)
  - c. les médecins ?
  - d. le ou la cadre de santé ?
  - e. les représentants du personnel
  - f. la direction
  
- 3- Comment conciliez-vous vie privée et vie professionnelle ?
  
- 4- Souhaiteriez-vous voir évoluer des éléments de votre travail infirmier quotidien (en termes d'organisation, de charge de travail, de ratio technique/relationnel) ? (la stabilité mesurée au sein du service de soins)
  
- 5- Y a-t-il des éléments du contrat que vous avez signé que vous aimeriez voir évoluer lors de votre éventuel prochain contrat ? (la stabilité mesurée au sein de l'institution).
  
- 6- Pendant combien de temps pensez-vous encore travailler dans votre établissement ? (cadre temporel modifié ?)
  
- 7- Voyez-vous des éléments de votre travail infirmier ou/et de vos conditions de travail qui pourraient être modifiés ? (à T2, très majoritairement, lorsque l'accueil a été satisfaisant, ils déclaraient ne pas avoir de recul suffisant pour évaluer ce qu'il fallait modifier)



- 8- Trouvez-vous que vous réalisez un travail comparable à celui de vos collègues infirmiers plus expérimentés ?
- 9- Votre réalité professionnelle est-elle en accord avec ce que l'on vous avait promis à l'embauche ? (différents liens abordés)
- 10- Après six mois d'expérience, comment jugez-vous :
- les obligations de votre employeur à votre égard ?
  - vos obligations vis-à-vis de l'employeur ?
- 11- Quelles sont désormais vos attentes vis-à-vis de l'employeur ? Et, d'après vous, quelles sont les siennes à votre égard ?
- 12- De façon globale, est-ce que ces six premiers mois d'exercice sont conformes avec ce que vous en attendiez ? (prendre en considération le changement éventuel d'affectation au cours de ce semestre, qu'il ait été voulu ou subi)
- 13- Pouvez-vous maintenant me décrire vos attentes vis-à-vis :
- du poste que vous occupez ?
  - du service où vous travaillez ?
  - de votre relation avec le cadre de santé ?
  - du pôle où vous travaillez ? (Jusqu'à présent, ni à T1 ni à T2, la notion de pôle n'a été abordé par la population étudiée)
  - de votre relation avec votre employeur ?
- 14- Quelles évolutions professionnelles souhaitez-vous connaître dans les années à venir ? Quel est votre projet professionnel après 6 mois d'exercice infirmier ?

Remerciements pour l'investissement sur ces 6 mois passés.

# Annexe n°11

# Le guide d'entretien semi-directif « T5 »

**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**ENTRETIEN TEMPS 5 – 1 AN APRES L'EMBAUCHE**  
**INTERVIEWE(E) N° ....**

- 1- Vous travaillez depuis maintenant un an, que pouvez-vous m'en dire ? (laisser s'exprimer)
  - a. Sur votre première année d'exercice infirmier ?
  - b. Sur l'éventuel changement de service que vous avez rencontré ?
  - c. Sur ce qui vous a attiré dans cet établissement ?
  - d. Sur l'image que vous avez aujourd'hui de cet établissement ?
  - e. Sur l'image que vous avez aujourd'hui de votre profession ?
  
- 2- Que pouvez-vous me dire de vos relations avec :
  - a. vos collègues infirmiers ? (évolution depuis la première affectation si changement de service)
  - b. les collègues aides-soignantes ? (évolution depuis la première affectation si changement de service)
  - c. les médecins ?
  - d. le ou la cadre de santé ?
  - e. les représentants du personnel
  - f. la direction
  
- 3- Qu'en est-il de votre vie privée ? Par rapport à votre vie professionnelle ?
  
- 4- Souhaiteriez-vous voir évoluer des éléments de votre travail infirmier quotidien (en termes d'organisation, de charge de travail, de ratio technique/relationnel) ? (la stabilité mesurée au sein du service de soins). Et concernant vos conditions de travail ?
  
- 5- Y a-t-il des éléments du contrat que vous avez signé que vous aimeriez voir évoluer lors de votre éventuel prochain contrat le cas échéant ? (la stabilité mesurée au sein de l'institution)
  
- 6- Pendant combien de temps pensez-vous encore travailler dans cet établissement ? (cadre temporel modifié ?)
  
- 7- Quel constat faites-vous lorsque vous comparez votre travail à celui de vos collègues plus expérimentés ? (d'un point de vue qualitatif et quantitatif)
  
- 8- Quels liens faites-vous entre votre réalité professionnelle et ce que l'on vous a promis à l'embauche ? (différents liens abordés)

- 9- Après un an d'expérience, comment jugez-vous :
- les obligations de votre employeur à votre égard ?
  - vos obligations vis-à-vis de l'employeur ?
  - pour vous, qui est votre employeur ?
- 10- Quelles sont désormais vos attentes vis-à-vis de l'employeur ? Et, d'après vous, quelles sont les siennes à votre égard ?
- 11- De façon globale, quel liens faites-vous entre cette première année d'exercice et ce que vous en attendiez ? (prendre en considération le changement éventuel d'affectation au cours de cette année, qu'il ait été voulu ou subi)
- 12- Pouvez-vous maintenant me décrire vos attentes vis-à-vis :
- du poste que vous occupez ?
  - du service où vous travaillez ?
  - de votre relation avec le cadre de santé ?
  - du pôle où vous travaillez ? (jusqu'à présent, la notion de pôle n'a pas été abordée par la population étudiée)
  - de votre relation avec votre employeur ?
- 13- Quelles évolutions professionnelles souhaitez-vous connaître dans les années à venir ? Quel est votre projet professionnel après 1 an d'exercice infirmier ?
- 14- Et si vous aviez la possibilité de faire des choix différents (hôpital, service, spécialité, ....) quels seraient-ils ?

Remerciements pour l'investissement sur cette année.



# Thèse de Doctorat

Laurent LAMARGOT

## L'évolution du contrat psychologique d'une cohorte de jeunes professionnels infirmiers en France : une étude de cas longitudinale.

The evolution of the psychological contract of a cohort of young skilled nurses in France: a longitudinal case study.

### Résumé

Le secteur de la santé connaît depuis plusieurs décennies une transformation continue qui contribue à la perte de repères des soignants et qui affecte leur relation d'emploi. La thèse examine cette dernière au travers du concept de contrat psychologique. S'inscrivant dans les voies de recherche suggérées par la littérature qui soulignent la focalisation des travaux sur les conséquences de la rupture et de la violation de contrat psychologique au détriment de sa formation et de sa dynamique, ce travail doctoral propose d'apporter une contribution sur ces aspects moins étudiés par le biais d'une approche qualitative longitudinale. Ainsi, nous avons réalisé une étude de cas, sur une période d'une année, auprès d'une cohorte de 40 infirmiers venant d'être diplômés et ayant été recrutés dans 18 établissements sanitaires répartis sur le territoire français. La réciprocité du contrat est également étudiée du point de vue des représentants de la direction. Les données issues des 219 entretiens réalisés ont été complétées par des observations et une analyse documentaire. Sur le plan théorique, la démarche adoptée permet de comprendre la dynamique du contrat psychologique et d'en proposer une modélisation, de sa formation anticipée, lors des études infirmières, jusqu'à sa stabilisation après une année d'activité professionnelle dans un service de soins. Sur le plan managérial, ce travail élabore des pistes de réflexion pour la construction d'une relation d'emploi durable et satisfaisante entre structure hospitalière et membres soignants.

### Mots clés :

Secteur de la santé, hôpital, infirmier, contrat psychologique, contrat psychologique anticipatoire, contrat psychologique idéologique, étude de cas longitudinale.

### Abstract

The health sector has experienced many changes over the last decades which entails a loss of caregivers' bearings affecting their employment relationship. This thesis is placed along the avenues of research suggested by the literature which highlight the focus put on the consequences of the breach and violation of the psychological contract, neglecting its construction and dynamics. This doctoral work is intended to be a contribution to these less studied aspects through a longitudinal qualitative approach. A year-long case study was carried out with a cohort of 40 newly-graduated nurses who were recruited in 18 French health facilities nationally. The reciprocity of the contract is also considered from the perspective of the management representatives. The data resulting from 219 interviews conducted were complemented with observations and documentary analysis. On the theoretical level, the approach adopted enables the dynamics of the psychological contract to be understood and a model to be proposed; from the anticipated creation, during nursing studies, up to a stabilized phase after a year of professional activity in a care service. On the managerial level, this work suggests possible reasoning for the construction of a sustainable and satisfying employment relationship between the hospital structure and caregivers.

### Keywords:

Health sector, hospital, nurse, psychological contract, anticipatory psychological contract, ideological psychological contract, longitudinal case study.